



Open Access Full Text Article

RESEARCH ARTICLE

Qualité de vie reliée à la santé et confinement: Analyse des effets et des facteurs de risque

[Health-related quality of life and lockdown: Analysis of effects and risk factors]

Thomas G. Poder^{1,2,3}

Élise Dufresne^{3,4}

Jie He⁵

Lucienne Talba⁶

Roxane Borgès Da Silva^{1,3,7}

¹Département de gestion, évaluation et politique de santé, École de santé publique de l'Université de Montréal

²Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de l'Est de l'Île de Montréal

³Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

⁴Département de médecine, Université de Montréal

⁵Département d'économique, École de gestion, Université de Sherbrooke

⁶Département d'économique, Université de Montréal

⁷Centre de recherche en santé publique, École de santé publique de l'Université de Montréal

Correspondence:

Thomas G. Poder,

Département de gestion, évaluation et politique de santé, École de santé publique de l'Université de Montréal, Université de Montréal, 7101 avenue du Parc, H3N 1X9, Qc, Canada

Email:

thomas.poder@umontreal.ca

Article received:

2 April 2021

Article accepted:

14 July 2021

Résumé : Les mesures de quarantaine et de confinement mises en œuvre pour lutter contre la propagation de la COVID-19 ont potentiellement des effets négatifs sur la qualité de vie reliée à la santé (QVRS). Certains groupes de population sont cependant plus à risque que d'autres de connaître une dégradation de leur QVRS. L'objet de cette étude est de mesurer l'effet du confinement sur la QVRS de la population générale du Québec et d'identifier quels groupes sont les plus susceptibles d'avoir connu une dégradation de leur QVRS. Une enquête aléatoire en ligne mesurant la QVRS à partir du Short-Form 6-Dimension version 2 (SF-6Dv2), du EuroQol 5-Dimension 5-Level (EQ-5D-5L) et du Clinical Outcomes in Routine Evaluation 6-Dimension (CORE-6D) a été réalisée auprès de la population générale du Québec, Canada, en trois temps (T1 à T3) entre mars et août 2020. Sur 3990 individus uniques ayant été sollicités, 3350 se sont rendus au moins jusqu'au SF-6Dv2, soit à la première des trois mesures de QVRS utilisées dans l'enquête. Que les données soient analysées pour l'échantillon au complet ou uniquement pour les individus ayant participé à au moins deux temps de l'enquête, les scores de QVRS augmentent tous, que ce soit entre T1 et T2 (faiblement) ou entre T1 et T3 (plus fortement), indiquant ainsi que la QVRS était plus faible pendant le confinement. Les femmes, les jeunes adultes, les individus ayant un problème de santé, ainsi que ceux ayant la responsabilité d'enfants de moins de 18 ans lorsqu'ils habitent en zone urbaine et/ou s'ils occupent un emploi, présentent un plus grand risque de voir leur QVRS demeurer à un niveau proche de celui vécu pendant le confinement (T1) et de ne pas s'améliorer lors du déconfinement. Pour pallier aux conséquences du confinement, il apparaît ainsi essentiel de porter une attention particulière aux individus les plus vulnérables et de mettre en place des politiques visant à favoriser une plus grande résilience.

Mots clés : Année de vie ajustée par la qualité; Confinement; COVID-19; Santé mentale; Québec.

Abstract: Quarantine and lockdown measures implemented to fight the spread of COVID-19 potentially have negative effects on health-related quality of life (HRQoL). Some population groups are at greater risk than others of experiencing a decline in their HRQoL. The purpose of this study was to measure the effect of the lockdown on the HRQoL of the general population of Quebec and to identify which groups are most likely to have experienced a degradation of their HRQoL. A random online survey measuring HRQoL from Short-Form 6-Dimension version 2 (SF-6Dv2), EuroQol 5-Dimension 5-Level (EQ-5D-5L) and Clinical Outcomes in Routine Evaluation 6-Dimension (CORE-6D) was carried out on the general population of Quebec, Canada, in three stages (T1 to T3) between March and August 2020. Of 3990 unique individuals who were solicited, 3350 made it to at least the SF-6Dv2, the first of the three HRQoL measurements used in the survey. Whether the data were analyzed for the entire sample or only for individuals who participated in at least two stages of the survey, HRQoL scores all increased, whether between T1 and T2 (weakly) or between T1 and T3 (more strongly), thus indicating that HRQoL was lower during lockdown. Women, young adults, individuals with a health problem, as well as those responsible for children under the age of 18 when living in urban areas and/or if they were employed, had a greater risk of seeing their HRQoL remain at a level close to that experienced

