

IMPACTS PSYCHOSOCIAUX DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 : RÉSULTATS D'UNE LARGE ENQUÊTE QUÉBÉCOISE

Deuxième phase de l'enquête

Auteurs : Mélissa Généreux^{1,2,3}, Elsa Landaverde³

Équipe de recherche au Québec : Mélissa Généreux^{1,2,3}, Marc D. David³, Marie-Ève Carignan³, Olivier Champagne-Poirier³, Gabriel Blouin-Genest³, Mathieu Roy²⁻³

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 qui est financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC ; 500 000\$) et qui est réalisé par une équipe interdisciplinaire de l'Université de Sherbrooke ainsi que d'autres partenaires nationaux et internationaux¹. L'enquête québécoise est une annexe à ce projet qui est financée par les directions régionales de santé publique. Ce volet québécois comprend deux phases : la première réalisée en septembre 2020 auprès de sept régions du Québec et la deuxième en novembre réalisée dans toutes les régions sociosanitaires du Québec.

Pourquoi ? La pandémie, comme les autres types de catastrophes, est susceptible d'engendrer des séquelles importantes dans la population à court, à moyen et à long termes. Il importe de mieux saisir la nature, l'ampleur, la distribution et l'évolution des impacts psychosociaux de la pandémie ainsi que les facteurs de risque ou de protection 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, dont certains en lien avec les stratégies de communication et le discours des médias (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 ? Échantillon non probabiliste de 8518 adultes résidant au Québec². La deuxième phase de l'enquête québécoise inclut les sept régions ayant participé à la phase 1 (Mauricie-Centre-du-Québec [MCQ], Estrie, Montréal, Laval, Lanaudière, Laurentides et Montérégie), avec un objectif de recrutement de 750 à 1000 adultes par région, ainsi que cinq petites régions (Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine) ayant été regroupées pour créer un échantillon d'environ 1000 participants. Finalement, environ 1000 autres adultes ont été recrutés dans le reste du Québec.

¹ Plusieurs chercheurs provenant d'universités situées ailleurs au Canada ou dans le monde participent aussi à ce projet en tant que co-chercheurs ou collaborateurs.

² À titre indicatif, la marge d'erreur associée à un échantillon probabiliste de même taille est de $\pm 1,1\%$, dans un intervalle de confiance de 95% (19 fois sur 20).

Répartition de l'échantillon (6-18 novembre 2020)

Régions sociosanitaires	n
Bas-Saint-Laurent	245
Saguenay-Lac-Saint-Jean	351
Capitale-Nationale	500
Mauricie-Centre-du-Québec	777
Estrie	758
Montréal	1040
Outaouais	256
Abitibi-Témiscamingue	186
Côte-Nord	153
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	118
Chaudière-Appalaches	280
Laval	759
Lanaudière	1017
Laurentides	1032
Montérégie	1026
Nord-du-Québec, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James	20
Ensemble du Québec	8518

Quand ? Les données ont été collectées du 6 au 18 novembre 2020 dans toutes les régions du Québec, en plein cœur de 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), en plein cœur de la première vague de COVID-19 ;
- une première enquête menée du 29 mai au 12 juin 2020 auprès de 1501 adultes canadiens (n=435 au Québec, dont 321 dans les sept régions ayant participé à l'enquête de septembre 2020), vers la fin de la première vague de COVID-19 ;
- une deuxième enquête du 4-14 septembre 2020 dans sept régions du Québec (n=6261), au début de la seconde vague de COVID-19.

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 de la présente enquête ont été pondérées selon l'âge, le sexe, la langue et la région de résidence.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Dans cette section, les principaux résultats concernant la réponse psychologique et la réponse comportementale des adultes québécois seront présentés et discutés.

RÉPONSE PSYCHOLOGIQUE

Prévalence

Au Québec, au Canada et aux États-Unis (avant la pandémie)

De manière générale, on dispose de peu de données issues d'enquêtes populationnelles menées avant la pandémie au sujet des symptômes compatibles avec des troubles psychologiques courant tels que le trouble d'anxiété généralisée ou encore la dépression majeure. Au Canada, Pelletier et al. (2017) 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 et plus (ESCC 2012 ; échelle WHO-CIDI). Aux États-Unis, selon la *National Comorbidity Survey Replication* (2001-2003), cette proportion était estimée à 2,7% chez la population adulte (échelle DSM-IV/WMH-CIDI).

Par ailleurs, Lukmanji et al. (2019) estimaient à 6,8% la prévalence de la dépression majeure probable chez les personnes âgées de 12 ans et plus au Canada (ESCC 2015-2016 ; échelle PHQ-9 avec un score ≥ 10). Cette proportion était toutefois plus élevée chez les personnes de 12 à 24 ans comparativement à celles âgées de 25 ans et plus (9,9% et 6,1%, respectivement). Aux États-Unis, selon Shim et al. (2011), 6,9% des adultes rapportaient avant la pandémie des symptômes modérés à sévères de dépression majeure (*National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2008* ; échelle PHQ-9 avec un score ≥ 10).

De plus, selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015, 2,8% de la population québécoise de 15 ans et plus avait sérieusement songé à se suicider au cours de la dernière année.

Au Québec (pendant la pandémie)

Le Tableau 1 présente la distribution de la réponse psychologique observée dans chaque région ainsi que pour l'ensemble du Québec lors de la collecte en novembre 2020³. En utilisant exactement la même échelle de mesure et le même seuil (PHQ-9 avec un score ≥ 10), on constate que la prévalence de dépression majeure probable au Québec, qui est actuellement estimée à 19,6%, est environ **trois fois plus élevée** que celle observée en pré-pandémie au Canada (pas de données québécoises disponibles). Un constat similaire s'applique au trouble d'anxiété généralisée probable, mesuré à l'aide de l'échelle GAD-7 à un seuil de 10 ou plus. Cependant, l'échelle de mesure utilisée en pré-pandémie n'était pas la même que celle utilisée dans la présente enquête, ce qui rend les comparaisons plus difficiles. Les niveaux d'anxiété généralisée et de dépression majeure actuels s'apparentent aux niveaux observés dans la communauté de Fort McMurray, six mois après les feux de forêt dévastateurs de 2016 (anxiété généralisée probable mesurée à l'aide du GAD-7 : 19,8% ; Agyapong et al., 2018 ; dépression majeure probable mesurée à l'aide du PHQ-9 : 14,8% ; Agyapong et al., 2019). Un autre constat inquiétant est que dans l'ensemble du Québec, **près d'un adulte sur quatre** (23,3%) présenterait actuellement des symptômes compatibles avec un trouble d'anxiété généralisée ou encore avec une dépression majeure.

