

## Recherche quantitative originale

# Forte consommation épisodique d'alcool et consommation autodéclarée accrue d'alcool pendant la pandémie de COVID-19 : un regard sur les travailleurs de première ligne et les travailleurs essentiels au Canada

Melanie Varin, M. Sc. (1); Jeyasakthi Venugopal, M.P.H. (1); Le Li, M. Math. (1); Kate Hill MacEachern, Ph. D. (2); Murray Weeks, Ph. D. (1); Melissa M. Baker, Ph. D. (3); Anne-Marie Lowe, M. Sc. (1)

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

 Diffuser cet article sur Twitter

### Résumé

**Introduction.** Alors que des données probantes montrent que certains travailleurs de première ligne et travailleurs essentiels ont augmenté leur consommation d'alcool pendant la pandémie de COVID-19, cette question n'a pas été étudiée au Canada.

**Méthodologie.** À l'aide des données de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) de 2020, nous avons calculé la prévalence pondérée de la consommation autodéclarée accrue d'alcool et de la forte consommation épisodique d'alcool et les intervalles de confiance à 95 % correspondants pour trois groupes de population : travailleurs de première ligne, travailleurs essentiels et travailleurs autres que de première ligne ou essentiels. Nous avons effectué une analyse de régression logistique pour étudier les associations entre les déterminants sociaux de la santé, la santé mentale et la consommation d'alcool pour chaque groupe.

**Résultats.** La prévalence de la consommation accrue d'alcool et celle de la forte consommation épisodique d'alcool au cours du dernier mois ne différaient pas entre les travailleurs de première ligne, les travailleurs essentiels et les autres travailleurs. Au sein des trois groupes, les personnes ne s'identifiant pas comme appartenant à un groupe racisé avaient des probabilités supérieures dans les deux résultats. Le fait d'avoir obtenu un résultat positif au dépistage du trouble d'anxiété généralisée ou du trouble de l'humeur était significativement associé à une consommation accrue d'alcool chez les trois groupes. Chez les travailleurs de première ligne et les travailleurs essentiels, les personnes de genre féminin étaient beaucoup moins susceptibles que celles de genre masculin de faire état d'une forte consommation épisodique d'alcool. Chez les travailleurs essentiels seulement, on a établi une association significative entre le fait de vivre dans une région rurale et une probabilité moindre de consommation accrue d'alcool, ainsi qu'une association significative entre le fait d'avoir obtenu un résultat positif au dépistage du trouble de stress post-traumatique et une probabilité plus élevée de forte consommation épisodique d'alcool. Chez les travailleurs de première ligne seulement, on a établi une association significative entre le fait de vivre dans une région rurale et une probabilité moindre de forte consommation épisodique d'alcool.

**Conclusion.** Même si les travailleurs de première ligne et les travailleurs essentiels ne se sont pas révélés plus susceptibles de faire état d'une consommation accrue d'alcool et d'une forte consommation épisodique d'alcool que les autres travailleurs, des différences ont été établies dans les facteurs associés à la consommation d'alcool. Ces résultats montrent l'importance d'analyser chaque groupe séparément pour obtenir des données aptes à orienter les stratégies ciblées de prévention.

### Points saillants

- Aucune différence significative n'a été observée entre les travailleurs de première ligne, les travailleurs essentiels et les travailleurs autres que ceux de première ligne ou essentiels en ce qui concerne la consommation autodéclarée accrue d'alcool et la forte consommation épisodique d'alcool au cours du dernier mois.
- Le genre et le milieu de résidence ont été significativement associés à une consommation accrue d'alcool ou à une forte consommation épisodique d'alcool uniquement chez les travailleurs de première ligne et chez les travailleurs essentiels.
- Une association significative a été établie entre l'obtention d'un résultat positif au dépistage du trouble d'anxiété généralisée ou du trouble de dépression majeure et une consommation accrue d'alcool dans les trois groupes, renforçant la preuve d'une association entre santé mentale et consommation d'alcool pendant la pandémie de COVID-19 au sein de la population canadienne.

### Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Institut Atlas pour les vétérans et leur famille, Ottawa (Ontario), Canada
3. Helen Keller International, Nairobi, Kenya

**Correspondance :** Mélanie Varin, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1S 5H4; courriel : melanie.varin@phac-aspc.gc.ca

## Introduction

L'épidémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) a été déclarée pandémie le 11 mars 2020<sup>1</sup>. Les travailleurs de première ligne et les travailleurs essentiels sont des personnes qui, en raison de leur profession, risquent d'entrer en contact direct avec des individus ayant contracté la COVID-19 ou dont la profession est nécessaire pour préserver les fonctions sociétales au cours d'une pandémie (comme les premiers intervenants, les travailleurs de la santé, les employés travaillant dans l'industrie des services). Tout au long de la pandémie de COVID-19, les travailleurs de première ligne et les travailleurs essentiels ont dû faire face à une pression accrue pour fournir des biens et des services, que ce soient les soins de santé, les services alimentaires ou la gestion des installations. En raison de la nature publique de leur travail, leur risque d'exposition à la COVID-19 était susceptible d'augmenter, ce qui en retour a pu augmenter leur risque d'infection. Ces conditions, associées à un stress accru au travail et à la peur de propager le virus, sont susceptibles d'avoir augmenté le fardeau psychosocial au sein de ce groupe de population et d'avoir eu un impact sur la santé mentale et la consommation de substances<sup>2,3</sup>.

Les soins de santé sont l'un des rares secteurs professionnels où les chercheurs ont étudié dans le passé les répercussions des pandémies et des épidémies sur la santé mentale et la consommation d'alcool. Les données probantes tirées de trois revues rapides laissent entendre que la santé mentale des professionnels de la santé peut subir des répercussions négatives au cours d'une pandémie ou d'une épidémie, comme cela a été noté lors de l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003, de la pandémie de grippe (H1N1) en 2009 et de l'épidémie de syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) en 2012<sup>4,6</sup>. Les répercussions associées aux pandémies et aux épidémies observées dans ces études sont l'abus d'alcool<sup>4</sup>, la dépression<sup>4,6</sup>, des symptômes d'épuisement professionnel<sup>4,5</sup> et des effets sur le bien-être psychologique<sup>5</sup>.

Les nouvelles données probantes sur la pandémie de COVID-19 corroborent ces constatations. Dans une étude menée auprès de 544 travailleurs de la santé en Indonésie, les chercheurs ont constaté que les travailleurs qui avaient un risque plus élevé d'exposition directe à la COVID-19

étaient plus susceptibles de présenter des symptômes modérés à graves de dépression (rapport de cotes ajusté [RCa] = 5,82, intervalle de confiance [IC] à 95 % : 2,18 à 15,56) et d'épuisement professionnel (RCa = 3,78, IC à 95 % : 1,99 à 7,16) que ceux présentant un risque faible d'exposition<sup>7</sup>. Dans un échantillon de 1257 travailleurs de la santé en Chine, les travailleurs de première ligne traitant directement les patients atteints de la COVID-19 étaient plus susceptibles de souffrir de dépression (RC = 1,52, IC à 95 % : 1,11 à 2,09) et de symptômes graves du trouble d'anxiété généralisée (RCa = 1,57, IC à 95 % : 1,22 à 2,02) que ceux fournissant des services secondaires<sup>8</sup>.

Enfin, les données tirées d'une enquête participative menée par Statistique Canada entre novembre et décembre 2020 ont révélé que 70 % des travailleurs de la santé ont fait état d'une moins bonne santé mentale pendant la pandémie de COVID-19<sup>9,10</sup>. Puisque les troubles d'anxiété et les troubles de l'humeur sont des facteurs de risque associés à la consommation d'alcool<sup>11</sup> et que la consommation excessive d'alcool peut entraîner des maladies chroniques et le décès<sup>12</sup>, il est important d'évaluer les comportements relatifs à la consommation d'alcool au sein de ces groupes professionnels.

