

Recherche quantitative originale

Prévalence de l'état de stress post-traumatique (ESPT) au Canada pendant la pandémie de COVID-19 : résultats de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale

Murray Weeks, Ph. D. (1); Danielle Marion, M. Sc. (1); Anne-Marie Robert, M. Sc. (1); R. Nicholas Carleton, Ph. D. (2)

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

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

Résumé

Introduction. Cette étude donne un aperçu descriptif de la prévalence de l'état de stress post-traumatique (ESPT) au Canada, en fonction des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des effets négatifs de la pandémie de COVID-19.

Méthodologie. Les données ont été obtenues à partir des cycles 1 et 2 de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM), recueillies à l'automne 2020 (N = 14 689) et au printemps 2021 (N = 8 032). La prévalence de l'ESPT a été mesurée à l'aide de la liste de contrôle de l'ESPT pour le DSM-5 (PCL-5). Les associations transversales ont été quantifiées à l'aide d'une régression logistique tenant compte des caractéristiques sociodémographiques.

Résultats. La prévalence globale de l'ESPT était de 6,9 %. Les facteurs associés à une prévalence accrue de l'ESPT étaient le genre féminin, un âge plus jeune, un revenu inférieur (uniquement chez les femmes), le fait de vivre en milieu urbain, le statut de travailleur de première ligne ou l'absence de travail au cours de la semaine écoulée (uniquement chez les hommes), une santé mentale passable ou mauvaise, un faible sentiment d'appartenance à la communauté, des symptômes d'un trouble d'anxiété généralisée ou d'un trouble dépressif majeur, des idées suicidaires, une forte consommation d'alcool, une consommation quotidienne de cannabis, une consommation accrue d'alcool et de cannabis depuis le début de la pandémie, une diminution de la consommation d'alcool depuis le début de la pandémie (chez les hommes seulement), des préoccupations concernant la violence à la maison et des répercussions négatives associées à la pandémie.

Conclusion. La prévalence de l'ESPT au Canada varie considérablement selon les groupes sociodémographiques, et elle est plus fréquente chez les personnes présentant des indicateurs d'une faible santé mentale ou d'un faible état de bien-être, ainsi que chez les personnes qui ont été plus durement touchées par la pandémie de COVID-19. Il est important d'effectuer une surveillance continue et accrue de l'ESPT au Canada pour mieux comprendre et traiter le fardeau associé à cet état pathologique ainsi que les répercussions associées.

Mots-clés : état de stress post-traumatique, symptômes, PCL-5, santé mentale, ECSM, enquête



Points saillants

- Selon les données transversales regroupées de l'automne 2020 et du printemps 2021, la prévalence globale de l'ESPT au Canada était de 6,9 %.
- La prévalence de l'ESPT était plus élevée chez les plus jeunes, les femmes, les travailleurs de première ligne, les personnes à faible revenu (uniquement les femmes) et les personnes vivant en milieu urbain.
- La prévalence de l'ESPT était plus élevée chez les personnes dont la santé mentale était mauvaise ou passable ou s'était détériorée par rapport à la situation antérieure à la pandémie, dont le sentiment d'appartenance à la communauté locale était plus faible, qui présentaient des symptômes d'anxiété et de dépression, qui avaient des pensées suicidaires et qui consommaient beaucoup ou davantage d'alcool et de cannabis.
- Les personnes ayant exprimé des inquiétudes au sujet de la violence familiale, en particulier les femmes qui se sont identifiées comme victimes de ce type de violence, présentaient une prévalence accrue d'ESPT.
- La prévalence de l'ESPT augmentait en fonction du nombre d'effets négatifs signalés en lien avec la pandémie de COVID-19.

Rattachement des auteurs :

1. Centre de surveillance et de recherche appliquée, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Département de psychologie, Université de Regina, Regina (Saskatchewan), Canada

Correspondance : Murray Weeks, Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 343-553-7702; courriel : murray.weeks@phac-aspc.gc.ca

Introduction

L'état de stress post-traumatique (ESPT) peut survenir après l'exposition à un événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique, par exemple un décès ou un danger de mort, une catastrophe naturelle ou une agression sexuelle. Au Canada, de nombreuses personnes ont vécu un événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique¹, mais la plupart d'entre elles ne connaîtront pas d'ESPT². Les personnes présentant un ESPT revivent constamment l'événement traumatisant, évitent fréquemment tout ce qui leur rappelle l'événement en question et ont des pensées, des émotions et des comportements négatifs³. Pour qu'un diagnostic d'ESPT puisse être posé, il doit y avoir des symptômes qui, selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition* (DSM-5), provoquent « une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants »³.

L'ESPT est associé à des fardeaux considérables, notamment une qualité de vie inférieure⁴, une déficience fonctionnelle plus importante⁵ ainsi qu'une prévalence accrue de troubles mentaux concomitants⁶ et de troubles liés à la consommation d'alcool et de substances¹. Le fardeau économique de l'ESPT demeure difficile à déterminer, mais les troubles de la santé mentale sont associés à des milliards de dollars en perte de productivité et en dépenses de soins de santé chaque année au Canada⁷.

Les facteurs de risque de l'ESPT peuvent être classés en facteurs pré-exposition (p. ex. antécédents de troubles mentaux), en facteurs péri-exposition (p. ex. dissociation péri-traumatique) et en facteurs post-exposition (p. ex. faible soutien social)^{8,9}. Sur le plan sociodémographique, l'ESPT est environ deux fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes¹, moins fréquent chez les personnes plus âgées¹⁰ et plus fréquent chez les militaires⁵ et anciens combattants¹¹, chez les premiers répondants et autres membres du personnel de sécurité publique (p. ex. travailleurs des services correctionnels, pompiers, ambulanciers, policiers)¹² et chez les infirmières¹³, entre autres.

Prévalence de l'ESPT au Canada

La surveillance continue de la prévalence de l'ESPT est importante pour la compréhension

du fardeau global qui lui est associé et pour l'observation des tendances. Le meilleur moyen d'y parvenir est de réaliser des estimations à partir de grands échantillons représentatifs à l'échelle nationale. Une revue systématique réalisée en 2018 a révélé que les estimations de la prévalence de l'ESPT au Canada sont en grande partie périmées et fondées sur des données insuffisantes (p. ex. des échantillons non représentatifs ou de petite taille) et qu'elles varient considérablement quant à la population à l'étude (p. ex. population générale ou contexte clinique), à la méthode d'évaluation de l'ESPT (évaluation clinique, outil de dépistage, diagnostic autodéclaré) et à la durée (p. ex. au cours de la vie, de l'année écoulée ou du mois écoulé)¹⁴. Selon une enquête récente menée à l'échelle nationale, la prévalence de l'ESPT, déterminée d'après l'autodéclaration d'un diagnostic posé par un professionnel de santé, était de 3,4 % en 2022 (analyse interne réalisée par l'Agence de la santé publique du Canada à partir des données de l'Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins de 2022). Il convient toutefois de mentionner que cette statistique ne concerne que les personnes traitées qui ont accepté de divulguer leur diagnostic.

En 2020, l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM)¹⁵ a été lancée pour étudier la santé mentale et le bien-être de la population canadienne dans le contexte de la pandémie. Les premières conclusions tirées à partir de l'utilisation d'un outil de dépistage (permettant d'identifier les personnes diagnostiquées et non diagnostiquées) indiquaient que la prévalence de symptômes modérés à sévères d'un ESPT était de 6,3 % en 2020 et de 7,5 % en 2021¹⁶.

La surveillance de l'ESPT est également importante pour l'évaluation des répercussions potentielles de la pandémie de COVID-19. Des travaux de recherche menés en Chine ont fait état d'une forte prévalence de l'ESPT pendant le premier mois de la pandémie, en particulier chez les personnes les plus touchées¹⁷, dont une étude indiquant qu'un ESPT a été diagnostiqué dans l'année suivant l'infection chez plus du quart des patients atteints de la COVID-19¹⁸. Dans une autre étude, les chercheurs ont pu trouver des facteurs de risque (p. ex. une instabilité économique) et des facteurs de protection (p. ex. une intervention rapide du gouvernement) liés aux symptômes d'un ESPT pendant la pandémie¹⁹. Enfin, une vaste enquête menée

auprès de la population aux États-Unis a révélé que 26,3 % des adultes présentaient des symptômes d'un trouble lié à un traumatisme ou à un facteur de stress (dont l'ESPT) en lien avec la pandémie²⁰.

Dans cette étude, nous utilisons les données des cycles 1 et 2 de l'ECSM (automne 2020 et printemps 2021) pour fournir une description plus détaillée de la prévalence de l'ESPT au Canada, en la stratifiant selon le genre, selon diverses caractéristiques sociodémographiques et caractéristiques liées à la santé mentale et selon divers effets négatifs associés à la pandémie de COVID-19. Notre étude a également été conçue pour quantifier les relations entre ces variables de stratification et l'ESPT tout en tenant compte des potentiels facteurs de confusion sociodémographiques.

Méthodologie

Sources des données

Les données de l'ECSM ont été recueillies à l'automne 2020 (du 11 septembre au 4 décembre 2020) et au printemps 2021 (du 1^{er} février au 7 mai 2021)¹⁵ auprès de personnes de 18 ans ou plus vivant dans l'une des dix provinces ou des trois capitales territoriales du Canada, mais qui ne vivaient pas en établissement, dans une réserve ou dans un logement collectif, inactif, vacant ou exclu de la desserte postale. L'ECSM a été menée selon un plan d'échantillonnage à deux degrés, le premier étant le logement, et le second, la personne y vivant. On a utilisé une stratification par province avec échantillonnage aléatoire des logements situés dans chaque province et dans chacune des trois capitales territoriales. Les réponses à l'enquête ont été fournies volontairement, par l'intermédiaire d'un questionnaire électronique ou dans le cadre d'un entretien téléphonique assisté par ordinateur, et les personnes interrogées ont été informées que leurs réponses demeureraient strictement confidentielles. Le taux de réponse à l'enquête a été de 53,3 % (n = 14 689) à l'automne 2020 et de 49,3 % (n = 8 032) au printemps 2021. L'échantillon total pour les deux périodes de collecte (n = 18 093) est constitué des répondants ayant accepté de partager leurs réponses avec l'Agence de la santé publique du Canada.

Mesures

Variables sociodémographiques

Les variables sociodémographiques sont le genre, le groupe d'âge, le tertile de

revenu total du ménage, le niveau de scolarité le plus élevé ayant été atteint, le milieu de résidence (urbain ou rural), le statut vis-à-vis de l'immigration, l'appartenance ou non à un groupe racisé et la profession (travail de première ligne, travail essentiel, autre travail).

Les immigrants sont les immigrants reçus ainsi que les résidents non permanents et les non-immigrants sont les personnes nées au Canada. Les personnes racisées sont les personnes ne s'identifiant pas comme blanches ou autochtones (membres des Premières Nations, Métis ou Inuits).

Les groupes professionnels concernent les personnes de 75 ans ou moins ayant travaillé dans le cadre d'un emploi ou dans une entreprise au cours de la semaine écoulée. Les travailleurs de première ligne ont été définis comme les personnes « susceptible[s] d'être en contact direct avec la COVID-19 en aidant ceux qui ont reçu un diagnostic d'infection par le virus »¹⁵, notamment « policiers, pompiers, ambulanciers, personnel infirmier ou médecins »¹⁵. Les travailleurs essentiels ont été définis comme les personnes travaillant « 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 »¹⁵, notamment « 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.) »¹⁵. Étant donné que les travailleurs de première ligne forment un sous-ensemble des travailleurs essentiels, nous les avons exclus de la catégorie des travailleurs essentiels afin qu'il soit possible de faire des comparaisons.

ESPT

Les cas positifs d'ESPT ont été déterminés à l'aide de la liste de contrôle en 20 points de l'ESPT pour le DSM-5, soit la PCL-5²¹. Plutôt que d'utiliser la liste complète des événements de la vie pour le DSM-5 (LEC-5)²², il a été décidé de poser la question suivante aux répondants : « Avez-vous déjà vécu un événement très stressant ou traumatisant au cours de votre vie? » Les personnes interrogées devaient ensuite répondre à la question suivante : « En gardant à l'esprit votre pire événement, au cours du mois dernier, dans quelle mesure

avez-vous été affecté par les problèmes suivants? » Les répondants ont évalué leurs symptômes pour chaque élément de la PCL-5 sur une échelle de 5 points (0 = pas du tout; 1 = un peu; 2 = moyennement; 3 = souvent; 4 = extrêmement). Le score total de la PCL-5 est la somme des scores associés à chacun des éléments. Un cas a été jugé positif à l'égard de l'ESPT lorsque le score total dépassait le seuil de 32 sur 80²¹.

Un dépistage plus nuancé a également été effectué, lequel combinait ce seuil avec une autre méthode recommandée selon laquelle chaque critère du DSM-5 est associé aux scores des sous-échelles de la PCL-5²¹. Cet algorithme de dépistage nuancé a produit des estimations globalement plus faibles, mais avec un profil de résultats très similaire (consultable en ligne à la page : <https://osf.io/> [en anglais seulement]), ce qui fait que les scores totaux supérieurs à 32 à la PCL-5 ont été inclus. Bien qu'alignée sur les critères diagnostiques du DSM-5, la PCL-5 ne remplace pas l'évaluation clinique approfondie qui est nécessaire pour poser un diagnostic. Par souci de simplicité, nous utilisons dans notre étude le terme « prévalence de l'ESPT » même s'il s'agit des cas positifs déterminés d'après la PCL-5.

Variables liées à la santé mentale

Les répondants devaient répondre aux questions suivantes au sujet de leur santé mentale : 1) « En général, comment décririez-vous votre santé mentale? », les réponses étant dichotomisées entre « mauvaise/passable » et « bonne/très bonne/excellente »²³ et 2) « Comparativement à avant la pandémie de COVID-19, comment évaluez-vous votre santé mentale maintenant? », les réponses (« bien meilleure maintenant », « un peu meilleure maintenant », « à peu près la même », « un peu moins bonne maintenant » ou « bien moins bonne maintenant ») étant dichotomisées entre « la même ou meilleure » et « moins bonne »²⁴.

La question suivante a également été posée aux répondants : « Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale? », les réponses étant dichotomisées entre « très fort/plutôt fort » et « plutôt faible/très faible »²⁵.

Les symptômes du trouble d'anxiété généralisée ont été mesurés à l'aide de l'Échelle de dépistage du trouble anxieux généralisé

(GAD-7)²⁶ et ceux du trouble de dépression majeure à l'aide du Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9)²⁷, les scores supérieurs à 9 indiquant un cas positif de l'un ou l'autre de ces troubles. Les personnes interrogées devaient également répondre aux deux questions suivantes : « Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider? » et « Avez-vous sérieusement envisagé de vous suicider depuis le début de la pandémie de COVID-19? » Les réponses à ces questions ont permis d'établir une variable à trois niveaux, soit « antécédents d'idées suicidaires au cours de la vie, mais pas durant la pandémie de COVID-19 », « idées suicidaires durant la pandémie de COVID-19 » et « pas d'antécédents d'idées suicidaires ».