©2021 Poder et al., publisher and licensee CybelePress.com. This is an Open Access article, allowing unrestricted non-commercial use, provided the original work is properly cited.

during lockdown (T1) and of not improving after it. To mitigate the consequences of lockdown, it is essential to pay particular attention to the most vulnerable individuals and to put in place policies aimed at promoting greater resilience.

Keywords: Quality-adjusted life-year; Lockdown; COVID-19; Mental health; Quebec.

Introduction

Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la Santé caractérisait la propagation de la maladie à coronavirus (COVID-19) comme pandémie [1]. Sur le sol québécois, l'état d'urgence sanitaire fut décrété le 13 mars 2020 et le gouvernement québécois ferma les écoles et les garderies. Étant donné l'absence de vaccins et de thérapies efficaces pour contrer les infections au SARS-CoV-2 qui provoquent la COVID-19, des mesures de distanciation physique, de quarantaine et de confinement suivirent très rapidement. Dès le 3 avril 2020, 7277 cas avaient été déclarés et 155 décès constatés [2]. Au début du déconfinement, soit à partir du 4 mai 2020 pour le Québec hors Communauté Métropolitaine de Montréal (CMM) et du 25 mai 2020 pour la CMM [3], 32 662 cas avaient été confirmés et 3187 décès rapportés. En date du 1er octobre 2020, un reconfinement partiel pour la CMM et les régions de la Capitale Nationale et de Chaudières Appalaches était restauré alors que le nombre de cas déclarés était de 77 044 et le nombre de décès confirmés de 5872 [2].

Les précédentes épidémies, telles que celles du SRAS en 2003 et de l'Ebola de 2013 à 2016, ont permis d'observer que de telles mesures contribuent à diminuer la propagation du virus, c'est-à-dire à réduire le nombre de cas diagnostiqués positifs et le nombre de décès [4,5]. En revanche, celles-ci créent de l'isolement et peuvent avoir des effets négatifs sur la qualité de vie reliée à la santé (QVRS) et, en particulier, celle liée à la santé mentale (QVRSM). Diverses études transversales sur la COVID-19 réalisées à l'extérieur du Québec ont ainsi observé que le confinement entraîne une augmentation du niveau d'anxiété [6-9], de stress [10,11], de détresse [12,13], de dépression [8,9], de peur [14,15] et de solitude [16-18] chez la population évaluée. Des niveaux d'anxiété et de dépression plus

élevés ont également été observés lors de deux études longitudinales [19,20]. Les mesures de confinement ont par ailleurs un impact non négligeable au niveau de l'économie (p. ex. activité économique au ralenti), ce qui peut aussi avoir un impact au niveau de la santé mentale (p. ex. chômage et peur de la pauvreté) [4,5,21].

Certains groupes de population sont cependant plus à risque que d'autres de connaître une dégradation de leur QVRS. Les femmes [6,12,20,22], les jeunes adultes [6,8,12,23], les personnes avec un faible revenu [23,24], celles vivant seules [23] et les personnes ayant déjà reçu un diagnostic de problèmes de santé mentale [24-26] seraient plus à risque de voir leur niveau d'anxiété et de dépression augmenter. Au contraire, faire de l'activité physique [19,27], se fier à des informations fiables concernant la pandémie [25] et avoir un réseau social [28] seraient protecteurs.