Des recherches préliminaires semblent indiquer que la pandémie de COVID-19 a également eu un effet sur la consommation d'alcool de certains travailleurs de première ligne et travailleurs essentiels. Une étude réalisée aux États-Unis auprès de 571 travailleurs de première ligne (98 membres du personnel hospitalier, 401 pompiers et 72 membres des forces de l'ordre) a révélé que 31 % d'entre eux ont présenté un risque accru de trouble de consommation d'alcool pendant la pandémie de COVID-19<sup>13</sup>. De plus, selon cette étude, les travailleurs de première ligne étant en contact direct avec les patients ont présenté une probabilité deux fois plus élevée d'avoir un trouble de consommation d'alcool (RC = 2,18, IC à 95 % : 1,35 à 3,52) que les travailleurs n'étant pas en contact direct avec les patients<sup>13</sup>. Une étude transversale menée également aux États-Unis a révélé une prévalence élevée de trouble de consommation d'alcool (42,8 %) chez 1 092 travailleurs de la santé relevant de 25 centres médicaux<sup>14</sup>. Dans ces deux études, le trouble de consommation d'alcool a été quantifié au moyen du questionnaire de dépistage du trouble de

consommation d'alcool (Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption Questions, AUDIT-C)<sup>13,14</sup>. Dans une étude transversale menée au Royaume-Uni auprès de 1346 participants, des travailleurs essentiels ont fait état d'une augmentation de leur consommation d'alcool hebdomadaire et de la gravité de leur problème de consommation d'alcool en mai 2020 (pendant la quarantaine) comparativement à novembre 2019 (avant la quarantaine)<sup>15</sup>. Ces constatations à l'échelle internationale fournissent des données préliminaires importantes sur la consommation d'alcool chez les travailleurs de première ligne et les travailleurs essentiels pendant la pandémie de COVID-19.

Bien que l'on ne dispose d'aucune donnée représentative à l'échelle nationale sur la consommation d'alcool chez les travailleurs de première ligne et les travailleurs essentiels pendant la pandémie de COVID-19, une consommation accrue d'alcool et une forte consommation épisodique d'alcool ont été observées chez les Canadiens pendant cette période, certains groupes ayant été apparemment plus touchés que d'autres<sup>16-22</sup>. En effet, chez les femmes, les parents/tuteurs légaux et les personnes ayant obtenu un résultat positif au dépistage du trouble d'anxiété généralisée, du trouble de dépression majeure ou du trouble de stress post-traumatique (TSPT), la prévalence de la consommation autodéclarée accrue d'alcool s'est révélée beaucoup plus élevée depuis le début de la pandémie<sup>16,17,22</sup>. Compte tenu des effets variables observés sur certains déterminants sociaux et psychologiques de la santé, il est essentiel d'étudier ces déterminants lors de l'évaluation de la consommation d'alcool chez les travailleurs de première ligne et les travailleurs essentiels.

Dans l'ensemble, les données dont on dispose à l'échelle internationale montrent que les travailleurs de première ligne et les travailleurs essentiels ont pu présenter un risque accru de trouble de consommation d'alcool<sup>13-15</sup> pendant la pandémie de COVID-19, mais aucune étude n'a porté sur cette question en contexte canadien. Les objectifs de cette étude comportaient trois volets :

- 1) estimer la prévalence de la consommation autodéclarée accrue d'alcool et de la forte consommation épisodique d'alcool au cours du dernier mois chez i) les travailleurs de

première ligne, ii) les travailleurs essentiels et iii) les travailleurs autres que ceux de première ligne ou essentiels;

2) vérifier l'existence de différences significatives entre les groupes;

3) établir les associations spécifiques à chaque groupe entre les déterminants sociaux de la santé, les variables relatives à la santé mentale et la consommation d'alcool (consommation accrue d'alcool et forte consommation épisodique d'alcool).

## Méthodologie

### Plan d'étude et population

Cette étude se fonde sur les données de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM), une enquête transversale représentative de la population à l'échelle nationale dirigée par Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Cette enquête a été réalisée auprès de 30 000 ménages entre le 11 septembre et le 4 décembre 2020. Au total, 14 689 personnes de 18 ans et plus ont répondu à l'enquête, soit un taux de réponse de 53,3 %. Parmi les participants, 84 % ont accepté de partager leurs données avec l'ASPC, de sorte que la taille de l'échantillon est de 12 344 personnes. Les personnes vivant dans des réserves ou d'autres établissements autochtones, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les personnes vivant en institution ont été exclus du champ de l'enquête. On estime que ces exclusions correspondent à moins de 2 % de la population. Davantage de précisions sur le plan d'échantillonnage et le cadre d'échantillonnage de l'ECSM sont disponibles sur le site Web de Statistique Canada<sup>23</sup>.

La population à l'étude est constituée des travailleurs de 19 à 64 ans qui 1) se sont identifiées comme travailleurs de première ligne, 2) se sont identifiées comme travailleurs essentiels mais pas de première ligne et 3) ne se sont pas identifiées comme travailleurs essentiels ou de première ligne.

Les répondants ayant répondu « oui » à la question suivante ont été considérés comme travailleurs de première ligne : « Étiez-vous considéré comme un "travailleur de première ligne"? 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.

Il s'agit, par exemple, des policiers, des pompiers, des ambulanciers, du personnel infirmier ou des médecins. »

Les répondants ayant répondu « oui » à la question suivante ont été considérés comme travailleurs essentiels : « Étiez-vous considéré comme un "travailleur essentiel"? Un travailleur essentiel est défini comme une personne qui travaille dans un service, une installation ou un secteur d'activité nécessaire pour préserver la vie, la santé, la sécurité publique et les fonctions sociétales de base des Canadiens. Il s'agit, par exemple, des employés travaillant dans les transports (transport en commun, stations-service, etc.), les institutions financières, les soins de santé ou comme premiers intervenants (policiers, pompiers, ambulanciers, etc.), les pharmacies, les garderies, l'alimentation (épiceries, camionneurs, etc.). »

La population de travailleurs autres que de première ligne et essentiels se compose de ceux ayant répondu « non » aux deux questions ci-dessus. Presque toutes les personnes (94 %) s'étant identifiées comme travailleurs de première ligne se sont également identifiées comme travailleurs essentiels. Cela signifie que les travailleurs de première ligne forment un sous-ensemble des travailleurs essentiels. Par conséquent, trois groupes mutuellement exclusifs ont été créés : 1) travailleurs de première ligne (n = 880), 2) travailleurs essentiels à l'exclusion de ceux de première ligne (n = 2288) et 3) travailleurs autres que de première ligne ou essentiels (n = 5301).

Les questions concernant les travailleurs de première ligne et les travailleurs essentiels n'ont pas été posées aux répondants de plus de 75 ans. Comme des écarts importants ont été observés chez les 65 à 75 ans entre, d'une part, la proportion de travailleurs de première ligne et de travailleurs essentiels (environ 4 %) et, d'autre part, la proportion de travailleurs autres que ceux de première ligne ou essentiels (22 %), les analyses ont été limitées aux participants de 19 à 64 ans. Cette restriction liée à l'âge tient également compte du biais associé à l'effet du travailleur en bonne santé. La restriction n'a pas entraîné de changements importants dans les résultats.

### Résultats

Cette étude a porté sur deux résultats principaux : 1) consommation accrue

d'alcool et 2) forte consommation épisodique d'alcool au cours du dernier mois. Les répondants devaient répondre à la question suivante : « Comment votre consommation d'alcool a-t-elle changé comparativement à avant la pandémie de COVID-19? » Les options de réponses étaient « augmentation », « diminution » et « aucun changement ». Ce résultat a été refondu en deux catégories : 1) augmentation et 2) diminution ou aucun changement.

