Nº 82-003-X au catalogue
ISSN 1209-1375

Rapports sur la santé

Profils de la santé mentale et leur association avec les répercussions négatives et les idées suicidaires pendant la pandémie de COVID-19 : une perspective canadienne

par Michelle D. Guerrero et Joel D. Barnes

Date de diffusion : le 18 août 2022

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-514-283-9350

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de l'Industrie 2022

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada.

Une version HTML est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Profils de la santé mentale et leur association avec les répercussions négatives et les idées suicidaires pendant la pandémie de COVID-19 : une perspective canadienne

par Michelle D. Guerrero et Joel D. Barnes

DOI: https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202200800002-fra

RÉSUMÉ

Contexte

La santé mentale des Canadiens s'est détériorée depuis le début de la pandémie de COVID-19. La présente étude vise à cerner les profils de problèmes de santé mentale et à quantifier les liens entre les profils de la santé mentale, les répercussions négatives liées à la pandémie et les idées suicidaires.

Données et méthodes

Les participants étaient 22 721 adultes (âgés de 18 ans et plus) de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2020 et de 2021. L'analyse des profils latents a été utilisée pour déterminer les tendances en matière d'anxiété, de dépression et de détresse psychologique. Les liens entre les profils de la santé mentale, les répercussions négatives et les idées suicidaires ont été examinés à l'aide de modèles de régression logistique.

Résultats

Trois profils de la santé mentale ont été cernés. Les personnes ont été classées en trois groupes : pas de problèmes de santé mentale (profil 1, 65,70 %), problèmes de santé mentale faibles à modérés (profil 2, 25,52 %) et graves problèmes de santé mentale (profil 3, 8,78 %). Les personnes des profils 2 et 3 étaient plus susceptibles que les personnes du profil 1 de subir l'une ou l'autre des répercussions suivantes : la détresse émotionnelle; la perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue; la difficulté à respecter des obligations financières ou à répondre à des besoins essentiels; la perte d'emploi ou de revenu; des sentiments de solitude ou d'isolement; des problèmes de santé physique; des difficultés liées aux relations personnelles avec les membres de leur ménage; et d'autres répercussions. Les personnes du profil 2 (4,27 %, rapport de cotes (RC) = 24,30) et du profil 3 (19,09 %, rapport de cotes (RC) = 115,75) étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir songé à se suicider depuis le début de la pandémie que celles du profil 1 (0,16 %).

Interprétation

Les personnes qui ont connu des niveaux élevés d'anxiété, de dépression et de détresse psychologique étaient les plus vulnérables aux répercussions négatives liées à la pandémie et aux idées suicidaires.

Mots-clés

analyse des profils latents, idées suicidaires, anxiété, dépression, détresse psychologique

AUTEURS

Michelle D. Guerrero (michelle.guerrero@statcan.gc.ca) et Joel D. Barnes font partie de la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Les données probantes indiquent que la pandémie de COVID-19 a entraîné de profondes répercussions négatives sur la santé mentale des Canadiens et que les populations vulnérables ont été les plus durement touchées.
- Peu de recherches ont exploré l'incidence différentielle de la pandémie sur les personnes souffrant de problèmes de santé mentale à différents degrés.

Ce qu'apporte l'étude

- Les deux tiers (65,70 %) des adultes canadiens ont été classés comme n'ayant pas de problèmes de santé mentale (profil 1). Le quart (25,52 %) ont été classés comme ayant des problèmes de santé mentale faibles à modérés (profil 2) et 1/12 (8,78 %) ont été classés comme ayant de graves problèmes de santé mentale (profil 3).
- Les personnes les plus vulnérables aux répercussions négatives et aux idées suicidaires pendant la pandémie comprenaient celles qui ont connu des niveaux élevés d'anxiété, de dépression et de détresse psychologique.
- Les personnes des profils 2 (4,27 %) et 3 (19,09 %), comparativement à celles du profil 1 (0,16 %), étaient plus susceptibles d'avoir songé à se suicider depuis le début de la pandémie (RC = 24,30 et RC = 115,75, respectivement). Parmi les personnes ayant de graves problèmes de santé mentale, 1 personne sur 5 avait songé à se suicider depuis le début de la pandémie.

De nombreux Canadiens ont vu leur santé mentale se détériorer depuis le début de la pandémie de COVID-19[1-4]. En mai 2020, 38 % des répondants à l'enquête au Canada ont indiqué une détérioration de leur santé mentale depuis le début de la COVID-19[3]. Les défis émotionnels cernés liés à la détérioration de la santé mentale comprenaient se sentir anxieux ou inquiet (46 %), triste (26 %), stressé (37 %) et seul (30 %)[3]. En outre, moins d'adultes canadiens ont déclaré une santé mentale autoévaluée comme élevée en 2020 (60 %) qu'en 2019 (67 %)[5]. La proportion de Canadiens (de 15 ans et plus) qui ont indiqué que leur santé mentale était « très bonne » ou « excellente » a diminué de 14 % de 2018 (68 %) à 2020 (54 %)[4]. Les données de huit provinces canadiennes ont révélé que la prévalence de troubles dépressifs majeurs à l'automne de 2020 (16 %) était plus de deux fois plus élevée comparativement aux années (2015 à 2019) antérieures à la COVID-19 (7 %)[6]. D'autres données nationales ont montré que le pourcentage d'adultes ayant déclaré souffrir de dépression a plus que doublé (4 % par rapport à 10 %), et que le nombre d'adultes qui ont indiqué que leur anxiété était « élevée à extrêmement élevée » a quadruplé depuis le début de la pandémie (5 % par rapport à 20 %)[7].

Les populations vulnérables ont été touchées de façon disproportionnée par la pandémie[3,8-11]. Jenkins et coll.[3] ont constaté que, comparativement à la population générale, les adultes canadiens qui éprouvaient déjà des problèmes de santé mentale étaient deux fois plus susceptibles de déclarer une baisse de leur santé mentale à cause de la COVID-19, trois fois plus susceptibles de déclarer avoir eu de la difficulté à s'en sortir et quatre fois plus susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires et d'avoir tenté de s'infliger des blessures[3]. Les personnes ayant une incapacité, ayant un faible revenu, qui sont autochtones, de couleur ou qui s'identifient comme LGBTQ+ ont signalé des difficultés semblables[3]. Les populations de minorité sexuelle et de genre ont signalé une détérioration de la santé mentale, une mauvaise capacité de faire face à leur situation, des pensées suicidaires, des blessures auto-infligées et l'utilisation de substances en réaction à leur situation[12]. D'autres recherches ont montré que la prévalence des idées suicidaires liée à la pandémie est plus élevée chez les personnes plus jeunes (18 à 34 ans), qui vivent seules ou ne sont pas mariées, qui ont un problème de santé mentale préexistant et qui s'identifient comme LGBT2Q+ ou autochtone[13]. Les données de ces rapports donnent un aperçu complet des répercussions différentielles de la COVID-19 sur la santé mentale et mettent en évidence les inégalités croissantes en santé mentale parmi les populations vulnérables au Canada.

De plus amples recherches sont nécessaires pour quantifier les répercussions de la pandémie sur les personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale. Un rapport de Statistique Canada a montré que les Canadiens qui ont obtenu un résultat positif pour le dépistage d'au moins un des trois troubles mentaux évalués (anxiété, dépression ou stress post-traumatique) ont déclaré subir une ou plusieurs répercussions négatives liées à la pandémie de COVID-19 à un taux plus élevé que ceux qui n'ont pas obtenu un résultat positif pour le dépistage d'un trouble de santé mentale (94 % par rapport à 64 %)[14]. Cette constatation est importante parce qu'elle permet de cerner les difficultés particulières auxquelles sont confrontées les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Cependant, la recherche doit aller au-delà du simple examen de la présence ou de l'absence de troubles. L'adoption de différentes approches, comme l'analyse des profils latents, permettra de déterminer les tendances communes relatives aux symptômes de problèmes de santé mentale. Il est important de dissocier les expériences des personnes atteintes d'un trouble

particulier de celles qui souffrent de multiples troubles, étant donné que le fait d'avoir plusieurs problèmes de santé mentale amplifie la vulnérabilité. Dans l'ensemble, la présente étude avait pour but d'utiliser l'analyse des profils latents pour comprendre comment les symptômes d'anxiété, de dépression et de détresse psychologique se regroupent pour former des profils de la santé mentale uniques et quantifier les relations entre ces profils de la santé mentale, les répercussions négatives liées à la pandémie et les idées suicidaires.

