

# IMPACTS PSYCHOSOCIAUX DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 : RÉSULTATS D'UNE LARGE ENQUÊTE QUÉBÉCOISE Troisième phase de l'enquête

**Auteurs :** Mélissa Généreux<sup>1,2,3</sup>, Elsa Landaverde<sup>3</sup>

**Équipe de recherche au Québec :** Mélissa Généreux<sup>1,2,3</sup>, Marc D. David<sup>3</sup>, Marie-Ève Carignan<sup>3</sup>, Olivier Champagne-Poirier<sup>3</sup>, Gabriel Blouin-Genest<sup>3</sup>, Mathieu Roy<sup>2-3</sup>

## **Affiliations :**

- 1) Direction de santé publique de l'Estrie
- 2) Institut national de santé publique du Québec
- 3) Université de Sherbrooke

## BRÈVE DESCRIPTION DE L'ENQUÊTE

**Contexte ?** Cette enquête s'inscrit dans le cadre d'un projet international sur deux ans, réalisé par une équipe interdisciplinaire de l'Université de Sherbrooke ainsi que d'autres partenaires nationaux et internationaux<sup>1</sup>. Ce volet québécois est une annexe au projet, comprenant trois phases : la première a été réalisée en septembre 2020 auprès de sept régions du Québec, alors que la deuxième et la troisième ont été réalisées dans toutes les régions du Québec en novembre 2020 puis en février 2021. La troisième phase a été financée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

**Pourquoi ?** La pandémie, comme les autres types de catastrophes, est susceptible d'engendrer des séquelles psychologiques importantes dans la population à court, à moyen et à long terme. Il importe de mieux saisir la nature, l'ampleur, la distribution et l'évolution des impacts psychosociaux de la pandémie ainsi que les facteurs qui y sont associés, afin de soutenir la prise de décision et les interventions de santé publique.

**Quoi ?** La réponse psychologique et comportementale en temps de pandémie est étudiée, de même que ses associations avec divers facteurs de risque et de protection (voir la liste des thèmes abordés à l'Annexe 1). Le questionnaire, disponible en français et en anglais, contient un peu plus de 80 questions fermées (durée médiane de complétion : 20 minutes).

**Qui ?** Il s'agit d'un échantillon non probabiliste de 10 513 adultes résidant au Québec. La troisième phase de collecte inclut toutes les régions du Québec. Un objectif de recrutement de 750 à 1500 participants était visé pour les régions sociosanitaires les plus peuplées (Capitale-Nationale, Mauricie-Centre-du-Québec, Estrie, Montréal, Outaouais, Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides, Montérégie).

---

<sup>1</sup> Plusieurs chercheurs et collaborateurs provenant d'universités et organisations de santé situées ailleurs au Canada ou dans le monde participent aussi à ce projet.

### Répartition de l'échantillon (5-16 février 2021)

Régions sociosanitaires	n
Bas-Saint-Laurent	350
Saguenay-Lac-Saint-Jean	600
Capitale-Nationale	1001
Mauricie-Centre-du-Québec (CDQ)	750
Estrie	750
Montréal	1501
Outaouais	751
Abitibi-Témiscamingue	276
Côte-Nord	160
Nord-du-Québec	14
Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine	145
Chaudière-Appalaches	451
Laval	751
Lanaudière	1002
Laurentides	1000
Montérégie	1005
Nunavik	3
Terres-cries-de-la-Baie-James	3
<b>Ensemble du Québec</b>	<b>10 513</b>

**Quand ?** Les données ont été collectées du 5 au 16 février dans toutes les régions du Québec, pendant la seconde vague de COVID-19. Cette enquête fait suite à :

- une enquête pilote menée du 8 au 11 avril 2020 auprès de 600 adultes canadiens (n=300 au Québec), pendant la première vague de COVID-19 ;
- une enquête menée du 29 mai au 12 juin 2020 auprès de 1501 adultes canadiens (n=435 au Québec), vers la fin de la première vague de COVID-19 ;
- une enquête menée du 4 au 14 septembre 2020 dans sept régions du Québec (n=6261), au début de la seconde vague de COVID-19 ;
- une enquête menée du 6 au 18 novembre 2020 dans toutes les régions du Québec (n=8518), pendant la seconde vague.

**Comment ?** L'échantillon a été tiré de façon aléatoire à partir du panel d'internautes de Léger et de celui de son partenaire Dynata. Les internautes constituant le panel ont été recrutés par des stratégies variées (recrutement aléatoire, dans les médias sociaux, ou encore par l'entremise de campagnes ou de partenaires), de manière à bien représenter la population. Afin de maximiser la représentativité, les données ont été pondérées selon l'âge, le sexe, la langue et la région de résidence.

## VARIABLES À L'ÉTUDE

Plusieurs indicateurs de santé psychologique ont été examinés. Ceux-ci sont décrits dans le tableau ci-dessous.

Variables	Description
Anxiété généralisée probable	Évalué à l'aide de l'échelle Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) qui est une échelle de 7 items basée sur les critères diagnostiques du trouble d'anxiété généralisée décrits dans le DSM-IV. Chaque item utilise une échelle allant de 1 à 3 et évalue la présence de symptômes compatibles avec un tel trouble au cours des deux dernières semaines. Le score de GAD-7 varie entre 0-21 où un seuil de 10 ou plus identifie des symptômes modérés à sévères de trouble d'anxiété généralisée. Un score de 15 ou plus réfère quant à lui à des symptômes sévères.
Dépression majeure probable	Évalué à l'aide du Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) qui est une échelle de 9 items basée sur les critères diagnostiques de dépression majeure décrits dans le DSM-IV. Chaque item utilise une échelle allant de 1 à 3 et évalue la présence de symptômes compatibles avec un tel trouble au cours des deux dernières semaines. Le score de PHQ-9 varie de 0-27 où un seuil de 10 ou plus identifie des symptômes modérés à sévères de dépression majeure. Un score de 15 ou plus réfère quant à lui à des symptômes sévères.
Anxiété généralisée ou dépression majeure probable	Présence de symptômes compatibles avec un trouble d'anxiété généralisée ou une dépression majeure (score de 10 ou plus à l'une ou l'autre de ces deux échelles).
Idées suicidaires sérieuses	Mesuré à l'aide de deux questions de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : 1) Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider ou à vous enlever la vie ? ; 2) Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois ?.

Par ailleurs, un grand nombre de facteurs de risque et de protection ont été examinés et mis en relation avec les indicateurs de santé psychologique. Ces derniers ont été classés en quatre catégories : sociodémographiques, liés à la pandémie, liés à l'infodémie (c.-à-d. une surabondance d'information<sup>1</sup>), facteurs de protection. Ils sont décrits à l'Annexe 2 du présent rapport.

<sup>1</sup> <https://www.who.int/fr/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation>

# RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

## 1- Santé psychologique

Près d'un an suivant le début de la pandémie, près du quart (23,2%) de la population adulte québécoise présente des symptômes compatibles avec un trouble d'anxiété généralisée ou une dépression majeure probable. Le Tableau 1 indique la prévalence des différents indicateurs de santé psychologique au sein de la population adulte québécoise selon les régions. Seuls les résultats des régions ayant 500 répondants ou plus sont présentés. On note que la région de Montréal est celle présentant les plus fortes prévalences d'anxiété ou de dépression probable. Il en va de même pour les idées suicidaires sérieuses. À l'opposé, certaines régions se distinguent favorablement en regard de la santé psychologique, incluant le Saguenay-Lac-Saint-Jean, la Capitale-Nationale, la Mauricie-CDQ, l'Estrie, Lanaudière et la Montérégie. On constate aussi que, de manière générale, les personnes vivant en zone orange s'en sortent mieux en regard de la santé psychologique, comparativement aux personnes en zone rouge.