La consommation excessive d'alcool a été évaluée en fonction du nombre de fois où les femmes avaient déclaré avoir pris plus de 4 consommations et les hommes plus de 5 consommations en une occasion au cours du mois écoulé²⁸. Les répondants ont également été interrogés sur la fréquence de leur consommation de cannabis au cours du mois écoulé. On leur a demandé de quelle manière leur consommation d'alcool et de cannabis avait changé au cours de la pandémie de COVID-19 par rapport à la période précédant la pandémie, les réponses possibles étant « augmentation », « diminution » et « aucun changement ».

On a aussi posé la question suivante aux répondants : « Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé par la violence au sein de votre ménage? » Les personnes ayant déclaré un certain niveau de préoccupation (« quelque peu », « beaucoup » ou « énormément » vs « pas du tout ») ont été interrogées sur la personne au sein de leur ménage qui, selon elles, était la cible de cette violence. Les réponses non mutuellement exclusives (« vous-même », « un autre adulte ou d'autres adultes » et « un enfant ou des enfants ») ont été classées en trois groupes : « le répondant lui-même », « un autre membre du ménage » et « aucune préoccupation ».

Répercussions de la COVID-19

La question suivante a été posée aux répondants : « Avez-vous subi l'une des répercussions suivantes en raison de la pandémie de la COVID-19? » Les réponses possibles étaient les suivantes : « 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 » (c.-à-d. d'un proche), « sentiments de solitude ou d'isolement », « détresse émotionnelle », « problèmes de santé physique », « difficultés dans les relations personnelles » et « autre ». Nous avons classé le nombre total de répercussions déclarées en « 2 ou moins », « 3 ou 4 » et « 5 ou plus ».

Analyses statistiques

Les estimations de la prévalence de l'ESPT ont été calculées pour l'ensemble de l'échantillon et ont été stratifiées en fonction du genre pour toutes les variables de l'étude. Des analyses de régression logistique ont permis d'estimer les associations entre les probabilités d'ESPT et ces variables. Les répondants ayant indiqué un genre autre que « masculin » ou « féminin » (c.-à-d. faisant partie de la diversité de genre) n'ont pas été inclus dans les analyses stratifiées en fonction du genre étant donné leur faible nombre. En raison de la méthodologie presque identique des deux périodes de collecte des données et de leur proximité temporelle relative, les données ont été regroupées afin de maximiser la taille de l'échantillon pour les analyses²⁹. Toutefois, des analyses distinctes ont également été effectuées pour chaque période de collecte afin de permettre des comparaisons.

Les régressions logistiques ont été ajustées en fonction des variables sociodémographiques énumérées dans la section « Mesures » et en fonction de la période de collecte des données (automne 2020 ou printemps 2021). Les proportions et les rapports de cotes ajustés (RCa) ont été pondérés à l'aide des poids d'échantillonnage fournis par Statistique Canada afin que les résultats soient représentatifs de la population canadienne, et qu'ils tiennent compte des cas de non-réponse. Pour tenir compte des effets du plan d'enquête complexe de l'ECSM, nous avons estimé des intervalles de confiance (IC) à 95 % en utilisant des poids *bootstrap* pour les proportions et les RCa. Les RCa statistiquement significatifs sont ceux pour lesquels les IC à 95 % non arrondis n'incluent pas la valeur 1. Les poids utilisés pour l'enquête et les poids *bootstrap* ont été divisés par deux pour les analyses groupées²⁹. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide de la version 9.4 de SAS Enterprise Guide (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

Résultats

Par rapport à l'automne 2020, l'échantillon du printemps 2021 comportait une proportion plus faible de personnes de 25 à 34 ans, une proportion plus élevée de personnes de 35 à 49 ans, une proportion plus élevée de travailleurs essentiels et une proportion plus faible d'autres travailleurs (tableau 1). Au printemps 2021, une proportion plus élevée de répondants a déclaré avoir une santé mentale passable/mauvaise, une moins bonne santé mentale depuis le début de la pandémie, un sentiment d'appartenance à la communauté locale plutôt faible ou très faible, des symptômes modérés à graves de trouble de dépression majeure, des idées suicidaires pendant la pandémie et une diminution de la consommation d'alcool et de cannabis depuis le début de la pandémie, tandis qu'une plus faible proportion de répondants a déclaré consommer de l'alcool de façon excessive à une fréquence inférieure à quotidienne. Par ailleurs, une proportion plus élevée de répondants au printemps 2021 a déclaré avoir été affectée par la pandémie, en ayant par exemple perdu un proche, éprouvé un sentiment de solitude ou d'isolement, éprouvé un sentiment de détresse émotionnelle, subi des problèmes de santé physique ou vécu des difficultés sur le plan interpersonnel.

La prévalence de l'ESPT est de 6,9 % dans l'ensemble de l'échantillon (tableau 2). Elle s'est révélée plus élevée (mais pas de manière statistiquement significative) au printemps 2021 (7,5 %) qu'à l'automne 2020 (6,3 %) et plus élevée chez les femmes que chez les hommes (RCa = 1,8) et chez les personnes de 18 à 64 ans que chez celles de 65 ans ou plus (plage du RCa : 3,5 à 6,2). Chez les femmes uniquement, la prévalence s'est révélée particulièrement élevée chez les 18 à 24 ans (19,9 %).

La prévalence était plus élevée chez les personnes appartenant au tertile inférieur que chez celles appartenant au tertile supérieur du revenu du ménage (RCa = 1,9) et chez les personnes vivant en milieu urbain (RCa = 1,3). Chez les hommes, la prévalence était plus élevée chez les travailleurs de première ligne (RCa = 3,9) et chez les hommes de 75 ans ou moins n'ayant pas travaillé au cours de la semaine écoulée (RCa = 2,6) que chez les autres travailleurs.

La prévalence de l'ESPT était plus élevée chez les personnes dont la santé mentale était passable ou mauvaise (RCa = 9,6), dont la santé mentale était moins bonne qu'avant la pandémie (RCa = 6,5), dont le sentiment d'appartenance à la communauté locale était plus faible (RCa = 3,6), qui présentaient un trouble d'anxiété généralisée (RCa = 18,9) ou un trouble de dépression majeure (RCa = 22,4), qui ont eu des idées suicidaires avant (RCa = 4,1) et pendant (RCa = 12,1) la pandémie, qui ont consommé de l'alcool de façon excessive quotidiennement ou presque quotidiennement (RCa = 3,5) ou moins que quotidiennement (RCa = 1,6), qui ont consommé du cannabis quotidiennement (RCa = 3,1) ou moins que quotidiennement (RCa = 2,4), qui ont augmenté leur consommation d'alcool (RCa = 2,4) ou diminué leur consommation d'alcool (RCa = 1,5) depuis le début de la pandémie, qui ont augmenté leur consommation de cannabis (RCa = 3,6) ou diminué leur consommation de cannabis (RCa = 2,8) depuis le début de la pandémie, et qui ont déclaré être préoccupées par la violence à la maison lorsqu'elles en étaient la cible (RCa = 5,3) ou lorsqu'un autre membre du ménage en était la cible (RCa = 2,5). Le fait de s'identifier comme cible de violence a été associé à une prévalence particulièrement élevée d'ESPT (RCa = 7,4) chez les femmes.

La prévalence de l'ESPT était plus élevée chez les personnes ayant subi des répercussions en lien avec la pandémie de COVID-19 (plage du RCa : 2,1 [perte d'emploi ou de revenu] à 8,7 [détresse émotionnelle]). La prévalence était également plus élevée chez les personnes ayant déclaré avoir subi trois ou quatre répercussions (RCa = 7,1) ou cinq répercussions ou plus (RCa = 21,3) que chez celles ayant déclaré avoir subi deux répercussions ou moins.

Les tableaux 3 et 4 présentent la prévalence de l'ESPT pour les deux périodes de collecte. Chez les personnes ayant subi une perte d'emploi ou de revenu en raison de la pandémie, la prévalence de l'ESPT était plus élevée au printemps 2021 (15,2 %) qu'à l'automne 2020 (9,3 %). En ce qui concerne les associations entre les variables de l'étude et l'ESPT, il n'y avait aucune différence quant aux RCa entre les périodes de collecte.

Analyse

Cette étude a été conçue pour fournir des estimations de la prévalence de l'ESPT au

TABEAU 1
Caractéristiques de l'échantillon pour l'ensemble de l'échantillon et en fonction de la période de collecte des données

Variable de l'étude	Ensemble de l'échantillon		Automne 2020		Printemps 2021	
	%	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)
Variables sociodémographiques						
Genre						
Masculin	49,3	(49,1 à 49,6)	49,3	(49,0 à 49,6)	49,4	(49,0 à 49,7)
Féminin	50,7	(50,4 à 50,9)	50,7	(50,4 à 51,0)	50,6	(50,3 à 51,0)
Groupe d'âge (ans)						
18 à 24	9,4	(8,5 à 10,2)	9,7	(8,7 à 10,6)	9,1	(7,7 à 10,4)
25 à 34	17,3	(16,5 à 18,2)	18,8	(17,8 à 19,7)	15,9	(14,6 à 17,3)
35 à 49	25,9	(25,1 à 26,8)	24,4	(23,9 à 24,9)	27,5	(25,8 à 29,1)
50 à 64	25,5	(25,0 à 26,0)	25,2	(24,7 à 25,8)	25,8	(25,0 à 26,6)
65 et plus	21,9	(21,7 à 22,0)	22,0	(21,8 à 22,2)	21,8	(21,5 à 22,1)
Revenu du ménage						
Tiers inférieur	31,4	(30,4 à 32,4)	31,0	(29,8 à 32,1)	31,8	(30,2 à 33,4)
Tiers moyen	27,9	(26,8 à 28,9)	28,5	(27,3 à 29,7)	27,2	(25,5 à 28,9)
Tiers supérieur	30,1	(29,0 à 31,2)	29,7	(28,4 à 30,9)	30,5	(28,9 à 32,2)
Aucun revenu déclaré	10,7	(9,9 à 11,5)	10,8	(9,9 à 11,8)	10,5	(9,2 à 11,8)
Plus haut niveau de scolarité atteint						
Diplôme d'études secondaires ou moins	30,1	(29,0 à 31,2)	31,2	(30,0 à 32,5)	29,0	(27,3 à 30,7)
Niveau supérieur à l'école secondaire mais inférieur à l'université	33,6	(32,5 à 34,7)	32,8	(31,6 à 34,1)	34,3	(32,5 à 36,2)
Baccalauréat ou plus	36,3	(35,2 à 37,4)	35,9	(34,6 à 37,2)	36,7	(34,9 à 38,4)
Milieu de résidence						
Urbain ^a	82,3	(81,6 à 83,0)	82,3	(81,5 à 83,1)	82,2	(81,0 à 83,5)
Rural	17,7	(17,0 à 18,4)	17,7	(16,9 à 18,5)	17,8	(16,5 à 19,0)
Statut vis-à-vis de l'immigration						
Immigrant	27,3	(26,3 à 28,4)	27,2	(26,0 à 28,4)	27,4	(25,7 à 29,1)
Non-immigrant	72,7	(71,6 à 73,7)	72,8	(71,6 à 74,0)	72,6	(70,9 à 74,3)
Appartenance à un groupe racisé						
Personne racisée ^b	23,9	(22,9 à 24,9)	24,4	(23,3 à 25,6)	23,4	(21,8 à 25,0)
Personne non racisée	76,1	(75,1 à 77,1)	75,6	(74,4 à 76,7)	76,6	(75,0 à 78,2)
Groupe professionnel						
Travail de première ligne ^c	6,1	(5,6 à 6,6)	6,4	(5,8 à 7,1)	5,8	(5,0 à 6,6)
Travail essentiel ^d	23,2	(22,1 à 24,2)	20,9	(19,8 à 22,1)	25,4	(23,7 à 27,1)
Autre travail	29,5	(28,4 à 30,5)	31,2	(30,0 à 32,4)	27,7	(26,0 à 29,4)
N'a pas travaillé au cours de la semaine écoulée	34,2	(33,0 à 35,3)	34,5	(33,3 à 35,8)	33,8	(32,0 à 35,5)
Personne de 76 ans et plus ^e	7,1	(6,7 à 7,5)	6,9	(6,4 à 7,4)	7,3	(6,6 à 8,0)
Variables liées à la santé mentale						
Santé mentale générale						
Passable ou mauvaise	15,3	(14,5 à 16,2)	13,0	(12,1 à 13,9)	17,7	(16,2 à 19,1)
Bonne, très bonne ou excellente	84,7	(83,8 à 85,5)	87,0	(86,1 à 87,9)	82,3	(80,9 à 83,8)

Suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Caractéristiques de l'échantillon pour l'ensemble de l'échantillon et en fonction de la période de collecte des données

Variable de l'étude	Ensemble de l'échantillon		Automne 2020		Printemps 2021	
	%	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)
Santé mentale comparativement à avant la pandémie de COVID-19						
Moins bonne	37,4	(36,2 à 38,5)	33,1	(31,7 à 34,5)	41,7	(39,8 à 43,5)
La même ou meilleure	62,6	(61,5 à 63,8)	66,9	(65,5 à 68,3)	58,3	(56,5 à 60,2)
Sentiment d'appartenance à la communauté locale						
Plutôt faible ou très faible	39,3	(38,1 à 40,4)	36,2	(34,9 à 37,5)	42,4	(40,6 à 44,2)
Plutôt fort ou très fort	60,7	(59,6 à 61,9)	63,8	(62,5 à 65,1)	57,6	(55,8 à 59,4)
Cas positif de trouble d'anxiété généralisée^f						
Oui	13,9	(13,0 à 14,7)	12,9	(11,9 à 13,8)	14,9	(13,5 à 16,3)
Non	86,1	(85,3 à 87,0)	87,1	(86,2 à 88,1)	85,1	(83,7 à 86,5)
Cas positif de trouble de dépression majeure^g						
Oui	16,7	(15,8 à 17,6)	14,9	(13,8 à 15,9)	18,5	(17,0 à 20,1)
Non	83,3	(82,4 à 84,2)	85,1	(84,1 à 86,2)	81,5	(79,9 à 83,0)
Idées suicidaires						
Idées suicidaires pendant la pandémie de COVID-19	3,3	(2,8 à 3,7)	2,4	(2,0 à 2,8)	4,2	(3,4 à 5,0)
Antécédents d'idées suicidaires au cours de la vie, mais pas pendant la pandémie de COVID-19	9,4	(8,8 à 10,1)	9,6	(8,8 à 10,4)	9,3	(8,2 à 10,3)
Pas d'antécédents d'idées suicidaires	87,3	(86,5 à 88,1)	88,0	(87,1 à 88,9)	86,6	(85,3 à 87,9)
Consommation excessive d'alcool au cours du mois écoulé^h						
Oui, tous les jours ou presque tous les jours	1,9	(1,6 à 2,2)	1,6	(1,3 à 1,9)	2,1	(1,6 à 2,7)
Oui, moins d'une fois par jour	25,5	(24,5 à 26,5)	27,1	(25,9 à 28,3)	23,9	(22,3 à 25,5)
Non	72,6	(71,6 à 73,7)	71,3	(70,1 à 72,6)	74,0	(72,3 à 75,6)
Changement de la consommation d'alcool depuis le début de la pandémie de COVID-19						
Augmentation	16,0	(15,2 à 16,8)	15,6	(14,7 à 16,6)	16,4	(15,1 à 17,8)
Diminution	12,1	(11,2 à 12,9)	10,0	(9,1 à 10,8)	14,2	(12,7 à 15,6)
Aucun changement	71,9	(70,9 à 73,0)	74,4	(73,2 à 75,6)	69,4	(67,7 à 71,2)
Consommation de cannabis au cours du mois écoulé						
Oui, tous les jours	5,1	(4,6 à 5,7)	4,8	(4,2 à 5,3)	5,5	(4,6 à 6,4)
Oui, moins d'une fois par jour	10,8	(10,0 à 11,6)	10,9	(10,0 à 11,8)	10,7	(9,5 à 11,9)
Non	84,1	(83,2 à 85,0)	84,4	(83,4 à 85,3)	83,8	(82,3 à 85,3)
Changement de la consommation de cannabis depuis le début de la pandémie de COVID-19						
Augmentation	6,0	(5,4 à 6,5)	5,4	(4,7 à 6,1)	6,5	(5,5 à 7,5)
Diminution	2,6	(2,2 à 3,0)	1,8	(1,4 à 2,1)	3,4	(2,6 à 4,2)
Aucun changement	91,4	(90,7 à 92,2)	92,8	(92,1 à 93,6)	90,1	(88,8 à 91,3)
Préoccupations concernant la violence à la maisonⁱ						
Répondant s'étant identifié comme cible	2,1	(1,7 à 2,5)	1,7	(1,3 à 2,1)	2,5	(1,8 à 3,1)
Autre membre du ménage ayant été identifié comme cible	2,1	(1,7 à 2,5)	2,1	(1,7 à 2,6)	2,1	(1,5 à 2,7)
Aucune préoccupation	95,8	(95,3 à 96,3)	96,2	(95,6 à 96,8)	95,4	(94,6 à 96,3)

Suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Caractéristiques de l'échantillon pour l'ensemble de l'échantillon et en fonction de la période de collecte des données

Variable de l'étude	Ensemble de l'échantillon		Automne 2020		Printemps 2021	
	%	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)
Répercussions de la COVID-19						
Perte d'emploi ou de revenu						
Oui	25,1	(24,0 à 26,1)	25,3	(24,1 à 26,6)	24,8	(23,1 à 26,4)
Non	74,9	(73,9 à 76,0)	74,7	(73,4 à 75,9)	75,2	(73,6 à 76,9)
Difficulté à respecter des obligations financières ou à répondre à des besoins essentiels						
Oui	15,5	(14,7 à 16,4)	15,5	(14,5 à 16,5)	15,6	(14,2 à 17,0)
Non	84,5	(83,6 à 85,3)	84,5	(83,5 à 85,5)	84,4	(83,0 à 85,8)
Perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue						
Oui	8,5	(7,8 à 9,2)	6,1	(5,5 à 6,8)	10,8	(9,7 à 12,0)
Non	91,5	(90,8 à 92,2)	93,9	(93,2 à 94,5)	89,2	(88,0 à 90,3)
Sentiments de solitude ou d'isolement						
Oui	42,9	(41,8 à 44,1)	38,7	(37,4 à 40,0)	47,1	(45,3 à 49,0)
Non	57,1	(55,9 à 58,2)	61,3	(60,0 à 62,6)	52,9	(51,0 à 54,8)
Détresse émotionnelle						
Oui	40,1	(39,0 à 41,2)	38,2	(36,9 à 39,5)	42,0	(40,2 à 43,8)
Non	59,9	(58,8 à 61,0)	61,8	(60,5 à 63,1)	58,0	(56,2 à 59,8)
Problèmes de santé physique						
Oui	27,6	(26,5 à 28,6)	24,1	(22,9 à 25,3)	31,0	(29,3 à 32,8)
Non	72,4	(71,4 à 73,5)	75,9	(74,7 à 77,1)	69,0	(67,2 à 70,7)
Difficultés dans les relations personnelles						
Oui	20,4	(19,5 à 21,4)	18,0	(16,9 à 19,0)	22,9	(21,3 à 24,5)
Non	79,6	(78,6 à 80,5)	82,0	(81,0 à 83,1)	77,1	(75,5 à 78,7)
Autres répercussions						
Oui	4,7	(4,2 à 5,2)	4,3	(3,8 à 4,9)	5,1	(4,2 à 6,0)
Non	95,3	(94,8 à 95,8)	95,7	(95,1 à 96,2)	94,9	(94,0 à 95,8)
Nombre de répercussions de la COVID-19						
2 ou moins	67,9	(66,9 à 69,0)	71,5	(70,2 à 72,8)	64,4	(62,6 à 66,2)
3 ou 4	23,3	(22,3 à 24,3)	21,4	(20,2 à 22,5)	25,2	(23,5 à 26,9)
5 ou plus	8,8	(8,0 à 9,5)	7,1	(6,4 à 7,9)	10,4	(9,2 à 11,6)

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, automne (septembre à décembre) 2020 et printemps (février à mai) 2021.

Abréviation : IC, intervalle de confiance.

^a Les milieux urbains sont définis comme étant des zones bâties continues ayant une population de 1 000 personnes ou plus et une densité de 400 personnes ou plus au kilomètre carré. Ces renseignements ont été déterminés à partir des codes postaux.

^b Comprend les répondants s'identifiant comme Asiatiques du Sud (p. ex. Indiens de l'Est, Pakistanais, Sri-Lankais), Chinois, Noirs, Philippins, Arabes, Latino-Américains, Asiatiques du Sud-Est (p. ex. Vietnamiens, Cambodgiens, Laotiens, Thaïlandais), Asiatiques de l'Ouest (p. ex. Iraniens, Afghans), Coréens, Japonais ou membres d'autres groupes, et ne s'identifiant pas comme Autochtones (membres des Premières Nations, Métis ou Inuits) ou Blancs.

^c Les travailleurs de première ligne sont les policiers, les pompiers, les ambulanciers, les infirmières et les médecins.

^d Les travailleurs essentiels sont les personnes employées dans les transports, les institutions financières, les pharmacies, les garderies et l'alimentation, et n'incluent pas les travailleurs de première ligne.

^e Les répondants de 76 ans et plus n'ont pas été interrogés au sujet de leur activité professionnelle actuelle ou de leur profession, car il a été tenu pour acquis qu'ils seraient majoritairement retraités.

^f Mesure réalisée à l'aide de l'Échelle de dépistage du trouble anxieux généralisé (GAD-7)²⁶.

^g Mesure réalisée à l'aide du Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9)²⁷.

^h Évaluation réalisée en fonction du nombre de fois où les femmes avaient déclaré avoir pris plus de 4 consommations en une occasion au cours du mois écoulé et où les hommes avaient déclaré avoir pris plus de 5 consommations en une occasion au cours du mois écoulé²⁸.

ⁱ Les personnes ayant déclaré avoir un certain niveau de préoccupation (« quelque peu », « beaucoup » ou « énormément » vs « pas du tout ») à l'égard de la violence à la maison ont été interrogées sur la personne au sein de leur ménage qui, selon elles, était la cible de cette violence.

TABLEAU 2

Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, données regroupées de l'automne 2020 et du printemps 2021, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
Total pour l'échantillon	6,9	(6,3 à 7,5)	—	—	5,0	(4,2 à 5,8)	Réf.	—	8,6	(7,6 à 9,5)	1,8*	(1,4 à 2,2)
Période de collecte												
Automne 2020	6,3	(5,6 à 7,0)	Réf.	—	4,4	(3,6 à 5,3)	Réf.	—	7,9	(6,9 à 8,9)	Réf.	—
Printemps 2021	7,5	(6,4 à 8,5)	1,2	(1,0 à 1,5)	5,6	(4,2 à 6,9)	1,3	(0,9 à 1,8)	9,2	(7,6 à 10,8)	1,2	(0,9 à 1,5)
Variables sociodémographiques												
Groupe d'âge (ans)												
18 à 24	11,9	(8,8 à 15,0)	6,2*	(3,9 à 9,9)	4,9	(2,2 à 7,5)	2,8*	(1,2 à 6,3)	19,9	(13,9 à 25,9)	10,0*	(5,6 à 17,6)
25 à 34	8,5	(6,8 à 10,3)	4,8*	(3,1 à 7,4)	6,1	(3,7 à 8,4)	4,2*	(1,9 à 9,2)	10,4	(7,8 à 13,0)	5,3*	(3,2 à 8,7)
35 à 49	7,6	(6,3 à 8,8)	4,5*	(3,0 à 6,9)	6,0	(4,2 à 7,7)	4,4*	(2,1 à 9,0)	9,1	(7,3 à 10,9)	4,9*	(3,0 à 7,8)
50 à 64	7,0	(5,9 à 8,1)	3,5*	(2,5 à 5,0)	5,6	(4,2 à 7,0)	3,3*	(1,8 à 6,2)	8,3	(6,6 à 10,0)	3,7*	(2,4 à 5,7)
65 et plus	2,5	(1,9 à 3,0)	Réf.	—	2,3	(1,3 à 3,2)	Réf.	—	2,6	(1,9 à 3,4)	Réf.	—
Revenu du ménage												
Tiers inférieur	9,0	(7,9 à 10,2)	1,9*	(1,4 à 2,6)	7,4	(5,8 à 8,9)	1,7	(1,0 à 2,8)	10,4	(8,6 à 12,2)	2,1*	(1,5 à 3,1)
Tiers moyen	5,8	(4,8 à 6,9)	1,0	(0,8 à 1,4)	4,0	(2,7 à 5,4)	0,8	(0,5 à 1,4)	7,5	(5,9 à 9,0)	1,2	(0,8 à 1,7)
Tiers supérieur	5,7	(4,6 à 6,9)	Réf.	—	4,5	(3,0 à 6,0)	Réf.	—	7,0	(5,2 à 8,7)	Réf.	—
Aucun revenu déclaré	6,5	(4,3 à 8,6)	1,1	(0,7 à 1,8)	2,2	(0,5 à 3,9)	0,5	(0,2 à 1,3)	9,7	(6,3 à 13,2)	1,7	(1,0 à 3,0)
Plus haut niveau de scolarité atteint												
Diplôme d'études secondaires ou moins	7,1	(6,0 à 8,3)	1,1	(0,8 à 1,5)	5,1	(3,6 à 6,6)	1,2	(0,7 à 2,0)	8,9	(7,1 à 10,7)	1,0	(0,7 à 1,4)
Niveau supérieur à l'école secondaire mais inférieur à l'université	7,6	(6,4 à 8,7)	1,2	(0,9 à 1,6)	6,1	(4,5 à 7,7)	1,4	(0,9 à 2,2)	8,8	(7,3 à 10,4)	1,1	(0,8 à 1,6)
Baccalauréat ou plus	6,0	(5,1 à 7,0)	Réf.	—	4,0	(3,0 à 5,0)	Réf.	—	8,0	(6,4 à 9,6)	Réf.	—
Milieu de résidence												
Urbain ^a	7,2	(6,4 à 7,9)	1,3*	(1,0 à 1,7)	5,1	(4,2 à 6,0)	1,2	(0,8 à 1,8)	9,0	(7,9 à 10,2)	1,3	(1,0 à 1,8)
Rural	5,4	(4,3 à 6,4)	Réf.	—	4,1	(2,7 à 5,5)	Réf.	—	6,5	(5,0 à 8,0)	Réf.	—
Statut vis-à-vis de l'immigration												
Immigrant	6,4	(5,0 à 7,7)	0,9	(0,6 à 1,3)	5,1	(3,4 à 6,8)	1,0	(0,6 à 1,5)	7,9	(5,7 à 10,0)	0,9	(0,5 à 1,4)
Non-immigrant	7,1	(6,4 à 7,8)	Réf.	—	5,0	(4,1 à 5,9)	Réf.	—	8,8	(7,7 à 9,8)	Réf.	—
Appartenance à un groupe racisé												
Personne racisée ^b	7,1	(5,6 à 8,6)	0,9	(0,6 à 1,3)	5,2	(3,3 à 7,1)	0,9	(0,6 à 1,6)	9,3	(6,8 à 11,7)	0,9	(0,5 à 1,4)
Personne non racisée	6,7	(6,1 à 7,4)	Réf.	—	4,8	(4,0 à 5,7)	Réf.	—	8,3	(7,3 à 9,3)	Réf.	—

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)

Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, données regroupées de l'automne 2020 et du printemps 2021, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
Groupe professionnel												
Travail de première ligne ^c	10,5	(7,5 à 13,4)	1,7*	(1,1 à 2,5)	13,1	(6,9 à 19,4)	3,9*	(2,0 à 7,8)	8,8	(5,8 à 11,8)	1,1	(0,7 à 1,7)
Travail essentiel ^d	6,8	(5,4 à 8,1)	1,2	(0,9 à 1,6)	4,0	(2,6 à 5,5)	1,2	(0,7 à 1,9)	10,3	(7,8 à 12,8)	1,3	(0,9 à 1,9)
Autre travail	5,9	(4,8 à 7,0)	Réf.	—	3,4	(2,4 à 4,4)	Réf.	—	8,3	(6,3 à 10,3)	Réf.	—
N'a pas travaillé au cours de la semaine écoulée	8,3	(7,2 à 9,4)	1,6*	(1,2 à 2,2)	7,0	(5,3 à 8,8)	2,6*	(1,6 à 4,4)	9,2	(7,7 à 10,7)	1,3	(0,9 à 1,8)
76 ans et plus ^e	1,6	(0,8 à 2,4)	0,9	(0,4 à 1,7)	1,6	(0,3 à 2,9)	1,4	(0,5 à 4,3)	1,6	(0,6 à 2,6)	0,7	(0,3 à 1,5)
Variables liées à la santé mentale												
Santé mentale générale												
Passable ou mauvaise	26,5	(23,7 à 29,4)	9,6*	(7,6 à 12,1)	22,2	(18,1 à 26,3)	11,6*	(7,8 à 17,2)	29,5	(25,7 à 33,4)	8,4*	(6,2 à 11,3)
Bonne, très bonne ou excellente	3,3	(2,8 à 3,8)	Réf.	—	2,4	(1,8 à 3,0)	Réf.	—	4,2	(3,4 à 5,0)	Réf.	—
Santé mentale comparativement à avant la pandémie de COVID-19												
Moins bonne	14,6	(13,1 à 16,0)	6,5*	(5,3 à 8,1)	11,5	(9,5 à 13,6)	6,8*	(4,8 à 9,7)	16,8	(14,7 à 18,9)	6,3*	(4,8 à 8,3)
La même ou meilleure	2,3	(1,9 à 2,7)	Réf.	—	1,7	(1,3 à 2,2)	Réf.	—	2,8	(2,2 à 3,4)	Réf.	—
Sentiment d'appartenance à la communauté locale												
Plutôt faible ou très faible	12,4	(11,1 à 13,8)	3,6*	(2,9 à 4,6)	9,4	(7,7 à 11,2)	4,3*	(2,9 à 6,2)	15,1	(13,1 à 17,1)	3,4*	(2,5 à 4,5)
Plutôt fort ou très fort	3,3	(2,7 à 3,9)	Réf.	—	2,2	(1,6 à 2,9)	Réf.	—	4,3	(3,4 à 5,2)	Réf.	—
Cas positif de trouble d'anxiété généralisée^f												
Oui	35,0	(31,8 à 38,3)	18,9*	(15,0 à 23,9)	31,0	(25,6 à 36,5)	19,6*	(13,4 à 28,6)	37,2	(33,1 à 41,2)	18,2*	(13,4 à 24,8)
Non	2,4	(2,0 à 2,8)	Réf.	—	2,0	(1,5 à 2,5)	Réf.	—	2,7	(2,1 à 3,3)	Réf.	—
Cas positif de trouble de dépression majeure^g												
Oui	31,7	(28,8 à 34,7)	22,4*	(17,0 à 29,4)	28,2	(23,6 à 32,8)	27,3*	(17,6 à 42,4)	34,0	(30,1 à 37,9)	19,7*	(13,8 à 27,9)
Non	1,9	(1,5 à 2,2)	Réf.	—	1,4	(0,9 à 1,8)	Réf.	—	2,3	(1,7 à 2,9)	Réf.	—
Idées suicidaires												
Idées suicidaires pendant la pandémie de COVID-19	42,3	(35,1 à 49,4)	12,1*	(8,3 à 17,8)	35,9	(24,9 à 46,9)	11,8*	(6,5 à 21,4)	46,5	(37,0 à 56,0)	11,5*	(6,9 à 19,1)
Antécédents d'idées suicidaires au cours de la vie, mais pas pendant la pandémie de COVID-19	17,5	(14,7 à 20,3)	4,1*	(3,2 à 5,3)	10,8	(7,4 à 14,2)	3,2*	(2,0 à 4,9)	22,5	(18,3 à 26,7)	4,8*	(3,5 à 6,6)
Pas d'antécédents d'idées suicidaires	4,4	(3,8 à 4,9)	Réf.	—	3,4	(2,7 à 4,1)	Réf.	—	5,4	(4,5 à 6,2)	Réf.	—