Méthodes

Source de données

Les données provenaient de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM)[15], une enquête transversale, représentative à l'échelle nationale et à réponse rapide menée par Statistique Canada. L'ECSM avait pour objectif d'évaluer les répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale et le bien-être des Canadiens. Le premier cycle de collecte de données a eu lieu à l'automne 2020 et le deuxième, au printemps 2021. La population cible comprenait des personnes de 18 ans et plus de toutes les provinces et de tous les territoires du Canada. L'enquête exclut les personnes vivant dans les réserves, dans les établissements et à l'extérieur des capitales des territoires. Les répondants ont répondu à l'enquête en ligne ou par téléphone. Au total, 14 689 répondants ont répondu à l'enquête à l'automne 2020, et 8 032 ont répondu à l'enquête au printemps 2021.

Mesures

Anxiété : L'anxiété a été évaluée en utilisant l'échelle des troubles d'anxiété généralisée (GAD-7)[16]. La GAD-7 comprend sept éléments qui évaluent la présence et la gravité des troubles d'anxiété généralisée. Les éléments sont évalués sur une échelle de Likert à quatre points allant de 0 (pas du tout) à 3 (presque tous les jours). Les réponses à chaque élément ont été additionnées pour fournir une cote unique allant de 0 à 21, les cotes plus élevées indiquant des niveaux plus élevés d'anxiété. Une cote de 10 ou plus représente une cote de point de découpage raisonnable pour repérer les cas de trouble d'anxiété généralisée[16].

Dépression : Les symptômes de dépression ont été évalués au moyen du Questionnaire sur la santé du patient à neuf questions (PHQ-9)[17,18]. Le PHQ-9 comprend neuf éléments qui évaluent la fréquence à laquelle neuf symptômes dépressifs se sont manifestés au cours des deux dernières semaines. Les réponses à chaque question sont évaluées sur une échelle de Likert à quatre points allant de 0 (pas du tout) à 3 (presque tous les jours). Une cote globale a été calculée en additionnant les réponses à chaque question. Les cotes varient de 0 à 27, des cotes plus élevées indiquant des symptômes de dépression plus graves. Une cote de 10 ou plus représente une cote de point de découpage raisonnable pour repérer les cas de trouble dépressif majeur[17,18].

Détresse : La détresse psychologique a été évaluée en employant l'échelle de détresse psychologique de Kessler (K10)[19]. L'échelle K10 contient 10 éléments qui évaluent les symptômes d'anxiété et de dépression au cours des quatre semaines précédentes pour mesurer la détresse psychologique non spécifique. Les éléments sont évalués sur une échelle de Likert à cinq points allant de 0 (jamais) à 4 (tout le temps). Les réponses à chaque élément ont été additionnées pour fournir une cote unique allant de 0 à 40, les cotes plus élevées indiquant des niveaux plus élevés de détresse psychologique. Conformément aux recherches précédentes sur la détresse psychologique chez les Canadiens, une cote de point de découpage de neuf a été utilisée pour repérer la détresse psychologique élevée[20].

Répercussions de la pandémie de COVID-19 : Les répondants ont indiqué s'ils ont subi l'une des répercussions suivantes de la pandémie de COVID-19 : (1) la perte d'emploi ou de revenu; (2) difficulté à respecter des obligations financières ou à répondre à des besoins essentiels; (3) la perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue; 4) des sentiments de solitude ou d'isolement; (5) la détresse émotionnelle; 6) des problèmes de santé physique; (7) des difficultés dans les relations personnelles avec les membres de leur ménage; (8) autres répercussions; ou (9) aucune répercussion. Les options de réponse pour chaque question sur les répercussions étaient oui ou non.

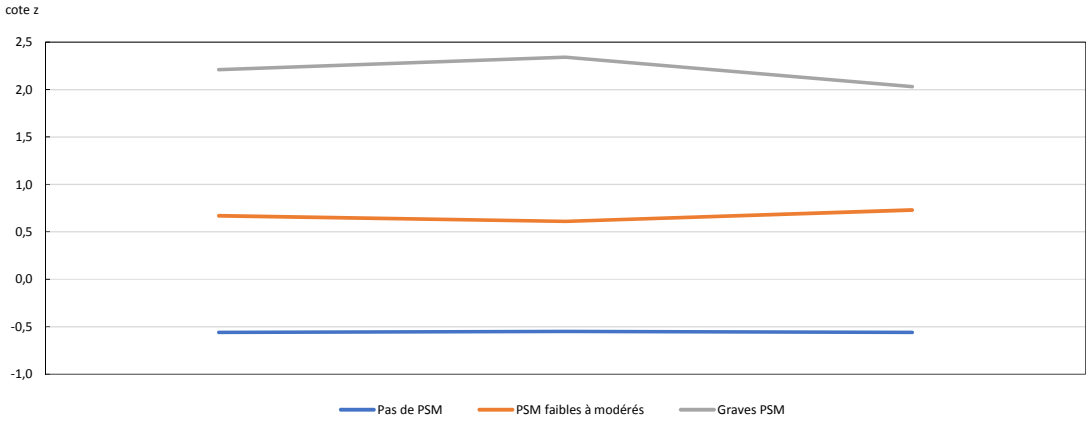
Idées suicidaires : Les idées suicidaires ont été évaluées en utilisant un élément qui se lit comme suit : « Avez-vous sérieusement envisagé de vous suicider depuis le début de la pandémie de COVID-19? » Les options de réponse étaient oui ou non.

Tableau 1
Résumé des statistiques d'ajustement pour les modèles de profil latent en fonction des cotes d'anxiété, de dépression et de détresse psychologique

Modèle	AIC	BIC	SABIC	Entropie	Valeur de *p* du BLRT	Profil le plus petit (%)
1 profil	193 447	193 495	193 476	…	…	…
2 profils	152 951	153 031	152 999	0,93	0,01	21,0
3 profils	136 735	136 847	136 803	0,91	0,01	8,78
4 profils	136 742	136 887	136 830	0,67	0,01	8,77
5 profils	130 515	130 691	130 622	0,76	0,01	4,37

… n'ayant pas lieu de figurer
Note : AIC = Akaike information criterion (critère d'information d'Akaike), BIC = Bayesian information criterion (critère d'information bayésien), SABIC = BIC ajusté pour l'échantillon, BLRT = bootstrap likelihood ratio test (test du rapport de vraisemblance au moyen de la méthode bootstrap).
Source : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, 2020 et 2021.

Figure 1
Les trois profils latents de la santé mentale caractérisés par leurs tendances (cotes z moyennes) en matière d'anxiété, de dépression et de détresse psychologique



Note : PSM = problèmes de santé mentale.
Source : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, 2020 et 2021.

Covariables : Plusieurs variables ont servi de covariables, notamment l'âge (18 à 34 ans, 35 à 64 ans ou 65 ans et plus); le genre (féminin, masculin ou diverses identités de genre); le revenu du ménage (de moins de 10 000 dollars à 39 999 dollars, de 40 000 dollars à 79 999 dollars, de 80 000 dollars à 149 999 dollars, ou 150 000 dollars ou plus); le niveau de scolarité le plus élevé (niveau secondaire ou moins, niveau postsecondaire [certificat d'une école de métiers ou diplôme d'études collégiales] ou universitaire [baccalauréat ou grade supérieur]); l'appartenance à une minorité visible (oui ou non); la province ou le territoire; la présence d'enfants de moins de 18 ans à la maison (oui ou non); le statut de travailleur essentiel (oui ou non); le statut de travailleur de première ligne (oui ou non); le fait d'avoir reçu ou de connaître quelqu'un qui a reçu un diagnostic de COVID-19 (oui ou non); et le cycle de l'ECSM (automne 2020 ou printemps 2021). Un travailleur essentiel est défini comme une personne qui travaille dans un service, une installation ou un secteur d'activité nécessaire pour préserver la vie, la santé, la sécurité publique et les fonctions sociétales de base. Un travailleur de première ligne est défini comme une personne susceptible d'être en contact direct avec la COVID-19 en aidant ceux qui ont reçu un diagnostic d'infection par le virus.