**Tableau 1.** Santé psychologique chez la population adulte du Québec, selon les régions (5-16 février 2021)

	Anxiété généralisée probable	Dépression majeure probable	Anxiété ou dépression probable	Idées suicidaires sérieuses
Saguenay-Lac-Saint-Jean	7,8% (-)	11,5% (-)	14,2% (-)	3,8%
Capitale-Nationale	13,4% (-)	19,2%	21,2%	4,6%
Mauricie-CDQ	12,1% (-)	14,3% (-)	17,2% (-)	5,9%
Estrie	13,7%	16,3% (-)	19,5% (-)	6,3%
Montréal	22,1% (+)	27,8% (+)	31,9% (+)	6,7% (+)
Outaouais	17,3%	20,4%	25,4%	8,1% (+)
Laval	15,3%	22,2%	25,0%	4,9%
Lanaudière	12,5% (-)	16,3% (-)	19,5% (-)	4,2%
Laurentides	16,2%	17,7%	22,1%	6,0%
Montérégie	14,0% (-)	17,1% (-)	20,7% (-)	4,9%
Régions en zone orange ou à statut particulier	10,2% (-)	14,1% (-)	16,8% (-)	4,8%
Régions en zone rouge	16,2%	20,4%	23,9%	5,7%
<b>Ensemble du Québec</b>	<b>15,6%</b>	<b>19,8%</b>	<b>23,2%</b>	<b>5,6%</b>

(+) % significativement plus élevé qu'ailleurs au Québec

(-) % significativement moins élevé qu'ailleurs au Québec

Les prévalences observées en février 2021 sont nettement plus élevées que ce qui était estimé avant la pandémie, bien que les enquêtes populationnelles ayant examiné la santé psychologique avant la pandémie à l'aide des mêmes indicateurs que ceux utilisés dans la présente enquête se font rares.

Au Canada, Pelletier et al. (2017)<sup>2</sup> estimaient à 2,5% la prévalence de symptômes compatibles avec un trouble d'anxiété généralisée au cours des 12 derniers mois chez les personnes âgées de 15 ans ou plus (ESCC 2012 ; échelle WHO-CIDI). Par ailleurs, Lukmanji et al. (2019)<sup>3</sup> estimaient à 6,8% la prévalence la dépression majeure probable chez les personnes âgées de 12 ans ou plus au Canada (ESCC 2015-2016 ; échelle PHQ-9 avec score  $\geq 10$ ). Cette proportion était plus élevée chez les personnes de 12 à 24 ans comparativement à celles âgées de 25 ans ou plus (9,9% et 6,1%, respectivement). Enfin, selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015, 2,8% de la population québécoise de 15 ans ou plus avait sérieusement songé à se suicider au cours de la dernière année.

<sup>2</sup> Pelletier L, O'Donnell S, McRae L, Grenier, J. The burden of generalized anxiety disorder in Canada. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2017; 37:54-62.

<sup>3</sup> Lukmanji A, Williams JVA, Bulloch AGM, Bhattarai A, Patten SB. Seasonal variation in symptoms of depression: A Canadian population based study. *J Affect Disord.* 2019;255:142-149.

Ainsi, les prévalences québécoises actuellement estimées de dépression majeure probable (19,8%) et d'idées suicidaires sérieuses (5,6%) seraient environ trois fois et deux fois plus élevées, respectivement, que ce qui était estimé en pré-pandémie.

Le Tableau 2 présente quant à lui la réponse psychologique des adultes québécois selon leur caractéristiques sociodémographiques. À l'instar de ce qui a été observé lors de la précédente enquête (novembre 2020), les jeunes adultes, les femmes, les anglophones et les immigrants se distinguent défavorablement des autres adultes pour ce qui est de la santé psychologique en temps de pandémie. Soulignons que pas moins de 43,3% des adultes de 18-24 ans affichent des symptômes compatibles avec un trouble d'anxiété généralisée ou une dépression majeure. Le type de résidence semble également fortement lié au risque d'anxiété ou de dépression, alors que 28,9% des locataires et 37,7% des personnes vivant dans une résidence à loyer modique rapporteraient des symptômes compatibles avec de tels troubles psychologiques. Les travailleurs de la santé ou des services sociaux (31,3%), et plus particulièrement les travailleurs des services sociaux (42,2%), sont également nombreux à présenter une « anxiété ou dépression probable ».

**Tableau 2.** Santé psychologique chez la population adulte du Québec, selon des caractéristiques sociodémographiques (5-16 février 2021)

Caractéristiques sociodémographique	Anxiété généralisée probable	Dépression majeure probable	Anxiété ou dépression probable	Idées suicidaires sérieuses
<b>Genre</b>				
<i>Femme</i>	17,3%	21,6%	25,6%	5,5% (NS)
<i>Homme</i>	13,7%	17,6%	20,6%	5,6% (NS)
<b>Âge</b>				
<i>18-24 ans</i>	31,8%	36,6%	43,3%	7,2%
<i>25-34 ans</i>	22,3%	28,9%	33,2%	7,4%
<i>35-44 ans</i>	19,7%	26,5%	29,6%	7,4%
<i>45-54 ans</i>	15,5%	20,0%	23,6%	6,2%
<i>55-64 ans</i>	9,3%	11,4%	14,0%	5,3%
<i>65 ans et plus</i>	6,2%	7,9%	10,1%	2,2%
<b>Personne vivant seule</b>				
<i>Oui</i>	15,8% (NS)	21,4%	24,3% (NS)	7,4%
<i>Non</i>	15,6% (NS)	19,3%	22,9% (NS)	5,1%
<b>Type de résidence</b>				
<i>Propriétaire</i>	12,8%	16,6%	19,8%	4,3%
<i>Locataire</i>	21,4%	26,1%	28,9%	8,4%
<i>Résidence à loyer modique</i>	24,3%	34,4%	37,7%	10,5%
<b>Éducation<sup>4</sup></b>				
<i>Secondaire ou moins</i>	14,1% (NS)	16,8% (NS)	20,2% (NS)	5,4% (NS)
<i>Collégial</i>	13,7% (NS)	18,3% (NS)	21,3% (NS)	5,9% (NS)
<i>Universitaire</i>	13,2% (NS)	17,8% (NS)	20,8% (NS)	5,1% (NS)
<b>Anglophone</b>				
<i>Oui</i>	24,5%	29,0%	33,7%	6,8%
<i>Non</i>	13,9%	17,8%	21,6%	5,4%
<b>Immigrant</b>				
<i>Oui</i>	19,9%	26,6%	31,2%	6,5% (NS)
<i>Non</i>	15,0%	18,8%	22,2%	5,5% (NS)
<b>Type d'occupation</b>				
<i>Étudiant</i>	31,5%	35,0%	41,3%	6,9%
<i>Travailleur</i>	17,2%	22,0%	25,8%	5,9%
<i>Sans emploi</i>	22,0%	28,0%	32,5%	12,1%
<i>Retraité</i>	5,5%	8,1%	9,7%	2,4%
<b>Travailleur essentiel</b>				
<i>Oui</i>	18,0%	23,4%	27,3%	6,9%
<i>Non</i>	14,8%	18,5%	21,8%	5,2%
<b>Travailleur de la santé ou des services sociaux</b>				