En ce qui concerne le second résultat, les répondants devaient répondre à la question suivante : « Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous consommé quatre/cinq [quatre dans le cas des femmes; cinq dans le cas des hommes] verres ou plus à une même occasion? » Les répondants ont été considérés comme ayant eu une forte consommation épisodique d'alcool au cours du dernier mois s'ils avaient choisi les options « tous les jours ou presque », « 2 à 5 fois par semaine », « une fois par semaine », « 2 à 3 fois dans les 30 derniers jours ou « une fois dans les 30 derniers jours ». Les personnes ayant choisi l'option « pas dans les 30 derniers jours » ou qui n'ayant pas bu de boissons alcoolisées au cours du dernier mois ont été considérées comme n'ayant pas eu de forte consommation épisodique d'alcool au cours du dernier mois. Une forte consommation épisodique d'alcool est un exemple de comportement outrepassant les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada<sup>24</sup> et qui peut avoir des conséquences nocives.

Les personnes ayant choisi l'option « ne sait pas » ou n'ayant pas répondu aux questions concernant la consommation d'alcool (n = 17, 0,002 %) et la forte consommation épisodique d'alcool au cours du dernier mois (n = 24, 0,003 %) ont été considérés comme ayant fourni des données manquantes et ont été exclus de l'analyse.

### Déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé pris en compte ont été le niveau de scolarité (sans diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, diplôme d'études postsecondaires), le groupe d'âge (19 à 24 ans, 25 à 44 ans, 45 à 64 ans), le revenu total du ménage (divisé en quintiles), le fait d'être parent ou tuteur légal d'un ou de plusieurs enfants de moins de 18 ans (oui, non; ci-après « parent/tuteur légal »),

le milieu de résidence (urbain, rural), le fait de s'identifier comme appartenant à un groupe racisé (oui, non; ci-après « membre d'un groupe racisé ») et le genre (masculin, féminin).

Le milieu de résidence indique si le répondant vivait dans un centre de population (milieu urbain) ou dans une région rurale, c'est-à-dire dans une région métropolitaine de recensement ou une agglomération de recensement ou en dehors de celles-ci. Les centres de population ont une concentration de 1000 habitants ou plus et une densité de population de 400 habitants au kilomètre carré ou plus, d'après les effectifs du recensement de population de 2016.

Pour mesurer leur appartenance à un groupe racisé, on a demandé aux répondants d'indiquer le ou les groupes de population auxquels ils appartenaient. Les données des personnes n'ayant pas répondu à cette question ont été considérées comme manquantes.

On a demandé aux répondants : « À quel genre vous identifiez-vous? Par genre, on entend le genre actuel, qui peut différer du sexe assigné à la naissance ou de celui inscrit dans les documents légaux. Est-ce masculin, féminin, ou veuillez préciser ». Même si la question portait sur le genre, la terminologie utilisée dans les options de réponse correspond au sexe biologique (masculin, féminin) plutôt qu'au genre (homme, femme). Comme il s'agit ici d'une analyse secondaire qui se limite aux questions du sondage et aux réponses fournies, nous avons décidé d'indiquer le genre au moyen des choix de réponse offerts aux répondants (masculin, féminin), par souci de rigueur et d'éthique. Dans le cas des répondants ayant répondu « ne sait pas » ou n'ayant pas fourni de réponse, les données ont été considérées comme manquantes.

### Variables relatives à la santé mentale

L'échelle du trouble d'anxiété généralisée (échelle GAD-7) est une échelle validée à sept items qui évalue à quelle fréquence une personne a été atteinte de sept symptômes d'anxiété au cours des deux semaines précédentes<sup>25</sup>. Parmi les exemples de symptômes ressentis figurent l'incapacité d'arrêter de s'inquiéter ou de contrôler ses inquiétudes, la difficulté à se détendre, un sentiment de nervosité, etc. Les répondants

ayant obtenu un score de 10 ou plus (sur 21) ont été considérés comme présentant des symptômes modérés à graves de trouble d'anxiété généralisée<sup>25</sup>.

Le questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9) est une échelle validée à neuf items qui évalue à quelle fréquence une personne a été atteinte de symptômes de dépression majeure au cours des deux semaines précédentes<sup>26</sup>. Parmi les exemples de symptômes ressentis figurent la fatigue ou le manque d'énergie, les difficultés de concentration et la perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités, etc. Les répondants ayant obtenu un score de 10 ou plus (sur 27) ont été considérés comme présentant des symptômes modérés à graves de dépression majeure<sup>26</sup>. Les échelles GAD-7 et PHQ-9 posent des questions sur les symptômes observés au cours des deux semaines précédant la participation à l'enquête. Dans le reste de l'article, lorsqu'il sera question de ces variables, nous parlerons de résultat positif au dépistage du trouble d'anxiété généralisée ou du trouble de dépression majeure.

L'inventaire de critères du DSM-5 pour le TSPT (PCL-5) comprenant 20 items évalue les symptômes du trouble de stress post-traumatique au cours du mois précédent, tels que des souvenirs récurrents, perturbants ou indésirables; l'évitement des éléments externes rappelant un événement et enfin un état d'hypervigilance ou d'alerte. Les répondants ayant obtenu un score de 33 ou plus (sur 80) ont été considérés comme atteignant le seuil associé à un TSPT<sup>27</sup>. Il convient de souligner que l'on ne précisait pas l'événement à l'origine du TSPT, qui pouvait correspondre à un TSPT lié à la COVID-19 ou à d'autres événements survenus au cours de la vie du répondant.

### Analyses statistiques

Nous avons effectué une analyse descriptive visant les caractéristiques de l'ensemble de la population de l'enquête, en calculant les proportions pondérées et les intervalles de confiance (IC) à 95 % pour chacun des trois groupes autodéclarés. Nous avons ajusté des modèles de régression logistique pour mesurer les associations entre 1) les groupes de population et la consommation autodéclarée accrue d'alcool et 2) les groupes de population et une forte consommation épisodique d'alcool au cours du dernier mois.

Pour mesurer les associations entre 1) les déterminants sociaux de la santé, la santé mentale et la consommation accrue d'alcool et 2) les déterminants sociaux de la santé, la santé mentale et une forte consommation épisodique d'alcool au cours du dernier mois pour chaque groupe, nous avons stratifié les modèles ajustés de régression logistique par type de travailleurs, c'est-à-dire travailleurs de première ligne, travailleurs essentiels et travailleurs autres que de première ligne et essentiels. Au total, six modèles de régression logistique ajustés et stratifiés ont été élaborés.

Chaque modèle a été ajusté pour les critères suivants : genre, groupe d'âge, quintile de revenu du ménage autodéclaré, niveau de scolarité, position de parent/tuteur légal, milieu de résidence, appartenance à un groupe racisé, résultat positif au dépistage du trouble d'anxiété généralisée, résultat positif au dépistage du trouble de dépression majeure et résultat positif au dépistage du TSPT. Nous avons considéré comme statistiquement significatifs les rapports de cotes associés à un IC à 95 % n'incluant pas 1,0. Les poids d'échantillonnage ont été fournis par Statistique Canada afin de générer des estimations représentatives à l'échelle nationale. La variance des estimations de prévalence a été estimée à l'aide de la méthode *bootstrap* et les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de l'application SAS Enterprise Guide, version 7.1 (SAS Institute Inc, Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

### Résultats

Les estimations de la prévalence des déterminants sociaux pour la population de l'enquête et pour les trois groupes sont présentées dans le tableau 1. Il y avait davantage de femmes parmi les travailleurs de première ligne (61,3 %) et les travailleurs autres que de première ligne et essentiels (50,9 %) que parmi les travailleurs essentiels (45,1 %). La répartition selon l'âge était similaire dans les trois groupes. Dans le quintile de revenu le plus faible, il y avait une prévalence plus élevée de travailleurs autres que de première ligne et essentiels (25,1 %) que de travailleurs de première ligne (15,7 %) et de travailleurs essentiels (18,5 %). Dans les trois groupes, la plupart des personnes avaient un diplôme d'études postsecondaires, n'étaient pas parent/tuteur légal, vivaient en milieu urbain, ne s'identifiaient pas comme appartenant à un