Analyse

Toutes les analyses ont été effectuées dans SRtudio 4.0.5. Les valeurs manquantes (moins de 1 %) ont été imputées au moyen d'imputations multiples avec une spécification entièrement conditionnelle. Vingt-cinq ensembles de données imputées ont été générés en employant le progiciel *mice* (Multiple Imputation by Chained Equations)[21]. Les ensembles de données imputées comprenaient toutes les expositions, tous les résultats et toutes les covariables. Tous les résultats du modèle ont été regroupés selon les règles normalisées de Rubin[22]. L'analyse des profils latents a été effectuée en utilisant le progiciel mclust[23]. L'analyse des profils latents est une technique robuste utilisée pour déterminer les sous-types homogènes de classes latentes ou de sous-groupes latents au sein d'un grand groupe hétérogène[24]. Des classes de détresse psychologique ont été générées en utilisant les cotes brutes de l'échelle GAD-7 (anxiété), du questionnaire PHQ-9 (dépression) et de l'échelle K10 (détresse psychologique). Divers modèles avec différentes solutions de classe (d'un à cinq) ont été testés. Le nombre optimal de classes a été déterminé par le critère d'information bayésien (BIC), le critère d'information Akaike et le BIC ajusté pour l'échantillon; dans ce contexte, des valeurs plus basses indiquent que le modèle convient mieux. Le test du rapport de vraisemblance au moyen de la méthode bootstrap (BLRT) a été utilisé pour comparer l'ajustement du modèle entre le nombre de classes. Un résultat significatif ($p < 0,05$) indique qu'un modèle de classe k est supérieur à un modèle de classe k-1. On a également examiné l'entropie pour évaluer l'exactitude de la classification, de sorte que des valeurs plus élevées représentaient une plus grande précision. Les valeurs d'entropie supérieures à 0,80 sont indicatives d'une classification avec une incertitude minimale. Enfin, le pourcentage de personnes appartenant à la plus petite classe a été considéré comme un critère pratique, car les classes comptant moins de 5 % de l'échantillon ne peuvent pas nécessairement être reproduites dans d'autres échantillons. Grâce à la trousse d'enquête, les modèles de régression logistique étaient appropriés[25] pour examiner les associations entre les classes de détresse psychologique (expositions) et les conséquences liées à la pandémie de COVID-19 (résultats). Les estimations ont été pondérées en employant les poids d'échantillonnage de Statistique Canada pour tenir compte de la complexité du plan d'enquête et fournir des constatations représentatives à l'échelle nationale. Les erreurs-types, les coefficients de variation et les intervalles de confiance de 95 % ont été calculés au moyen de poids bootstrap. Les estimations dont les coefficients de variation se situent entre 16,6 % et 33,3 % indiquaient une erreur d'échantillonnage plus élevée et doivent être utilisées avec prudence. Les estimations dont le

Tableau 2
Profils des problèmes de santé mentale (PSM) selon certaines caractéristiques, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada, 2020 et 2021

		Pas de PSM			PSM faibles à modérés			Graves PSM		
	N[a]	Proportion ou moyenne	Intervalle de confiance de 95 % De	À	Proportion ou moyenne	Intervalle de confiance de 95 % De	À	Proportion ou moyenne	Intervalle de confiance de 95 % De	À
Âge										
18 à 34 ans	3 785	20,91	20,02	21,80	36,88	35,10	38,66	48,82	45,24	52,40
35 à 64 ans	12 334	50,48	49,69	51,27	49,69	47,96	51,43	44,03	40,61	47,45
65 ans et plus	6 602	28,61	28,03	29,18	13,43	12,36	14,49	7,15	5,77	8,53
Genre										
Masculin	9 757	52,78	51,96	53,61	44,57	42,86	46,27	39,78	36,39	43,18
Féminin	12 935	47,15	46,33	47,97	55,24	53,53	56,95	59,31	55,87	62,75
Revenu du ménage										
Moins de 10 000 dollars à 39 999 dollars	5 016	18,24	17,38	19,10	17,29	15,78	18,79	21,53	18,68	24,38
40 000 dollars à 79 999 dollars	6 924	28,94	27,86	30,02	26,80	24,99	28,61	30,51	27,16	33,86
80 000 dollars à 149 999 dollars	6 646	32,16	30,97	33,36	35,01	32,96	37,06	29,77	26,19	33,35
150 000 dollars et plus	4 135	20,65	19,59	21,71	20,90	19,21	22,60	18,20	15,02	21,37
Plus haut niveau de scolarité										
Études secondaires ou niveau de scolarité inférieur	6 924	31,04	29,86	32,23	27,63	25,65	29,61	35,80	32,10	39,51
Études postsecondaires	8 137	33,90	32,72	35,07	32,42	30,55	34,29	34,51	31,01	38,02
Études universitaires	7 660	35,06	33,85	36,27	39,95	37,90	42,00	29,68	26,38	32,99
Minorité visible										
Non	19 488	75,97	74,85	77,09	74,72	72,72	76,72	73,41	69,76	77,07
Oui	3 233	24,03	22,91	25,15	25,28	23,28	27,28	26,59	22,93	30,24
Parent d'un enfant de moins de 18 ans										
Non	17 188	73,92	72,92	74,92	70,11	68,46	71,76	73,30	70,25	76,34
Oui	5 533	26,08	25,08	27,08	29,89	28,24	31,54	26,70	23,66	29,75
Travailleur essentiel										
Non	16 568	71,15	70,04	72,26	70,73	68,88	72,59	71,05	67,73	74,38
Oui	6 153	28,85	27,74	29,96	29,27	27,41	31,12	28,95	25,62	32,27
Travailleur de première ligne										
Non	21 086	94,08	93,48	94,68	93,53	92,64	94,42	90,84	88,71	92,96
Oui	1 635	5,92	5,32	6,52	6,47	5,58	7,36	9,16	7,04	11,29
A reçu ou connaît quelqu'un qui a reçu un diagnostic de COVID-19										
Non	18 220	75,67	74,52	76,82	67,41	65,31	69,51	67,29	63,74	70,84
Oui	4 501	24,33	23,18	25,48	32,59	30,49	34,69	32,71	29,16	36,26
Cycle de l'ECSM										
Automne 2020	14 689	52,40	51,60	53,21	46,85	45,21	48,50	43,57	40,38	46,76
Printemps 2021	8 032	47,60	46,79	48,40	53,15	51,50	54,79	56,43	53,24	59,62
Détresse émotionnelle										
Non	14 253	79,39	78,40	80,39	35,16	33,22	37,10	13,86	11,45	16,27
Oui	8 468	20,61	19,61	21,60	64,84	62,90	66,78	86,14	83,73	88,55
Perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue										
Non	21 009	93,92	93,31	94,53	89,05	87,74	90,36	84,11	81,28	86,94
Oui	1 712	6,08	5,47	6,69	10,95	9,64	12,26	15,89	13,06	18,72
Difficulté à respecter des obligations financières ou à répondre à des besoins essentiels										
Non	19 693	91,18	90,40	91,96	78,18	76,47	79,89	59,17	55,42	62,93
Oui	3 028	8,82	8,04	9,60	21,82	20,11	23,53	40,83	37,07	44,58
Perte d'emploi ou de revenu										
Non	18 173	80,99	79,94	82,04	68,02	66,08	69,96	55,93	52,19	59,68
Oui	4 548	19,01	17,96	20,06	31,98	30,04	33,92	44,07	40,32	47,81
Sentiments de solitude ou d'isolement										
Non	13 578	74,61	73,53	75,70	35,14	33,19	37,09	18,69	15,98	21,41
Oui	9 143	25,39	24,30	26,47	64,86	62,91	66,81	81,31	78,59	84,02
Problèmes de santé physique										
Non	17 023	87,03	86,17	87,89	55,07	53,03	57,11	31,11	27,53	34,68
Oui	5 698	12,97	12,11	13,83	44,93	42,89	46,97	68,89	65,32	72,47
Difficultés dans les relations personnelles avec les membres de son										
Non	18 850	90,90	90,15	91,64	65,82	63,85	67,79	48,54	44,72	52,36
Oui	3 871	9,10	8,36	9,85	34,18	32,21	36,15	51,46	47,64	55,28
Autres répercussions										
Non	21 739	96,59	96,14	97,03	94,46	93,48	95,44	90,67	88,53	92,82
Oui	982	3,41	2,97	3,86	5,54	4,56	6,52	9,33	7,18	11,47
Aucune répercussion										
Non	15 250	57,02	55,77	58,27	92,24	91,14	93,34	97,58	96,49	98,66
Oui	7 471	42,98	41,73	44,23	7,76	6,66	8,86	2,42 [E]	1,34	3,51
Idées suicidaires										
Non	22 059	99,84	99,75	99,93	95,73	94,83	96,63	80,91	77,97	83,85
Oui	662	0,16 [E]	0,07	0,25	4,27	3,37	5,17	19,09	16,15	22,03
Expositions										
Anxiété (0 à 21)	22 721	1,42	1,37	1,46	7,12	6,99	7,25	14,57	14,23	14,91
Dépression (0 à 27)	22 721	1,52	1,48	1,57	7,69	7,57	7,82	16,69	16,36	17,00
Détresse psychologique (0 à 40)	22 721	3,39	3,31	3,47	13,08	12,87	13,29	22,68	22,24	23,13

[a] Estimation non pondérée
[E] à utiliser avec prudence
Note : PSM = problèmes de santé mentale.
Source : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM), 2020 et 2021.

coefficient de variation est supérieur à 33,3 % ont été jugées non fiables et n'ont donc pas été déclarées. Les covariables (décrites dans la section Méthodes) ont été incluses dans tous les modèles.