<sup>4</sup> Exclusion des 18-24 ans, car les études sont souvent en cours dans ce groupe d'âge

<i>Oui</i>	20,2%	25,4%	31,3%	8,9%
<i>Non</i>	15,3%	19,3%	22,6%	5,3%
<b>Travailleur de la santé</b>				
<i>Oui</i>	18,1% (NS)	23,4%	27,6%	9,1%
<i>Non</i>	15,5% (NS)	19,5%	23,0%	5,4%
<b>Travailleur des services sociaux</b>				
<i>Oui</i>	26,7%	31,6%	42,2%	8,8% (NS)
<i>Non</i>	15,4%	19,5%	22,9%	5,5% (NS)
<b>Personne en télétravail</b>				
<i>Oui</i>	17,4%	22,7%	26,6%	5,8% (NS)
<i>Non</i>	16,4%	21,1%	24,6%	6,1% (NS)
<i>Ne travaille pas</i>	14,2%	17,4%	20,5%	5,3% (NS)
<b>Antécédents médicaux</b>				
<i>Oui</i>	16,7%	22,3%	25,7%	7,9%
<i>Non</i>	14,7%	18,3%	21,7%	4,9%

NS = Absence de différence significative entre les groupes ( $p \geq 0,05$ )

Selon les données collectées lors des différentes phases de l'enquête, on remarque qu'après une détérioration de la réponse psychologique au cours de l'automne 2020, une stabilisation de la situation est maintenant observée au Québec entre novembre 2020 et février 2021, et ce autant pour l'anxiété que la dépression (voir Tableau 3).

**Tableau 3.** Santé psychologique chez la population adulte du Québec, selon les phases de l'enquête

	Anxiété généralisée probable		Dépression majeure probable		Anxiété ou dépression probable	
	Québec	Sept régions	Québec	Sept régions	Québec	Sept régions
<b>Avril 2020</b>	14,2%	15,9%	NA	NA	NA	NA
<b>Mai-juin 2020</b>	13,1%	15,6%	17,0%	19,5%	21,3%	24,1%
<b>Septembre 2020</b>	NA	14,6%	NA	17,4%	NA	21,8%
<b>Novembre 2020</b>	15,9%	17,5%	19,6%	21,3%	23,3%	25,0%
<b>Février 2021</b>	15,6%	16,7%	19,8%	20,8%	23,2%	24,5%

NA = non applicable car la donnée n'a pas été mesurée à cette période pour ce territoire

Le Tableau 4 indique qu'entre novembre 2020 et février 2021, aucun changement significatif n'a été observé pour ce qui est de l'anxiété ou de la dépression probable, et ce autant chez les hommes que les femmes et dans tous les groupes d'âge.

**Tableau 4.** Santé psychologique chez la population adulte du Québec, selon l'âge et le sexe et selon les phases de l'enquête

Caractéristiques sociodémographiques	Anxiété ou dépression probable	
	6-18 novembre 2020	5-16 février 2021
<b>Genre</b>		
<i>Femme</i>	24,7%	25,6%
<i>Homme</i>	21,6%	20,6%
<b>Âge</b>		
<i>18-24 ans</i>	45,8%	43,3%
<i>25-34 ans</i>	33,0%	33,2%
<i>35-44 ans</i>	29,2%	29,6%
<i>45-54 ans</i>	23,2%	23,6%
<i>55-64 ans</i>	14,0%	14,0%
<i>65 ans et plus</i>	10,2%	10,1%

Note : Aucune différence statistiquement significative entre les groupes (tous les  $p \geq 0,05$ )

## 2- Facteurs de risque et de protection

La situation épidémiologique n'explique pas à elle seule la réponse psychologique de la population à la pandémie de COVID-19. D'autres facteurs expliquent ces différentes réactions psychologiques. Dans les phases antérieures de l'enquête, plusieurs facteurs de risque et de protection pouvant influencer le bien-être en temps de pandémie ont été examinés. Cette troisième collecte de données permet d'observer ces mêmes facteurs auxquels ont été ajoutés plusieurs nouveaux facteurs jugés pertinents selon la littérature scientifique et l'évolution de la situation (voir Annexe 1).

Des analyses de régression logistique ont permis d'examiner la relation qui existe entre les divers facteurs à l'étude et la santé psychologique. Le modèle final a été ajusté pour toutes les variables présentes au Tableau 5 ainsi que pour l'âge, le sexe, la langue parlée à la maison, le fait d'être un travailleur de la santé ou des services sociaux et les antécédents médicaux (maladies chroniques). Le Tableau 5 présente donc pour chaque facteur de risque ou de protection retenu au modèle final des rapports de cotes (RC) bruts et ajustés avec leurs intervalles de confiance (IC) à 95%.

**Tableau 5.** Association entre certains facteurs de risque ou de protection et la santé psychologique chez la population adulte du Québec (5-16 février, 2021)

Facteurs de risque et de protection	Anxiété ou dépression probable	Rapports de cotes bruts		Rapports de cotes ajustés	
		RC	(IC 95%)	RC	(IC 95%)
<b>Menace perçue pour soi/sa famille</b>					
<i>Menace perçue élevée</i>	30,0%	1,85	[1,68 ; 2,03]	1,85	[1,64 ; 2,08]
<i>Menace perçue faible</i>	18,8%	1	Référence	1	Référence
<b>Pertes financières</b>					
<i>Significatives</i>	42,9%	3,30	[2,97 ; 3,67]	1,90	[1,67 ; 2,16]
<i>Peu ou pas de pertes</i>	18,5%	1	Référence	1	Référence
<b>Victime de stigmatisation</b>					
<i>Oui</i>	49,9%	3,79	[3,25 ; 4,42]	1,99	[1,65 ; 2,41]
<i>Non</i>	20,8%	1	Référence	1	Référence
<b>Expérience de COVID-19</b>					
<i>Oui</i>	35,9%	2,29	[2,06 ; 2,54]	1,52	[1,33 ; 1,73]
<i>Non</i>	19,7%	1	Référence	1	Référence
<b>Qualité des relations sociales</b>					
<i>Insatisfaisantes</i>	44,2%	5,61	[4,86 ; 6,48]	1,42	[1,18 ; 1,72]
<i>Plutôt satisfaisantes</i>	20,1%	1,78	[1,56 ; 2,03]	0,97	[0,82 ; 1,14]
<i>Très Satisfaisantes</i>	12,4%	1	Référence	1	Référence
<b>Sentiment de solitude</b>					
<i>Élevé</i>	41,8%	6,08	[5,50 ; 6,73]	2,99	[2,64 ; 3,38]
<i>Faible</i>	10,6%	1	Référence	1	Référence
<b>Sources d'information en ligne</b>					
<i>Oui</i>	30,8%	1,78	[1,61 ; 1,97]	1,21	[1,06 ; 1,37]
<i>Non</i>	20,0%	1	Référence	1	Référence
<b>Niveau de croyances erronées</b>					
<i>Élevé (4<sup>e</sup> quartile)</i>	35,2%	3,23	[2,82 ; 3,69]	1,83	[1,55 ; 2,16]
<i>3<sup>e</sup> quartile</i>	22,3%	1,70	[1,47 ; 1,96]	1,21	[1,02 ; 1,43]
<i>2<sup>e</sup> quartile</i>	19,4%	1,43	[1,23 ; 1,66]	1,23	[1,03 ; 1,47]
<i>Faible (1<sup>er</sup> quartile)</i>	14,4%	1	Référence	1	Référence
<b>Idéologie politique</b>					
<i>Extrême (gauche ou droite)</i>	30,1%	1,53	[1,36 ; 1,72]	1,16	[1,00 ; 1,35]
<i>Centre</i>	22,0%	1	Référence	1	Référence
<b>Sentiment de cohérence</b>					
<i>Faible</i>	34,3%	5,40	[4,81 ; 6,06]	2,52	[2,20 ; 2,89]
<i>Élevé</i>	8,8%	1	Référence	1	Référence
<b>Niveau de soutien social</b>					
<i>Faible</i>	54,1%	5,51	[4,55 ; 6,68]	2,54	[1,99 ; 3,25]
<i>Modéré</i>	35,5%	2,58	[2,33 ; 2,89]	1,35	[1,18 ; 1,54]