³ Seules les données des régions (ou regroupement de régions) détenant 500 participants ou plus seront présentées.

Tableau 1. Troubles psychologiques chez la population adulte du Québec, selon les régions (6-18 novembre 2020)

Régions sociosanitaires	Anxiété probable (GAD-7 ≥ 10 ⁴)	Dépression probable (PHQ-9 ≥ 10 ⁵)	Anxiété ou dépression probable	Idées suicidaires sérieuses ⁶
Capitale-Nationale	11,6% (-)	16,2% (-)	19,8% (-)	3,6% (-)
Mauricie-CDQ	12,6% (-)	16,6%	21,0%	5,2%
Estrie	13,9%	16,4%	19,7%	6,5%
Montréal	23,4% (+)	28,1% (+)	32,0% (+)	7,9% (+)
Laval	14,9%	21,2%	24,1%	5,7%
Lanaudière	13,0%	14,6% (-)	19,0% (-)	4,4%
Laurentides	13,6%	18,3%	20,5%	6,0%
Montérégie	16,4%	18,8%	22,5%	5,6%
5 petites régions	10,7% (-)	12,9% (-)	16,4% (-)	4,2%
Ensemble du Québec	15,9%	19,6%	23,3%	5,8%

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

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

Comme dans l'enquête de septembre 2020, on remarque que la région de Montréal affiche des prévalences de troubles psychologiques plus élevées en comparaison aux autres régions. Près d'un montréalais sur 3 présenterait un trouble d'anxiété généralisée ou de dépression majeure probable. De plus, la prévalence d'idées suicidaires sérieuses serait plus élevée à Montréal qu'ailleurs au Québec. On retrouve en revanche des prévalences de troubles psychologiques moins élevées que le reste du Québec pour les régions de la Capitale-Nationale, de Lanaudière ainsi que pour le regroupement de cinq petites régions⁷. Il est important de noter que quatre des cinq petites régions se trouvent dans les zones jaunes ou oranges. Ces résultats concordent avec les données présentées au Tableau 2, qui suggère que le palier d'alerte pourrait influencer la santé mentale de la population. Aucune différence n'a toutefois été observée au niveau des idées suicidaires sérieuses selon le palier d'alerte. Il est intéressant de noter qu'au moment de réaliser cette enquête, la vaste majorité de la population québécoise résidait dans une zone rouge.

Tableau 2. Troubles psychologiques chez la population adulte du Québec, selon les paliers d'alerte (6-18 novembre 2020)

Paliers d'alerte	Anxiété probable	Dépression probable	Anxiété ou dépression probable
Jaunes ou orange	12,4%	13,9%	17,6%
Orange/rouge ⁸	14,3%	17,7%	21,2%
Rouge	16,5%	20,5%	24,3%

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

Par ailleurs, la prévalence d'idées suicidaires sérieuses était, en novembre 2020, environ **deux fois plus élevée** chez les adultes québécois comparativement à la valeur observée avant la pandémie au Québec (ESQP 2014-2015). Bien que les hommes et les jeunes adultes aient plus souvent exprimé des idées suicidaires sérieuses lors de l'enquête de novembre (6,2% et 7,7% respectivement), le Tableau 3 révèle qu'autant les femmes que les hommes et tous les groupes d'âge ont connu une augmentation de la prévalence d'idées suicidaires sérieuses comparativement aux données pré-pandémie.

⁴ Pour plus de détails sur le GAD-7 : <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/instruments-de-mesure-standardises/fiches-pour-les-instruments-de-mesure-standardises-recommandes/symptomes-d-anxiete>

⁵ Pour plus de détails sur le PHQ-9 : <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/instruments-de-mesure-standardises/fiches-pour-les-instruments-de-mesure-standardises-recommandes/symptomes-depressifs>

⁶ Il s'agit des idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois. Le tout a été mesuré à l'aide des deux questions suivantes: 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 ?

⁷ Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

⁸ La région de l'Estrie, qui est passée au palier d'alerte maximale (rouge) le 12 novembre, a été classée dans la catégorie orange/rouge, de même que l'Outaouais, Les Laurentides et le Nord-du-Québec.

Tableau 3. Idées suicidaires sérieuses chez la population adulte du Québec, selon l'âge et le sexe, avant la pandémie (EQSP 2014-2015) et du 6-18 novembre 2020

Caractéristiques sociodémographiques	Idées suicidaires sérieuses	
	EQSP 2014-2015 ⁹	6-18 novembre 2020
Sexe		
Femme	2,6%	6,3%
Homme	3,0%	5,4%
Âge		
18-24 ans	3,7%	7,7%
25-44 ans	3,0%	6,6%
45-64 ans	3,2%	5,6%
65 ans et plus	1,3%	4,1%

NOTE: Pour toutes les comparaisons avec des données pré-pandémie, aucun test statistique n'a été réalisé en raison des méthodologies différentes pour les collectes de données

Le Tableau 4 démontre quant à lui que la réponse psychologique diffère grandement selon le sexe et l'âge, les femmes et les jeunes adultes étant plus à risque de présenter des symptômes anxieux ou dépressifs, une tendance qui demeure constante depuis la première enquête. En effet, l'enquête révèle un phénomène inquiétant chez les 18-24 ans, avec une prévalence estimée de trouble d'anxiété généralisée ou de dépression majeure probable de **près de 50%**. Ce groupe d'âge est aussi le groupe d'âge le plus à risque d'avoir présenté des idées suicidaires sérieuses au cours de la dernière année. Par ailleurs, les travailleurs essentiels, en particulier les travailleurs de la santé, de même que les télétravailleurs (à temps partiel ou temps plein) sont plus à risque de présenter des symptômes compatibles avec un trouble d'anxiété généralisée ou une dépression majeure, comparativement aux autres travailleurs (données non montrées) et à la population générale.