Résultats

Analyse des profils latents : Le tableau 1 présente les indices d'ajustement des modèles de profils latents avec un nombre croissant de profils de la santé mentale. Les résultats ont montré qu'une solution à trois profils était optimale. Les valeurs d'entropie pour les profils 4 et 5 n'ont pas atteint le seuil recommandé, et la plus petite classe du profil 5 contenait moins de 5 % de l'échantillon. La sélection du profil 3 a été corroborée par l'indice BLRT, qui a montré que l'ajustement du modèle s'était amélioré de façon significative après chaque modèle successif. Comme le montre la figure 1, les profils de classe latente étaient définis par trois niveaux de gravité entre les dimensions; le profil 1 (65,70 %) était étiqueté comme « pas de problèmes de santé mentale », le profil 2 (25,52 %) était étiqueté comme « problèmes de santé mentale faibles à modérés » et le profil 3 (8,78 %) était étiqueté comme « graves problèmes de santé mentale ». En moyenne, les cotes pour un trouble reflétaient les cotes pour les deux autres troubles. Par exemple, les niveaux d'anxiété, de dépression et de détresse psychologique étaient simultanément faibles dans le profil 1, modérés dans le profil 2 et élevés dans le profil 3. La proportion de personnes qui ont reçu un dépistage positif pour au moins deux des trois troubles était de 99,80 % dans le profil 3, 33,35 % dans le profil 2 et 0 % dans le profil 1. Les moyennes et les écarts types entre les dimensions (anxiété, dépression et détresse psychologique) selon le profil de classe latente sont présentés au tableau 2.

Tableau 3
Rapports de cotes ajustés établissant un lien entre certaines caractéristiques et la détresse émotionnelle, la perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue et la difficulté à respecter des obligations financières ou à répondre à des besoins essentiels, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada, 2020 et 2021

	Détresse émotionnelle			Perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue			Difficulté à respecter des obligations financières ou à répondre à des besoins essentiels		
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	
Caractéristiques		De	À		De	À		De	À
Âge									
18 à 34 ans†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
35 à 64 ans	0,94	0,83	1,08	1,36 *	1,08	1,71	0,86	0,74	1,01
65 ans et plus	0,53 **	0,45	0,62	1,17	0,90	1,53	0,25 **	0,20	0,32
Genre[a]									
Masculin†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Féminin	1,48 **	1,43	1,76	1,09	0,93	1,29	0,79 *	0,69	0,91
Revenu du ménage									
Moins de 10 000 dollars à 39 999 dollars†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
40 000 dollars à 79 999 dollars	0,87	0,75	1,02	0,99	0,78	1,25	0,65 **	0,55	0,78
80 000 dollars à 149 999 dollars	0,98	0,84	1,16	0,81	0,64	1,03	0,38 **	0,31	0,46
150 000 dollars et plus	0,92	0,76	1,11	0,79	0,59	1,05	0,20 **	0,16	0,27
Plus haut niveau de scolarité									
Études secondaires ou niveau de scolarité inférieur†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Études postsecondaires	1,19 *	1,04	1,36	1,08	0,88	1,33	1,07	0,90	1,27
Études universitaires	1,64 **	1,42	1,89	1,06	0,85	1,33	0,87	0,72	1,06
Minorité visible									
Non†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	0,94	0,81	1,08	1,05	0,85	1,29	1,72 **	1,46	2,02
Parent d'un enfant de moins de 18 ans									
Non†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	1,25 **	1,10	1,41	0,94	0,77	1,15	1,62 **	1,4	1,89
Travailleur essentiel									
Non†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	0,93	0,82	1,07	1,03	0,84	1,27	0,87	0,73	1,02
Travailleur de première ligne									
Non†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	1,08	0,86	1,36	1,18	0,85	1,64	1,11	0,84	1,47
A reçu ou connaît quelqu'un qui a reçu un diagnostic de COVID-19									
Non†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	1,42 **	1,26	1,61	2,76 *	2,33	3,27	1,16	0,99	1,37
Cycle de l'ECSM									
Automne 2020†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Printemps 2021	1,05	0,95	1,17	1,49 *	1,27	1,74	0,93	0,81	1,07
Profils de la santé mentale									
Pas de problèmes de santé mentale (profil 1)†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Problèmes de santé mentale faibles à modérés (profil 2)	6,41 **	5,74	7,16	1,74 *	1,45	2,08	2,66 **	2,28	3,11
Graves problèmes de santé mentale (profil 3)	22,03 **	17,63	27,52	2,71 *	2,1	3,51	6,11 **	5,00	7,48

[a] Des personnes de diverses identités de genre ont été incluses dans les modèles, mais les estimations n'étaient pas fiables en raison de la petite taille de l'échantillon dans cette catégorie.
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)
** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,001)
† groupe de référence
Source : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM), 2020 et 2021.

Tableau 4
Rapports de cotes ajustés établissant un lien entre certaines caractéristiques et la perte d'emploi ou de revenu, les sentiments de solitude ou d'isolement et les problèmes de santé physique, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada, 2020 et 2021

	Perte d'emploi ou de revenu			Sentiments de solitude ou d'isolement			Problèmes de santé physique		
		Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %	
Caractéristiques	Rapport de cotes	De	À	Rapport de cotes	De	À	Rapport de cotes	De	À
Âge									
18 à 34 ans†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
35 à 64 ans	0,78 **	0,69	0,89	0,64 **	0,57	0,73	1,12	0,97	1,29
65 ans et plus	0,16 **	0,13	0,19	0,62 **	0,53	0,72	0,80 *	0,67	0,96
Genre[a]									
Masculin†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Féminin	0,77 **	0,69	0,86	1,31 **	1,19	1,44	1,31 **	1,17	1,46
Revenu du ménage									
Moins de 10 000 dollars à 39 999 dollars†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
40 000 dollars à 79 999 dollars	0,87	0,74	1,02	0,93	0,80	1,07	1,06	0,91	1,25
80 000 dollars à 149 999 dollars	0,65 **	0,55	0,77	0,85 *	0,73	0,99	1,10	0,93	1,31
150 000 dollars et plus	0,50 **	0,41	0,61	0,79 *	0,66	0,94	1,06	0,87	1,29
Plus haut niveau de scolarité									
Études secondaires ou niveau de scolarité inférieur†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Études postsecondaires	1,21 *	1,06	1,39	1,12	0,99	1,26	1,13	0,98	1,31
Études universitaires	0,91	0,78	1,06	1,45 **	1,27	1,66	1,37 **	1,17	1,59
Minorité visible									
Non†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	1,28 **	1,12	1,47	0,71 **	0,62	0,82	0,99	0,85	1,15
Parent d'un enfant de moins de 18 ans									
Non†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	1,10	0,98	1,24	1,06	0,95	1,20	1,00	0,88	1,14
Travailleur essentiel									
Non†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	0,68 **	0,59	0,78	0,77 **	0,68	0,88	0,92	0,79	1,06
Travailleur de première ligne									
Non†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	0,78 *	0,62	1,00	1,07	0,86	1,34	1,04	0,81	1,33
A reçu ou connaît quelqu'un qui a reçu un diagnostic de COVID-19									
Non†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	1,28 **	1,13	1,45	1,21 *	1,07	1,35	1,40 **	1,23	1,58
Cycle de l'ECSM									
Automne 2020†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Printemps 2021	0,90	0,80	1,01	1,38 **	1,26	1,52	1,30 **	1,17	1,45
Profils de la santé mentale									
Pas de problèmes de santé mentale (profil 1)†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Problèmes de santé mentale faibles à modérés (profil 2)	1,69 **	1,49	1,90	4,91 **	4,40	5,47	5,05 **	4,49	5,68
Graves problèmes de santé mentale (profil 3)	2,53 **	2,12	3,03	11,21 **	9,23	13,61	13,97 **	11,61	16,82

[a] Des personnes de diverses identités de genre ont été incluses dans les modèles, mais les estimations n'étaient pas fiables en raison de la petite taille de l'échantillon dans cette catégorie.

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,001)

† groupe de référence

Source : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM), 2020 et 2021.

Répercussions de la COVID-19

La répartition des caractéristiques sociodémographiques et des répercussions liées à la COVID-19 selon le profil de santé mentale est présentée au tableau 2. La plupart des personnes du profil 1 (pas de problèmes de santé mentale) et du profil 2 (problèmes de santé mentale faibles à modérés) avaient entre 35 et 64 ans. Les personnes du profil 3 (graves problèmes de santé mentale) étaient généralement plus jeunes (18 à 34 ans et 35 à 64 ans) et plus souvent des femmes. En général, les différents niveaux de revenu et d'éducation des ménages étaient répartis également entre tous les profils de la santé mentale.