<i>Élevé</i>	17,6%	1	Référence	1	Référence
<b>Sentiment d'appartenance à sa communauté</b>					
<i>Faible</i>	36,6%	2,94	[2,60 ; 3,32]	1,28	[1,10 ; 1,50]
<i>Plutôt faible</i>	23,7%	1,58	[1,41 ; 1,78]	1,01	[0,88 ; 1,16]
<i>Élevé</i>	16,5%	1	Référence	1	Référence

Les cinq principaux facteurs, après l'âge, les plus fortement associés à la présence de symptômes compatibles avec un trouble d'anxiété généralisée ou une dépression majeure sont donc (en ordre décroissant) :

1. Sentiment de solitude élevé (rapport de cotes ajusté [RCa]=2,99)
2. Faible niveau de soutien social (RCa=2,54)
3. Faible sentiment de cohérence (RCa=2,52)
4. Victime de stigmatisation (RCa=1,99)
5. Pertes financières significatives (RCa=1,90)

On peut ainsi dire que la probabilité d'observer des symptômes compatibles avec un trouble d'anxiété généralisée ou une dépression majeure est trois fois plus élevée chez les adultes se sentant seuls que chez ceux se sentant moins seuls, et ce indépendamment des autres facteurs à l'étude. Il est intéressant de constater que plusieurs facteurs de nature sociale (solitude, faible soutien social, stigmatisation) jouent un rôle important dans la réponse psychologique en temps de pandémie, encore plus que les facteurs d'ordre financier ou liés à la peur du virus. Le sentiment de cohérence, qui est la prédisposition psychologique des personnes à comprendre, à donner du sens et à mobiliser leurs ressources lorsqu'elles doivent faire face à des situations stressantes, s'avère être également un facteur de protection clé en contexte de pandémie.

Le Tableau 6 permet d'examiner la fréquence et la distribution selon les groupes sociodémographiques des trois principaux facteurs de risque d'anxiété ou de dépression. Pas moins de 40,5% de la population adulte se sentirait seule après un an de pandémie, et cette proportion est plus élevée chez les jeunes adultes. Une étude canadienne réalisée en 2008-2009 auprès de personnes âgées de 65 ans et plus au Canada<sup>5</sup> révèle que 12% d'entre elles rapportaient se sentir seules à cette période (en utilisant la même échelle de mesure que celle utilisée dans la présente enquête), ce qui est considérablement plus faible que la proportion observée en contexte pandémique (28,4%).

**Tableau 6.** Prévalence des principaux facteurs associés à la présence de symptômes compatibles avec un trouble d'anxiété généralisée ou une dépression majeure chez la population adulte du Québec, selon l'âge, le sexe et l'éducation (5-16 février 2021)

	Sentiment de solitude élevé	Pas un soutien social élevé	Faible sentiment de cohérence
<b>Genre</b>			
<i>Femme</i>	43,7%	22,7%	54,9%
<i>Homme</i>	37,0%	30,8%	58,1%
<b>Âge</b>			
<i>18-24 ans</i>	58,2%	29,4%	75,3%
<i>25-34 ans</i>	51,8%	22,6%	66,3%
<i>35-44 ans</i>	46,3%	29,6%	61,6%
<i>45-54 ans</i>	40,5%	33,0%	58,1%
<i>55-64 ans</i>	31,3%	27,5%	46,4%
<i>65 ans et plus</i>	28,4%	21,0%	44,9%
<b>Éducation<sup>6</sup></b>			
<i>Secondaire ou moins</i>	36,3%	28,7%	60,6%
<i>Collégial</i>	38,7%	26,4%	54,9%
<i>Universitaire</i>	39,5%	25,0%	50,2%
<b>Total</b>	40,5%	26,7%	56,5%

Note : Toutes les différences sont statistiquement significatives entre les groupes ( $p < 0,05$ )

<sup>5</sup> <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2020003/article/00003-eng.htm#n27>

<sup>6</sup> Exclusion des 18-24 ans, car les études sont souvent en cours dans ce groupe d'âge



Alors que l'isolement réfère à la faible quantité et qualité des contacts sociaux (situation réelle), le sentiment de solitude réfère lui à l'expérience subjective découlant de la perception d'une faible quantité et qualité des contacts sociaux (situation perçue). En d'autres mots, les jeunes seraient plus enclins à se sentir privés de contacts sociaux en temps de pandémie, peu importe qu'ils soient davantage isolés ou non<sup>7</sup>. Par ailleurs, le même phénomène s'observe avec le sentiment de cohérence qui est jugé faible chez trois jeunes adultes sur quatre. Ainsi, en ces temps si singuliers, les jeunes disposeraient en moyenne de moins bonnes ressources psychologiques individuelles pour faire face au stress et donner du sens à tout ce qui leur arrive, comparativement aux adultes plus âgés.

---

<sup>7</sup> <https://www.inspq.qc.ca/publications/3104-solitude-jeunes-adultes-pandemie-covid19>

#### 4- Utilisation des services de santé

Grâce aux nouvelles questions ajoutées à l'enquête de février 2021, il a été possible d'estimer la proportion d'adultes ayant consulté au sujet de leur santé psychologique au cours de la dernière année, selon leur profil de santé psychologique. Or, on découvre que seuls 34,8% des personnes présentant des symptômes compatibles avec un trouble d'anxiété ou une dépression majeure ont consulté pour leur santé psychologique durant cette période et que 50,9% de celles avec idées suicidaires sérieuses en ont fait autant. Ces personnes ont majoritairement consulté leur médecin de famille et dans une moindre mesure un psychologue.

On note également que plusieurs personnes avec une anxiété ou une dépression probable disent ne pas ressentir le besoin d'aller chercher de l'aide auprès de professionnels du réseau de la santé (29,3%) et encore moins auprès du réseau communautaire (54,4%), ce qui constituerait le principal obstacle à l'utilisation des services. Relativement peu se disent en attente de services. Autre fait saillant : près du tiers (32,8%) des adultes présentant un trouble d'anxiété généralisée ou une dépression majeure probable affirme avoir consulté auprès du réseau de la santé dans la dernière année sans que cette(ces) consultation(s) réponde(nt) bien aux besoins.