Tableau 4. Troubles psychologiques chez les adultes du Québec, selon des caractéristiques sociodémographiques (6-18 novembre 2020)

Caractéristiques sociodémographiques	Anxiété généralisée probable	Dépression majeure probable	Anxiété ou dépression probable	Idées suicidaires sérieuses
Sexe				
Femme	17,3%	20,0% (NS)	24,7%	5,4% (NS)
Homme	14,2%	18,9% (NS)	21,6%	6,2% (NS)
Age				
18-24 ans	30,5%	39,3%	45,8%	7,7%
25-34 ans	23,3%	28,5%	33,0%	6,0%
35-44 ans	19,8%	25,1%	29,2%	7,2%
45-54 ans	15,7%	19,2%	23,2%	5,5%
55-64 ans	9,4%	11,6%	14,0%	5,7%
65 ans et plus	7,0%	7,7%	10,2%	4,1%
Personnes vivant seules				
Oui	15,5% (NS)	21,4%	24,1% (NS)	8,4%
Non	16,0% (NS)	19,1%	23,0% (NS)	5,1%
Enfant(s) à la maison				
Oui	15,8% (NS)	17,9%	22,2% (NS)	4,8%
Non	15,9% (NS)	20,2%	23,7% (NS)	6,2%
Éducation¹⁰				
Secondaire ou moins	14,5% (NS)	18,1% (NS)	21,5% (NS)	6,3% (NS)
Collégial	13,7% (NS)	16,9% (NS)	20,6% (NS)	5,4% (NS)
Universitaire	14,3% (NS)	17,1% (NS)	20,3% (NS)	5,4% (NS)
Anglophones¹¹				
Oui	24,2%	28,5%	31,8%	7,8%

⁹ Idées suicidaires sérieuses sur 12 mois (même échelle de mesure) chez les personnes de 15 ans et plus vivant au Québec

¹⁰ Exclusion des 18-24 ans, car les études sont souvent en cours dans ce groupe d'âge

¹¹ Personnes dont la langue couramment parlée à la maison est l'anglais

Non	14,2%	17,8%	21,6%	5,4%
Immigrants				
Oui	21,3%	24,0%	27,7%	7,5%
Non	15,2%	19,0%	22,7%	5,6%
Travailleurs essentiels				
Oui	19,3%	23,0%	27,5%	5,9% (NS)
Non	14,3%	18,0%	21,4%	5,8% (NS)
Travailleurs de la santé				
Oui	21,0%	25,5%	30,5%	6,6% (NS)
Non	15,3%	19,0%	22,5%	5,7% (NS)
Personnes en télétravail				
Oui	19,0%	23,2%	27,4%	5,7% (NS)
Non	14,5%	17,9%	21,4%	5,8% (NS)
Groupes à risque¹²				
Oui	14,6% (NS)	17,3%	20,9%	7,0%
Non	15,6% (NS)	19,3%	23,2%	5,0%

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

Évolution

Le Tableau 5 compare la réponse psychologique (en termes d'anxiété généralisée ou de dépression probable) dans les sept régions du Québec ayant participé aux deux plus récentes phases de l'étude (4-14 septembre 2020 ; 6-18 novembre 2020). Les questions sur les idées suicidaires sérieuses étant nouvellement ajoutées à la phase de novembre, des comparaisons avec la phase antérieure de septembre ne sont pas possibles. On constate au sein des sept régions une dégradation de l'état psychologique de la population adulte, et ce tant en regard de l'anxiété que de la dépression. En septembre, parmi ces sept régions, on estimait à 21,8% la proportion d'adultes présentant un trouble psychologique (anxiété généralisée ou dépression majeure) probable, alors que cette proportion a augmenté à 25,0% en novembre. L'évolution de la réponse psychologique entre les deux phases de l'enquête est asymétrique selon les régions, alors que les régions de Mauricie-Centre-du-Québec, de Montréal et des Laurentides subissent une hausse plus importante de la prévalence de trouble d'anxiété généralisée ou de dépression majeure probable.

Tableau 5. Troubles psychologiques chez la population adulte de sept régions du Québec, selon les régions et selon les phases de l'enquête (4-14 septembre 2020 ; 6-18 novembre 2020)

Régions socio-sanitaires	Anxiété probable		Dépression probable		Anxiété ou dépression majeure probable	
	4-14 septembre 2020	6-18 novembre 2020	4-14 septembre 2020	6-18 novembre 2020	4-14 septembre 2020	6-18 novembre 2020
Mauricie-CDQ	10,1%	12,6%	13,0%	16,6% (+)	15,3%	21,0% (+)
Estrie	14,5%	13,9%	15,3%	16,4%	20,3%	19,7%
Montréal	17,8%	23,4% (+)	21,5%	28,1% (+)	26,5%	32,0% (+)
Laval	16,9%	14,9%	19,3%	21,2%	24,0%	24,1%
Lanaudière	11,9%	13,0%	12,7%	14,6%	16,2%	19,0%
Laurentides	10,2%	13,6% (+)	13,8%	18,3% (+)	17,2%	20,5%
Montérégie	13,9%	16,4%	16,3%	18,8%	21,1%	22,5%
Total (7 régions)	14,6%	17,5% (+)	17,4%	21,3% (+)	21,8%	25,0% (+)

(+) augmentation significative depuis la dernière collecte

(-) diminution significative depuis la dernière collecte

¹² Personnes à risque de complications de COVID-19, incluant les personnes âgées de 70 ans ou plus, ainsi que les personnes vivant avec l'une des conditions suivantes : maladie cardiaque, hypertension, diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), immunosuppression

Le Tableau 6, qui affiche l'évolution de septembre à novembre 2020 de la prévalence des troubles psychologiques selon l'âge et le sexe, révèle que la détérioration de l'état psychologique est plus marquée chez les hommes et les jeunes adultes.

Tableau 6. Troubles psychologiques chez la population adulte de sept régions du Québec, selon l'âge et le sexe et selon les phases de l'enquête (4-14 septembre 2020 ; 6-18 novembre 2020)

Caractéristiques sociodémographiques	Anxiété ou dépression probable (%)	
	4-14 septembre 2020	6-18 novembre 2020
Sexe		
Femme	24,3%	26,1%
Homme	19,0%	23,6% (+)
Âge		
18-24 ans	36,8%	48,9% (+)
25-34 ans	28,1%	33,9% (+)
35-44 ans	27,9%	32,1% (+)
45-54 ans	20,3%	24,3% (+)
55-64 ans	17,4%	15,4%
65 ans et plus	10,5%	10,6%

(+) augmentation significative depuis la dernière collecte

Facteurs influençant la réponse psychologique

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 la première enquête, plusieurs facteurs de risque et de protection pouvant être potentiellement impliqués dans la réponse psychologique en temps de pandémie ont été examinés. Avec cette seconde phase de l'enquête québécoise, nous pouvons examiner la façon dont ces facteurs évoluent au cours de la progression de la pandémie.