Les résultats des modèles de régression sont présentés aux tableaux 3 à 6. Comparativement aux personnes du profil 1, les personnes des profils 2 et 3 étaient plus susceptibles de subir l'une ou l'autre des répercussions suivantes : la détresse émotionnelle (rapport de cotes pour le profil 2 [$OR_{Profile\ 2}$] = 6,41, $OR_{Profile\ 3}$ = 22,03); la perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue ($OR_{Profile\ 2}$ = 1,74, $OR_{Profile\ 3}$ = 2,71); la difficulté à respecter des obligations financières ou à répondre à des besoins essentiels ($OR_{Profile\ 2}$ = 2,66, $OR_{Profile\ 3}$ = 6,11); la perte d'emploi ou de revenu ($OR_{Profile\ 2}$ = 1,69, $OR_{Profile\ 3}$ = 2,53); des sentiments de solitude ou d'isolement ($OR_{Profile\ 2}$ = 4,91, $OR_{Profile\ 3}$ = 11,21); des problèmes de santé physique ($OR_{Profile\ 2}$ = 5,05, $OR_{Profile\ 3}$ = 13,97); des difficultés dans les relations personnelles avec les membres de leur ménage ($OR_{Profile\ 2}$ = 4,81, $OR_{Profile\ 3}$ = 10,49); et d'autres répercussions liées à la pandémie ($OR_{Profile\ 2}$ = 1,47, $OR_{Profile\ 3}$ = 2,46). Les personnes des profils 2 et 3 étaient moins susceptibles de déclarer qu'elles n'avaient pas subi de répercussions négatives attribuables à la pandémie comparativement aux personnes du profil 1 ($OR_{Profile\ 2}$ = 0,13, $OR_{Profile\ 3}$ = 0,04). Les personnes du profil 2 et du profil 3 étaient plus susceptibles d'avoir songé à se suicider depuis le début de la pandémie que celles du profil 1 ($OR_{Profile\ 2}$ = 24,30, $OR_{Profile\ 3}$ = 115,75). Parmi les personnes ayant de graves problèmes de

santé mentale, 1 personne sur 5 (19,09 %) avait songé à se suicider depuis le début de la pandémie.

Dans l'ensemble, les adultes âgés de 65 ans et plus (par rapport aux personnes de 18 à 34 ans) étaient moins susceptibles de subir les répercussions suivantes : la détresse émotionnelle (RC = 0,53), la difficulté à respecter des obligations financières ou à répondre à des besoins essentiels (RC = 0,25), la perte d'emploi ou de revenu (RC = 0,16), des sentiments de solitude ou d'isolement (RC = 0,62), des problèmes de santé physique (RC = 0,80), des difficultés dans les relations personnelles avec les membres de leur ménage (RC = 0,64), d'autres répercussions (RC = 0,54) et des idées suicidaires (RC = 0,32) pendant la pandémie. Les personnes des ménages à revenu élevé (plus de 80 000 dollars par rapport à moins de 39 999 dollars) étaient moins susceptibles de déclarer de la difficulté à respecter leurs obligations financières ou à répondre à leurs besoins essentiels, une perte d'emploi ou de revenu et des sentiments de solitude ou d'isolement, et étaient plus susceptibles d'avoir des difficultés dans les relations personnelles avec les membres de leur ménage ou de ne déclarer aucune répercussion attribuable à la COVID-19. Les personnes qui se sont identifiées comme appartenant à une minorité visible (par rapport à celles n'appartenant pas à une minorité visible) étaient plus susceptibles de déclarer de la difficulté à respecter leurs obligations financières ou à répondre à leurs besoins essentiels (RC = 1,72) et une perte d'emploi ou de revenu (RC= 1,28), mais elles étaient moins susceptibles d'avoir des sentiments de solitude ou d'isolement (RC = 0,71) et des idées suicidaires (RC = 0,46). Les parents (par rapport aux personnes sans enfants) étaient plus susceptibles d'éprouver de la détresse émotionnelle (RC = 1,25), de la difficulté à respecter des obligations

Tableau 5
Rapports de cotes ajustés établissant un lien entre certaines caractéristiques et les difficultés dans les relations personnelles avec les membres du ménage, les autres répercussions et l'absence de répercussions, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada, 2020 et 2021

	Difficultés dans les relations personnelles avec les membres du ménage			Autres répercussions attribuables à la COVID-19			Aucune répercussion attribuable à la COVID-19		
		Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %	
Caractéristiques	Rapport de cotes	De	À	Rapport de cotes	De	À	Rapport de cotes	De	À
Âge									
18 à 34 ans†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
35 à 64 ans	0,84 *	0,72	0,97	0,90	0,71	1,14	1,28 *	1,09	1,50
65 ans et plus	0,64 *	0,53	0,79	0,54 *	0,36	0,80	2,31 **	1,94	2,76
Genre[a]									
Masculin†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Féminin	1,04	0,92	1,18	1,02	0,83	1,26	0,77 **	0,70	0,85
Revenu du ménage									
Moins de 10 000 dollars à 39 999 dollars†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
40 000 dollars à 79 999 dollars	1,23 *	1,01	1,51	1,00	0,73	1,38	1,10	0,95	1,28
80 000 dollars à 149 999 dollars	1,47 **	1,21	1,80	0,95	0,69	1,32	1,21 *	1,03	1,42
150 000 dollars et plus	1,53 **	1,24	1,90	0,76	0,53	1,08	1,49 **	1,24	1,79
Plus haut niveau de scolarité									
Études secondaires ou niveau de scolarité inférieur†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Études postsecondaires	1,22 *	1,04	1,44	1,11	0,84	1,46	0,79 **	0,70	0,90
Études universitaires	1,34 *	1,13	1,58	1,35 *	1,02	1,78	0,68 **	0,59	0,78
Minorité visible									
Non†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	0,90	0,76	1,05	0,89	0,67	1,18	0,94	0,82	1,09
Parent d'un enfant de moins de 18 ans									
Non†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	2,08 *	1,82	2,38	0,90	0,72	1,12	0,72 **	0,63	0,82
Travailleur essentiel									
Non†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	0,80 *	0,69	0,93	0,99	0,76	1,30	1,25 *	1,09	1,43
Travailleur de première ligne									
Non†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	1,20	0,94	1,54	1,18	0,80	1,73	0,96	0,76	1,23
A reçu ou connaît quelqu'un qui a reçu un diagnostic de COVID-19									
Non†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	1,20 *	1,04	1,38	1,24	0,98	1,56	0,58 **	0,51	0,66
Cycle de l'ECSM									
Automne 2020†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Printemps 2021	1,26 **	1,12	1,43	1,05	0,86	1,29	0,83 **	0,74	0,92
Profils de la santé mentale									
Pas de problèmes de santé mentale (profil 1)†	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Problèmes de santé mentale faibles à modérés (profil 2)	4,81 **	4,22	5,47	1,47 *	1,16	1,86	0,13 **	0,11	0,16
Graves problèmes de santé mentale (profil 3)	10,40 **	8,70	12,64	2,46 **	1,83	3,31	0,04 **	0,03	0,07

[a] Des personnes de diverses identités de genre ont été incluses dans les modèles, mais les estimations n'étaient pas fiables en raison de la petite taille de l'échantillon dans cette catégorie.

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,001)

† groupe de référence

Source : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM), 2020 et 2021.

financières ou à répondre à des besoins essentiels (RC = 1,62) et des difficultés dans les relations personnelles avec les membres de leur ménage (RC = 2,08), et étaient moins susceptibles d'avoir des idées suicidaires (RC = 0,71). Les travailleurs essentiels (par rapport aux travailleurs non essentiels) et les travailleurs de première ligne (par rapport aux travailleurs qui ne sont pas de première ligne) étaient moins susceptibles de connaître une perte d'emploi ou de revenu (RC = 0,68 et RC = 0,78, respectivement). Comparativement à leurs homologues, les personnes qui ont reçu ou qui connaissaient quelqu'un qui a reçu un diagnostic de COVID-19 étaient plus susceptibles de subir l'une ou l'autre des répercussions suivantes : la détresse émotionnelle (RC = 1,42); la perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue (RC = 2,76); la perte d'emploi ou de revenu (OU = 1,28); des sentiments de solitude ou d'isolement (RC = 1,21); des problèmes de santé physique (RC = 1,40); et des difficultés dans les relations personnelles avec les membres de leur ménage (RC = 1,20), mais elles étaient moins susceptibles d'avoir des idées suicidaires (RC = 0,66). Au printemps de 2021 (par rapport à l'automne de 2020), les personnes étaient plus susceptibles d'avoir vécu la perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue (RC = 1,49), d'éprouver des sentiments de solitude ou d'isolement (RC = 1,38); d'avoir des problèmes de santé physique (RC = 1,30); d'éprouver des difficultés dans les relations personnelles avec les membres de leur ménage (RC= 1,26); et d'avoir des idées suicidaires (RC = 1,66).