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)

Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, données regroupées de l'automne 2020 et du printemps 2021, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
Consommation excessive d'alcool au cours du mois écoulé ^h												
Oui, tous les jours ou presque tous les jours	14,7	(9,7 à 19,7)	3,5*	(2,2 à 5,6)	13,7	(6,7 à 20,7)	3,3*	(1,6 à 6,8)	16,2	(8,8 à 23,7)	2,9*	(1,6 à 5,5)
Oui, moins d'une fois par jour	8,8	(7,3 à 10,3)	1,6*	(1,2 à 2,0)	6,2	(4,3 à 8,0)	1,5*	(1,0 à 2,3)	11,8	(9,4 à 14,1)	1,5*	(1,2 à 2,0)
Non	6,0	(5,4 à 6,7)	Réf.	—	4,3	(3,4 à 5,1)	Réf.	—	7,4	(6,4 à 8,5)	Réf.	—
Changement de la consommation d'alcool depuis le début de la pandémie de COVID-19												
Augmentation	11,9	(9,9 à 13,8)	2,4*	(1,9 à 3,1)	8,6	(6,3 à 10,8)	2,5*	(1,7 à 3,8)	14,7	(11,6 à 17,8)	2,3*	(1,7 à 3,1)
Diminution	7,7	(5,6 à 9,7)	1,5*	(1,0 à 2,1)	6,9	(4,1 à 9,8)	2,0*	(1,2 à 3,4)	8,6	(5,8 à 11,5)	1,1	(0,7 à 1,7)
Aucun changement	5,6	(5,0 à 6,3)	Réf.	—	3,8	(3,0 à 4,7)	Réf.	—	7,2	(6,1 à 8,2)	Réf.	—
Consommation de cannabis au cours du mois écoulé												
Oui, tous les jours	16,9	(13,2 à 20,7)	3,1*	(2,3 à 4,3)	9,8	(6,2 à 13,4)	2,4*	(1,5 à 3,9)	26,3	(19,0 à 33,5)	3,8*	(2,5 à 5,7)
Oui, moins d'une fois par jour	13,1	(10,5 à 15,7)	2,4*	(1,8 à 3,1)	9,3	(6,2 à 12,5)	2,3*	(1,5 à 3,5)	17,6	(13,2 à 22,0)	2,4*	(1,7 à 3,4)
Non	5,5	(4,9 à 6,1)	Réf.	—	4,0	(3,2 à 4,8)	Réf.	—	6,8	(5,8 à 7,7)	Réf.	—
Changement de la consommation de cannabis depuis le début de la pandémie de COVID-19												
Augmentation	20,8	(16,6 à 25,0)	3,6*	(2,7 à 4,9)	12,7	(8,3 à 17,1)	3,1*	(1,9 à 5,0)	28,0	(21,1 à 35,0)	4,0*	(2,7 à 5,9)
Diminution	16,9	(10,1 à 23,7)	2,8*	(1,7 à 4,7)	13,3	(4,3 à 22,3)	3,0*	(1,3 à 7,2)	21,2	(10,6 à 31,7)	2,5*	(1,3 à 4,7)
Aucun changement	5,7	(5,1 à 6,3)	Réf.	—	4,2	(3,4 à 5,0)	Réf.	—	7,1	(6,2 à 8,0)	Réf.	—
Préoccupations concernant la violence à la maison ⁱ												
Répondant s'étant identifié comme cible	27,0	(18,4 à 35,5)	5,3*	(3,4 à 8,2)	12,9	(4,1 à 21,7)	2,6*	(1,1 à 6,5)	38,5	(26,1 à 50,9)	7,4*	(4,2 à 13,1)
Autre membre du ménage ayant été identifié comme cible	15,1	(9,1 à 21,0)	2,5*	(1,5 à 4,1)	12,2	(4,7 à 19,6)	2,3*	(1,0 à 5,1)	18,1	(8,5 à 27,6)	2,6*	(1,3 à 5,0)
Aucune préoccupation	6,2	(5,6 à 6,8)	Réf.	—	4,6	(3,8 à 5,4)	Réf.	—	7,7	(6,7 à 8,6)	Réf.	—
Répercussions de la COVID-19												
Perte d'emploi ou de revenu												
Oui	12,2	(10,4 à 14,1)	2,1*	(1,7 à 2,7)	8,6	(6,3 à 10,8)	1,8*	(1,3 à 2,7)	16,3	(13,3 à 19,3)	2,1*	(1,6 à 2,8)
Non	5,2	(4,6 à 5,7)	Réf.	—	3,8	(3,1 à 4,4)	Réf.	—	6,3	(5,4 à 7,1)	Réf.	—
Difficulté à respecter des obligations financières ou à répondre à des besoins essentiels												
Oui	19,1	(16,4 à 21,7)	4,0*	(3,2 à 5,0)	13,2	(10,1 à 16,3)	3,3*	(2,2 à 4,9)	25,2	(21,0 à 29,3)	4,4*	(3,3 à 5,8)
Non	4,7	(4,2 à 5,2)	Réf.	—	3,5	(2,8 à 4,2)	Réf.	—	5,7	(4,9 à 6,5)	Réf.	—
Perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue												
Oui	16,0	(12,8 à 19,1)	2,7*	(2,0 à 3,6)	12,5	(8,1 à 16,8)	3,0*	(1,9 à 5,0)	18,6	(14,1 à 23,0)	6,2*	(4,3 à 9,1)
Non	6,1	(5,5 à 6,7)	Réf.	—	4,4	(3,7 à 5,2)	Réf.	—	7,6	(6,6 à 8,5)	Réf.	—

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)

Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, données regroupées de l'automne 2020 et du printemps 2021, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
Sentiments de solitude ou d'isolement												
Oui	13,2	(11,9 à 14,5)	6,0*	(4,7 à 7,8)	10,6	(8,8 à 12,5)	6,2*	(4,3 à 9,1)	15,0	(13,2 à 16,8)	6,0*	(4,3 à 8,4)
Non	2,2	(1,7 à 2,6)	Réf.	—	1,7	(1,2 à 2,3)	Réf.	—	2,7	(2,0 à 3,4)	Réf.	—
Détresse émotionnelle												
Oui	14,7	(13,3 à 16,2)	8,7*	(6,7 à 11,2)	12,4	(10,3 à 14,5)	9,3*	(6,1 à 14,1)	16,1	(14,2 à 18,0)	8,1*	(5,8 à 11,3)
Non	1,7	(1,4 à 2,1)	Réf.	—	1,3	(0,9 à 1,8)	Réf.	—	2,1	(1,5 à 2,7)	Réf.	—
Problèmes de santé physique												
Oui	17,3	(15,5 à 19,1)	6,1*	(4,9 à 7,6)	12,6	(10,2 à 15,1)	4,8*	(3,3 à 7,1)	20,3	(17,8 à 22,7)	7,2*	(5,5 à 9,4)
Non	3,0	(2,5 à 3,5)	Réf.	—	2,8	(2,1 à 3,5)	Réf.	—	3,1	(2,5 à 3,8)	Réf.	—
Difficultés dans les relations personnelles												
Oui	18,0	(15,8 à 20,2)	4,6*	(3,8 à 5,7)	12,9	(10,1 à 15,7)	4,2*	(2,9 à 6,0)	21,8	(18,6 à 24,9)	5,0*	(3,8 à 6,4)
Non	4,1	(3,6 à 4,6)	Réf.	—	3,3	(2,5 à 4,0)	Réf.	—	4,8	(4,1 à 5,6)	Réf.	—
Autres répercussions												
Oui	15,1	(11,5 à 18,8)	2,1*	(1,5 à 2,9)	11,1	(6,7 à 15,5)	2,1*	(1,2 à 3,7)	17,2	(12,0 à 22,5)	2,1*	(1,4 à 3,2)
Non	6,5	(5,9 à 7,1)	Réf.	—	4,8	(4,0 à 5,6)	Réf.	—	8,2	(7,2 à 9,1)	Réf.	—
Nombre de répercussions de la COVID-19												
2 ou moins	1,8	(1,5 à 2,1)	Réf.	—	1,4	(1,0 à 1,8)	Réf.	—	2,2	(1,7 à 2,8)	Réf.	—
3 ou 4	12,5	(10,9 à 14,1)	7,1*	(5,6 à 9,0)	11,2	(8,7 à 13,8)	8,2*	(5,5 à 12,3)	13,3	(11,3 à 15,4)	6,5*	(4,7 à 8,8)
5 ou plus	31,7	(27,5 à 36,0)	21,3*	(15,9 à 28,5)	23,1	(17,2 à 29,0)	19,7*	(12,3 à 31,5)	37,4	(31,5 à 43,3)	21,6*	(14,8 à 31,6)

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, données groupées pour l'automne (septembre à décembre) 2020 et le printemps (février à mai) 2021.

Abréviations : ESPT, état de stress post-traumatique; IC, intervalle de confiance; RCa, rapport de cotes ajusté; Réf., référence.

^a Les milieux urbains sont définis comme étant des zones bâties continues ayant une population de 1 000 personnes ou plus et une densité de 400 personnes ou plus au kilomètre carré. Ces renseignements ont été déterminés à partir des codes postaux.

^b Comprend les répondants s'identifiant comme Asiatiques du Sud (p. ex. Indiens de l'Est, Pakistanais, Sri-Lankais), Chinois, Noirs, Philippins, Arabes, Latino-Américains, Asiatiques du Sud-Est (p. ex. Vietnamiens, Cambodgiens, Laotiens, Thaïlandais), Asiatiques de l'Ouest (p. ex. Iraniens, Afghans), Coréens, Japonais ou membres d'autres groupes, et ne s'identifiant pas comme Autochtones (membres des Premières Nations, Métis ou Inuits) ou Blancs.

^c Les travailleurs de première ligne sont les policiers, les pompiers, les ambulanciers, les infirmières et les médecins.

^d Les travailleurs essentiels sont les personnes employées dans les transports, les institutions financières, les pharmacies, les garderies et l'alimentation, et n'incluent pas les travailleurs de première ligne.

^e Les répondants de 76 ans et plus n'ont pas été interrogés au sujet de leur activité professionnelle actuelle ou de leur profession, car il a été tenu pour acquis qu'ils seraient majoritairement retraités.

^f Mesure réalisée à l'aide de l'Échelle de dépistage du trouble anxieux généralisé (GAD-7)²⁶.

^g Mesure réalisée à l'aide du Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9)²⁷.

^h Évaluation réalisée en fonction du nombre de fois où les femmes avaient déclaré avoir pris plus de 4 consommations en une occasion au cours du mois écoulé et où les hommes avaient déclaré avoir pris plus de 5 consommations en une occasion au cours du mois écoulé²⁸.

ⁱ Les personnes ayant déclaré avoir un certain niveau de préoccupation (« quelque peu », « beaucoup » ou « énormément ») vs « pas du tout » à l'égard de la violence à la maison ont été interrogées sur la personne au sein de leur ménage qui, selon elles, était la cible de cette violence.

* Rapport de cotes statistiquement significatif, ajusté en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