En novembre 2020, à l'échelle du Québec, les dix principaux facteurs associés à la présence de symptômes compatibles avec un trouble d'anxiété généralisée ou une dépression majeure étaient, en ordre décroissant :

1. Faible sentiment de cohérence (ratio = 3,8)¹³
2. Pertes financières importantes (ratio = 2,4)
3. Être victime de stigmatisation (ratio = 2,1)
4. Diagnostic de COVID-19 (ratio = 2,1)
5. Haut niveau de croyances erronées (ratio = 1,8)
6. Faible niveau de confiance envers les autorités (ratio = 1,7)
7. Expérience de COVID-19 (ratio = 1,7)
8. Source d'information sur la COVID-19 en ligne (ratio = 1,7)
9. Menace perçue élevée pour soi ou sa famille (ratio = 1,6)
10. Isolement volontaire ou quarantaine (ratio = 1,5)

Ainsi, tel qu'observé en septembre 2020, le sentiment de cohérence figure toujours au premier rang des facteurs les plus fortement associés aux troubles psychologiques en temps de pandémie. Les autres facteurs identifiés en novembre 2020 demeurent sensiblement les mêmes qu'en septembre 2020. Cependant, au sein des sept régions

¹³ Le ratio correspond à la prévalence de trouble d'anxiété généralisée ou de dépression majeure probable chez les personnes présentant ce facteur de risque comparativement à celles ne le présentant pas.

ayant participé à l'enquête de septembre 2020, on constate que la prévalence de certains de ces facteurs a augmenté ou diminué significativement au fil du temps, tel qu'indiqué au Tableau 7.

Tableau 7. Prévalence des principaux facteurs associés à un trouble psychologique (anxiété généralisée ou dépression majeure) probable chez la population adulte de sept régions du Québec, selon les deux phases de l'enquête (4-14 septembre 2020 ; 6-18 novembre 2020)

	4-14 septembre 2020	6-18 novembre 2020
Facteurs liés à la pandémie		
Perception d'une menace élevée pour soi-même ou sa famille	36,3%	38,7% (+)
Isolement volontaire ou obligatoire	56,6%	52,7% (-)
Diagnostic de COVID-19	2,7%	2,7%
Expérience de COVID-19 ¹⁴	14,2%	16,5% (+)
Pertes financières importantes	18,8%	20,9% (+)
Être victime de stigmatisation	8,5%	6,8% (-)
Facteurs liés à l'infodémie		
Utilisation de sources d'information en ligne ^{12,15}	25,9%	26,5%
Score de confiance envers les autorités médian ¹⁶	32	32
Score de croyances erronées médian ¹⁷	32	33
Ressources psychologiques individuelles		
Sentiment de cohérence élevé ¹⁸	44,0%	43,8%

(+) augmentation significative depuis la dernière collecte

(-) diminution significative depuis la dernière collecte

La surabondance d'information influence de manière négative la santé psychologique de la population. La Figure 1 représente la relation qui existe entre le nombre de sources utilisées régulièrement pour s'informer au sujet de la COVID-19 d'une part, et la présence de symptômes compatibles avec un trouble d'anxiété généralisée ou une dépression majeure d'autre part. Les sources d'information considérées sont la télévision, la radio, le journal, les réseaux sociaux, Internet (autre les journaux en ligne) et l'entourage. On constate qu'au-delà d'un certain nombre de sources consultées régulièrement (en l'occurrence trois), le risque de présenter des symptômes d'anxiété ou de dépression augmente rapidement, ce qui laisse suggérer qu'une exposition trop importante à l'information au sujet de la COVID-19 est associée à une moins bonne santé psychologique.

¹⁴ Personne ayant dû s'isoler en raison de symptômes ou de contact avec un cas de COVID-19, ou celles ayant reçu un diagnostic de COVID-19

¹⁵ Réseaux sociaux ou Internet (autre que les journaux en ligne)

¹⁶ Le score de confiance envers les autorités varie de 4 à 40 et repose sur le niveau de confiance envers quatre types d'autorités (gouvernement, organisations de santé internationales, organisations de santé nationales, experts en santé). Le niveau d'accord est mesuré à l'aide d'une échelle variant de 1 (niveau très bas) à 10 (niveau très élevé). Le score total a aussi été converti en quartiles (Q1=niveau faible, Q4=niveau élevé).

¹⁷ Le score de croyances erronées varie de 12 à 120 et repose sur le niveau d'accord à douze énoncés erronés (voir Annexe 2). Le niveau d'accord est mesuré à l'aide d'une échelle variant de 1 (désaccord complet) à 10 (accord complet). Le score total a aussi été converti en quartiles (Q1=niveau faible, Q4=niveau élevé).

¹⁸ L'échelle SOC-3 s'appuie sur trois questions ciblant chacune une des trois composantes du sentiment de cohérence (compréhensibilité, signification, gérabilité). Un score de 0 à 6 est possible. Un score de 4 ou plus indique un sentiment de cohérence élevé. Les questions sont les suivantes :

1. Habituellement, ressentez-vous que les choses qui vous arrivent sont difficiles à comprendre ? (compréhensibilité)
2. Habituellement, percevez-vous votre vie comme une source de satisfaction personnelle ? (signification)
3. Habituellement, voyez-vous une solution aux problèmes et aux difficultés que d'autres trouvent sans espoir ? (gérabilité)