Discussion

L'objectif de cette étude transversale avec environ 23 000 adultes canadiens était d'examiner les profils de la santé mentale et leurs associations avec des répercussions négatives et des idées suicidaires pendant la pandémie de COVID-19. L'analyse des profils latents indique qu'une solution à trois profils convient le mieux aux données. Les personnes ont été classées en trois profils latents conceptuellement significatifs en fonction des dimensions de l'anxiété, de la dépression et de la détresse psychologique. Le profil 1 était étiqueté comme « pas

Tableau 6
Rapports de cotes ajustés établissant un lien entre certaines caractéristiques et les idées suicidaires depuis le début de la pandémie de COVID-19, population à domicile âgée de 18 ans ou plus, Canada, 2020 et 2021

	Idées suicidaires depuis le début de la pandémie		
		Intervalle de confiance de 95 %	
Caractéristiques	Rapport de cotes	De	À
Âge			
18 à 34 ans†	1,00	1,00	1,00
35 à 64 ans	0,73 *	0,54	0,98
65 ans et plus	0,32 **	0,20	0,52
Genre[a]			
Masculin†	1,00	1,00	1,00
Féminin	0,77	0,58	1,03
Revenu du ménage			
Moins de 10 000 dollars à 39 999 dollars†	1,00	1,00	1,00
40 000 dollars à 79 999 dollars	0,80	0,54	1,18
80 000 dollars à 149 999 dollars	0,89	0,58	1,36
150 000 dollars et plus	0,84	0,50	1,40
Plus haut niveau de scolarité			
Études secondaires ou niveau de scolarité inférieur†	1,00	1,00	1,00
Études postsecondaires	0,87	0,61	1,24
Études universitaires	0,66 *	0,46	0,97
Minorité visible			
Non†	1,00	1,00	1,00
Oui	0,46 *	0,29	0,72
Parent d'un enfant de moins de 18 ans			
Non†	1,00	1,00	1,00
Oui	0,71 *	0,52	0,96
Travailleur essentiel			
Non†	1,00	1,00	1,00
Oui	0,81	0,56	1,19
Travailleur de première ligne			
Non†	1,00	1,00	1,00
Oui	1,17	0,69	2,00
A reçu ou connaît quelqu'un qui a reçu un diagnostic de COVID-19			
Non†	1,00	1,00	1,00
Oui	0,66 *	0,48	0,93
Cycle de l'ECSM			
Automne 2020†	1,00	1,00	1,00
Printemps 2021	1,66 **	1,25	2,20
Profils de la santé mentale			
Pas de problèmes de santé mentale†	1,00	1,00	1,00
Problèmes de santé mentale faibles à modérés	24,30 **	13,43	43,97
Graves problèmes de santé mentale	115,75 **	63,98	209,39

[a] Des personnes de diverses identités de genre ont été incluses dans les modèles, mais les estimations n'étaient pas fiables en raison de la petite taille de l'échantillon dans cette catégorie.
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)
** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,001)
† groupe de référence
Source : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM), 2020 et 2021.

de problèmes de santé mentale », le profil 2 était étiqueté comme « problèmes de santé mentale faibles à modérés » et le profil 3 était étiqueté comme « graves problèmes de santé mentale ». Les personnes les plus vulnérables aux répercussions négatives et aux idées suicidaires pendant la pandémie comprenaient celles qui ont connu des niveaux élevés d'anxiété, de dépression et de détresse psychologique.

Il est important de déterminer des profils latents distincts pour mieux comprendre les tendances communes relatives aux symptômes d'anxiété, de dépression et de détresse psychologique chez les adultes canadiens. Les résultats ont montré qu'en moyenne, les scores d'un trouble reflétaient les scores des deux autres troubles. Par exemple, les niveaux d'anxiété, de dépression et de détresse psychologique étaient simultanément faibles dans le profil 1, modérés dans le profil 2 et élevés dans le profil 3. De plus, des problèmes de santé mentale ont coexisté dans les profils 2 et 3 à des degrés divers. La proportion de personnes qui ont obtenu un résultat positif pour au moins deux des trois troubles était de 33,35 % dans le profil 2 et de 99,80 % dans le profil 3. Ces constatations concordent avec les données probantes accumulées indiquant que de nombreux troubles mentaux coexistent couramment et qu'un risque accru de comorbidité des troubles mentaux est la norme, et non l'exception[26-29]. La comorbidité des troubles mentaux amplifie la vulnérabilité d'une personne. Il existe des données probantes rigoureuses montrant que les personnes atteintes de troubles mentaux multiples, comparativement à celles atteintes d'un seul trouble, sont plus susceptibles de morbidité et de mauvais résultats aigus et à long terme[30-32], comme l'augmentation des taux d'hospitalisation, les difficultés interpersonnelles et l'absentéisme du travail ou de l'école. Enfin, cette étude est parmi les premières, à notre connaissance, à souligner différentes configurations de profils de la santé mentale à l'aide de données représentatives à l'échelle nationale. Ces profils peuvent contribuer, théoriquement et méthodologiquement, à approfondir la recherche sur la santé mentale chez les adultes canadiens.

Comparativement à celles du profil 1, les personnes du profil 2 et du profil 3 étaient plus susceptibles de subir les huit répercussions négatives de la pandémie. Ces répercussions étaient la détresse émotionnelle; la perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue; la difficulté à respecter des obligations financières ou à répondre à des besoins essentiels du ménage; la perte d'emploi ou de revenu; les sentiments de solitude ou d'isolement; des problèmes de santé physique; des difficultés liées aux relations personnelles avec les membres du ménage; et d'autres répercussions. Bien que ces répercussions aient déjà été établies comme une préoccupation parmi les personnes ayant de graves problèmes de santé mentale, elles ont probablement été exacerbées pendant la pandémie de COVID-19. Par exemple, une maladie mentale grave est associée à l'obésité[33], à l'inactivité physique[34] et à de mauvaises conditions de santé (p. ex. diabète ou maladie cardiovasculaire) [35]. Ces facteurs de risque placent les personnes atteintes d'une maladie mentale grave à un risque plus élevé d'infection par la COVID-19 et d'aggravation de la santé physique et mentale découlant des résultats liés à la COVID-19[36,37]. En outre, la solitude a été une préoccupation pour les personnes atteintes de maladies mentales avant la pandémie[38,39]. Selon Heron et coll.[40] , environ 1 personne sur 3 ayant une maladie mentale grave a déclaré se sentir seule pendant la pandémie, ce qui est plus élevé que les taux relevés dans la population générale pendant la pandémie. De nombreuses personnes de l'échantillon de Heron et coll. étaient des utilisateurs d'Internet limités ou des personnes n'utilisant pas Internet, en raison d'un manque de compétences ou d'intérêt[41]. Ainsi, en raison des changements dans la fréquence des contacts et du soutien sociaux causés par des obstacles technologiques et des mesures de santé publique (p. ex., les mandats de rester chez soi), il était probablement difficile pour les personnes ayant de graves problèmes de santé mentale d'avoir une connectivité sociale.

Une constatation préoccupante était que les personnes ayant des problèmes de santé mentale faibles à modérés (profil 2) ou de graves problèmes de santé mentale (profil 3) étaient plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires comparativement à celles n'ayant pas de problèmes de santé mentale (profil 1; RC = 24,30 et RC = 115,75, respectivement). Cette constatation concorde avec les recherches antérieures qui ont montré que les symptômes concomitants d'anxiété, de dépression et d'autres troubles mentaux sont associés à un risque accru d'avoir des idées suicidairess[42-44]. Les professionnels de la santé mentale doivent être particulièrement vigilants dans la surveillance des symptômes d'idées suicidaires chez ceux qui souffrent de graves problèmes de santé mentale. La prestation de traitements pour les idées suicidaires par télésanté peut réduire les conséquences sur la santé mentale liées à la COVID-19[45]. En outre, les stratégies de traitement de la santé publique visant à réduire les comportements suicidaires devraient donner la priorité aux personnes souffrant de troubles multiples. Les constatations de la présente étude constituent également un argument solide en faveur de l'adoption d'approches analytiques qui peuvent révéler l'incidence nuancée de la pandémie sur la vie des personnes ayant de graves problèmes de santé mentale. En se fondant sur les données de l'ECSM de 2020, Liu et coll.[46] ont constaté que la prévalence des idées suicidaires au début de la pandémie était de 2,44 %. Cette proportion ne différait pas de façon significative de celle observée en 2019 (2,73 %). La présente étude, qui repose sur une analyse des profils latents pour déterminer les profils de la santé mentale, a révélé que 19,09 % des personnes du profil 3, 4,27 % du profil 2 et 0,16 % du profil 1 avaient des idées suicidaires.