TABLEAU 1

Estimations de la prévalence pour l'ensemble de l'échantillon ainsi que pour les travailleurs de première ligne, les travailleurs essentiels et les travailleurs autres que de première ligne et essentiels en fonction des déterminants sociaux de la santé, des variables relatives à la santé mentale et des résultats en matière de consommation d'alcool

Déterminants sociaux de la santé	Population totale % (IC à 95 %)	Travailleurs de première ligne % (IC à 95 %)	Travailleurs essentiels à l'exclusion de ceux de première ligne % (IC à 95 %)	Travailleurs autres que de première ligne ou essentiels % (IC à 95 %)
<b>Total non pondéré</b>	<b>8 797</b>	<b>880</b>	<b>2 288</b>	<b>5 301</b>
<b>Total pondéré</b>	<b>23 078 096</b>	<b>1 872 014</b>	<b>5 893 453</b>	<b>14 408 423</b>
Genre	(n = 8 774)	(n = 878)	(n = 2 283)	(n = 5 287)
Masculin	49,9 (49,6 à 50,2)	38,7 (33,6 à 43,8)	54,9 (52,3 à 57,6)	49,1 (47,8 à 50,3)
Féminin	50,1 (49,8 à 50,4)	61,3 (56,2 à 66,4)	45,1 (42,4 à 47,7)	50,9 (49,7 à 52,2)
Groupe d'âge (ans)	(n = 8 797)	(n = 880)	(n = 2 288)	(n = 5 301)
19 à 24	10,8 (9,7 à 11,9)	8,9 (4,5 à 13,2)	8,7 (6,4 à 11,0)	12,0 (10,4 à 13,6)
25 à 44	46,4 (45,3 à 47,5)	47,8 (42,6 à 53,0)	47,5 (44,6 à 50,4)	45,4 (43,6 à 47,2)
45 à 64	42,8 (42,6 à 43,0)	43,3 (38,4 à 48,2)	43,8 (41,2 à 46,4)	42,6 (41,4 à 43,9)
Quintile de revenu du ménage autodéclaré	(n = 8 114)	(n = 812)	(n = 2 110)	(n = 4 877)
Q1	22,7 (21,4 à 24,1)	15,7 (11,7 à 19,6)	18,5 (16,2 à 20,7)	25,1 (23,3 à 26,9)
Q2	20,0 (18,7 à 21,4)	23,0 (18,0 à 27,9)	20,9 (18,3 à 23,5)	19,2 (17,5 à 20,9)
Q3	19,0 (17,6 à 20,3)	18,4 (14,4 à 22,5)	21,0 (18,3 à 23,7)	18,1 (16,4 à 19,8)
Q4	20,4 (19,0 à 21,7)	21,0 (16,9 à 25,0)	21,3 (18,5 à 24,0)	20,2 (18,5 à 22,0)
Q5	17,9 (16,6 à 19,2)	22,0 (17,3 à 26,6)	18,4 (15,8 à 21,0)	17,4 (15,8 à 19,0)
Niveau de scolarité	(n = 8 783)	(n = 878)	(n = 2 286)	(n = 5 293)
Sans diplôme d'études secondaires	4,8 (4,0 à 5,5)	1,0 (0,3 à 1,7)	3,8 (2,6 à 5,0)	5,5 (4,5 à 6,4)
Diplôme d'études secondaires	21,5 (20,0 à 22,9)	11,9 (7,7 à 16,0)	23,0 (20,2 à 25,7)	22,3 (20,4 à 24,3)
Diplôme d'études postsecondaires	73,8 (72,3 à 75,2)	87,1 (82,9 à 91,3)	73,2 (70,3 à 76,1)	72,2 (70,2 à 74,2)
Parent/tuteur légal	(n = 8 783)	(n = 880)	(n = 2 282)	(n = 5 293)
Oui	35,6 (34,4 à 36,8)	42,0 (36,8 à 47,2)	39,7 (36,8 à 42,6)	32,9 (31,2 à 34,6)
Non	64,4 (63,2 à 65,6)	58,0 (52,8 à 63,2)	60,3 (57,4 à 63,2)	67,1 (65,4 à 68,8)
Milieu de résidence	(n = 8 720)	(n = 871)	(n = 2 269)	(n = 5 256)
Urbain	83,3 (82,3 à 84,2)	83,6 (80,0 à 87,2)	81,6 (79,4 à 83,9)	84,0 (82,7 à 85,3)
Rural	16,7 (15,8 à 17,7)	16,4 (12,8 à 20,0)	18,4 (16,1 à 20,6)	16,0 (14,7 à 17,3)
Membre d'un groupe racisé	(n = 8 723)	(n = 872)	(n = 2 268)	(n = 5 262)
Oui	28,5 (27,1 à 29,9)	30,9 (25,5 à 36,2)	24,8 (21,8 à 27,9)	29,9 (28,0 à 31,8)
Non	71,5 (70,1 à 72,9)	69,1 (63,8 à 74,5)	75,2 (72,1 à 78,2)	70,1 (68,2 à 72,0)
Résultat positif au dépistage du TAG	(n = 8 661)	(n = 863)	(n = 2 259)	(n = 5 218)
Oui	14,5 (13,3 à 15,6)	17,9 (13,5 à 22,2)	10,6 (8,6 à 12,6)	15,5 (14,1 à 17,0)
Non	85,5 (84,4 à 86,7)	82,1 (77,8 à 86,5)	89,4 (87,4 à 91,4)	84,5 (83,0 à 85,9)
Résultat positif au dépistage du TDM	(n = 8 610)	(n = 865)	(n = 2 235)	(n = 5 193)
Oui	17,2 (16,0 à 18,4)	20,7 (16,3 à 25,2)	12,6 (10,3 à 14,9)	18,6 (17,0 à 20,2)
Non	82,8 (81,6 à 84,0)	79,3 (74,8 à 83,7)	87,4 (85,1 à 89,7)	81,4 (79,8 à 83,0)
Résultat positif au dépistage du TSPT	(n = 8 448)	(n = 839)	(n = 2 210)	(n = 5 080)
Oui	7,2 (6,4 à 8,1)	9,7 (6,0 à 13,3)	6,2 (4,6 à 7,9)	7,4 (6,4 à 8,4)
Non	92,8 (91,9 à 93,6)	90,3 (86,7 à 94,0)	93,8 (92,1 à 95,4)	92,6 (91,6 à 93,6)
Changements autodéclarés en ce qui concerne la consommation d'alcool	(n = 8 780)	(n = 878)	(n = 2 285)	(n = 5 291)
Augmentation	18,2 (17,0 à 19,4)	18,4 (14,4 à 22,3)	18,9 (16,3 à 21,4)	18,0 (16,5 à 19,4)
Diminution	11,1 (10,0 à 12,1)	13,1 (9,0 à 17,2)	9,6 (7,6 à 11,5)	11,3 (10,0 à 12,7)
Aucun changement	70,7 (69,2 à 72,1)	68,6 (63,5 à 73,6)	71,6 (68,5 à 74,6)	70,7 (68,8 à 72,5)
Forte consommation épisodique d'alcool au cours du dernier mois	(n = 8 773)	(n = 879)	(n = 2 284)	(n = 5 284)
Au moins 1 fois	31,6 (30,1 à 33,1)	29,5 (24,8 à 34,2)	34,0 (31,0 à 37,0)	30,5 (28,6 à 32,4)
Non	68,4 (66,9 à 69,9)	70,5 (65,8 à 75,2)	66,0 (63,0 à 69,0)	69,5 (67,6 à 71,4)

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

Abréviations : IC, intervalle de confiance; Q, quintile; TAG, trouble d'anxiété généralisée; TDM, trouble de dépression majeure; TSPT, trouble de stress post-traumatique.