TABEAU 3
Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, période de collecte de l'automne 2020, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
Total pour l'échantillon	6,3	(5,6 à 7,0)	—	—	4,4	(3,6 à 5,3)	Réf.	—	7,9	(6,9 à 8,9)	1,8*	(1,4 à 2,4)
Variables sociodémographiques												
Groupe d'âge (ans)												
18 à 24	10,8	(7,5 à 14,2)	5,4*	(3,0 à 10,0)	5,9	(2,3 à 9,6)	4,8*	(1,5 à 15,6)	16,6	(10,4 à 22,8)	6,7*	(3,4 à 13,3)
25 à 34	7,0	(5,3 à 8,7)	3,6*	(2,1 à 6,4)	3,8	(1,8 à 5,7)	2,8	(0,9 à 9,4)	9,4	(6,8 à 12,1)	4,3*	(2,4 à 8,0)
35 à 49	6,7	(5,4 à 8,1)	3,8*	(2,2 à 6,7)	5,3	(3,5 à 7,0)	4,3*	(1,5 à 12,2)	8,2	(6,0 à 10,3)	3,7*	(2,0 à 6,9)
50 à 64	6,7	(5,5 à 7,9)	3,1*	(1,9 à 5,1)	5,4	(3,9 à 6,9)	3,7*	(1,5 à 9,4)	8,0	(6,1 à 9,9)	2,9*	(1,7 à 5,0)
65 et plus	2,7	(1,9 à 3,5)	Réf.	—	2,1	(0,9 à 3,2)	Réf.	—	3,2	(2,1 à 4,3)	Réf.	—
Revenu du ménage												
Tiers inférieur	7,8	(6,7 à 9,0)	1,8	(1,3 à 2,5)*	6,1	(4,5 à 7,6)	1,8*	(1,0 à 3,1)	9,4	(7,7 à 11,0)	1,8*	(1,2 à 2,7)
Tiers moyen	5,6	(4,4 à 6,9)	1,1	(0,7 à 1,5)	4,2	(2,5 à 5,8)	1,2	(0,7 à 2,1)	6,6	(4,9 à 8,4)	1,0	(0,6 à 1,5)
Tiers supérieur	5,1	(3,9 à 6,3)	Réf.	—	3,5	(2,2 à 4,7)	Réf.	—	6,8	(4,8 à 8,8)	Réf.	—
Aucun revenu déclaré	7,0	(4,5 à 9,5)	1,4	(0,8 à 2,3)	3,2	(0,3 à 6,2)	0,8	(0,2 à 2,7)	9,7	(5,9 à 13,6)	1,7	(1,0 à 3,0)
Plus haut niveau de scolarité atteint												
Diplôme d'études secondaires ou moins	6,7	(5,4 à 8,0)	1,1	(0,7 à 1,6)	4,1	(2,7 à 5,5)	0,8	(0,4 à 1,6)	8,8	(6,7 à 10,9)	1,3	(0,8 à 2,0)
Niveau supérieur à l'école secondaire mais inférieur à l'université	7,4	(6,2 à 8,6)	1,4*	(1,0 à 1,8)	5,4	(3,9 à 6,9)	1,2	(0,7 à 2,1)	9,2	(7,3 à 11,0)	1,5*	(1,0 à 2,1)
Baccalauréat ou plus	4,9	(4,0 à 5,9)	Réf.	—	3,8	(2,5 à 5,2)	Réf.	—	6,0	(4,6 à 7,5)	Réf.	—
Milieu de résidence												
Urbain ^a	6,5	(5,7 à 7,3)	1,2	(0,9 à 1,8)	4,5	(3,6 à 5,5)	1,0	(0,6 à 1,8)	8,2	(7,0 à 9,4)	1,2	(0,9 à 1,8)
Rural	5,4	(4,1 à 6,6)	Réf.	—	4,0	(2,3 à 5,7)	Réf.	—	6,6	(4,7 à 8,4)	Réf.	—
Statut vis-à-vis de l'immigration												
Immigrant	5,6	(4,2 à 7,0)	1,1	(0,8 à 1,5)	4,7	(2,8 à 6,6)	1,2	(0,7 à 2,0)	6,6	(4,5 à 8,7)	1,0	(0,6 à 1,7)
Non-immigrant	6,5	(5,8 à 7,3)	Réf.	—	4,4	(3,4 à 5,3)	Réf.	—	8,3	(7,1 à 9,5)	Réf.	—
Appartenance à un groupe racisé												
Personne racisée ^b	5,7	(4,2 à 7,2)	0,7	(0,5 à 1,1)	4,7	(2,6 à 6,7)	0,8	(0,4 à 1,4)	6,8	(4,7 à 9,0)	0,7	(0,4 à 1,1)
Personne non racisée	6,4	(5,6 à 7,2)	Réf.	—	4,3	(3,5 à 5,2)	Réf.	—	8,1	(6,9 à 9,2)	Réf.	—
Groupe professionnel												
Travail de première ligne ^c	9,7	(6,1 à 13,2)	1,9*	(1,2 à 3,1)	8,4	(2,6 à 14,2)	2,5*	(1,0 à 6,4)	10,6	(6,2 à 15,0)	1,7	(1,0 à 3,1)
Travail essentiel ^d	6,6	(4,9 à 8,3)	1,4	(1,0 à 2,0)	3,5	(1,8 à 5,1)	1,0	(0,5 à 1,9)	10,5	(7,5 à 13,4)	1,7*	(1,1 à 2,6)
Autre travail	4,8	(3,8 à 5,9)	Réf.	—	3,2	(2,1 à 4,3)	Réf.	—	6,4	(4,5 à 8,2)	Réf.	—
N'a pas travaillé au cours de la semaine écoulée	7,7	(6,5 à 8,9)	1,8*	(1,3 à 2,5)	6,3	(4,5 à 8,0)	2,4*	(1,3 à 4,3)	8,6	(7,1 à 10,1)	1,6*	(1,1 à 2,3)
76 ans et plus ^e	1,7	(0,8 à 2,7)	0,9	(0,4 à 2,0)	1,8	(0,3 à 3,3)	1,7	(0,4 à 6,7)	1,7	(0,4 à 3,0)	0,6	(0,2 à 1,8)

Suite à la page suivante

TABLEAU 3 (suite)
Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, période de collecte de l'automne 2020, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
Variabes liées à la santé mentale												
Santé mentale générale												
Passable ou mauvaise	26,1	(22,8 à 29,5)	9,2*	(7,0 à 11,9)	23,4	(18,1 à 28,7)	13,0*	(8,2 à 20,6)	27,5	(23,2 à 31,7)	7,5*	(5,3 à 10,4)
Bonne, très bonne ou excellente	3,3	(2,8 à 3,9)	Réf.	—	2,2	(1,5 à 2,8)	Réf.	—	4,4	(3,5 à 5,3)	Réf.	—
Santé mentale comparativement à avant la pandémie de COVID-19												
Moins bonne	13,8	(12,1 à 15,5)	5,7*	(4,3 à 7,4)	10,8	(8,3 à 13,2)	5,8*	(3,7 à 9,0)	15,8	(13,5 à 18,1)	5,6*	(4,0 à 7,9)
La même ou meilleure	2,6	(2,1 à 3,1)	Réf.	—	1,9	(1,3 à 2,5)	Réf.	—	3,2	(2,4 à 4,0)	Réf.	—
Sentiment d'appartenance à la communauté locale												
Plutôt faible ou très faible	12,5	(11,0 à 14,1)	4,6*	(3,5 à 6,0)	9,6	(7,5 à 11,6)	6,4*	(4,0 à 10,4)	15,2	(12,8 à 17,5)	4,0*	(2,8 à 5,6)
Plutôt fort ou très fort	2,8	(2,2 à 3,3)	Réf.	—	1,5	(1,0 à 2,1)	Réf.	—	3,8	(2,9 à 4,8)	Réf.	—
Cas positif de trouble d'anxiété généralisée^f												
Oui	33,2	(29,3 à 37,1)	18,0*	(13,7 à 23,6)	26,1	(20,3 à 31,8)	15,2*	(9,4 à 24,7)	37,1	(32,3 à 42,0)	20,2*	(14,3 à 28,6)
Non	2,4	(1,9 à 2,8)	Réf.	—	2,1	(1,5 à 2,7)	Réf.	—	2,5	(1,9 à 3,1)	Réf.	—
Cas positif de trouble de dépression majeure^g												
Oui	31,5	(28,0 à 35,0)	23,9*	(17,7 à 32,2)	26,0	(20,9 à 31,1)	25,8*	(14,9 à 44,7)	35,1	(30,4 à 39,8)	23,2*	(16,2 à 33,1)
Non	1,8	(1,4 à 2,2)	Réf.	—	1,4	(0,8 à 1,9)	Réf.	—	2,1	(1,6 à 2,6)	Réf.	—
Idées suicidaires												
Idées suicidaires pendant la pandémie de COVID-19	50,2	(41,3 à 59,2)	20,3*	(12,9 à 32,0)	39,3	(25,2 à 53,4)	18,3*	(8,7 à 38,8)	56,2	(45,9 à 66,5)	22,4*	(13,1 à 38,1)
Antécédents d'idées suicidaires au cours de la vie, mais pas pendant la pandémie de COVID-19	18,5	(15,1 à 21,8)	5,2*	(3,9 à 6,9)	12,0	(8,0 à 16,0)	4,4*	(2,7 à 7,5)	23,2	(18,3 à 28,0)	5,9*	(4,2 à 8,4)
Pas d'antécédents d'idées suicidaires	3,8	(3,2 à 4,3)	Réf.	—	2,9	(2,1 à 3,6)	Réf.	—	4,6	(3,8 à 5,5)	Réf.	—
Consommation excessive d'alcool au cours du mois écoulé^h												
Oui, tous les jours ou presque tous les jours	14,4	(7,6 à 21,1)	3,6*	(1,9 à 6,7)	14,5 ^E	(4,9 à 24,2)	3,9 ^E	(1,6 à 9,5)	14,1 ^E	(5,2 à 23,0)	2,7 ^E	(1,2 à 6,4)
Oui, moins d'une fois par jour	7,8	(6,3 à 9,3)	1,5*	(1,1 à 2,0)	4,4	(2,9 à 5,9)	1,1	(0,7 à 1,7)	11,5	(8,9 à 14,1)	1,7*	(1,2 à 2,4)
Non	5,6	(4,8 à 6,3)	Réf.	—	4,2	(3,2 à 5,2)	Réf.	—	6,6	(5,5 à 7,6)	Réf.	—

Suite à la page suivante

TABLEAU 3 (suite)
Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, période de collecte de l'automne 2020, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
Changement de la consommation d'alcool depuis le début de la pandémie de COVID-19												
Augmentation	10,4	(8,3 à 12,4)	2,3*	(1,7 à 3,0)	7,4	(4,9 à 9,9)	2,3*	(1,5 à 3,8)	13,0	(9,9 à 16,0)	2,2*	(1,6 à 3,2)
Diminution	7,3	(4,8 à 9,8)	1,5	(1,0 à 2,2)	5,7 ^E	(3,1 à 8,4)	1,6 ^E	(0,9 à 2,9)	9,4 ^F	(4,8 à 14,1)	1,3 ^F	(0,7 à 2,4)
Aucun changement	5,3	(4,6 à 6,0)	Réf.	—	3,6	(2,7 à 4,5)	Réf.	—	6,7	(5,6 à 7,7)	Réf.	—
Consommation de cannabis au cours du mois écoulé												
Oui, tous les jours	18,9	(14,3 à 23,5)	4,0*	(2,7 à 5,8)	13,1	(8,0 à 18,1)	3,9*	(2,3 à 6,8)	25,6	(17,6 à 33,5)	4,2*	(2,5 à 7,1)
Oui, moins d'une fois par jour	10,6	(8,1 à 13,2)	2,1*	(1,5 à 3,0)	6,1	(3,6 à 8,7)	1,9*	(1,1 à 3,2)	15,9	(11,5 à 20,3)	2,3*	(1,5 à 3,5)
Non	5,0	(4,3 à 5,7)	Réf.	—	3,6	(2,7 à 4,5)	Réf.	—	6,2	(5,2 à 7,3)	Réf.	—
Changement de la consommation de cannabis depuis le début de la pandémie de COVID-19												
Augmentation	19,9	(15,2 à 24,7)	3,7*	(2,6 à 5,4)	12,3	(7,1 à 17,6)	3,7*	(2,0 à 6,8)	26,3	(18,9 à 33,8)	4,0*	(2,5 à 6,4)
Diminution	15,4	(8,0 à 22,9)	3,0*	(1,7 à 5,5)	10,2	(3,0 à 17,5)	2,8*	(1,1 à 7,1)	22,2	(8,4 à 36,0)	2,9*	(1,2 à 6,9)
Aucun changement	5,3	(4,7 à 6,0)	Réf.	—	3,8	(3,0 à 4,6)	Réf.	—	6,7	(5,7 à 7,7)	Réf.	—
Préoccupations concernant la violence à la maison^I												
Répondant s'étant identifié comme cible	17,0	(10,1 à 23,8)	3,3*	(1,9 à 5,6)	^F	—	^F	—	23,7 ^E	(13,4 à 34,0)	4,1 ^{FE}	(2,1 à 7,9)
Autre membre du ménage ayant été identifié comme cible	16,0	(8,8 à 23,2)	3,1*	(1,7 à 5,8)	10,7 ^E	(1,8 à 19,6)	2,7 ^E	(0,9 à 8,1)	22,0 ^E	(10,2 à 33,8)	3,6 ^{FE}	(1,5 à 8,6)
Aucune préoccupation	5,8	(5,2 à 6,5)	Réf.	—	4,0	(3,3 à 4,8)	Réf.	—	7,3	(6,3 à 8,4)	Réf.	—
Répercussions de la COVID-19												
Perte d'emploi ou de revenu												
Oui	9,3	(7,5 à 11,1)	1,6*	(1,2 à 2,1)	5,9	(3,8 à 8,0)	1,2	(0,8 à 2,0)	12,9	(10,0 à 15,7)	1,7*	(1,2 à 2,5)
Non	5,4	(4,7 à 6,0)	Réf.	—	4,0	(3,1 à 4,8)	Réf.	—	6,5	(5,4 à 7,5)	Réf.	—
Difficulté à respecter des obligations financières ou à répondre à des besoins essentiels												
Oui	16,8	(14,1 à 19,5)	3,9*	(3,0 à 5,1)	11,0	(7,6 à 14,4)	3,0*	(1,9 à 4,9)	22,7	(18,4 à 26,9)	4,5*	(3,2 à 6,3)
Non	4,4	(3,8 à 5,0)	Réf.	—	3,3	(2,5 à 4,0)	Réf.	—	5,4	(4,5 à 6,3)	Réf.	—
Perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue												
Oui	16,8	(12,3 à 21,3)	3,0*	(2,1 à 4,3)	10,5	(4,4 à 16,6)	2,6*	(1,3 à 5,4)	20,8	(14,6 à 26,9)	7,5*	(4,7 à 12,0)
Non	5,7	(5,0 à 6,3)	Réf.	—	4,2	(3,4 à 5,0)	Réf.	—	7,0	(5,9 à 8,0)	Réf.	—
Sentiments de solitude ou d'isolement												
Oui	13,2	(11,6 à 14,7)	6,8*	(5,1 à 8,9)	10,5	(8,4 à 12,6)	7,5*	(4,7 à 12,0)	14,8	(12,7 à 16,8)	6,5*	(4,6 à 9,3)
Non	2,1	(1,6 à 2,5)	Réf.	—	1,5	(0,9 à 2,1)	Réf.	—	2,7	(1,9 à 3,5)	Réf.	—
Détresse émotionnelle												
Oui	13,9	(12,3 à 15,5)	9,0*	(6,6 à 12,2)	11,9	(9,5 à 14,2)	12,6*	(7,0 à 22,7)	15,0	(12,9 à 17,1)	7,3*	(5,1 à 10,6)
Non	1,7	(1,3 à 2,1)	Réf.	—	1,0	(0,6 à 1,5)	Réf.	—	2,4	(1,7 à 3,2)	Réf.	—

Suite à la page suivante

TABLEAU 3 (suite)
Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, période de collecte de l'automne 2020, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
Problèmes de santé physique												
Oui	17,1	(14,9 à 19,2)	6,3*	(4,8 à 8,1)	14,4	(11,0 à 17,9)	7,9*	(5,1 à 12,3)	18,3	(15,6 à 21,0)	5,6*	(4,0 à 7,8)
Non	3,0	(2,4 à 3,5)	Réf.	—	2,1	(1,5 à 2,7)	Réf.	—	3,9	(2,9 à 4,8)	Réf.	—
Difficultés dans les relations personnelles												
Oui	17,1	(14,5 à 19,6)	4,5*	(3,5 à 5,8)	14,2	(10,6 à 17,7)	6,2*	(4,1 à 9,3)	18,8	(15,3 à 22,3)	3,7*	(2,7 à 5,1)
Non	4,0	(3,4 à 4,6)	Réf.	—	2,6	(2,0 à 3,3)	Réf.	—	5,3	(4,4 à 6,2)	Réf.	—
Autres répercussions												
Oui	14,5	(10,3 à 18,7)	2,2*	(1,5 à 3,4)	15,1	(7,9 à 22,3)	4,0*	(2,0 à 7,7)	12,6	(7,5 à 17,6)	1,6	(0,9 à 2,6)
Non	6,0	(5,3 à 6,7)	Réf.	—	4,0	(3,2 à 4,9)	Réf.	—	7,8	(6,7 à 8,8)	Réf.	—
Nombre de répercussions de la COVID-19												
2 ou moins	2,1	(1,7 à 2,5)	Réf.	—	1,5	(1,0 à 2,1)	Réf.	—	2,7	(2,0 à 3,4)	Réf.	—
3 ou 4	11,9	(10,1 à 13,8)	6,0*	(4,4 à 8,0)	9,7	(7,2 à 12,1)	6,9*	(4,2 à 11,6)	13,2	(10,7 à 15,8)	5,5*	(3,8 à 8,0)
5 ou plus	32,4	(27,3 à 37,5)	20,4*	(14,3 à 29,0)	27,2	(19,1 à 35,4)	22,6*	(12,4 à 41,2)	35,4	(28,7 à 42,0)	18,3*	(11,6 à 28,9)

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, automne (septembre à décembre) 2020.