**Tableau 7.** Santé psychologique chez la population adulte du Québec, selon l'utilisation des services de santé (5-16 février 2021)

	Personnes avec anxiété ou dépression probable	Personnes avec idées suicidaires sérieuses	Ensemble de la population
<b>Consultation au sujet de sa santé psychologique</b>			
<i>Non</i>	65,2%	49,1%	84,1%
<i>Oui</i>	34,8%	50,9%	15,9%
<i>Oui, médecin de famille</i>	22,0%	32,4%	9,6%
<i>Oui, médecin spécialiste</i>	8,2%	15,8%	3,0%
<i>Oui, infirmière</i>	2,8%	3,8%	1,0%
<i>Oui, psychologue</i>	14,3%	18,6%	6,8%
<i>Oui, travailleur social</i>	8,5%	15,4%	3,3%
<i>Oui, une ligne téléphonique</i>	3,8%	7,2%	1,2%
<b>Réponse aux besoins par le réseau de la santé</b>			
<i>Besoins répondus</i>	19,3%	20,1%	23,7%
<i>Besoins partiellement ou non répondus</i>	32,8%	41,6%	15,9%
<i>En attente</i>	6,8%	7,6%	3,5%
<i>Intention de consulter</i>	11,8%	9,8%	5,2%
<i>Pas de besoins</i>	29,3%	20,9%	51,7%
<b>Réponse aux besoins par le réseau communautaire</b>			
<i>Besoins répondus</i>	10,0%	16,4%	6,8%
<i>Besoins partiellement ou non répondus</i>	19,6%	26,5%	7,5%
<i>En attente</i>	6,7%	7,5%	2,8%
<i>Intention de consulter</i>	9,3%	7,3%	3,2%
<i>Pas de besoins</i>	54,4%	42,2%	79,6%

## 5- Effets psychologiques de la COVID-19

Nous avons vu jusqu'à présent que la pandémie entraîne une série de perturbations dans les différentes sphères de la vie des individus, qui à leur tour augmentent le risque de développer un trouble psychologique, ou encore d'aggraver un trouble préexistant. La littérature suggère par ailleurs qu'outre les effets de la pandémie, la COVID-19 pourrait entraîner la persistance de divers symptômes (incluant des symptômes d'anxiété ou de dépression) chez 10-20% des personnes ayant eu la COVID-19<sup>8</sup>, ce qu'on appelle les séquelles post-aigües de la COVID, ou encore la COVID longue. Il est toutefois difficile de distinguer les influences de la pandémie (et de ses différents stressseurs) des effets de la COVID-19 sur la santé psychologique.

Grâce aux données recueillies de septembre 2020 à février 2021 au Québec, il a été possible de jumeler les trois bases de données en prenant soin d'exclure les doublons (c.-à-d. les adultes ayant participé plus d'une fois à l'enquête). En cas de doublons, seule les données issues de la participation la plus récente ont été considérées. L'échantillon final est composé de 20 327 adultes distincts vivant au Québec (phase 1 : n = 3978 ; phases 2 : n = 5836 ; phase 3 : n = 10 513).

Le Tableau 8 dévoile la prévalence de l'expérience de COVID-19, qui a été divisée en trois catégories : diagnostic de COVID-19 ; contacts ou symptômes de COVID-19 ayant mené à un isolement ; aucune expérience de COVID-19. Parmi les 20 327 adultes interrogés depuis septembre 2020, ce sont 599 adultes (3%) qui disent avoir reçu un diagnostic de COVID-19 et 3008 (15%) qui ont vécu un isolement en raison d'un contact avec un cas ou de symptômes de COVID-19 (sans diagnostic), pour un total de 18% de l'échantillon qui a vécu une « expérience de COVID-19 ».

On constate dans ce même tableau que l'expérience de COVID-19, que ce soit par contact, par symptômes ou par diagnostic de COVID-19, a été plus fréquente chez les jeunes adultes, les travailleurs de la santé ou des services sociaux, et dans une moindre mesure chez les personnes vivant avec un(des) enfant(s) à la maison. Les personnes présentant des antécédents médicaux associés à un risque de complications de COVID-19 (immunosuppression, diabète, maladie cardiaque, emphysème/bronchite chronique) sont plus nombreuses à avoir eu la COVID-19, mais moins nombreuses à avoir été isolées en raison d'un contact avec un cas ou de symptômes de COVID-19 (sans diagnostic).

**Tableau 8.** Prévalence de l'expérience de COVID-19 chez la population adulte du Québec, selon les caractéristiques sociodémographiques (septembre 2020 à février 2021)

	Aucune expérience (n=16 510)	Contact ou symptômes (n=3008)	Diagnostic (n=599)
<b>Phase de l'enquête</b>			
<i>Septembre 2020</i>	85,0%	12,2%	2,8%
<i>Novembre 2020</i>	83,0%	14,7%	2,3%
<i>Février 2021</i>	80,5%	16,0%	3,4%
<b>Genre</b>			
<i>Femme</i>	82,1%	15,7%	2,2%
<i>Homme</i>	82,2%	14,0%	3,9%
<b>Âge</b>			
<i>18-34 ans</i>	71,0%	23,4%	5,6%
<i>35-49 ans</i>	77,0%	19,9%	3,1%
<i>50-64 ans</i>	87,5%	10,9%	1,6%
<i>65 ans et plus</i>	93,8%	4,8%	1,4%
<b>Éducation<sup>9</sup></b>			
<i>Secondaire ou moins</i>	87,0%	10,7%	2,4%
<i>Collégial</i>	83,2%	14,2%	2,6%
<i>Universitaire</i>	82,1%	15,2%	2,7%
<b>Anglophone</b>			

<sup>8</sup> <https://www.bmj.com/content/bmj/372/bmj.n405.full.pdf>

<sup>9</sup> Exclusion des 18-24 ans, car les études sont souvent en cours dans ce groupe d'âge

<i>Oui</i>	79,6%	16,5%	3,9%
<i>Non</i>	82,5%	14,6%	2,8%
<b>Enfants à la maison</b>			
<i>Oui</i>	76,0%	20,8%	3,2%
<i>Non</i>	84,2%	12,9%	2,9%
<b>Travailleur de la santé ou des services sociaux</b>			
<i>Oui</i>	69,8%	21,6%	8,6%
<i>Non</i>	83,1%	14,4%	2,5%
<b>Antécédents médicaux</b>			
<i>Oui</i>	84,9%	11,6%	3,5%
<i>Non</i>	80,5%	17,0%	2,5%
<b>Total</b>	<b>82,1%</b>	<b>15,0%</b>	<b>3,0%</b>

Note : Toutes les différences sont statistiquement significatives entre les groupes ( $p < 0,05$ )

On note au Tableau 9 que le diagnostic de COVID-19 semble associé à un risque accru de dépression majeure, mais pas d'anxiété généralisée. En effet, la prévalence d'anxiété généralisée probable est élevée chez les personnes qui ont eu la COVID-19, tout comme elle l'est chez les personnes qui ont été en contact avec un cas ou qui ont développé des symptômes de COVID-19 (sans diagnostic). En revanche, la prévalence de dépression majeure probable passe de 16,9% dans la population générale, à 29,0% chez les contacts de cas ou les personnes avec symptômes, puis à 38,1% chez les personnes ayant eu la COVID-19. La même tendance s'observe pour les symptômes sévères de dépression majeure. Il est important de souligner qu'en se restreignant aux cas de COVID-19 diagnostiqués à la vague 1 (mais ayant participé à l'enquête entre septembre 2020 et février 2021), la prévalence de dépression majeure probable demeure très élevée (37,7%). Ceci suggère que les effets psychologiques associés à la COVID-19 pourraient perdurer plusieurs semaines ou mois.