Remarques : Les effectifs ayant été arrondis, le total n'est pas nécessairement de 100 %. La taille de l'échantillon se composant des travailleurs de première ligne, des travailleurs essentiels et des travailleurs autres que de première ligne ou essentiels (n = 8 469) ne correspond pas à la population totale (n = 8 797). Cette dernière comprend tous les répondants de 19 à 64 ans, tandis que les travailleurs de première ligne, les travailleurs essentiels et les travailleurs autres que ceux de première ligne ou essentiels sont les répondants de 19 à 64 ans ayant travaillé au cours de la semaine précédente et ayant répondu aux questions au sujet des travailleurs de première ligne et des travailleurs essentiels. Les effectifs présentés (n) correspondent à la taille de l'échantillon total non pondéré.

groupe racisé et n'avaient pas obtenu de résultat positif au dépistage du trouble d'anxiété généralisée, du trouble de dépression majeure ou du TSPT. Ce sont les travailleurs de première ligne qui ont eu la plus forte prévalence de résultats positifs au dépistage du trouble d'anxiété généralisée (17,9 %), du trouble de dépression majeure (20,7 %) et du TSPT (9,7 %) et ce sont les travailleurs essentiels qui ont eu la plus faible prévalence (respectivement 10,6 %, 12,6 % et 6,2 %). Après ajustement pour les facteurs de confusion, aucune différence significative n'a été constatée entre les groupes en matière de consommation accrue d'alcool ou de forte consommation épisodique d'alcool (tableau 2).

### **Consommation accrue d'alcool selon le groupe professionnel**

Dans les trois groupes, les personnes ne s'étant pas identifiées comme appartenant à un groupe racisé (RCa des travailleurs de première ligne = 5,94; RCa des travailleurs essentiels = 2,86; RCa des travailleurs autres que de première ligne et essentiels = 2,32) étaient significativement plus susceptibles de faire état d'une consommation accrue d'alcool. Les travailleurs de première ligne et les travailleurs autres que de première ligne et essentiels ayant obtenu un résultat positif au dépistage du trouble de dépression majeure (RCa des travailleurs de première ligne = 3,90; RCa des travailleurs autres que de première ligne et essentiels = 2,17) étaient significativement plus susceptibles de faire état d'une consommation accrue d'alcool. Dans le cas des travailleurs essentiels et des travailleurs autres que de première ligne et essentiels, les personnes se situant dans le quintile de revenu le plus élevé (RCa des travailleurs essentiels = 2,61; RCa des travailleurs autres que de première ligne et essentiels = 2,69) et les parents/tuteurs légaux (RCa des travailleurs essentiels = 1,51; RCa des travailleurs autres que de première ligne et essentiels = 1,41) étaient significativement plus susceptibles de faire état d'une consommation accrue d'alcool. Les travailleurs essentiels vivant en milieu rural (RCa = 0,53) étaient moins susceptibles de faire état d'une consommation accrue d'alcool, tandis que ceux ayant obtenu un résultat positif au dépistage du trouble d'anxiété généralisée (RCa = 2,27) étaient plus susceptibles de faire état d'une consommation accrue d'alcool. Parmi les travailleurs autres que de première ligne

et essentiels, les personnes se situant dans le quatrième quintile de revenu (RCa = 1,86) et les personnes ayant un diplôme d'études postsecondaires (RCa = 3,99) étaient plus susceptibles de faire état d'une consommation accrue d'alcool (tableau 3).

### **Forte consommation épisodique d'alcool par groupes professionnels**

Dans les trois groupes, les personnes ne s'étant pas identifiées comme appartenant à un groupe racisé (RCa des travailleurs de première ligne = 3,85; RCa des travailleurs essentiels = 3,26; RCa des travailleurs autres que de première ligne et essentiels = 3,10) étaient significativement plus susceptibles de faire état d'une forte consommation épisodique d'alcool au cours du dernier mois. Parmi les travailleurs de première ligne (RCa = 0,41) et les travailleurs essentiels (RCa = 0,75), les femmes étaient significativement moins susceptibles de faire état d'une forte consommation épisodique d'alcool. Parmi les travailleurs essentiels et les travailleurs autres que de première ligne et essentiels, les personnes de 25 à 44 ans (RCa des travailleurs essentiels = 1,62; RCa des travailleurs autres que de première ligne et essentiels = 1,40) étaient significativement plus susceptibles de faire état d'une forte consommation épisodique d'alcool que celles de 45 à 64 ans. Parmi les travailleurs autres que de première ligne et essentiels, les personnes se situant dans les trois quintiles de revenu les plus élevés (RCa entre 1,45 et 1,56), les personnes ayant un diplôme d'études secondaires (RCa = 2,16), les personnes ayant un diplôme d'études postsecondaires (RCa = 1,65) et celles ayant obtenu un résultat positif au dépistage du trouble de dépression majeure (RCa = 1,46) étaient significativement plus susceptibles de faire état d'une forte consommation épisodique d'alcool. Les travailleurs de première ligne vivant dans une région rurale étaient significativement moins susceptibles de faire état d'une forte consommation épisodique d'alcool (RCa = 0,47). Les travailleurs essentiels ayant obtenu un résultat positif au dépistage du TSPT étaient plus de deux fois plus susceptibles de faire état d'une forte consommation épisodique d'alcool (RCa = 2,15; tableau 4).

### **Analyse**

Le stress et l'incertitude provoqués par la pandémie de COVID-19 et les fortes répercussions sociales et économiques associées

ont eu un impact sur les habitudes de consommation de substances de nombreux Canadiens<sup>10</sup>. Selon des données nationales, certains Canadiens ont fait état d'une augmentation de leur consommation d'alcool depuis le début de la pandémie de COVID-19<sup>16-22</sup>. On ne disposait cependant pas d'estimation à l'échelle nationale portant précisément sur les travailleurs de première ligne et les travailleurs essentiels – deux groupes professionnels touchés durant cette période sans précédent. Notre étude visait à combler cette lacune.

Nous n'avons relevé aucune différence significative entre, d'une part, les travailleurs de première ligne et les travailleurs essentiels et, d'autre part, les travailleurs autres que de première ligne et essentiels en matière de prévalence et de probabilité de consommation accrue d'alcool et de forte consommation épisodique d'alcool entre septembre et décembre 2020. Ces constatations ne concordent pas avec celles d'autres études transversales réalisées aux États-Unis et au Royaume-Uni<sup>13-15</sup>, il convient de noter que la consommation d'alcool a été mesurée ici de façon différente, ce qui pourrait expliquer ces divergences. D'après notre analyse, des facteurs autres que la profession pourraient avoir joué un rôle dans la consommation accrue d'alcool et dans la forte consommation épisodique d'alcool pendant la pandémie de COVID-19 au Canada. Il n'en reste pas moins que les modèles de régression stratifiés ont permis de relever des similitudes et des différences intéressantes entre ces trois groupes.

Nous avons en effet relevé dans cette étude quelques différences entre les groupes quant aux facteurs associés à une consommation accrue d'alcool et à une forte consommation épisodique d'alcool. Premièrement, chez les travailleurs de première ligne et chez les travailleurs essentiels, les personnes de genre féminin étaient moins susceptibles d'avoir une forte consommation épisodique d'alcool que celles de genre masculin, ce qui n'a pas été établi pour les travailleurs autres que de première ligne et essentiels. Nous n'avons pas trouvé de résultat comparable dans la littérature mais, d'après une revue rapide à l'échelle mondiale, les travailleurs de la santé présentent de manière générale un risque plus élevé de dépression que les travailleuses de la santé<sup>28</sup>, ce qui pourrait être une condition sous-jacente d'une consommation d'alcool

**TABEAU 2**  
**Rapports de cotes ajustés associés à une consommation accrue d'alcool**  
**et à une forte consommation épisodique d'alcool**

	Consommation accrue d'alcool RCa (IC à 95 %)	Forte consommation épisodique d'alcool RCa (IC à 95 %)
Travailleurs de première ligne	0,86 (0,63 à 1,17)	0,92 (0,70 à 1,20)
Travailleurs essentiels à l'exclusion de ceux de première ligne	1,04 (0,84 à 1,30)	1,07 (0,90 à 1,28)
Travailleurs autres que de première ligne ou essentiels	Réf.	Réf.