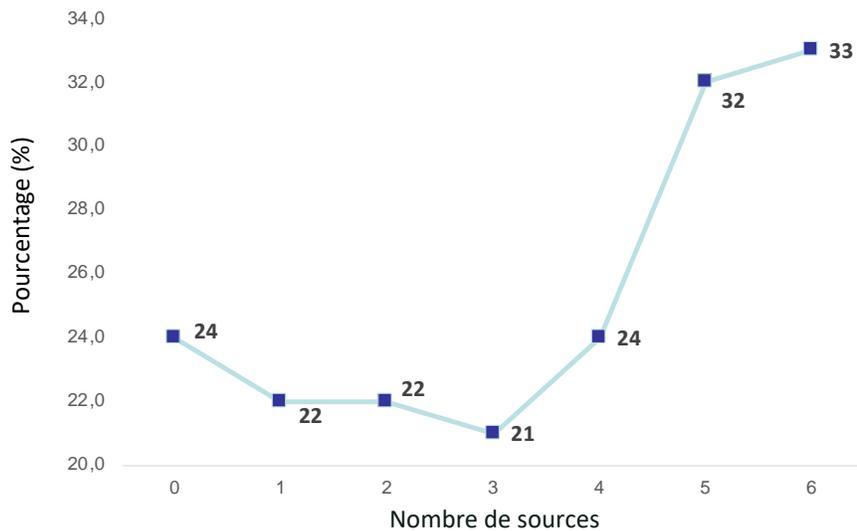


Figure 1. Trouble d’anxiété généralisée ou dépression majeure probable (%) selon le nombre de sources utilisées régulièrement pour s’informer sur la COVID-19 chez la population adulte du Québec (6-18 novembre 2020)

RÉPONSE COMPORTEMENTALE

Consommation d’alcool et de cannabis

La réponse comportementale peut prendre la forme de stratégies de gestion du stress qui sont parfois adaptées (ex. : activité physique), parfois moins adaptées (ex. : consommation d’alcool ou de cannabis). Une hausse de la présence de stratégies mal adaptées au sein de la population peut être signe d’une mauvaise gestion du stress occasionné par la pandémie et les autres situations de la vie quotidienne. La consommation d’alcool et la consommation de cannabis semblent avoir été prisées comme stratégies de gestion du stress par un grand nombre de Québécois, comme le montrent les données présentées au Tableau 8. En novembre, c’est près d’un adulte sur 3 qui rapportait une consommation excessive d’alcool au moins une fois par mois (29,3%) et 1 sur 5 (19,0%) qui avait consommé du cannabis au cours de la dernière année. Cette réponse comportementale varie quelque peu entre les régions, avec la consommation excessive d’alcool étant plus fréquente dans la région de la Capitale-Nationale et la consommation de cannabis étant plus fréquente à Montréal. Cette série de questions étant nouvelle lors de la phase de novembre 2020, des comparaisons avec la phase antérieure de septembre 2020 ne sont pas possibles.

Tableau 8. Consommation d'alcool et de cannabis chez la population adulte du Québec, selon les régions (6-18 novembre 2020)

Régions sociosanitaires	Consommation excessive d'alcool ¹⁹	Consommation de cannabis ²⁰
Capitale-Nationale	34,6% (+)	17,5%
Mauricie-CDQ	28,0%	16,5%
Estrie	27,7%	15,4% (-)
Montréal	29,7%	27,7% (+)
Laval	24,6% (-)	15,6%
Lanaudière	28,7%	16,9%
Laurentides	29,9%	19,4%
Montérégie	29,8%	15,6% (-)
5 petites régions	29,3%	13,0% (-)
Ensemble du Québec	29,3%	19,0%

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

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

Les Tableaux 9 et 10 démontrent que la consommation excessive d'alcool et la consommation de cannabis ont toutes deux augmenté en novembre 2020, comparativement aux données québécoises observées dans le cadre de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) 2018, avec une augmentation notée dans tous les groupes d'âge sauf les jeunes adultes. On remarque une augmentation plus marquée pour la consommation excessive que pour la consommation de cannabis. Pour la consommation excessive d'alcool, c'est chez les hommes et les adultes de 65 ans et plus que l'on retrouve l'augmentation la plus importante.

Tableau 9. Consommation excessive d'alcool au moins une fois par mois au cours de la dernière année chez la population adulte du Québec, selon le sexe et l'âge, avant la pandémie (ESCC 2018) et du 6-18 novembre 2020

Caractéristiques sociodémographiques	Consommation excessive d'alcool	
	ESCC 2018 ²¹	6-18 novembre 2020
Sexe		
Femme	17,7%	24,5%
Homme	24,4%	34,5%
Âge		
18-34 ans	32,8%	33,0%
35-49 ans	25,7%	34,3%
50-64 ans	19,9%	26,3%
65 ans et plus	9,0%	23,6%
Ensemble du Québec	21,2%	29,4%

NOTE: Pour toutes les comparaisons avec des données pré-pandémie, aucun test statistique n'a été réalisé en raison des méthodologies différentes pour les collectes de données

¹⁹ Consommation de cinq verres ou plus en une occasion, au moins une fois par mois au cours de la dernière année

²⁰ Toute consommation de cannabis au cours de la dernière année

²¹ Consommation excessive d'alcool (même échelle de mesure) chez les personnes de 12 ans et plus vivant au Québec

Tableau 10. Consommation de cannabis au cours de la dernière année chez la population adulte du Québec, selon le sexe et l'âge, avant la pandémie (ESCC 2018) et du 6-18 novembre 2020

Caractéristiques sociodémographiques	Consommation de cannabis	
	ESCC 2018 ²²	6-18 novembre 2020
Sexe		
Femme	12,7%	15,8%
Homme	20,2%	22,2%
Âge		
18-24 ans	38,1%	34,8%
25-34 ans	29,3%	33,9%
35-54 ans	15,3%	20,2%
55 ans et plus	6,6%	8,5%
Ensemble du Québec	16,4%	18,9%

NOTE: Pour toutes les comparaisons avec des données pré-pandémie, aucun test statistique n'a été réalisé en raison des méthodologies différentes pour les collectes de données

Propension à la vaccination

Alors que plusieurs progrès commencent à faire surface concernant le développement d'un vaccin contre le COVID-19, le Tableau 11 suggère qu'une bonne portion de la population québécoise est réticente à recevoir un éventuel vaccin homologué contre la COVID-19. Seuls 62,2% des adultes sondés au Québec seraient prêts à recevoir un tel vaccin, alors que 14,1% le refuseraient et 23,7% hésiteraient à le recevoir. Il faut savoir que pour les vaccins réguliers de la petite enfance, moins de 5% des parents refusent que leurs enfants reçoivent les vaccins recommandés, alors qu'environ le tiers hésitent à ce que leurs enfants les reçoivent (Guay et al., 2019 ; Kiely et al., 2016).