**Tableau 9.** Santé psychologique chez la population adulte du Québec, selon l'expérience de COVID-19 (septembre 2020 à février 2021)

	Anxiété généralisée probable	Anxiété généralisée probable (sévère)	Dépression majeure probable	Dépression majeure probable (sévère)
<b>Aucune expérience (n=16 510)</b>	13,6%	5,4%	16,9%	7,6%
<b>Contact ou symptômes (n=3008)</b>	24,1%	9,2%	29,0%	13,5%
<b>Diagnostic (n=599)</b>	25,5%	9,0%	38,1%	19,4%
<b>Diagnostic à la vague 1 (n=244)<sup>10</sup></b>	20,9%	8,6%	37,7%	16,8%
<b>Total</b>	<b>15,5%</b>	<b>6,1%</b>	<b>19,3%</b>	<b>8,8%</b>

Note : Toutes les différences sont statistiquement significatives entre les groupes ( $p < 0,05$ )

Des analyses supplémentaires (non montrées) confirment que la relation entre l'expérience de COVID-19 et la dépression majeure probable observée au Tableau 9 se maintient après un ajustement pour une série de facteurs de confusion potentiels, incluant les caractéristiques sociodémographiques incluses dans le Tableau 8 ainsi que des facteurs de risque liés à la pandémie (c.-à-d. menace perçue, stigmatisation, pertes financières, niveau de stress quotidien). Ces analyses indiquent que la probabilité d'afficher des symptômes compatibles avec une dépression majeure est accrue de 82% chez les personnes ayant eu la COVID-19 (RCa 1,82 ; IC 95% 1,48-2,24) et de 25% chez les personnes isolées pour contact ou symptômes (RCa 1,25 ; IC 95% 1,12-1,39), comparativement aux personnes n'ayant eu aucune expérience de COVID-19. Selon ces estimations, les effets de la COVID-19 seraient donc significativement plus élevés que les effets de l'isolement pour contact ou symptômes (sans diagnostic).

Puisque les symptômes de dépression majeure sont davantage liés au diagnostic de COVID-19 (incluant les diagnostics reçus à la vague 1), la prévalence de chacun des neuf symptômes de la dépression (soit les 9 items de l'échelle PHQ-9) a été examinée selon l'expérience de COVID-19. Le Tableau 10 révèle que certains symptômes sont davantage liés au diagnostic de COVID-19, notamment les troubles de concentration, le ralentissement psychomoteur (c.-à-d. bouger et parler lentement) et les idées noires (c.-à-d. penser qu'on serait mieux mort). Pas

<sup>10</sup> Les diagnostics de COVID-19 de la vague 1 correspondent à tous les répondants qui disent avoir été isolés pour un diagnostic de COVID-19 entre mars et juillet 2020

moins de 17,2% des personnes ayant eu la COVID-19 rapportent avoir eu des idées noires au moins un jour sur deux au cours des deux dernières semaines, une proportion 2,5 fois plus élevée que chez les personnes avec contact ou symptômes et 4 fois plus élevée que dans la population générale. Soulignons également que cette proportion demeure élevée (14,7%) chez les personnes ayant eu la COVID-19 à la vague 1, soit d'un à onze mois précédant la participation à l'enquête. Les troubles de concentration et le ralentissement psychomoteur sont quant à eux 2,6 et 4,6 fois plus élevés chez les personnes ayant eu la COVID-19 que chez celles n'ayant eu aucune expérience de COVID-19.

**Tableau 10.** Symptômes fréquents de dépression majeure (présents au moins la moitié des jours au cours des deux dernières semaines) chez la population adulte du Québec, selon l'expérience de COVID-19 (septembre 2020 à février 2021)

	Tristesse	Perte d'intérêt	Fatigue	Sommeil perturbé	Appétit perturbé	Culpabilité	Trouble de concentration	Ralentissement psychomoteur	Idées noires
<b>Aucune expérience (n=16 510)</b>	12,7%	12,9%	20,4%	18,9%	12,8%	11,4%	10,1%	4,8%	4,3%
<b>Contact ou symptômes (n=3008)</b>	21,4%	19,7%	34,6%	30,7%	21,6%	20,2%	17,3%	7,7%	6,8%
<b>Diagnostic (n=599)</b>	23,9%	21,4%	35,2%	28,7%	28,2%	25,5%	26,5%	22,2%	17,2%
<b>Diagnostic à la vague 1 (n=244)</b>	23,8%	22,1%	34,3%	29,5%	27,9%	25,4%	21,7%	21,7%	14,7%
<b>Total</b>	14,3%	14,2%	23,0%	21,0%	14,6%	13,1%	11,6%	5,8%	5,0%

Note : Toutes les différences sont statistiquement significatives entre les groupes ( $p < 0,05$ )

La persistance de symptômes cognitifs (ex. : ralentissement psychomoteur) et psychologiques (ex. : idées noires) plusieurs semaines ou mois suivant le diagnostic de COVID-19 pourrait bien être la résultante d'une COVID longue.

## 7- FAITS SAILLANTS

### Santé psychologique

- Après une détérioration de la santé psychologique à l'automne 2020 au Québec, la situation s'est stabilisée entre novembre 2020 et février 2021, et ce autant pour les symptômes d'anxiété que de dépression.
- Un an suivant le début de la pandémie, près du quart (23%) de la population adulte québécoise présente des symptômes compatibles avec un trouble d'anxiété généralisée ou une dépression majeure probable.
- Comparativement aux personnes vivant en zone rouge, les personnes en zone orange s'en sortent mieux en regard de la santé psychologique.
- À l'instar de ce qui a été observé en novembre 2020, les jeunes adultes sont plus nombreux (43%) à afficher des symptômes compatibles avec un trouble d'anxiété généralisée ou une dépression majeure.
- Les travailleurs de la santé ou des services sociaux (31%), et plus particulièrement les travailleurs des services sociaux (42%), sont aussi nombreux à présenter une anxiété ou une dépression probable.

### Facteurs de risque et de protection

- Divers facteurs de nature sociale (sentiment de solitude, faible soutien social, stigmatisation) affectent la santé psychologique en temps de pandémie, encore plus que les facteurs d'ordre financier ou liés à la peur.
- Quatre adultes sur 10 se sentent seuls, et ceux-ci sont trois fois plus à risque de rapporter des symptômes compatibles avec un trouble d'anxiété généralisée ou une dépression majeure que les autres adultes.