Notre étude a montré que diverses caractéristiques individuelles étaient associées à des conséquences négatives et à des idées suicidaires pendant la pandémie et ces résultats sont en grande partie conformes aux rapports précédents[3,47-49]. Les parents d'enfants de moins de 18 ans ont montré une plus grande probabilité de subir des répercussions négatives. Les parents de jeunes enfants ont été confrontés à un stress énorme pendant la pandémie, alors qu'ils faisaient face à des facteurs de stress liés

au travail et aux finances, à des perturbations de l'école ou de la garde d'enfants, à l'isolement au sein de leur foyer et à l'isolement social. Ces facteurs de stress ont probablement des effets de débordement où la détresse des parents entraîne une réduction de la qualité de l'éducation parentale, ce qui entraîne une moins bonne communication (augmentation des conflits, utilisation de mots durs et hurlements ou cris)[47] et une augmentation du comportement d'internalisation et d'externalisation des enfants[50]. Ensemble, des interventions, des initiatives et des partenariats ciblés sont nécessaires pour soutenir et promouvoir le bien-être des personnes appartenant à des groupes vulnérables.

Points forts et limites

Parmi les points forts de notre étude, mentionnons l'échantillon représentatif de grande taille et l'inclusion de plusieurs covariables dans les modèles de régression logistique. L'application de l'imputation multiple pour traiter les valeurs manquantes, plutôt que la suppression traditionnelle de certaines personnes de la liste, a aidé à préserver le pouvoir, à accroître la précision et à réduire le biais. De plus, l'utilisation de l'analyse des profils latents pour déterminer les tendances relatives aux symptômes de santé mentale variables s'étend aux recherches antérieures portant sur la présence ou l'absence de troubles. Outre ses forces, la présente étude comporte des limites. Premièrement, les répercussions de la pandémie sur les personnes de diverses identités de genre n'ont pas été explorées. Même si des personnes de diverses identités de genre ont été incluses dans tous les modèles, il n'a pas été possible de publier des estimations fiables compte tenu de la petite taille de l'échantillon. Deuxièmement, la nature transversale des données de l'ECSM exclut les conclusions sur la causalité. Troisièmement, l'état matrimonial n'a pas été évalué dans les deux cycles de l'ECSM et n'a donc pas été inclus dans nos modèles. Le fait d'être marié, plutôt que veuf ou divorcé, a été associé à un meilleur bien-être mental[51,52] et, par conséquent, peut avoir servi de facteur de protection.

Conclusions

La présente étude est l'une des premières à porter sur les tendances communes relatives aux symptômes d'anxiété, de dépression et de détresse psychologique chez les adultes canadiens pendant la pandémie de COVID-19. La majorité de l'échantillon a été classée comme n'ayant pas de problèmes de santé mentale (65,70 %; profil 1); le reste a été classé comme ayant des problèmes de santé mentale faibles à modérés (25,52 %; profil 2) et comme ayant de graves problèmes de santé mentale (8,78 %; profil 3). Les personnes ayant des problèmes de santé mentale faibles à modérés ou de graves problèmes de santé mentale étaient plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires que celles n'ayant pas de problèmes de santé mentale. La présente recherche fournit des données probantes selon lesquelles les personnes ayant des problèmes de santé mentale ont été considérablement touchées par la pandémie et que les personnes ayant de graves problèmes de santé mentale ont été les plus durement touchées.

Références

1. Zajacova, Anna, Anthony Jehn, Matthew Stackhouse et coll. 2020. « Mental health and economic concerns from March to May during the COVID-19 pandemic in Canada: Insights from an analysis of repeated cross-sectional surveys », *SSM – Population Health*, vol. 12, art. 100704. doi : 10.1016/j.ssmph.2020.100704.

2. Angus Reid Institute. 2020. « Worry, gratitude & boredom: As COVID-19 affects mental, financial health, who fares better; who is worse? », *Angus Reid Institute*, Vancouver (Colombie-Britannique). https://angusreid.org/covid19-mental-health/ (site consulté le 3 août 2022)

3. Jenkins, Emily K, Corey McAuliffe, Saima Hirani et coll. 2021. « A portrait of the early and differential mental health impacts of the COVID-19 pandemic in Canada: Findings from the first wave of a nationally representative cross-sectional survey. », *Preventive Medicine*, vol. 145, art. 106333. doi : S0091-7435(20)30364-9.

4. Statistique Canada. 2020. « Les Canadiens perçoivent leur santé mentale comme étant moins bonne pendant la pandémie de COVID-19 », Findlay Leanne, Rubab Arim, produit nº 45280001 au catalogue de Statistique Canada, version diffusée le 24 avril 2020, Ottawa (Ontario), https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00003-fra.htm

5. Capaldi, Colin A., Li Liu et Raelyne L. Dopko. 2021. « Santé mentale positive et changement perçu de la santé mentale chez les adultes au Canada pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 », *Revue PSPMC*, Ottawa (Ontario), vol. 41, nº 11, p. 394 à 414. doi : 10.24095/hpcdp.41.11.05f.

6. Shields, Margot, Lil Tonmyr, Andrea Gonzalez et coll. 2021. « Symptômes du trouble dépressif majeur pendant la pandémie de COVID-19 : résultats obtenus à partir d'un échantillon représentatif de la population canadienne », *Revue PSPMC,* Ottawa (Ontario), vol. 41, nº 11, p. 374 à 393. doi : 10.24095/hpcdp.41.11.04f.

7. Dozois, David J. A., Recherche en santé mentale Canada. 2021. « Anxiety and depression in Canada during the COVID-19 pandemic: A national survey », *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, vol. 62, nº 1, p. 136 à 142. doi : 10.1037/cap0000251.

8. Douglas, Margaret, Srinivasa Vittal Katikireddi, Martin Taulbut, Martin McKee et Gerry McCartney. 2020. « Mitigating the wider health effects of COVID-19 pandemic response », *BMJ*, vol. 369, art. m1557. doi : 10.1136/bmj.m1557.

9. Poteat, Tonia, Gregorio A. Millett, LaRon Nelson et Chris Beyrer. 2020. « Understanding COVID-19 risks and vulnerabilities among black communities in America: The lethal force of syndemics ». *Annals of Epidemiology*, vol. 47, p. 1 à 3. doi : 10.1016/j.annepidem.2020.05.004.

10. Laurencin, Cato T. et Aneesah McClinton. 2020. « The COVID-19 pandemic: A call to action to identify and address racial and ethnic disparities ». *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, vol. 7, nº 3, p. 398 à 402. doi : 10.1007/s40615-020-00756-0.

11. Yao, Hao, Jian-Hua Chen et Yi-Feng Xu. 2020. « Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic », *Lancet Psychiatry*, vol. 7, nº 4, p. e 21. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30090-0.

12. Slemon, Alex, Chris Richardson, Trevor Goodyear et coll. 2022. « Widening mental health and substance use inequities among sexual and gender minority populations: Findings from a repeated cross-sectional monitoring survey during the COVID-19 pandemic in Canada », *Psychiatry Research*, vol. 307, art. 114327. doi. 10.1016/j.psychres.2021.114327

13. McAuliffe, Corey, Javiera Pumarino, Kimberly C. Thomson et coll. 2021. « Correlates of suicidal ideation related to the COVID-19 pandemic: Repeated cross-sectional nationally representative Canadian data ». *SSM – Population Health*, vol. 16, art. 100988. doi. 10.1016/j.ssmph.2021.100988

14. Statistique Canada. 2021. « Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale : Information détaillée pour septembre à décembre 2020 », Ottawa (Ontario), https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1283036 (site consulté le 4 août 2022)

15. Statistique Canada. 2021. « Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale : Information détaillée pour septembre à décembre 2020 », Ottawa (Ontario), https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1322324 (site consulté le 4 août 2022)

16. Spitzer, Robert L., Kurt Kroenke, Janet B. W. Williams et Bernd Löwe. 2006. « A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7 », *Archives of internal medicine*, vol. 166, nº 10, p. 1092 à 1097. doi : 10.1001/archinte.166.10.1092.

17. Spitzer, Robert L., Kurt Kroenke et Janet B. W. Williams. 1999. « Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study », *JAMA*, vol. 282, nº 18, p. 1737 à 1744. doi : 10.1001/jama.282.18.1737.

18. Kroenke, Kurt et Robert L. Spitzer. 2002. « The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure », *Psychiatric Annals*, vol. 32, nº 9, p. 509 à 515. doi : 10.3928/0048-5713-20020901-06.