Abréviations : ESPT, état de stress post-traumatique; IC, intervalle de confiance; RCa, rapport de cotes ajusté; Réf., référence.

^a Les milieux urbains sont définis comme étant des zones bâties continues ayant une population de 1 000 personnes ou plus et une densité de 400 personnes ou plus au kilomètre carré. Ces renseignements ont été déterminés à partir des codes postaux.

^b Comprend les répondants s'identifiant comme Asiatiques du Sud (p. ex. Indiens de l'Est, Pakistanais, Sri-Lankais), Chinois, Noirs, Philippins, Arabes, Latino-Américains, Asiatiques du Sud-Est (p. ex. Vietnamiens, Cambodgiens, Laotiens, Thaïlandais), Asiatiques de l'Ouest (p. ex. Iraniens, Afghans), Coréens, Japonais ou membres d'autres groupes, et ne s'identifiant pas comme Autochtones (membres des Premières Nations, Métis ou Inuits) ou Blancs.

^c Les travailleurs de première ligne sont les policiers, les pompiers, les ambulanciers, les infirmières et les médecins.

^d Les travailleurs essentiels sont les personnes employées dans les transports, les institutions financières, les pharmacies, les garderies et l'alimentation, et n'incluent pas les travailleurs de première ligne.

^e Les répondants de 76 ans et plus n'ont pas été interrogés au sujet de leur activité professionnelle actuelle ou de leur profession, car il a été tenu pour acquis qu'ils seraient majoritairement retraités.

^f Mesure réalisée à l'aide de l'Échelle de dépistage du trouble anxieux généralisé (GAD-7)²⁶.

^g Mesure réalisée à l'aide du Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9)²⁷.

^h Évaluation réalisée en fonction du nombre de fois où les femmes avaient déclaré avoir pris plus de 4 consommations en une occasion au cours du mois écoulé et où les hommes avaient déclaré avoir pris plus de 5 consommations en une occasion au cours du mois écoulé²⁸.

ⁱ Les personnes ayant déclaré avoir un certain niveau de préoccupation (« quelque peu », « beaucoup » ou « énormément » vs « pas du tout ») à l'égard de la violence à la maison ont été interrogées sur la personne au sein de leur ménage qui, selon elles, était la cible de cette violence.

* Rapport de cotes statistiquement significatif, ajusté en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

^e Utiliser avec circonspection. La qualité doit être évaluée à l'aide de l'intervalle de confiance.

^f Donnée trop peu fiable pour être publiée.

sein de la population générale au Canada en fonction de caractéristiques sociodémographiques, de facteurs liés à la santé mentale et de répercussions de la pandémie de COVID-19, à l'automne 2020 et au printemps 2021. La mise en contexte de ces résultats par rapport aux données internationales est difficile puisque l'évaluation de l'ESPT ne se fait pas de façon uniforme d'un pays à l'autre. Selon une étude menée dans 24 pays (n'incluant pas le Canada) en 2017, la prévalence de l'ESPT au cours de la vie serait de 5 % dans les pays à revenu élevé, mais avec d'importantes variations d'un pays à l'autre². Nous avons mesuré une prévalence globale de

l'ESPT de 6,9 %, ce qui est similaire à ce qui a été observé aux États-Unis (6,9 %) et en Australie (7,3 %) en 2017². Il convient toutefois de mentionner que l'étude de Koenen et ses collaborateurs² a eu lieu avant la pandémie et que les chercheurs ont eu recours à une méthode d'évaluation différente.

Les données d'enquêtes récentes menées à l'échelle nationale indiquent une augmentation notable de la prévalence chez les personnes déclarant avoir reçu un diagnostic d'ESPT de la part d'un professionnel de la santé. En 2021, cette prévalence était de 5 %³⁰, ce qui est nettement plus

élevé que les taux observés en 2012 (1,7 %) et en 2002 (1 %) ³¹. Ces résultats font ressortir une tendance à la hausse inquiétante de la prévalence de l'ESPT au Canada et une augmentation potentielle du fardeau qui en découle. Cette augmentation des diagnostics d'ESPT déclarés peut être le reflet d'une véritable hausse de la prévalence de l'ESPT, d'une plus grande sensibilisation à l'ESPT et d'un meilleur accès aux soins, d'une plus grande acceptation sociale de l'ESPT et d'une diminution de la stigmatisation, ainsi que de différences dans les méthodes d'enquête.

Les résultats actuels concordent avec ceux de travaux de recherche antérieurs qui

TABEAU 4
Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, période de collecte du printemps 2021, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
Total pour l'échantillon	7,5	(6,4 à 8,5)	—	—	5,6	(4,2 à 6,9)	Réf.	—	9,2	(7,6 à 10,8)	1,7*	(1,2 à 2,4)
Variables sociodémographiques												
Groupe d'âge (ans)												
18 à 24	13,1	(7,5 à 18,6)	7,3*	(3,5 à 15,1)	3,5 ^E	(0,0 à 7,5)	1,2 ^E	(0,1 à 11,2)	22,9	(12,9 à 32,8)	14,5*	(5,8 à 36,5)
25 à 34	10,3	(7,1 à 13,5)	6,2*	(3,2 à 12,1)	8,7	(4,2 à 13,3)	5,3*	(1,8 à 15,7)	11,6	(6,8 à 16,4)	7,0*	(3,0 à 16,2)
35 à 49	8,3	(6,3 à 10,3)	5,3*	(2,9 à 9,9)	6,6	(3,7 à 9,4)	4,4*	(1,6 à 12,4)	9,9	(7,1 à 12,7)	6,5*	(3,0 à 14,1)
50 à 64	7,3	(5,4 à 9,1)	4,0*	(2,3 à 7,0)	5,9	(3,4 à 8,3)	2,9*	(1,2 à 7,3)	8,6	(5,8 à 11,4)	4,9*	(2,3 à 10,4)
65 et plus	2,2	(1,4 à 3,1)	Réf.	—	2,4	(1,0 à 3,9)	Réf.	—	2,1	(1,0 à 3,1)	Réf.	—
Revenu du ménage												
Tiers inférieur	10,2	(8,2 à 12,3)	2,1*	(1,3 à 3,4)	8,8	(6,1 à 11,5)	1,6	(0,7 à 3,7)	11,3	(8,2 à 14,4)	2,4*	(1,3 à 4,5)
Tiers moyen	6,0	(4,3 à 7,7)	1,0	(0,6 à 1,6)	3,8	(1,7 à 6,0)	0,6	(0,3 à 1,5)	8,4	(5,7 à 11,0)	1,4	(0,8 à 2,6)
Tiers supérieur	6,4	(4,5 à 8,3)	Réf.	—	5,6	(2,9 à 8,3)	Réf.	—	7,1	(4,2 à 10,1)	Réf.	—
Aucun revenu déclaré	5,9	(2,4 à 9,4)	0,9	(0,4 à 2,1)	x	—	x	—	9,7	(3,9 à 15,5)	1,6	(0,6 à 4,2)
Plus haut niveau de scolarité atteint												
Diplôme d'études secondaires ou moins	7,6	(5,6 à 9,6)	1,1	(0,7 à 1,7)	6,2	(3,5 à 8,9)	1,5	(0,7 à 3,2)	9,0	(6,1 à 11,9)	0,9	(0,5 à 1,6)
Niveau supérieur à l'école secondaire mais inférieur à l'université	7,7	(5,8 à 9,6)	1,1	(0,7 à 1,8)	6,7	(3,9 à 9,5)	1,6	(0,7 à 3,4)	8,6	(6,0 à 11,1)	1,0	(0,6 à 1,6)
Baccalauréat ou plus	7,1	(5,5 à 8,7)	Réf.	—	4,1	(2,6 à 5,6)	Réf.	—	10,0	(7,1 à 12,8)	Réf.	—
Milieu de résidence												
Urbain ^a	7,9	(6,6 à 9,1)	1,4	(0,9 à 2,1)	5,7	(4,2 à 7,2)	1,3	(0,6 à 2,7)	9,9	(8,0 à 11,8)	1,4	(0,8 à 2,3)
Rural	5,4	(3,7 à 7,1)	Réf.	—	4,2	(1,9 à 6,5)	Réf.	—	6,4	(4,0 à 8,8)	Réf.	—
Statut vis-à-vis de l'immigration												
Immigrant	7,1	(4,9 à 9,4)	0,7	(0,4 à 1,3)	5,5	(2,7 à 8,2)	0,8	(0,4 à 1,8)	9,2	(5,5 à 13,0)	0,7	(0,3 à 1,6)
Non-immigrant	7,6	(6,4 à 8,8)	Réf.	—	5,6	(4,1 à 7,1)	Réf.	—	9,2	(7,5 à 11,0)	Réf.	—
Appartenance à un groupe racisé												
Personne racisée ^b	8,6	(5,8 à 11,3)	1,1	(0,6 à 2,1)	5,8	(2,6 à 9,0)	1,0	(0,4 à 2,5)	11,9	(7,4 à 16,4)	1,1	(0,5 à 2,5)
Personne non racisée	7,0	(6,0 à 8,1)	Réf.	—	5,3	(3,9 à 6,7)	Réf.	—	8,5	(6,8 à 10,1)	Réf.	—
Groupe professionnel												
Travail de première ligne ^c	11,3	(6,5 à 16,1)	1,4	(0,7 à 2,8)	19,9 ^E	(7,8 à 32,1)	5,4 ^{EE}	(1,7 à 16,7)	7,0	(3,1 à 11,0)	0,7	(0,3 à 1,6)
Travail essentiel ^d	6,9	(4,9 à 8,9)	1,1	(0,7 à 1,7)	4,5	(2,3 à 6,7)	1,3	(0,6 à 2,9)	10,2	(6,4 à 14,0)	1,0	(0,5 à 1,8)
Autre travail	7,0	(4,9 à 9,1)	Réf.	—	3,6	(1,8 à 5,3)	Réf.	—	10,5	(6,7 à 14,3)	Réf.	—
N'a pas travaillé au cours de la semaine écoulée	8,9	(7,0 à 10,8)	1,5	(0,9 à 2,4)	7,8	(4,9 à 10,8)	2,8*	(1,3 à 6,3)	9,8	(7,3 à 12,3)	1,1	(0,6 à 1,9)
76 ans et plus ^e	1,5	(0,2 à 2,8)	0,8	(0,2 à 2,9)	x	—	x	—	1,6	(0,0 à 3,2)	0,7	(0,1 à 3,9)

Suite à la page suivante

TABLEAU 4 (suite)
Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, période de collecte du printemps 2021, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
Variables liées à la santé mentale												
Santé mentale générale												
Passable ou mauvaise	26,8	(22,5 à 31,2)	10,3*	(7,1 à 22,4)	21,4	(15,6 à 27,2)	11,6*	(6,0 à 22,4)	31,2	(25,3 à 37,1)	9,7*	(5,9 à 16,0)
Bonne, très bonne ou excellente	3,3	(2,5 à 4,1)	Réf.	—	2,6	(1,6 à 3,6)	Réf.	—	4,0	(2,8 à 5,2)	Réf.	—
Santé mentale comparativement à avant la pandémie de COVID-19												
Moins bonne	15,2	(12,9 à 17,5)	7,8*	(5,5 à 11,2)	12,1	(9,0 à 15,2)	8,3*	(4,6 à 15,2)	17,6	(14,3 à 20,9)	7,4*	(4,7 à 11,7)
La même ou meilleure	2,0	(1,4 à 2,5)	Réf.	—	1,5	(0,8 à 2,2)	Réf.	—	2,4	(1,6 à 3,3)	Réf.	—
Sentiment d'appartenance à la communauté locale												
Plutôt faible ou très faible	12,4	(10,3 à 14,4)	3,0*	(2,1 à 5,4)	9,3	(6,6 à 12,0)	3,0*	(1,6 à 5,4)	15,0	(12,0 à 18,1)	3,1*	(2,0 à 4,9)
Plutôt fort ou très fort	3,9	(2,9 à 4,9)	Réf.	—	2,9	(1,7 à 4,2)	Réf.	—	4,8	(3,2 à 6,4)	Réf.	—
Cas positif de trouble d'anxiété généralisée^f												
Oui	36,6	(31,6 à 41,7)	21,1*	(14,1 à 55,2)	35,3	(26,6 à 44,1)	29,5*	(15,7 à 55,2)	37,2	(31,1 à 43,3)	18,1*	(10,6 à 30,9)
Non	2,4	(1,8 à 3,1)	Réf.	—	1,9	(1,2 à 2,6)	Réf.	—	3,0	(1,9 à 4,1)	Réf.	—
Cas positif de trouble de dépression majeure^g												
Oui	31,9	(27,4 à 36,4)	21,9*	(14,0 à 65,5)	30,2	(23,0 à 37,3)	30,3*	(14,0 à 65,5)	33,2	(27,4 à 38,9)	18,5*	(10,3 à 33,3)
Non	1,9	(1,3 à 2,6)	Réf.	—	1,4	(0,7 à 2,1)	Réf.	—	2,4	(1,4 à 3,5)	Réf.	—
Idées suicidaires												
Idées suicidaires pendant la pandémie de COVID-19	37,8	(28,1 à 47,4)	9,0*	(5,1 à 15,9)	34,1 ^E	(19,3 à 48,8)	9,4 ^{EE}	(3,6 à 24,8)	40,6 ^E	(27,5 à 53,7)	7,7 ^{EE}	(3,6 à 16,7)
Antécédents d'idées suicidaires au cours de la vie, mais pas pendant la pandémie de COVID-19	16,5	(12,0 à 21,0)	3,4*	(2,2 à 5,2)	9,6	(4,1 à 15,1)	2,3*	(1,0 à 5,3)	21,8	(15,1 à 28,5)	4,2*	(2,5 à 7,2)
Pas d'antécédents d'idées suicidaires	5,0	(4,1 à 6,0)	Réf.	—	3,9	(2,7 à 5,1)	Réf.	—	6,1	(4,6 à 7,6)	Réf.	—
Consommation excessive d'alcool au cours du mois écoulé^h												
Oui, tous les jours ou presque tous les jours	14,9	(7,4 à 22,4)	3,4*	(1,6 à 7,0)	13,2 ^E	(3,5 à 22,9)	3,0 ^E	(1,0 à 9,5)	18,1 ^E	(5,7 à 30,5)	3,2 ^{EE}	(1,2 à 8,8)
Oui, moins d'une fois par jour	9,9	(7,3 à 12,5)	1,7*	(1,1 à 2,5)	8,1	(4,6 à 11,5)	2,0*	(1,1 à 3,7)	12,1	(8,0 à 16,2)	1,4	(0,9 à 2,2)
Non	6,5	(5,3 à 7,6)	Réf.	—	4,4	(3,0 à 5,7)	Réf.	—	8,2	(6,5 à 10,0)	Réf.	—
Changement de la consommation d'alcool depuis le début de la pandémie de COVID-19												
Augmentation	13,3	(10,0 à 16,6)	1,5	(0,9 à 5,1)	9,7	(5,8 à 13,5)	2,7*	(1,5 à 5,1)	16,3	(11,0 à 21,7)	2,3*	(1,4 à 3,8)
Diminution	8,0	(5,0 à 10,9)	2,6*	(1,7 à 3,8)	7,8	(3,3 à 12,3)	2,3*	(1,0 à 5,1)	8,1	(4,6 à 11,5)	1,0	(0,5 à 1,8)
Aucun changement	6,0	(4,8 à 7,1)	Réf.	—	4,1	(2,7 à 5,5)	Réf.	—	7,7	(5,9 à 9,5)	Réf.	—