Tableau 11. Propension à recevoir un vaccin homologué contre la COVID-19 chez la population adulte du Québec, selon les régions (6-18 novembre 2020)

Régions sociosanitaires	Acceptation	Refus	Hésitation
Capitale-Nationale	66,3% (+)	12,8%	21,1%
Mauricie-CDQ	58,9%	17,2% (+)	24,0%
Estrie	58,2%	16,2%	25,6%
Montréal	61,4%	14,8%	23,8%
Laval	61,9%	14,6%	23,6%
Lanaudière	62,1%	12,5%	25,5%
Laurentides	59,0%	17,4% (+)	23,7%
Montérégie	66,7% (+)	10,8% (-)	22,6%
5 petites régions	64,8%	12,3%	22,9%
Ensemble du Québec	62,2%	14,1%	23,7%

(+) Région se distinguant significativement à la hausse par rapport aux autres régions

(-) Région se distinguant significativement à la baisse par rapport aux autres régions

On remarque au Tableau 12 que depuis septembre 2020, le taux d'acceptation du vaccin diminue parmi les sept régions participantes, tandis que le taux d'hésitation augmente. Une hausse significative de l'hésitation face à la vaccination contre la COVID-19 est observée dans plusieurs régions, à savoir l'Estrie, Lanaudière, les Laurentides et

²² Consommation de cannabis (même échelle de mesure) chez les personnes de 12 ans et plus vivant au Québec

la Montérégie, de même qu'à l'échelle des sept régions regroupées. En revanche, le taux d'acceptation du vaccin dans ces sept régions est passé de 65,2% en septembre à 62% en novembre 2020.

Tableau 12. Propension à recevoir un vaccin homologué contre la COVID-19 chez la population adulte de sept régions du Québec, selon les régions et selon les phases de l'enquête (4-14 septembre 2020 ; 6-18 novembre 2020)

Régions sociosanitaires	Acceptation		Refus		Hésitation	
	4-14 septembre 2020	6-18 novembre 2020	4-14 septembre 2020	6-18 novembre 2020	4-14 septembre 2020	6-18 novembre 2020
Mauricie-CDQ	60,1%	58,9%	18,9%	17,2%	21,0%	24,0%
Estrie	60,7%	58,2%	18,3%	16,2%	21,1%	25,6% (+)
Montréal	64,2%	61,4%	14,5%	14,8%	21,3%	23,8%
Laval	62,4%	61,9%	17,6%	14,6%	20,1%	23,6%
Lanaudière	65,1%	62,1%	16,5%	12,5% (-)	18,4%	25,5% (+)
Laurentides	64,8%	59,0% (-)	18,7%	17,4%	16,5%	23,7% (+)
Montérégie	71,4%	66,7% (-)	12,9%	10,8%	15,8%	22,6% (+)
Total (7 régions)	65,2%	62,0% (-)	15,6%	14,2% (-)	19,1%	23,8% (+)

Selon le Tableau 13, qui présente la propension à recevoir l'éventuel vaccin contre la COVID-19 selon certaines caractéristiques sociodémographiques, les jeunes adultes et les adultes d'âge moyen sont nettement moins enclins à recevoir le vaccin contre la COVID-19 que le sont les personnes âgées de 65 ans et plus (77,9%). Les femmes, les personnes moins scolarisées, les anglophones, les immigrants, les travailleurs essentiels (notamment les travailleurs de la santé), de même que les personnes qui ne sont pas considérées à risque figurent parmi les autres groupes moins enclins à vouloir recevoir ce vaccin.

Tableau 13. Propension à recevoir un vaccin homologué contre la COVID-19 chez la population adulte du Québec, selon les caractéristiques sociodémographiques (6-18 novembre 2020)

Caractéristiques sociodémographiques	Acceptation	Refus	Hésitation
Sexe			
Femme	58,0%	14,7% (NS)	27,3%
Homme	66,7%	13,5% (NS)	19,8%
Age			
18-24 ans	55,1%	16,6%	28,3%
25-34 ans	50,9%	21,6%	27,5%
35-44 ans	53,3%	19,5%	27,2%
45-54 ans	57,8%	16,5%	25,7%
55-64 ans	68,1%	9,1%	22,8%
65 ans et plus	77,9%	6,4%	15,7%
Éducation²³			
Secondaire ou moins	54,3%	18,2%	27,5%
Collégial	59,1%	15,7%	25,2%
Universitaire	71,0%	10,0%	19,0%
Anglophones²⁴			
Oui	59,1%	13,7% (NS)	27,1%
Non	62,8%	14,2% (NS)	23,0%
Immigrants			
Oui	54,0%	19,5%	26,5%
Non	63,1%	13,5%	23,3%
Travailleurs essentiels			
Oui	56,7%	16,8%	26,5%
Non	64,8%	13,0%	22,3%

²³ Exclusion des 18-24 ans, car les études sont souvent en cours dans ce groupe d'âge

²⁴ Personnes dont la langue couramment parlée à la maison est l'anglais

Travailleurs de la santé			
Oui	57,2%	18,7%	24,2% (NS)
Non	62,9%	13,7%	23,4% (NS)
Groupes à risque²⁵			
Oui	70,9%	9,7%	19,4%
Non	56,9%	16,6%	26,4%

Mesures de contrôle

Depuis le début de la seconde vague de COVID-19 au Québec, les mesures de contrôle gouvernementales ont été intensifiées progressivement en fonction des paliers d'alerte attribués à chaque région. En novembre 2020, c'est la majorité de la population québécoise qui habitait dans une région qualifiée de zone rouge (palier d'alerte maximale) correspondant à des mesures de contrôle plus strictes. Le Tableau 13 affiche différentes perceptions et attitudes du public envers ces mesures de contrôle. On remarque entre autres que près du tiers (31,4%) de la population adulte perçoit les consignes actuelles exagérées et que pas moins de 28,1% les trouvent peu claires. Cependant, moins de 10% de la population adulte perçoit les mesures d'isolement ou de distanciation comme étant peu importantes.