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

Abréviations : IC, intervalle de confiance; RCa, rapport de cotes ajusté; réf., groupe de référence; TSPT, trouble de stress post-traumatique.

Remarque : Les deux modèles de régression logistique ont été ajustés pour les déterminants sociaux de la santé suivants : groupe professionnel, genre, groupe d'âge, quintile de revenu, position de parent/tuteur légal, niveau de scolarité, milieu de résidence, appartenance à un groupe racisé, résultat positif au dépistage du trouble d'anxiété généralisée, résultat positif au dépistage du trouble de dépression majeure, résultat positif au dépistage du TSPT.

**TABEAU 3**  
**Rapports de cotes ajustés associés à une consommation autodéclarée accrue d'alcool pendant la pandémie de COVID-19, par groupes professionnels**

	Travailleurs de première ligne RCa (IC à 95 %)	Travailleurs essentiels à l'exclusion de ceux de première ligne RCa (IC à 95 %)	Travailleurs autres que de première ligne ou essentiels RCa (IC à 95 %)
Genre			
Masculin	Réf.	Réf.	Réf.
Féminin	0,75 (0,40 à 1,41)	1,04 (0,73 à 1,48)	1,04 (0,81 à 1,32)
Groupe d'âge (ans)			
19 à 24	0,50 (0,09 à 2,96)	1,81 (0,67 à 4,92)	1,11 (0,61 à 1,99)
25 à 44	1,04 (0,53 à 2,04)	1,37 (0,96 à 1,95)	1,03 (0,80 à 1,31)
45 à 64	Réf.	Réf.	Réf.
Quintile de revenu du ménage autodéclaré			
Q1	Réf.	Réf.	Réf.
Q2	1,26 (0,16 à 9,66)	1,10 (0,59 à 2,04)	1,18 (0,79 à 1,75)
Q3	0,83 (0,11 à 6,46)	1,57 (0,81 à 3,03)	1,33 (0,89 à 1,99)
Q4	3,45 (0,53 à 22,48)	1,44 (0,75 à 2,74)	1,86* (1,24 à 2,77)
Q5	3,72 (0,58 à 23,79)	2,61* (1,39 à 4,91)	2,69* (1,85 à 3,90)
Parent/tuteur légal			
Oui	1,46 (0,72 à 2,96)	1,51* (1,04 à 2,18)	1,41* (1,09 à 1,82)
Non	Réf.	Réf.	Réf.
Niveau de scolarité			
Sans diplôme d'études secondaires	Réf.	Réf.	Réf.
Diplôme d'études secondaires	0,43 (0,05 à 3,50)	0,65 (0,21 à 2,02)	2,09 (0,88 à 4,96)
Diplôme d'études postsecondaires	0,34 (0,05 à 2,31)	0,65 (0,22 à 1,90)	3,99* (1,70 à 9,34)
Milieu de vie			
Urbain	Réf.	Réf.	Réf.
Rural	0,61 (0,29 à 1,29)	0,53* (0,34 à 0,82)	0,89 (0,64 à 1,23)
Membre d'un groupe racisé			
Oui	Réf.	Réf.	Réf.
Non	5,94* (1,38 à 25,53)	2,86* (1,54 à 5,30)	2,32* (1,62 à 3,33)
Résultat positif au dépistage du TAG			
Oui	1,41 (0,38 à 5,16)	2,27* (1,18 à 4,38)	1,41 (0,97 à 2,06)
Non	Réf.	Réf.	Réf.
Résultat positif au dépistage du TDM			
Oui	3,90* (1,54 à 9,90)	1,87 (0,98 à 3,58)	2,17* (1,55 à 3,04)
Non	Réf.	Réf.	Réf.
Résultat positif au dépistage du TSPT			
Oui	0,85 (0,18 à 4,05)	0,83 (0,38 à 1,81)	1,12 (0,74 à 1,69)
Non	Réf.	Réf.	Réf.

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

Abréviations : IC, intervalle de confiance; Q, quintile; RCa, rapport de cotes ajusté; réf., groupe de référence; TAG, trouble d'anxiété généralisée; TDM, trouble de dépression majeure; TSPT, trouble de stress post-traumatique.

\* Association statistiquement significative d'après l'absence de chevauchement des intervalles de confiance.

**TABEAU 4**  
**Rapports de cotes ajustés associés à une forte consommation épisodique d'alcool autodéclarée, au cours du dernier mois, par groupes professionnels**

	Travailleurs de première ligne RCa (IC à 95 %)	Travailleurs essentiels à l'exclusion de ceux de première ligne RCa (IC à 95 %)	Travailleurs autres que de première ligne ou essentiels RCa (IC à 95 %)
Genre			
Masculin	Réf.	Réf.	Réf.
Féminin	0,41* (0,24 à 0,71)	0,75* (0,56 à 0,99)	0,88 (0,73 à 1,07)
Groupe d'âge (ans)			
19 à 24	0,78 (0,14 à 4,35)	0,91 (0,42 à 1,96)	1,15 (0,73 à 1,81)
25 à 44	1,61 (0,93 à 2,80)	1,62* (1,19 à 2,21)	1,40* (1,14 à 1,73)
45 à 64	Réf.	Réf.	Réf.
Quintile de revenu du ménage autodéclaré			
Q1	Réf.	Réf.	Réf.
Q2	1,12 (0,36 à 3,44)	0,95 (0,61 à 1,48)	1,19 (0,89 à 1,59)
Q3	1,94 (0,61 à 6,11)	1,16 (0,72 à 1,88)	1,45* (1,07 à 1,96)
Q4	2,37 (0,87 à 6,50)	1,24 (0,77 à 2,01)	1,56* (1,14 à 2,14)
Q5	1,81 (0,62 à 5,25)	1,20 (0,75 à 1,91)	1,54* (1,15 à 2,07)
Parent/tuteur légal			
Oui	0,77 (0,43 à 1,41)	1,07 (0,77 à 1,48)	0,90 (0,73 à 1,11)
Non	Réf.	Réf.	Réf.
Niveau de scolarité			
Sans diplôme d'études secondaires	Réf.	Réf.	Réf.
Diplôme d'études secondaires	1,55 (0,26 à 9,13)	1,01 (0,46 à 2,21)	2,16* (1,33 à 3,51)
Diplôme d'études postsecondaires	1,06 (0,20 à 5,58)	1,05 (0,49 à 2,24)	1,65* (1,04 à 2,62)
Milieu de vie			
Urbain	Réf.	Réf.	Réf.
Rural	0,47* (0,24 à 0,93)	1,14 (0,80 à 1,61)	1,04 (0,83 à 1,30)
Membre d'un groupe racisé			
Oui	Réf.	Réf.	Réf.
Non	3,85* (1,70 à 8,73)	3,26* (2,05 à 5,19)	3,10* (2,30 à 4,18)
Résultat positif au dépistage du TSPT			
Oui	1,02 (0,36 à 2,87)	1,26 (0,71 à 2,23)	1,02 (0,72 à 1,42)
Non	Réf.	Réf.	Réf.
Résultat positif au dépistage du TDM			
Oui	2,32 (0,95 à 5,70)	1,02 (0,57 à 1,83)	1,46* (1,07 à 1,99)
Non	Réf.	Réf.	Réf.
Résultat positif au dépistage du TSPT			
Oui	1,49 (0,39 à 5,73)	2,15* (1,07 à 4,33)	0,94 (0,63 à 1,39)
Non	Réf.	Réf.	Réf.