Suite à la page suivante

TABLEAU 4 (suite)
Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, période de collecte du printemps 2021, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
Consommation de cannabis au cours du mois écoulé												
Oui, tous les jours	15,2	(9,3 à 21,2)	2,5*	(1,5 à 4,1)	7,0	(2,1 à 12,0)	1,6	(0,7 à 3,7)	26,9	(15,1 à 38,6)	3,5*	(1,8 à 6,6)
Oui, moins d'une fois par jour	15,6	(10,9 à 20,3)	2,6*	(1,7 à 4,0)	12,4	(6,8 à 18,1)	2,4*	(1,2 à 4,8)	19,4	(11,6 à 27,3)	2,3*	(1,3 à 4,2)
Non	5,9	(4,9 à 6,9)	Réf.	—	4,4	(3,1 à 5,7)	Réf.	—	7,3	(5,8 à 8,8)	Réf.	—
Changement de la consommation de cannabis depuis le début de la pandémie de COVID-19												
Augmentation	21,5	(15,0 à 28,1)	2,7*	(1,3 à 17,6)	13,0	(6,1 à 19,9)	2,7*	(1,2 à 6,0)	29,4	(18,6 à 40,1)	3,8*	(2,1 à 6,9)
Diminution	17,6	(7,9 à 27,4)	3,5*	(2,2 à 5,5)	15,0 ^F	(1,3 à 28,6)	3,1 ^E	(0,5 à 17,6)	20,7 ^E	(6,6 à 34,8)	2,2 ^E	(0,8 à 6,0)
Aucun changement	6,0	(5,1 à 7,0)	Réf.	—	4,6	(3,4 à 5,9)	Réf.	—	7,4	(5,9 à 8,9)	Réf.	—
Préoccupations concernant la violence à la maison¹												
Répondant s'étant identifié comme cible	33,8 ^E	(20,7 à 46,9)	1,9	(0,8 à 4,5)	— ^F	—	F	—	48,7 ^E	(30,8 à 66,7)	10,5 ^{EE}	(4,4 à 24,8)
Autre membre du ménage ayant été identifié comme cible	14,1 ^E	(4,6 à 23,7)	6,9*	(3,7 à 13,1)	— ^F	—	F	—	— ^F	—	— ^F	—
Aucune préoccupation	6,7	(5,6 à 7,7)	Réf.	—	5,2	(3,8 à 6,5)	Réf.	—	8,0	(6,5 à 9,5)	Réf.	—
Répercussions de la COVID-19												
Perte d'emploi ou de revenu												
Oui	15,2	(11,9 à 18,5)	2,8*	(2,0 à 3,9)	11,2	(7,3 à 15,0)	2,6*	(1,4 à 4,8)	19,8	(14,5 à 25,2)	2,5*	(1,6 à 3,8)
Non	5,0	(4,1 à 5,8)	Réf.	—	3,6	(2,5 à 4,6)	Réf.	—	6,1	(4,8 à 7,4)	Réf.	—
Difficulté à respecter des obligations financières ou à répondre à des besoins essentiels												
Oui	21,3	(16,8 à 25,8)	4,1*	(2,8 à 5,8)	15,3	(10,1 à 20,5)	3,6*	(1,9 à 6,9)	27,7	(20,6 à 34,8)	4,3*	(2,7 à 6,9)
Non	4,9	(4,1 à 5,8)	Réf.	—	3,7	(2,6 à 4,9)	Réf.	—	6,0	(4,7 à 7,3)	Réf.	—
Perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue												
Oui	15,5	(11,3 à 19,7)	2,5*	(1,7 à 3,8)	13,4	(7,8 à 19,0)	3,3*	(1,7 à 6,4)	17,1	(10,8 à 23,5)	5,3*	(2,8 à 9,9)
Non	6,5	(5,5 à 7,6)	Réf.	—	4,7	(3,4 à 6,0)	Réf.	—	8,2	(6,6 à 9,8)	Réf.	—
Sentiments de solitude ou d'isolement												
Oui	13,3	(11,3 à 15,3)	5,5*	(3,6 à 8,3)	10,7	(7,8 à 13,6)	5,3*	(2,8 à 9,9)	15,2	(12,4 à 18,0)	5,5*	(3,1 à 10,0)
Non	2,3	(1,6 à 3,1)	Réf.	—	2,0	(1,1 à 2,8)	Réf.	—	2,7	(1,5 à 4,0)	Réf.	—
Détresse émotionnelle												
Oui	15,5	(13,1 à 17,8)	8,4*	(5,6 à 12,8)	12,9	(9,5 à 16,3)	7,3*	(3,9 à 13,9)	17,1	(14,0 à 20,2)	9,1*	(4,9 à 16,6)
Non	1,7	(1,1 à 2,3)	Réf.	—	1,6	(0,9 à 2,4)	Réf.	—	1,8	(0,9 à 2,7)	Réf.	—
Problèmes de santé physique												
Oui	17,5	(14,7 à 20,2)	6,1*	(4,3 à 8,7)	11,3	(7,9 à 14,7)	3,1*	(1,7 à 5,7)	21,9	(18,0 à 25,8)	10,2*	(6,3 à 16,4)
Non	3,0	(2,2 à 3,8)	Réf.	—	3,5	(2,2 à 4,9)	Réf.	—	2,3	(1,5 à 3,2)	Réf.	—
Difficultés dans les relations personnelles												
Oui	18,7	(15,3 à 22,1)	4,8*	(3,4 à 6,7)	11,9	(7,9 à 16,0)	3,2*	(1,8 à 5,9)	24,2	(19,2 à 29,1)	6,4*	(4,2 à 9,7)
Non	4,2	(3,3 à 5,0)	Réf.	—	3,9	(2,6 à 5,2)	Réf.	—	4,4	(3,3 à 5,5)	Réf.	—
Autres répercussions												
Oui	15,7	(10,1 à 21,3)	1,9*	(1,1 à 3,1)	7,7 ^E	(2,3 à 13,1)	1,0 ^E	(0,3 à 3,0)	21,1	(12,3 à 29,9)	2,6*	(1,4 à 4,8)
Non	7,0	(6,0 à 8,1)	Réf.	—	5,5	(4,1 à 6,9)	Réf.	—	8,5	(6,9 à 10,2)	Réf.	—

Suite à la page suivante

TABLEAU 4 (suite)
Prévalence de l'ESPT et rapports de cotes ajustés, période de collecte du printemps 2021, en fonction du genre, des caractéristiques sociodémographiques, des variables liées à la santé mentale et des répercussions de la pandémie de COVID-19

Variable de l'étude	Ensemble				Genre masculin				Genre féminin			
	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	RCa	(IC à 95 %)
Nombre de répercussions de la COVID-19												
2 ou moins	1,5	(1,0 à 2,0)	Réf.	—	1,3	(0,7 à 1,9)	Réf.	—	1,7	(1,0 à 2,5)	Réf.	—
3 ou 4	13,0	(10,5 à 15,6)	8,7*	(5,7 à 13,2)	12,5	(8,4 à 16,7)	9,8*	(5,0 à 19,2)	13,4	(10,4 à 16,4)	8,0*	(4,6 à 13,9)
5 ou plus	31,3	(24,9 à 37,6)	23,7*	(14,4 à 38,9)	20,6	(12,4 à 28,7)	17,9*	(8,0 à 40,3)	38,9	(30,0 à 47,8)	26,5*	(13,6 à 51,7)

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, printemps (février à mai) 2021.

Abréviations : IC, intervalle de confiance; RCa, rapport de cotes ajusté; Réf., référence.

^a Les milieux urbains sont définis comme étant des zones bâties continues ayant une population de 1 000 personnes ou plus et une densité de 400 personnes ou plus au kilomètre carré. Ces renseignements ont été déterminés à partir des codes postaux.

^b Comprend les répondants s'identifiant comme Asiatiques du Sud (p. ex. Indiens de l'Est, Pakistanais, Sri-Lankais), Chinois, Noirs, Philippins, Arabes, Latino-Américains, Asiatiques du Sud-Est (p. ex. Vietnamiens, Cambodgiens, Laotiens, Thaïlandais), Asiatiques de l'Ouest (p. ex. Iraniens, Afghans), Coréens, Japonais ou membres d'autres groupes, et ne s'identifiant pas comme Autochtones (membres des Premières Nations, Métis ou Inuits) ou Blancs.

^c Les travailleurs de première ligne sont les policiers, les pompiers, les ambulanciers, les infirmières et les médecins.

^d Les travailleurs essentiels sont les personnes employées dans les transports, les institutions financières, les pharmacies, les garderies et l'alimentation, et n'incluent pas les travailleurs de première ligne.

^e Les répondants de 76 ans et plus n'ont pas été interrogés au sujet de leur activité professionnelle actuelle ou de leur profession, car il a été tenu pour acquis qu'ils seraient majoritairement retraités.

^f Mesure réalisée à l'aide de l'Échelle de dépistage du trouble anxieux généralisé (GAD-7)²⁶.

^g Mesure réalisée à l'aide du Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9)²⁷.

^h Évaluation réalisée en fonction du nombre de fois où les femmes avaient déclaré avoir pris plus de 4 consommations en une occasion au cours du mois écoulé et où les hommes avaient déclaré avoir pris plus de 5 consommations en une occasion au cours du mois écoulé²⁸.

ⁱ Les personnes ayant déclaré avoir un certain niveau de préoccupation (« quelque peu », « beaucoup » ou « énormément » vs « pas du tout ») à l'égard de la violence à la maison ont été interrogées sur la personne au sein de leur ménage qui, selon elles, était la cible de cette violence.

* Rapport de cotes statistiquement significatif, ajusté en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

^e Utiliser avec circonspection. La qualité doit être évaluée à l'aide de l'intervalle de confiance.

^f Donnée trop peu fiable pour être publiée.

^x Donnée supprimée pour respecter les exigences en matière de confidentialité de la *Loi sur la statistique*.

montrent que l'ESPT est plus fréquent chez les adultes de genre féminin^{2,3}, plus jeunes^{2,3,32}, ayant un revenu inférieur² et vivant en milieu urbain³². En ce qui concerne le risque accru observé chez les jeunes, il concorde avec la tendance générale observée pendant la pandémie, selon laquelle les personnes de 18 à 34 ans ont fait état de manière disproportionnée d'une détérioration de leur santé mentale³³. Par ailleurs, les agressions sexuelles sont fortement associées à l'ESPT^{3,34}, mais les victimes d'agression sexuelle sont moins susceptibles que les victimes d'autres crimes de recevoir un soutien et une reconnaissance de la part d'autres personnes³⁵. En conséquence, la prévalence élevée de l'ESPT chez les femmes de 18 à 24 ans concorde malheureusement avec les prévisions.

La prévalence d'un ESPT s'est révélée plus élevée chez les travailleurs de première ligne, dont les travailleurs de la santé et le personnel de la sécurité publique, que chez les membres d'autres groupes professionnels, ce qui concorde avec les résultats

des travaux de recherche menés avant la pandémie¹². En outre, de nouvelles données ont mis en évidence le fait que les travailleurs de la santé ont connu des taux plus élevés d'ESPT pendant la pandémie^{36,37}. Les résultats de notre étude montrent un risque accru d'ESPT uniquement chez les travailleurs de première ligne de genre masculin, ce qui contredit les résultats d'études antérieures^{12,37}. Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour permettre une meilleure compréhension des répercussions liées à la profession en fonction du genre.

Les résultats de cette étude concordent avec ceux d'études antérieures concernant les associations entre l'ESPT et la cohésion sociale au sein du quartier⁴, le soutien social^{38,39} et les symptômes du trouble d'anxiété généralisée et de trouble de dépression majeure⁴⁰. Ces résultats mettent également en évidence le niveau important de comorbidité psychiatrique chez les personnes souffrant d'un ESPT et font ressortir le rôle du soutien social comme facteur de protection.

La preuve d'une association accrue entre l'ESPT et les idées suicidaires par rapport à la période précédant la pandémie est potentiellement importante, mais il peut s'agir d'un artefact lié au moment de l'évaluation de l'ESPT. Les résultats actuels doivent être considérés dans le contexte des interrelations complexes qui existent entre l'ESPT, le trouble de dépression majeure et les idées suicidaires⁴¹. Il faut également mentionner que, si l'ESPT est un facteur de risque de décès par suicide⁴², une tentative de suicide est aussi un événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique susceptible de provoquer des symptômes d'ESPT⁴³.

Une prévalence accrue d'ESPT a été associée à une consommation plus fréquente d'alcool de façon excessive, à une consommation plus fréquente de cannabis et à une augmentation de la consommation d'alcool et de cannabis depuis le début de la pandémie. Le lien entre l'ESPT et la consommation de substances est complexe. Les personnes souffrant d'ESPT ont souvent recours à l'alcool ou au cannabis

pour gérer leurs symptômes, mais le mésusage de l'alcool, du cannabis ou d'autres substances peut également augmenter les risques d'exposition à un événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique⁴⁴ et exacerber les symptômes d'un ESPT⁴⁵. Chez les femmes, la consommation quotidienne de cannabis a été associée à une prévalence particulièrement élevée d'ESPT par rapport à une consommation moins que quotidienne. Les raisons expliquant cette différence entre les genres ne sont pas claires, mais la consommation régulière de cannabis a été liée à des expériences de traumatismes sexuels chez les femmes⁴⁶. Bien que nos observations concernant une diminution de la consommation d'alcool et de cannabis puissent sembler paradoxales, la baisse de consommation constatée chez les personnes faisant état d'une forte consommation et chez qui l'ESPT était plus fréquent pourrait être le reflet d'une meilleure prise de conscience de la nature problématique de la consommation antérieure.