### Utilisation des services de santé

- Seulement le tiers (35%) des personnes avec anxiété ou dépression probable a consulté pour sa santé psychologique depuis un an et la moitié (51%) de celles avec idées suicidaires sérieuses en a fait autant.
- Plusieurs personnes avec anxiété ou dépression probable (29%) ne ressentent pas le besoin d'aller chercher de l'aide auprès du réseau de la santé, ce qui constituerait le principal obstacle à l'utilisation des services.

### Effets psychologiques de la COVID-19

- Parmi les 20 327 adultes interrogés depuis septembre 2020 au Québec, 3% disent avoir eu un diagnostic de COVID-19 et 15% ont été isolés en raison d'un contact avec un cas ou de symptômes de COVID-19.
- L'expérience de COVID-19 (contact, symptômes ou diagnostic) a été plus fréquente chez les jeunes adultes, les travailleurs de la santé ou des services sociaux et les personnes vivant avec des enfants à la maison.
- Les symptômes de dépression majeure sont deux fois plus fréquents chez les personnes ayant eu un diagnostic de COVID-19 comparativement à celles sans expérience de COVID-19 (38% c. 17%).
- Près d'une personne sur cinq ayant eu la COVID-19 (17%) rapporte des idées noires fréquentes, une proportion quatre fois plus élevée que dans la population générale (4%).

## 8- Pistes d'action

Un modèle d'intervention en santé psychologique par paliers devrait être adopté, et ce à l'échelle de chaque communauté du Québec. Ce modèle propose les quatre paliers suivants :

### 1) Des services spécialisés :

- a. Des équipes interdisciplinaires spécialisées en santé mentale (ex. : médecins, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux) qui sont accessibles et outillées pour faire face au contexte spécifique de la pandémie.
- b. Tel que recommandé récemment par l'Organisation mondiale de la santé<sup>11</sup>, plus de recherche sur la COVID longue, une meilleure reconnaissance des personnes qui en sont atteintes et plus de soutien en réadaptation pour ces personnes.

### 2) Des services de première ligne :

- a. Des équipes de première ligne en santé mentale accessibles tant en milieu clinique que communautaire (c.-à-d. intervention de proximité) et outillées pour faire face au contexte spécifique de la pandémie.
- b. La prescription sociale pour briser la solitude (c.-à-d. une ordonnance du médecin pour des activités sociales, ex. : des sorties de groupe en plein air ou du bénévolat).<sup>12</sup>
- c. Un réseau d'éclaireurs formés en premiers secours psychologiques<sup>13</sup> pour repérer, initier la prise en charge et référer vers des ressources qualifiées les personnes à plus haut risque.

### 3) Un renforcement du soutien communautaire :

- a. La création d'environnements sociaux favorables dans chaque réseau local de services (RLS) misant sur le leadership, le réseautage, la collaboration, la participation citoyenne et l'innovation.
- b. Des actions concrètes visant à renforcer le sentiment de cohérence<sup>14</sup>, notamment à travers des interventions individuelles ou de groupe misant sur le sport et le loisir, les activités artistiques et culturelles, la méditation et la pleine conscience, ou encore l'expression de soi.
- c. Un soutien accru aux travailleurs de la santé ou des services sociaux.

### 4) L'intégration des besoins psychosociaux dans les services de base :

- a. La recherche, à travers les stratégies de lutte à la pandémie de COVID-19, d'un équilibre entre les risques biologiques et les risques psychosociaux.
- b. Des mécanismes en place pour répondre aux besoins sociaux des personnes et des communautés (ex. : sécurité alimentaire, itinérance, protection des enfants, soutien aux personnes endeuillées).
- c. Des stratégies de communication nationales et régionales :
  - i. visant la promotion de saines habitudes de vie (saine alimentation, activité physique, temps d'écran, sommeil adéquat, consommation d'alcool à faible risque) ;
  - ii. visant la promotion de la santé mentale et les autosoins dans le but de maintenir, renforcer ou améliorer le bien-être psychologique ;
  - iii. visant à réduire la stigmatisation, la méfiance, les croyances erronées et la peur du public ;
  - iv. tentant de mieux rejoindre certains groupes à plus haut risque (ex.: jeunes adultes), notamment par l'entremise d'une stratégie numérique forte.

<sup>11</sup> <https://www.bmj.com/content/bmj/372/bmj.n405.full.pdf>

<sup>12</sup> <https://www.kingsfund.org.uk/publications/social-prescribing>

<sup>13</sup> <https://santemontreal.qc.ca/en/professionnels/drsp/sujets-de-a-a-z/coronavirus-sars-cov-2-ou-covid-19/maladie-a-coronavirus-copie-1/#c45036>

<sup>14</sup> [https://refips.org/wp-content/uploads/2020/12/COVID19\\_SOC\\_UIPES\\_REFIPS\\_final.pdf](https://refips.org/wp-content/uploads/2020/12/COVID19_SOC_UIPES_REFIPS_final.pdf)

## ANNEXE 1

Liste des thèmes abordés dans le questionnaire de l'enquête menée en février 2021  
(*en italique = thèmes ajoutés en février 2021*)

### Réponse psychologique :

- Trouble d'anxiété généralisée probable (sur la base de l'échelle GAD-7)
- Dépression majeure probable (selon l'échelle PHQ-9)
- Idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois
- Trouble de stress post-traumatique probable (selon l'échelle PC-PTSD-5)

### Réponse comportementale :

- Tabagisme et utilisation de la cigarette électronique
- Consommation excessive d'alcool
- Consommation de cannabis
- Violence domestique (physique et psychologique ; selon l'échelle HITS)
- Niveau d'activité physique (transport actif et loisirs)
- Propension à recevoir un vaccin homologué contre la COVID-19
- Perceptions et attitudes en regard des mesures de contrôle gouvernementales

### Caractéristiques sociodémographiques :

- Âge, genre
- Niveau d'éducation
- Composition du ménage
- Statut d'immigration (avec le continent d'origine)
- Langue parlée à la maison
- Antécédents médicaux
- Être un travailleur essentiel
- Être un travailleur de la santé ou des services sociaux
- Être un télétravailleur
- *Type de résidence*
- *Type d'occupation*
- *Être un étudiant en télé-étude*

### Facteurs de risque ou de protection :

- Liés à la pandémie
  - Menace perçue pour soi/sa famille
  - Menace perçue pour son pays/le monde
  - Être victime de stigmatisation ou de discrimination
  - Pertes financières
  - Quarantaine ou isolement volontaire
  - Expérience de COVID-19
  - Niveau de stress quotidien
  - *Sentiment de solitude*
  - *Satisfaction à l'égard de sa vie sociale*



- Liés à la l'infodémie
  - Sources d'information
  - Niveau de croyances erronées
  - Niveau de confiance envers les autorités
  - *Polarisation politique*
  
- Facteur de protection
  - Sentiment de cohérence
  - *Niveau de soutien social*
  - *Sentiment d'appartenance à sa communauté*
  - *Consultation pour sa santé psychologique*
  - *Réponses aux besoins par le réseau de la santé*
  - *Réponse aux besoins par le réseau communautaire*