Tableau 14. Perceptions et attitudes²⁶ en regard des mesures de contrôle gouvernementales chez la population adulte du Québec, selon les régions (6-18 novembre 2020)

Régions sociosanitaires	Respect des mesures d'isolement peu important	Respect des mesures de distanciation peu important	Consignes exagérées	Consignes peu claires
Capitale-Nationale	9,6%	7,2%	32,6%	32,0% (+)
Mauricie-CDQ	9,7%	7,6%	32,9%	27,3%
Estrie	9,4%	8,4%	30,9%	26,6%
Montréal	8,7%	8,1%	32,9%	31,0% (+)
Laval	6,1%	6,2%	32,8%	23,8% (-)
Lanaudière	6,3%	6,1%	26,9% (-)	22,5% (-)
Laurentides	10,2%	9,2%	27,4% (-)	30,9%
Montérégie	7,3%	6,0% (-)	28,4% (-)	26,5%
5 petites régions	8,8%	7,8%	30,0%	25,2%
Ensemble du Québec	8,6%	7,5%	31,4%	28,1%

Le Tableau 15 présente la variation de ces perceptions et attitudes selon les caractéristiques sociodémographiques. Les jeunes adultes affichent systématiquement des perceptions et attitudes plus négatives en regard des mesures de contrôle gouvernementales que le font les adultes plus âgés. À titre d'exemple, un jeune adulte sur six (15,9%) considère peu important le respect des mesures de distanciation physique, contre seulement 2,2% des personnes de 65 ans et plus. Toujours selon le Tableau 15, les hommes adoptent plus souvent des perceptions et attitudes négatives à l'égard des mesures gouvernementales que les femmes.

²⁵ Personnes à risque de complications de COVID-19, incluant les personnes âgées de 70 ans ou plus, ainsi que les personnes vivant avec l'une des conditions suivantes : maladie cardiaque, hypertension, diabète, MPOC, immunosuppression

²⁶ Chacune des quatre perceptions ou attitudes a été mesurée à l'aide d'une échelle variant de 1 à 10. Les personnes ayant répondu 6 ou plus sont considérées comme ayant adopté la perception ou l'attitude.

Tableau 15. Perceptions et attitudes en regard des mesures de contrôle gouvernementales chez la population adulte du Québec, selon les caractéristiques sociodémographiques (6-18 novembre 2020)

Caractéristiques sociodémographiques	Respect des mesures d'isolement peu important	Respect des mesures de distanciation peu important	Consignes exagérées	Consignes peu claires
Sexe				
Femme	6,7%	5,6%	27,9%	26,9%
Homme	10,5%	9,4%	35,0%	29,1%
Age				
18-24 ans	13,5%	15,9%	42,4%	34,3%
25-34 ans	14,1%	11,6%	46,1%	32,7%
35-44 ans	11,5%	9,8%	37,6%	33,2%
45-54 ans	10,0%	7,9%	31,4%	28,0%
55-64 ans	4,1%	3,5%	23,3%	23,3%
65 ans et plus	3,0%	2,2%	18,4%	22,5%
Éducation²⁷				
Secondaire ou moins	10,1%	8,9%	32,5%	25,3%
Collégial	7,6%	6,6%	30,4%	26,7%
Universitaire	6,7%	4,9%	28,8%	28,8%
Anglophones²⁸				
Oui	8,9% (NS)	8,5% (NS)	34,2%	32,5%
Non	8,5% (NS)	7,2% (NS)	30,8%	27,2%
Immigrants				
Oui	9,5% (NS)	9,0%	42,7%	29,3% (NS)
Non	8,3% (NS)	7,2%	30,1%	27,9% (NS)
Travailleurs essentiels				
Oui	9,5%	8,0% (NS)	37,2%	29,5% (NS)
Non	7,9%	6,9% (NS)	28,8%	27,5% (NS)
Travailleurs de la santé				
Oui	9,0% (NS)	7,7% (NS)	37,7%	25,5% (NS)
Non	8,3% (NS)	7,2% (NS)	30,7%	28,3% (NS)
Groupes à risque²⁹				
Oui	5,6%	4,8%	25,1%	25,2%
Non	9,9%	8,4%	34,8%	29,6%

²⁷ Exclusion des 18-24 ans, car les études sont souvent en cours dans ce groupe d'âge

²⁸ Personnes dont la langue couramment parlée à la maison est l'anglais

²⁹ Personne à risque de complications de COVID-19, incluant les personnes âgées de 70 ans ou plus, ainsi que les personnes vivant avec l'une des conditions suivantes : maladie cardiaque, hypertension, diabète, MPOC, immunosuppression

CE QU'ON DOIT RETENIR : LES FAITS SAILLANTS

1. En plein cœur de la seconde vague de COVID-19 au Québec, près d'un adulte sur quatre présenterait des symptômes compatibles avec un trouble d'anxiété généralisée ou une dépression majeure. La situation est encore plus inquiétante chez les jeunes adultes, alors que près d'un sur deux présenterait de tels symptômes.
2. On note une augmentation de la prévalence du trouble d'anxiété généralisée ou de la dépression majeure probable au Québec depuis le début de la seconde vague, en particulier chez les jeunes adultes et les hommes.
3. Les adultes au Québec (hommes et femmes de tous âges) sont deux fois plus nombreux à présenter des idées suicidaires sérieuses comparativement à ce qui était observé avant la pandémie.
4. Les troubles psychologiques sont nettement plus présents à Montréal, avec un adulte sur trois présentant des symptômes compatibles avec un trouble d'anxiété généralisée ou une dépression majeure probable, et un adulte sur treize ayant présenté des idées suicidaires sérieuses au cours de la dernière année.
5. Les travailleurs essentiels, surtout ceux du secteur de la santé ou des services sociaux, et les personnes effectuant du télétravail sont davantage affectés sur le plan psychologique que les autres travailleurs du Québec.
6. La santé psychologique est influencée non seulement par les perturbations engendrées par la pandémie (ex. : pertes financières, expérience de COVID-19), mais aussi par l'infodémie (ex. : méfiance, croyances erronées).
7. Le sentiment de cohérence, qui est notre capacité de comprendre, de donner du sens et de gérer les situations stressantes, demeure un facteur protecteur très important. Les Québécois(e)s qui disposent d'un sentiment de cohérence élevé sont quatre fois moins à risque d'anxiété généralisée ou de dépression majeure probable.
8. La consommation excessive d'alcool est à la hausse chez les personnes de 35 ans et plus au Québec (particulièrement chez les 65 ans et plus), lorsque comparée aux données observées avant la pandémie.
9. Seuls 6 adultes sur 10 au Québec seraient prêts à recevoir un vaccin homologué contre la COVID-19. Cette proportion est à la baisse depuis septembre 2020, alors que le taux d'hésitation face au vaccin est à la hausse.
10. Les consignes gouvernementales visant à ralentir la progression de la COVID-19 sont perçues comme étant exagérées et peu claires par plus du quart de la population adulte québécoise.