En ce qui concerne les préoccupations relatives à la violence au sein du foyer et la prévalence d'un ESPT, nos observations font ressortir une différence importante entre les genres. La prévalence d'un ESPT était similaire chez les hommes indépendamment de la cible de la violence (le répondant lui-même ou une autre personne). En revanche, chez les femmes, la prévalence d'un ESPT était nettement plus élevée lorsqu'elles étaient elles-mêmes la cible de la violence que lorsqu'il s'agissait d'un autre membre du ménage. Cela reflète probablement le fait qu'au Canada, les femmes sont beaucoup plus susceptibles que les hommes d'être victimes de violence de la part d'un partenaire intime⁴⁷, et plus particulièrement de violence sexuelle⁴⁸, ce qui est un prédicteur clé de l'ESPT chez les femmes victimes d'abus⁴⁹.

La mesure dans laquelle la pandémie de COVID-19 a eu une incidence sur la prévalence de l'ESPT n'est pas claire. Nous avons observé une prévalence accrue d'un ESPT chez les participants dont la santé mentale s'était dégradée pendant la pandémie et nous avons identifié plusieurs facteurs de risque potentiels liés à la pandémie pour l'ESPT. Sur l'ensemble des périodes de collecte des données, nous avons constaté une dégradation générale de la santé mentale, une augmentation notable (bien que statistiquement non significative) de la prévalence de l'ESPT

dans l'ensemble, et une prévalence accrue de l'ESPT en lien avec une perte d'emploi ou de revenus due à la pandémie. Ces résultats font ressortir la nature dynamique de la pandémie de COVID-19, notamment la variabilité au fil du temps de ses répercussions sociales et économiques sur la société, ainsi que ses effets potentiels sur la prévalence de l'ESPT. Toutefois, les associations sont vraisemblablement bidirectionnelles, car la présence de symptômes préexistants d'ESPT pourrait augmenter le risque de répercussions liées à la pandémie. Par exemple, la mort soudaine et inattendue d'un être cher serait à l'origine d'environ le tiers des cas d'ESPT au cours de la vie¹.

Indépendamment des relations de cause à effet entre les répercussions de la pandémie et l'ESPT, nos résultats montrent que les personnes souffrant d'ESPT ont souvent été fortement affectées par la pandémie. Il faudra mener d'autres travaux de recherche, avec des données d'enquêtes canadiennes plus récentes, afin d'explorer la nature des événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique et de fournir un contexte supplémentaire à la prévalence déterminée à l'aide d'outils de dépistage.

Points forts et limites

Les principaux points forts de notre étude sont l'utilisation d'un vaste échantillon représentatif de la population canadienne, ce qui améliore la généralisation des résultats à l'ensemble de la population, ainsi que la quantification du risque d'ESPT tout en tenant compte des facteurs de confusion possibles.

Toutefois, l'interprétation des résultats de notre étude doit se faire en prenant en considération certaines limites importantes. Tout d'abord, l'enquête était transversale et les réponses étaient autodéclarées, ce qui limite les hypothèses directionnelles au sujet des effets existant entre les variables et favorise les biais tels que le biais de désirabilité sociale ou de rappel. Deuxièmement, certains sous-groupes de population ont été exclus de l'ECSM, ce qui limite les possibilités de généralisation à l'ensemble de la population canadienne. Troisièmement, il existe d'autres croisements importants qui pourraient être explorés sur le plan de l'ESPT. Dans notre étude, nous nous en sommes tenu au croisement des variables avec le genre, mais nous n'avons pas pu identifier de sous-groupes

de population plus précis susceptibles de courir un risque plus élevé. Quatrièmement, le fait que nous ayons utilisé une seule question pour déterminer la présence d'un événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique plutôt que la LEC-5²² peut avoir eu une incidence sur les estimations de la prévalence de l'ESPT. Enfin, bien que nous ayons utilisé le seuil recommandé pour les scores associés à la PCL-5, cette méthode peut mener à la détection de faux cas d'ESPT (c.-à-d. des faux positifs) puisque l'accent n'est pas mis sur des critères cliniques. En effet, les analyses de sensibilité ont révélé que notre méthode de notation entraînait une estimation considérablement moins élevée de la prévalence globale (5,6 %). Nous avons présenté ces résultats en tant que matériel complémentaire à l'adresse https://osf.io/gvbn6/?view_only=c031ae386f364de4a1064d7bb6d9c8ea [en anglais seulement] afin de fournir un contexte et de favoriser les discussions sur les meilleures pratiques à adopter au moment d'utiliser la PCL-5 pour mesurer la prévalence de l'ESPT.

Conclusion

Cette étude fournit un aperçu de la prévalence de l'ESPT au Canada en fonction de nombreuses caractéristiques, identifie les groupes courant un risque accru d'ESPT et met en évidence l'interaction entre les répercussions négatives de la pandémie de COVID-19 et les symptômes de l'ESPT. Nos résultats peuvent s'avérer importants pour les décideurs, car ils mettent en lumière le fardeau associé à l'ESPT au Canada et peuvent contribuer à orienter l'élaboration d'interventions ciblées et de systèmes de soutien pour les groupes à risque élevé, en particulier dans le contexte d'un événement touchant la santé publique.

Remerciements

L'Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada ont conçu l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM), et Statistique Canada l'a mise en œuvre. Les données présentées dans le présent article sont tirées des cycles 1 et 2 de l'ECSM, de l'automne 2020 et du printemps 2021.

Financement

La présente étude a été entièrement financée par l'Agence de la santé publique du Canada.

Conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Contributions des auteurs et avis

MW : Conception, analyse formelle, organisation des données, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

DM : Enquête, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

AMR : relectures et révisions.

RNC : 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. Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Boyle MH. Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neurosci Ther.* 2008;14(3):171-181. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x>
2. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med.* 2017;47(13):2260-2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
3. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5^e éd. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson; 2015.
4. Monson E, Brunet A, Caron J. Domains of quality of life and social support across the trauma spectrum. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015; 50(8):1243-1248. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1029-y>
5. Weeks M, Garber BG, Zamorski MA. Disability and mental disorders in the Canadian Armed Forces. *Can J Psychiatry.* 2016;61(1 Suppl):56S-63S. <https://doi.org/10.1177/0706743716628853>
6. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1995;52(12):1048-1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
7. Conference Board of Canada. Mental health issues in the labour force: reducing the economic impact on Canada. Ottawa (Ont.): Conference Board of Canada; 2012.
8. Prati G, Pietrantonio L. The relation of perceived and received social support to mental health among first responders: a meta-analytic review. *J Community Psychol.* 2010;38(3):403-417. <https://doi.org/10.1002/jcop.20371>
9. Thomas E, Saumier D, Brunet A. Peritraumatic distress and the course of posttraumatic stress disorder symptoms: a meta-analysis. *Can J Psychiatry.* 2012; 57(2):122-129. <https://doi.org/10.1177/070674371205700209>
10. McGinty G, Fox R, Ben-Ezra M, Cloitre M, Karatzias T, Shevlin M, et al. Sex and age differences in ICD-11 PTSD and complex PTSD: an analysis of four general population samples. *Eur Psychiatry.* 2021;64(1):e66. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2239>
11. Til LV, Sweet J, Poirier A, McKinnon K, Pedlar D, Sudom K, et coll. Bien-être des vétérans de la Force régulière, conclusions des EVASM 2016. Charlottetown (Î.-P.-É.) : Anciens Combattants Canada; 2017 [Catalogue No.: V32-340/2017F-PDF]. En ligne à : https://publications.gc.ca/collections/collection_2017/acc-vac/V32-340-2017-fra.pdf
12. Carleton RN, Afifi TO, Turner S, Taillieu T, Duranceau S, LeBouthillier DM, et al. Mental disorder symptoms among public safety personnel in Canada. *Can J Psychiatry.* 2018;63(1): 54-64. <https://doi.org/10.1177/0706743717723825>
13. Stelnicki AM, Carleton RN. Mental disorder symptoms among nurses in Canada. *Can J Nurs Res.* 2021;53(3): 264-276. <https://doi.org/10.1177/0844562120961894>
14. Weeks M, Park S-B, Ghanem S, Plebon-Huff S, Robert A-M, MacKay H, et al. A systematic review of the prevalence of posttraumatic stress disorder reported in Canadian studies. In: Ricciardelli R, Bornstein S, Hall A, Carleton RN, editors. Handbook of posttraumatic stress: psychosocial, cultural, and biological perspectives. Abingdon-on-Thames (UK): Routledge/Taylor & Francis Group; 2021. p. 38-108.
15. Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2023 [consultation le 10 janv. 2024]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5330
16. Agence de la santé publique du Canada. La maladie mentale pendant la pandémie – Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (Cycles 1 et 2) [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2022 [consultation le 10 janv. 2024]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/enquete-sante-mentale/>
17. Lei L, Zhu H, Li Y, Dai T, Zhao S, Zhang X, et al. Prevalence of post-traumatic stress disorders and associated factors one month after the outbreak of the COVID-19 among the public in southwestern China: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2021; 21(1):545. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03527-1>
18. Sun L, Shang Z, Wu L, Pan X, Sun L, Ouyang H, et al. One-quarter of COVID-19 patients developed PTSD symptoms: a one-year longitudinal study. *Psychiatry Res.* 2023;323:115161. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115161>
19. Hong S, Kim H, Park MK. Impact of COVID-19 on post-traumatic stress symptoms in the general population: an integrative review. *Int J Ment Health Nurs.* 2021;30(4):834-846. <https://doi.org/10.1111/inm.12875>
20. Czeisler MÉ, Lane RI, Petrosky E, Wiley JF, Christensen A, Njai R, et al. Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic — United States, June 24-30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(32):1049-1057. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1>

21. Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5) [Internet]. Washington (DC): National Center for PTSD; 2013 [consultation le 28 sept. 2023]. En ligne à : <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
22. Weathers FW, Blake DD, Schnurr PP, Kaloupek DG, Marx BP, Keane TM. The life events checklist for DSM-5 (LEC-5) [Internet]. Washington (DC): National Center for PTSD; 2013 [consultation le 2 janv. 2024]. En ligne à : www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life_events_checklist.asp
23. Mawani FN, Gilmour H. Validation of self-rated mental health. *Health Rep.* 2010;21(3):61-75.
24. Statistique Canada. La santé mentale des Canadiens durant la pandémie de COVID-19 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 1^{er} mai 2023]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200527/dq200527b-fra.htm>
25. Statistique Canada. Sentiment d'appartenance à la communauté locale, plutôt fort ou très fort, selon le groupe d'âge; 2022 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; [consultation le 15 juill. 2024]. En ligne à : <https://doi.org/10.25318/1310009601-fra>
26. 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>
27. 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>
28. Statistique Canada. Feuilles d'information de la santé – Consommation abusive d'alcool, 2018 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2019 [consultation le 15 juill. 2024]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2019001/article/00007-fra.htm>
29. Statistics Canada. Abridged micro-data user guide: Survey on COVID-19 and Mental Health 2020 and 2021. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021.
30. Statistique Canada. Enquête sur la santé mentale et les événements stressants, août à décembre 2021 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2022 [consultation le 13 nov. 2023]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220520/dq220520b-fra.htm>
31. Statistique Canada. Indicateurs de la santé mentale [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014 [consultation le 13 nov. 2023]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/fr/tv.action?pid=1310046501>
32. Shevlin M, McBride O, Murphy J, Miller JG, Hartman TK, Levita L, et al. Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Open.* 2020;6(6):e125. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.109>
33. Capaldi CA, Liu L, Ooi LL, Roberts KC. Santé mentale autoévaluée, sentiment d'appartenance à la communauté, satisfaction à l'égard de la vie et changement perçu en matière de santé mentale chez les adultes pendant la deuxième et la troisième vagues de la pandémie de COVID-19 au Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2022;42(5):247-255. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.5.05f>
34. Campbell R, Dworkin E, Cabral G. An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma Violence Abuse.* 2009;10(3):225-246. <https://doi.org/10.1177/1524838009334456>
35. van der Velden PG, Komproue I, Contino C, de Bruijne M, Kleber RJ, Das M, et al. Which groups affected by Potentially Traumatic Events (PTEs) are most at risk for a lack of social support? A prospective population-based study on the 12-month prevalence of PTEs and risk factors for a lack of post-event social support. *PLoS One.* 2020;15(5):e0232477. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232477>
36. Li Y, Scherer N, Felix L, Kuper H. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2021;16(3):e0246454. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246454>
37. Sahebi A, Yousefi A, Abdi K, Jamshidbeigi Y, Moayedi S, Mercedes Torres M, et al. The prevalence of post-traumatic stress disorder among health care workers during the COVID-19 pandemic: an umbrella review and meta-analysis. *Front Psychiatry.* 2021;12:764738. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.764738>
38. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav Immun.* 2020;87:172-176. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
39. Vig KD, Mason JE, Carleton RN, Asmundson GJ, Anderson GS, Groll D. Mental health and social support among public safety personnel. *Occup Med (Lond).* 2020;70(6):427-433. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa129>
40. Qassem T, Aly-ElGabry D, Alzarouni A, Abdel-Aziz K, Arnone D. Psychiatric co-morbidities in post-traumatic stress disorder: detailed findings from the Adult Psychiatric Morbidity Survey in the English population. *Psychiatr Q.* 2021;92(1):321-330. <https://doi.org/10.1007/s1126-020-09797-4>
41. Briere J, Kwon O, Semple RJ, Godbout N. Recent suicidal ideation and behavior in the general population: the role of depression, posttraumatic stress, and reactive avoidance. *J Nerv Ment Dis.* 2019;207(5):320-325. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000976>
42. Fox V, Dalman C, Dal H, Hollander AC, Kirkbride JB, Pitman A. Suicide risk in people with post-traumatic stress disorder: a cohort study of 3.1 million people in Sweden. *J Affect Disord.* 2021;279:609-616. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.009>

-
43. Stanley IH, Boffa JW, Joiner TE. PTSD From a suicide attempt: phenomenological and diagnostic considerations. *Psychiatry*. 2019;82(1):57-71. <https://doi.org/10.1080/00332747.2018.1485373>
 44. Smith ND, Cottler LB. The epidemiology of post-traumatic stress disorder and alcohol use disorder. *Alcohol Res*. 2018;39(2):113-120.
 45. Lee JY, Brook JS, Finch SJ, Brook DW. Trajectories of cannabis use beginning in adolescence associated with symptoms of posttraumatic stress disorder in the mid-thirties. *Subst Abus*. 2018;39(1):39-45. <https://doi.org/10.1080/08897077.2017.1363121>
 46. Browne KC, Dolan M, Simpson TL, Fortney JC, Lehavot K. Regular past year cannabis use in women veterans and associations with sexual trauma. *Addict Behav*. 2018;84:144-150. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.04.007>
 47. Statistique Canada. La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2019 – Section 3 : Violence entre partenaires intimes au Canada, affaires déclarées par la police, 2019 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 29 mai 2023]. N° 85-002-X au catalogue. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2021001/article/00001/03-fra.htm>
 48. Cotter A. Violence entre partenaires intimes au Canada, 2018 : un aperçu [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; [modification le 26 avr. 2021; consultation le 13 déc. 2023]. N° 85-002-X au catalogue. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2021001/article/00003-fra.htm>
 49. Pico-Alfonso MA. Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neurosci Biobehav Rev*. 2005;29(1):181-193. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.08.010>