## ANNEXE 2

### Description des facteurs de risque et de protection à l'étude

Facteurs	Description
<b>Sociodémographiques</b>	
Genre	Sexe avec lequel une personne s'identifie (homme ; femme).
Âge	Âge regroupé en catégories (18-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-54 ans, 55-64 ans, 65 ans et plus).
Type de résidence	Type de résidence (propriétaire ; locataire ; personne vivant dans une résidence à loyer modique).
Composition du ménage	Composition du ménage (seul, avec enfants, sans enfant).
Éducation	Plus haut niveau d'éducation atteint (secondaire ou moins ; collégial ; universitaire).
Anglophone	Anglais comme langue parlée principalement à la maison (oui ; non).
Immigrant	Être né au Canada (oui ; non).
Type d'occupation	Type d'occupation (étudiant ; travailleur ; sans emploi ; retraité).
Travailleur essentiel	Avoir un emploi dans les secteurs de soins de santé et services sociaux, d'application de la loi, de services d'urgence, de fournisseur de biens essentiels ou d'établissement d'enseignement (oui ; non).
Travailleur de la santé et des services sociaux	Être un travailleur de la santé ou un travailleur des services sociaux.
Télétravail	Travailler en télétravail la majorité du temps ou de manière occasionnelle (oui ; non). La réponse « non » signifie qu'une personne travaille exclusivement dans son milieu de travail.
Antécédents médicaux	Personne vivant avec l'une des quatre conditions suivantes : maladie cardiaque, diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), immunosuppression (oui ; non).
Palier d'alerte	Classification des régions selon le palier d'alerte émis par le gouvernement au moment de l'enquête (zone rouge ; zone orange ; statut particulier).
<b>Liés à la pandémie</b>	
Menace perçue pour soi/sa famille	Niveau de menace posé par le COVID-19 perçu pour soi-même et/ou la famille (très faible / faible / modéré ; élevé / très élevé).
Menace perçue pour son pays/le monde	Niveau de menace posé par le COVID-19 perçu pour le pays et/ou le monde (très faible / faible / modéré ; élevé / très élevé).
Victime de stigmatisation	Être victime de stigmatisation ou de discrimination en raison de la COVID-19 (oui ; non).
Pertes financières	Avoir subi des pertes financières significatives en raison de la COVID-19 (oui ; non).
Expérience de COVID-19	Avoir vécu une expérience liée à la COVID-19 (diagnostic ; contact ou symptômes ; aucune). Le diagnostic de COVID-19 est déterminé sur la base de la réponse positive à l'une ou l'autre de ces deux questions : « Avez-vous reçu un diagnostic médical de COVID-19 ? » et « Avez-vous été mis en isolement / quarantaine en raison d'un diagnostic de COVID-19 ? ». Par ailleurs, pour être considérées comme des contacts de COVID-19 ou comme ayant eu des symptômes de COVID-19 (sans diagnostic), les personnes devaient avoir été mis en isolement / quarantaine.
Niveau de stress quotidien	Niveau perçu de stress quotidien mesuré à l'aide d'une question tirée de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : En pensant au niveau de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont... ? (pas du tout stressantes / pas tellement stressantes / un peu stressantes ; assez stressantes / extrêmement stressantes).
Sentiment de solitude	Le sentiment de solitude est basé sur trois items provenant du « Three-Item Loneliness Scale », chacun avec une échelle allant de 1 à 3. Le score total, qui va de 3 à 9, a été dichotomisé en utilisant un seuil standard (sentiments de solitude faible [3-5] ; sentiment de solitude élevé [6-9]).
Satisfaction à l'égard de sa vie sociale	Satisfaction à l'égard de sa vie sociale, c'est-à-dire les relations avec les parents, amis, connaissances. Le répondant devait indiquer son niveau de satisfaction (très satisfaisante ; plutôt satisfaisante ; plutôt insatisfaisante / très insatisfaisante).
<b>Liés à l'infodémie</b>	
Sources d'information	Sources régulièrement utilisées pour s'informer sur la COVID-19, y compris les médias d'information (télévision, radio, journaux); les proches (amis, famille et collègues); en ligne (réseaux sociaux, Internet). Les répondants devaient indiquer la fréquence d'utilisation (beaucoup/assez ; pas beaucoup/pas du tout) pour chaque source d'information.

Niveau de croyances erronées	Score de croyances erronées basé sur 11 énoncés scientifiquement non fondés (par exemple « je crois que le coronavirus a été fabriqué intentionnellement dans un laboratoire », ou « je crois que le coronavirus n'est pas transmis dans les pays chauds »). Les participants devaient sélectionner une réponse sur une échelle allant de 1 à 10 pour chacun de ces énoncés. La somme de ces 11 scores (score total allant de 11 à 110) a ensuite été divisée en quartiles.
Niveau de confiance envers les autorités	Niveau de confiance envers les autorités (scientifiques, médecins et experts de la santé; organisations nationales de santé; organisations mondiales de santé; gouvernement), chacune avec une échelle allant de 1 à 10. La somme de ces quatre scores distincts (score total allant de 4 à 40) a ensuite été divisée en quartiles.
Polarisation politique	Idéologie politique mesurée à l'aide d'une échelle de 0 (extrême gauche) à 6 (extrême droite). Trois catégories ont été créées (gauche [0-2]; centre [3]; droite [4-6]). Les réponses ont été recatégorisées afin de refléter la polarisation politique (centre ; extrêmes [gauche et droite regroupées]).
<b>Facteurs de protection</b>	
Sentiment de cohérence	Sentiment de cohérence mesuré avec d'un questionnaire à trois items (c.-à-d. le SOC-3), développé pour les besoins et les contraintes des études à grande population et qui a démontré des propriétés psychométriques adéquates. Chaque question correspond à l'une des trois composantes du sentiment de cohérence. Le score total, qui va de 0 à 6, a été dichotomisé en utilisant un seuil standard (faible [0-4] ; fort [5-6]).
Niveau de soutien social	Le niveau de soutien social est mesuré à l'aide du « Multidimensional Scale of Perceived Support ». Les répondants devaient se prononcer sur 12 énoncés à partir de choix de réponse allant de totalement en désaccord (1 point) à totalement en désaccord (7 points). Afin de calculer de score, la somme des 12 énoncés a été calculée et puis divisée par 12. Un score moyen se situant sur une échelle allant de 1 à 2,9 est considéré comme un soutien faible, un score de 3 à 5 est considéré comme un soutien modéré et un score de 5,1 à 7 est considéré comme un soutien élevé.
Sentiment d'appartenance à sa communauté	Sentiment d'attachement qu'une personne éprouve envers les gens et le quartier dans lequel elle vit (très fort / plutôt fort ; plutôt faible ; très faible).
Consultation pour sa santé psychologique	Consultation d'un professionnel de la santé au sujet de sa santé psychologique au cours des 12 derniers mois (oui ; non). Parmi ceux ayant consulté, le type de professionnel a été spécifié (médecin de famille ; médecin spécialiste ; infirmière ; psychologue ; travailleur social ; ligne téléphonique ; autre)
Réponse aux besoins par le réseau de la santé	Réponse aux besoins de santé physique ou psychologique par le réseau de la santé au cours des 12 derniers mois (besoins répondus ; besoins partiellement ou non répondus ; en attente ; intention de consulter ; pas de besoins).
Réponse aux besoins par le réseau communautaire	Réponse aux besoins de santé physique ou psychologique par le réseau communautaire au cours des 12 derniers mois (besoins répondus ; besoins partiellement ou non répondus ; en attente ; intention de consulter ; pas de besoins).