PISTES D'ACTION

Comme le suggère l'INSPQ dans sa récente publication sur la résilience et la cohésion sociale en temps de pandémie (Roberge et al., 2020), un modèle d'intervention 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** : Des équipes interdisciplinaires spécialisées en santé mentale et en dépendance (ex. : médecins, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux) qui sont accessibles et outillées pour faire face au contexte spécifique de la pandémie.
- 2) **Des services de première ligne** :
 - a. Des équipes de première ligne en santé mentale et en dépendance accessibles tant en milieu clinique que communautaire (c.-à-d. intervention de proximité) et outillés pour faire face au contexte spécifique de la pandémie.
 - b. La prescription sociale pour briser l'isolement (c.-à-d. une ordonnance du médecin pour un cours de yoga en plein air, une activité de bénévolat, etc.).³⁰
 - c. Un réseau sentinelle de citoyens formés en premiers soins psychologiques³¹ 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 local, le réseautage, la collaboration, la participation citoyenne et l'innovation.
 - b. Des actions concrètes visant à renforcer le sentiment de cohérence, notamment à travers des interventions individuelles ou collectives misant sur le sport et le loisir, les activités artistiques et culturelles, la méditation et la pleine conscience, ou encore le récit (Généreux et al., sous presse).
 - c. Le soutien aux travailleurs essentiels, particulièrement les travailleurs de la santé.
- 4) **L'intégration des aspects psychosociaux dans les services de base** (*mental health in all policies*) :
 - a. Il importe de rechercher, à travers les stratégies de lutte à la pandémie de COVID-19, 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.

³⁰ Pour plus de détails sur la prescription sociale : <https://www.kingsfund.org.uk/publications/social-prescribing>

³¹ Capsules de formation disponibles au : <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>

RÉFÉRENCES

- Agyapong V, Hrabok M, Juhas M, Omeje J, Denga E, Nwaka B. Prevalence rates and predictors of generalized anxiety disorder symptoms in residents of Fort McMurray six months after a wildfire. *Front Psychiatr.* 2018; 9:345
- Agyapong VIO, Juhás M, Brown MRG. et al. Prevalence Rates and Correlates of Probable Major Depressive Disorder in Residents of Fort McMurray 6 Months After a Wildfire. *Int J Ment Health Addiction.* 2019; 17, 120–136.
- Généreux M, Roy M, O'Sullivan T, Maltais D. A Salutogenic Approach to Disaster Recovery: The Case of the Lac-Mégantic Rail Disaster. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(5):1463.
- Généreux M, Paré C, Lévesque J, Roy M. Renforcer les capacités d'adaptation des individus et des communautés en contexte de pandémie : le rôle clé du sentiment de cohérence. *Union internationale pour la promotion de la santé et l'éducation pour la santé (UIPES)*; sous presse.
- Guay, M, Brousseau N, Farrands A. Parents hésitants: un peu, beaucoup, passionnément! *Le Médecin du Québec.* 2019; 54, 1-6.
- Kiely M, Boulianne N, Ouakki M et al. Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2016. Québec : Institut national de santé publique du Québec; 2018. 140 pages.
- 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.
- 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.
- Roberge MC, Bergeron P, Lévesque J, Poitras D. COVID-19 : la résilience et la cohésion sociale des communautés pour favoriser la santé mentale et le bien-être. Québec : Institut national de santé publique du Québec; 2020. 18 pages.
- Super S, Wagemakers MA, Picavet HS, Verkooijen KT, Koelen MA. Strengthening sense of coherence: opportunities for theory building in health promotion. *Health Promot Int.* 2016;31(4):869-878.

ANNEXE 1

Liste des thèmes abordés dans le questionnaire de l'enquête menée en novembre 2020

Réponse psychologique :

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

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, sexe et niveau d'éducation
- Composition des ménages
- Maladies chroniques et immunosuppression
- Statut d'immigration (avec le continent d'origine)
- Langue parlée à la maison
- Être un travailleur essentiel
- Être un travailleur de la santé et des services sociaux
- Être un travailleur d'un établissement scolaire
- Être un télétravailleur

Facteurs de risque ou de protection :

- Niveau de menace perçu pour soi-même, sa famille, son pays et le monde
- Expérience de COVID-19 (diagnostic ou symptômes, contact avec un cas de COVID-19)
- Isolement volontaire ou quarantaine
- Pertes financières en raison de la pandémie
- Être victime de la stigmatisation en raison de la pandémie
- Niveau de confiance envers les autorités (gouvernement, autorités sanitaires, experts)
- Niveau d'information disponible sur la COVID-19
- Sources utilisées pour s'informer sur la COVID-19 (plusieurs sources examinées)
- Niveau de fausses croyances sur la COVID-19 (sur la base de 12 énoncés)
- Sentiment de cohérence (sur la base de l'échelle SOC-3)

ANNEXE 2

Les douze énoncés considérés erronés ayant servi de base pour le calcul du score de croyances erronées :

1. J'estime que mon gouvernement cache des informations importantes entourant le coronavirus
2. J'estime que le coronavirus a été fabriqué intentionnellement dans un laboratoire
3. J'estime que le coronavirus a été fabriqué par erreur dans un laboratoire
4. J'estime que l'industrie pharmaceutique est impliquée dans la propagation du coronavirus
5. Je pense qu'il existe déjà un médicament pour prévenir ou traiter le coronavirus
6. Je pense qu'une fois qu'on attrape le nouveau coronavirus, on l'a pour le reste de sa vie
7. J'estime qu'il existe un lien entre la technologie 5G et le coronavirus
8. J'estime que le coronavirus ne se transmet pas dans les pays chauds
9. J'estime que le coronavirus n'est pas plus dangereux que la grippe saisonnière (influenza)
10. Je pense que le soleil ou les températures supérieures à 25 degrés Celsius permettent de prévenir le coronavirus (COVID-19)
11. Je pense que le nouveau coronavirus peut se transmettre par les piqûres de moustiques
12. Je crois que vaporiser de l'alcool ou du chlore sur tout mon corps tuera le nouveau coronavirus