Une importante limite de ces études est l'emploi de questionnaires ne permettant pas de quantifier l'amplitude de l'effet du confinement sur la QVRS qui soient compatibles avec l'analyse économique et les préférences des individus, étant donné qu'ils ne comportent pas de mesure d'utilité [29]. L'utilité est un concept économique très utilisé qui correspond à la préférence qu'un individu peut avoir pour un état de santé donné (p. ex. anxiété, fatigue, fonctionnement social, douleur/inconfort et fonctionnement physique) et qui est mesurée sur une échelle variant de 0 à 1, avec 0 représentant la mort et 1 une santé parfaite [29-31]. La valeur d'utilité (qualité de vie reliée à la santé) d'un état de santé combinée à sa durée de vie constitue un score unique standardisé nommé « année de vie ajustée par la qualité » (AVAQ) (quality-adjusted life-year, QALY). L'AVAQ constitue le principal outil de mesure de l'analyse coût-utilité qui vise l'évaluation des interventions en santé en termes d'amélioration de la qualité et de la

quantité de vie durant une période de temps donnée [32].

À notre connaissance, seules sept études ont évalué la QVRS avec une mesure d'AVAQ tant chez la population générale que chez des populations spécifiques durant la présente pandémie de COVID-19 [23,33-38]. Trois de ces études concernent la Chine et les quatre autres l'Allemagne, l'Espagne, les États-Unis et le Vietnam. La population générale est étudiée dans deux études locales en Chine et dans les études en Allemagne, aux États-Unis et au Vietnam. Toutes ces études sont de type transversal et utilisent l'EuroQol 5-Dimension (EQ-5D). Dans la première étude publiée, le EuroQol 5-Dimension 3-Levels (EQ-5D-3L) a été complété par 1500 individus vivant à Changzhi dans la province du Shanxi en Chine [33]. Les auteurs ont observé un score moyen de 0,949 (écart-type 0,102), avec 71,9% des personnes interrogées présentant la valeur maximale de 1. Les problèmes les plus fréquemment rapportés étaient la douleur/inconfort (19,0%) et l'anxiété/dépression (17,6%) et ceux-ci augmentaient significativement avec l'âge, les maladies chroniques, un plus faible revenu familial et le fait d'être sans emploi. De leur côté, Mao et al. [34] ont comparé l'état de santé de citoyens chinois résidants dans la province du Hubei, la province confinée à l'origine du virus, à celui de chinois vivant à l'extérieur de la province et à des Chinois vivant à l'étranger à partir du EuroQol 5-Dimension 5-Levels (EQ-5D-5L) et de son échelle visuelle analogue. Un total de 993 répondants a été recruté et les auteurs ont observé que l'état de santé rapporté par ceux-ci était plus faible que celui rapporté par de précédentes enquêtes nationales réalisées avec le EQ-5D. Également, parmi les participants résidant en Chine, ceux qui résidaient dans la province du Hubei ont rapporté un état de santé plus faible que les participants vivant dans les autres provinces, pour toutes les dimensions du questionnaire et l'échelle visuelle analogue. Quant aux citoyens chinois résidant à l'étranger, leur état de santé était encore plus faible que celui des