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

**Abréviations :** IC, intervalle de confiance; Q, quintile; RCa, rapport de cotes ajusté; réf., groupe de référence; TAG, trouble d'anxiété généralisée; TDM, trouble de dépression majeure; TSPT, trouble de stress post-traumatique.

\* Association statistiquement significative d'après l'absence de chevauchement des intervalles de confiance.

outrepassant les directives de consommation d'alcool à faible risque.

Deuxièmement, le fait de vivre dans une région rurale a été significativement associé à une probabilité moindre de forte consommation épisodique d'alcool chez les travailleurs de première ligne et à une probabilité moindre de consommation accrue d'alcool chez les travailleurs essentiels. Aucun lien significatif n'a été établi entre le milieu de résidence et ces deux résultats chez les travailleurs autres que

de première ligne et essentiels. Les centres urbains ont été aux prises avec un nombre plus élevé de cas de COVID-19 et ont dû gérer des cas de COVID-19 avec des conséquences plus graves que les régions rurales<sup>29</sup>. Les travailleurs de première ligne et les travailleurs essentiels dans les régions urbaines sont susceptibles d'avoir subi un stress professionnel accru lié à la COVID-19 et d'avoir tenté en conséquence de faire face à ce stress en ayant une forte consommation épisodique d'alcool ou en augmentant leur consommation d'alcool.

Troisièmement, les travailleurs essentiels sont le seul groupe pour lequel une association significative entre le TSPT et une forte consommation épisodique d'alcool a été établie. Ces tendances sont corroborées en partie par une étude australienne révélant des taux d'anxiété et d'insatisfaction plus élevés chez les travailleurs essentiels que chez les travailleurs de première ligne et le reste de la population à l'étude<sup>30</sup>. Les auteurs ont fait valoir que cela pouvait être attribuable à une formation et à une protection inadéquates ainsi

qu'à une stabilité d'emploi limitée chez les travailleurs essentiels autres que de première ligne<sup>30</sup>.

Dans l'ensemble, il pourrait être nécessaire d'augmenter les ressources et les stratégies de prévention ciblées en matière de santé publique pour les travailleurs de première ligne et les travailleurs essentiels de genre masculin, les travailleurs de première ligne et les travailleurs essentiels vivant dans des régions urbaines et les travailleurs essentiels présentant des symptômes de TSPT.

Certains déterminants sociaux courants de la santé ont également été associés à une consommation accrue d'alcool chez les travailleurs de première ligne, les travailleurs essentiels et les travailleurs autres que de première ligne et essentiels. Les personnes ne s'étant pas identifiées comme appartenant à un groupe racisé étaient significativement plus susceptibles de faire état d'une consommation accrue d'alcool et d'une forte consommation épisodique d'alcool. Cette constatation concorde avec celles d'autres études révélant des tendances similaires<sup>16,31</sup>. Le fait d'avoir obtenu un résultat positif au dépistage du trouble de dépression majeure était significativement associé à une consommation accrue d'alcool chez les travailleurs de première ligne et les travailleurs autres que de première ligne et essentiels. De plus, le fait d'avoir obtenu un résultat positif au dépistage du trouble d'anxiété généralisée était significativement associé à une consommation accrue d'alcool chez les travailleurs essentiels. On trouve dans la littérature<sup>32-34</sup> des données sur le lien entre l'anxiété, la dépression et la consommation d'alcool – ainsi que sur les troubles concomitants – et plus particulièrement pour la période concernant la pandémie de COVID-19<sup>16,18,19,35,36</sup>. Les résultats de notre étude et d'autres travaux de recherche<sup>16,18,19,35,36</sup> laissent entendre que la santé mentale est un facteur de risque important de consommation d'alcool pour l'ensemble de la population canadienne et pas seulement pour certains groupes professionnels. Il est essentiel de continuer à promouvoir la santé mentale, le bien-être et l'accès aux services et aux ressources pour l'ensemble de la population.

### Points forts et limites

L'un des principaux points forts de cette étude est qu'elle permet de combler une

lacune dans la littérature sur la consommation d'alcool et la consommation épisodique d'alcool chez les travailleurs de première ligne et les travailleurs essentiels au Canada pendant la pandémie de COVID-19. L'utilisation d'un vaste échantillon représentatif à l'échelle nationale est un autre point fort.

Si les résultats actuels contribuent à la base de données probantes émergentes, certaines limites sont cependant à souligner. Premièrement, comme il s'agissait d'une enquête nationale ne portant pas précisément sur les travailleurs de première ligne et les travailleurs essentiels, les données sur leurs préoccupations professionnelles spécifiques (notamment la pénurie d'équipement de protection individuelle, les besoins non comblés, les ressources limitées et la crainte de contracter ou de transmettre la maladie) n'ont pas été recueillies. Les travaux de recherche ultérieurs pourraient tirer parti de nos résultats et étudier les facteurs spécifiques susceptibles d'avoir eu un impact sur la consommation d'alcool pendant la pandémie.

Deuxièmement, dans la mesure où les données sont transversales, il est impossible d'établir un lien de causalité en s'appuyant sur ces résultats.

Troisièmement, nous n'avons pas été en mesure de tenir compte de la fréquence de consommation (nombre de boissons alcoolisées consommées par semaine) avant la pandémie de COVID-19. Les personnes déclarant avoir pris une ou deux consommations d'alcool de plus par semaine sont vraisemblablement différentes de celles déclarant avoir pris au moins cinq consommations d'alcool de plus par semaine. Notre analyse n'a pas atteint ce degré de précision.

Quatrièmement, il est important de souligner que cette enquête a été entamée, élaborée et mise en œuvre sur le terrain dans des circonstances sans précédent. La terminologie utilisée dans les options de réponse de la question concernant le genre correspond au sexe biologique (utilisation des termes « masculin » et « féminin » au lieu des termes « homme » et « femme »). Or la question portait précisément sur l'identité de genre. Nous avons jugé que l'utilisation des choix de réponses fournis aux répondants était la méthode

la plus rigoureuse pour présenter les résultats liés à cette variable.

Cinquièmement, puisque les données recueillies dans le cadre de l'ECSM sont autodéclarées, les réponses sont sujettes à un biais de rappel et de désirabilité sociale.

### Conclusion

Les travailleurs de première ligne et les travailleurs essentiels n'étaient pas plus susceptibles que les travailleurs autres que de première ligne et essentiels de faire état d'une consommation accrue d'alcool et d'une forte consommation épisodique d'alcool pendant la pandémie de COVID-19. Cependant, des différences dignes de mention ont été constatées entre les trois groupes en ce qui concerne les facteurs associés à une consommation accrue d'alcool et à une forte consommation épisodique d'alcool. Ce constat met en évidence les avantages à étudier chaque groupe professionnel séparément, cette façon de faire étant susceptible de fournir des repères pour l'élaboration de stratégies de prévention ciblées en matière de santé publique. De plus, dans ces trois groupes, les personnes ayant obtenu un résultat positif au dépistage du trouble d'anxiété généralisée ou à celui du trouble de dépression majeure étaient significativement plus susceptibles de faire état d'une consommation accrue d'alcool. Ces résultats sont l'indice d'un lien possible entre santé mentale et consommation d'alcool pendant la pandémie de COVID-19 à l'échelle de la population canadienne. Cette situation est particulièrement préoccupante, car les répercussions à long terme de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des Canadiens et les méfaits connexes demeurent inconnus<sup>10</sup>. Ces résultats offrent une occasion d'atténuer les effets négatifs de la consommation d'alcool en fournissant un soutien en santé mentale et veillant à ce que la population générale y ait accès.

### Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Lil Tonmyr (Agence de la santé publique du Canada) pour sa contribution à la conception de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale. Nous tenons également à remercier Statistique Canada pour son apport à la conception de l'Enquête ainsi qu'à la collecte et à la diffusion des données. Nous remercions le personnel du Programme

d'accès et de coordination des données (PACD) de l'Agence de la santé publique du Canada pour son aide en ce qui concerne la diffusion des données. Les auteurs souhaitent aussi remercier Eva Graham et Jennifer Pennock (toutes deux de l'Agence de santé publique du Canada), qui ont revu la version définitive du manuscrit. Enfin, nous remercions toutes les personnes qui ont participé à cette enquête.

## Conflits d'intérêts

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

## Contributions des auteurs et avis

MV : conception, analyse formelle, méthodologie, administration du projet, visualisation, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions. JV et LL : conception, méthodologie, validation, relectures et révisions. KHM, MW et MMB : conception, méthodologie, relectures et révisions. AML : conception, méthodologie, administration du projet, supervision, relectures et révisions.

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

## Références

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 – 11 mars 2020 [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2020 [consultation le 29 juin 2021]. En ligne à : <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>
2. Xiang Y-T, Yang Y, Li W, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed [commentaire]. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):228-229. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)
3. 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>
4. Stuijzand S, Deforges C, Sandoz V. Psychological impact of an epidemic/pandemic on the mental health of healthcare professionals: a rapid review. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1230. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09322-z>
5. Barello S, Falcó-Pegueroles A, Rosa D, Tolotti A, Graffigna G, Bonetti L. The psychosocial impact of flu influenza pandemics on healthcare workers and lessons learnt for the COVID-19 emergency: a rapid review. *Int J Public Health*. 2020;65(7):1205-1216. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01463-7>
6. Preti E, Di Mattei V, Perego G, et al. The psychological impact of epidemic and pandemic outbreaks on healthcare workers: rapid review of the evidence. *Curr Psychiatry Rep*. 2020;22(8):43. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01166-z>
7. Sunjaya DK, Herawati DM, Siregar AY. Depressive, anxiety, and burnout symptoms on health care personnel at a month after COVID-19 outbreak in Indonesia. *BMC Public Health*. 2021; 21(1):227. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10299-6>
8. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
9. Statistique Canada. La COVID-19 au Canada : le point sur les répercussions sociales et économiques après un an [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 28 janvier 2022]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/11-631-x2021001-fra.htm>
10. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Une vision pour transformer le système de santé publique du Canada : Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2021. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2021. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/11-631-x2021001-fra.htm>
11. Garey L, Olofsson H, Garza T, et al. Directional effects of anxiety and depressive disorders with substance use: a review of recent prospective research. *Curr Addict Rep*. 2020; 7:344-355. <https://doi.org/10.1007/s40429-020-00321-z>
12. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Alcool [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2018 [consultation le 29 juin 2021]. En ligne à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
13. Wright HM, Griffin BJ, Shoji K, et al. Pandemic-related mental health risk among front line personnel. *J Psychiatr Res*. 2021;137:673-680. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.10.045>
14. Hennein R, Mew EJ, Lowe SR. Socio-ecological predictors of mental health outcomes among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in the United States. *PLoS ONE*. 2021;16(2):e0246602. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246602>
15. Sallie SN, Ritou V, Bowden-Jones H, Voon V. Assessing international alcohol consumption patterns during isolation from the COVID-19 pandemic using an online survey: highlighting negative emotionality mechanisms. *BMJ Open*. 2020;10(11):e044276. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044276>
16. Hill MacEachern K, Venugopal J, Varin M, Weeks M, Hussain N, Baker MM. Adopter une perspective axée sur le genre pour comprendre les changements autodéclarés dans la consommation d'alcool et de cannabis pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 au Canada, septembre à décembre 2020. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2021; 41(11):353-439. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.03f>
17. Varin M, Liu L, Gabrys R, Garipey G, MacEachern KH, Weeks M. Increased alcohol use, heavy episodic drinking, and suicide ideation during the COVID-19 pandemic in Canada. *Can J Public Health*. 2023;114(1):33-43. <https://doi.org/10.17269/s41997-022-00689-7>

18. Association canadienne pour la santé mentale, University of British Columbia. Les conséquences de la COVID-19 sur la santé mentale : vague 2. Toronto (Ont.) : Association canadienne pour la santé mentale; 2020. En ligne à : <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2021/07/ACSM-UBC-Vague-2-Resume-des-conclusions.pdf>
19. MacMillan T, Corrigan MJ, Coffey K, Tronnier CD, Wang D, Krase K. Exploring factors associated with alcohol and/or substance use during the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Addict.* 2021;20(3):1814-1823. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00482-y>
20. Zajacova A, Jehn A, Stackhouse M, Denice P, Ramos H. Changes in health behaviours during early COVID-19 and socio-demographic disparities: a cross-sectional analysis. *Can J Public Health.* 2020;111(6):953-962. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00434-y>
21. Canadian Centre on Substance Use and Addiction; Nanos Research. 25% of Canadians (aged 35-54) are drinking more while at home due to COVID-19 pandemic; cite lack of regular schedule, stress and boredom as main factors. Ottawa (Ont.) : Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2020. En ligne à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-04/CCSA-NANOS-Alcohol-Consumption-During-COVID-19-Report-2020-en.pdf>
22. Varin M, Hill MacEachern K, Hussain N, Baker MM. Mesurer les changements autodéclarés relatifs à la consommation d'alcool et de cannabis au cours de la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 au Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2021;41(11):357-363. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.02f>
23. Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; [modification le 23 février 2023; consultation le 29 juin 2021]. En ligne à : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5330](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5330)
24. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2018 [consultation le 29 juin 2021]. En ligne à : <https://www.ccsa.ca/fr/directives-de-consommation-dalcool-faible-risque-du-canada-brochure>
25. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
26. 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>
27. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): development and initial psychometric evaluation. *J Trauma Stress.* 2015;28(6):489-498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
28. Htay MNN, Marzo RR, AlRifai A, et al. Immediate impact of COVID-19 on mental health and its associated factors among healthcare workers: a global perspective across 31 countries. *J Glob Health.* 2020;10(2):020381. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.020381>
29. Stier AJ, Berman MG, Bettencourt LM. COVID-19 attack rate increases with city size. *Mansueto Institute for Urban Innovation Research Paper n° 19; 2020* [publié le 31 mars 2020; modifié le 9 juin 2020]. En ligne à : [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3564464](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3564464)
30. Toh WL, Meyer D, Phillipou A, Tan EJ, Van Rheenen TE, Neill E, et al. Mental health status of healthcare versus other essential workers in Australia amidst the COVID-19 pandemic: initial results from the collate project. *Psychiatry Res.* 2021;298:113822.
31. James CV, Moonesinghe R, Wilson-Frederick SM, Hall JE, Penman-Aguilar A, Bouye K. Racial/ethnic health disparities among rural adults – United States, 2012–2015. *MMWR Surveill Summ.* 2017;66(23):1-9. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6623a1>
32. Burns L, Teesson M. Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug Alcohol Depend.* 2002;68(3):299-307. [https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(02\)00220-x](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(02)00220-x)
33. Bolton J, Cox B, Clara I, Sareen J. Use of alcohol and drugs to self-medicate anxiety disorders in a nationally representative sample. *J Nerv Ment Dis.* 2006;194(11):818-825. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000244481.63148.98>
34. Boschloo L, Vogelzangs N, Smit JH, et al. Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord.* 2011;131(1-3):233-242. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.12.014>
35. Commission de la santé mentale du Canada, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Leger. Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19. Ottawa (Ont.) : Commission de la santé mentale du Canada; 2020. En ligne à : [https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/05/mhcc\\_ccsa\\_covid\\_leger\\_poll\\_fr.pdf](https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/05/mhcc_ccsa_covid_leger_poll_fr.pdf)
36. Gadermann AC, Thomson KC, Richardson CG, et al. Examining the impacts of the COVID-19 pandemic on family mental health in Canada: findings from a national cross-sectional study. *BMJ Open.* 2021;11(1):e042871. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042871>