19. Kessler, Ronald C., Peggy R. Barker, Lisa J Colpe et coll. 2003. « Screening for serious mental illness in the general population », *Archives Of General Psychiatry*, vol. 60, nº 2, p. 184 à 189. doi : 10.1001/archpsyc.60.2.184.

20. Caron, Jean et Aihua Liu. 2010. « Étude descriptive de la prévalence de la détresse psychologique et des troubles mentaux au sein de la population canadienne : comparaison entre la population à faible revenu et la population à revenu plus élevé », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 30, nº 3, p. 86 à 97.

21. van Buuren, Stef et Karin Groothuis-Oudshoorn. 2011. « Mice: Multivariate imputation by chained equations », *R. Journal of Statistical Software*, vol. 45, nº 3, p. 1 à 67. doi : 10.18637/jss.v045.i03.

22. Rubin, Donald B. 1987. *Multiple imputation for nonresponse in surveys*, New York, John Wiley and Sons, 288 p.

23. Scrucca, Luca, Michael Fop, T. Brendan Murphy et Adrian E Raftery. 2016. « Mclust 5: Clustering, classification and density estimation using Gaussian finite mixture models », *The R Journal*, vol. 8, nº 1, p. 289 à 317.

24. Spurk, Daniel, Andreas Hirschi, Mo Wang, Domingo Valero et Simone Kauffeld. 2020. « Latent profile analysis: A review and "how to" guide of its application within vocational behavior research », *Journal of Vocational Behavior*, vol. 120, art. 103445. doi: 10.1016/j.jvb.2020.103445.

25. Lumley, Thomas. 2004. « Analysis of complex survey samples », *Journal of Statistical Software*, vol. 9, nº 8, p. 1 à 9.

26. Krueger, Robert F. et Kristian E. Markon. 2006. « Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology », *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 2, p. 111 à 133. doi : 10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095213.

27. McGrath, John J., Carmen C. W. Lim, Oleguer Plana-Ripoll et coll. 2020. « Comorbidity within mental disorders: A comprehensive analysis based on 145 990 survey respondents from 27 countries », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, nº 29, art, e153. doi: 10.1017/S2045796020000633.

28. Kessler, Ronald C., Christopher B. Nelson, Katherine A. McGonagle, Jinyun Liu et coll. 1996. « Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: Results from the US national comorbidity survey », *British Journal of Psychiatry Supplement*, vol 30, p. 17 à 30.

29. Kessler, Ronald C., Wai Tat Chiu, Olga Demler, Kathleen R Merikangas et Ellen E Walters. 2005. « Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication », *Archives Of General Psychiatry*, vol. 62, nº 6, p. 617 à 627. doi : 10.1001/archpsyc.62.6.617.

30. Bakish, D. 1999. The patient with comorbid depression and anxiety: The unmet need. J *Clin Psychiatry*, vol. 60, Suppl. 6, p. 20 à 24.

31. Warshaw MG, M.B. Keller et R.L. Stout. 1994. « Reliability and validity of the longitudinal interval follow-up evaluation for assessing outcome of anxiety disorders », *Journal of Psychiatric Research*, vol. 28, nº 6, p. 531 à 545. doi : 10.1016/0022-3956(94)90043-4.

32. Salzman, C., I. Goldenberg, S.E. Bruce et M.B. Keller. 2001. « Pharmacologic treatment of anxiety disorders in 1989 versus 1996: Results from the Harvard/Brown anxiety disorders research program », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 62, nº 3, p. 149 à 152. doi : 10.4088/jcp.v62n0302.

33. Bradshaw, T. et H. Mairs. 2014. « Obesity and serious mental ill health: A critical review of the literature », *Healthcare*, vol. 2, p. 166 à 182. doi. 10.3390/healthcare2020166

34. Vancampfort, D., J. Firth, F. Schuch et coll. 2017. « Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: A global systematic review and meta-analysis », *World Psychiatry*, vol. 16, p. 308 à 315. doi. 10.1002/wps.20458.

35. Ward M. et B. Dress. 2015. « The epidemiology of diabetes in psychotic disorders », *Lancet Psychiatry*, vol. 2, p. 431 à 451. doi. 10.1016/S2215-0366(15)00007-3.

36. Mazereel, V., K. Van Assche, J. Detraux et M. De Hert. 2021. « COVID-19 vaccination for people with severe mental illness: Why, what, and how? », *Lancet Psychiatry*, vol. 8, nº 5, p. 444 à 450. doi : 10.1016/S2215-0366(20)30564-2.

37. Kahl, K.G. et C.U. Correll. 2020. « Management of patients with severe mental illness during the coronavirus disease 2019 pandemic », *JAMA Psychiatry*, vol. 9, nº 77, p. 977 à 978. doi : 10.1001/jamapsychiatry.2020.1701.

38. Hyland, P., M. Shevlin, M. Cloitre et coll. 2019 « Quality not quantity: Loneliness subtypes, psychological trauma, and mental health in the US adult population », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 54, nº 9, p. 1089 à 1099. doi : 10.1007/s00127-018-1597-8

39. Beutel, M.E., E.M. Klein, E. Brähler et coll. 2017. « Loneliness in the general population: Prevalence, determinants and relations to mental health », *BMC Psychiatry*, vol 17, nº 1, p. 97. doi : 10.1186/s12888-017-1262-x.

40. Heron, P., P. Spanakis, S. Crosland et coll. 2022. « Loneliness among people with severe mental illness during the COVID-19 pandemic: Results from a linked UK population cohort study », PLOS ONE, vol. 17, nº 1, art. e0262363. doi : 10.1371/journal.pone.0262363.

41. Spanakis, P., P. Heron, L. Walker et coll. 2021. « Use of the Internet and digital devices among people with severe mental ill health during the COVID-19 pandemic restrictions », *Frontiers in Psychiatry*. doi: 10.3389/fpsyt.2021.732735.

42. Hawton, K., C. Casanas I Comabella, C. Haw et K. Saunders. 2013. « Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review », *Journal of Affective* Disorders, vol. 147, p. 17 à 28. doi : 10.1016/j.jad.2013.01.004.

43. Sareen, J., B.J. Cox, T.O. Afifi et coll. 2005. « Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: A population-based longitudinal study of adults », *Archives Of General Psychiatry*, vol. 62 nº 11, p. 1249 à 1257. doi : 62/11/1249.

44. Quevedo, LdA., C. Loret de Mola, R. Pearson et coll. 2020. « Mental disorders, comorbidities, and suicidality at 30 years of age in a Brazilian birth cohort », *Comprehensive Psychiatry*, vol. 102, art. 152194. doi : 10.1016/j.comppsych.2020.152194.

45. Sullivan, S., K. Myhre, E.L. Mitchell et coll. 2022. « Suicide and telehealth treatments: A PRISMA scoping review », *Archives of Suicide Research*, p. 1 à 21. doi. 10.1080/13811118.2022.2028.07

46. Liu, L., C.A. Capaldi et R.L. Dopko. 2021. « Recherche quantitative originale – Idées suicidaires au Canada pendant la pandémie de COVID-19 », *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, vol. 41, nº 11, p. 415 à 429. doi : 10.24095/hpcdp.41.11.06.

47. Gadermann, A.C., K.C. Thomson, C.G. Richardson et coll. 2021. « Examining the impacts of the COVID-19 pandemic on family mental health in Canada: Findings from a national cross-sectional study », *BMJ Open*, vol. 21, nº 11, art. e042871. doi : 10.1136/ bmjopen-2020-042871.

48. Roos, L.E., M. Salisbury, L. Penner-Goeke et coll. 2021. « Supporting families to protect child health: Parenting quality and household needs during the COVID-19 pandemic », *PLOS ONE*, vol. 16, nº 5, art. e0251720. doi : 10.1371/journal.pone.0251720.

49. Simba, H. et S. Ngcobo. 2020. « Are pandemics gender neutral? Women's health and COVID-19 », *Frontiers in Global Women's Health*. doi: 10.3389/fgwh.2020.570666.

50. Feinberg, M.E., J.A. Mogle, J. Lee et coll. 2021. « Impact of the COVID-19 pandemic on parent, child, and family functioning », *Family Process*. doi : 10.1111/famp.12649.

51. Scott, K.M., J.E. Wells, M. Angermeyer et coll. 2010. « Gender and the relationship between marital status and first onset of mood, anxiety and substance use disorders », *Psychological Medicine*, vol. 40, p. 1495 à 1505. doi : 10.1017/S0033291709991942.

52. Ben-Zur, H. 2012. « Loneliness, optimism, and well-being among married, divorced, and widowed individuals », *The Journal of Psychology*, vol. 146, p. 23 à 36. doi : 10.1080/00223980.2010.548414.