résidents de la province du Hubei. Dans la troisième étude réalisée en Chine, Chen et al. [35] ont évalué, à partir du EQ-5D-3L, la qualité de vie durant l'épidémie et les facteurs de risque associés auprès de 2435 travailleurs en entreprise résidant à Deqing ou à Taizhou dans la province du Zhejiang et qui venaient de retourner au travail. Les auteurs ont observé un score moyen de 0,990 (écart-type 0,033) avec une qualité de vie qui différait entre les deux villes étant donné leur différent niveau de risque associé à la COVID-19. En outre, l'anxiété/dépression était la dimension la plus impactée. L'inquiétude face à une épidémie de COVID-19, le statut matrimonial, le confinement, l'activité physique, le port du masque et le maintien de la ventilation de la maison étaient associés avec le niveau de qualité de vie rapporté. La principale limite de ces études effectuée en Chine repose sur leur devis d'étude transversal et non longitudinal, ce qui ne permet pas d'évaluer si le confinement a eu un effet sur le score d'AVAQ. Pour tenter de lever cette limite, Bäuerle et al. [36] ont recruté 15 704 allemands et leur ont demandé d'évaluer leur état de santé actuel durant le confinement (mars-avril 2020) et leur état de santé pré-pandémie de façon rétrospective à partir de l'échelle visuelle analogue du EQ-5D-3L. Les résultats ont indiqué une faible détérioration du score d'AVAQ (82,32 vs. 80,27). L'étude effectuée aux États-Unis par Hay et al. [23] a collecté des données sociodémographiques et de EQ-5D-5L auprès de 2746 individus et a comparé ces résultats avec les données d'autres enquêtes pré-pandémie. Ils ont trouvé que les scores d'AVAQ étaient significativement augmentés avec l'âge et le revenu. Il était cependant significativement plus bas pour les asiatiques, amérindiens ou natifs de l'Alaska, hispaniques, les individus mariés, vivant seul, ayant des antécédents de maladie chronique ou de dépression autodéclarée, présentant des symptômes de type COVID-19, ayant un membre de la famille diagnostiqués avec le COVID-19, un score élevé de peur de la COVID-19, une

insuffisance pondérale ou le fait de vivre en Californie. Pour ce qui est de l'étude faite au Vietnam par Tran et al. [38], l'enquête effectuée auprès de 341 individus avec le EQ-5D-5L indique de plus bas scores pour les femmes, ceux ayant une maladie chronique et ceux vivant dans des ménages de 3 à 5 membres. Le domaine de l'anxiété-dépression est celui ayant les plus mauvais résultats dans cette étude. Quant à Lara et al. [37], ces derniers ont évalué l'impact de la pandémie sur la QVRS de patients atteints de légère déficience cognitive amnésique ou d'Alzheimer léger après cinq semaines de confinement en Espagne. Un total de 40 patients et leur proche aidant ont rempli l'EQ-5D et son échelle visuelle analogue. Comparativement à leur état de santé mesuré le mois précédent le confinement, aucune différence significative n'a été observée cinq semaines après le confinement, tant du point de vue du patient lui-même que de leur proche aidant.

Objectifs

Cette étude vise d'une part à mesurer l'impact du confinement sur la QVRS de la population générale du Québec et, d'autre part, à identifier les facteurs de risque, de façon à mieux identifier quels groupes sont les plus susceptibles d'avoir connu une dégradation de leur QVRS. Les résultats permettront l'orientation des politiques de santé afin de favoriser la résilience des populations à risque dans la période post-confinement. Cet article présente d'abord la méthode employée, suivie des résultats obtenus et d'une discussion générale avant de conclure.

Méthodes

Participants

La population cible de cette étude était composée d'adultes résidant au Québec. Les participants âgés de moins de 18 ans et vivant à l'extérieur du Québec n'étaient pas admissibles à l'enquête.

Déroulement de l'enquête

Les données ont été recueillies par le biais d'un questionnaire en ligne auto-administré en français. Le questionnaire a été

administré en plusieurs temps (T1 à T3), permettant de réaliser des analyses en deux volets, l'un transversal avec tous les participants et l'autre longitudinal avec les seuls participants ayant complété au moins deux des trois temps de l'enquête. Le premier temps d'enquête (T1) s'est déroulé pendant le confinement (13 mars au 3 avril 2020), le deuxième (T2) au début du déconfinement (21 mai au 4 juin 2020), et le troisième (T3) du 29 juillet au 17 août 2020. Les participants ont été sollicités par la compagnie de sondage Dynata. Afin de recruter un échantillon représentatif de la population générale du Québec, Dynata a procédé à une sélection aléatoire stratifiée par âge, genre et niveau d'éducation de ses panelistes. La première page de l'enquête présentait le but de la recherche, son contenu et les coordonnées d'une personne ressource pour toute question ou plainte. Le consentement éclairé de ceux qui désiraient participer a été obtenu électroniquement avant que le questionnaire ne puisse être débuté.

Questionnaire

Le questionnaire comprenait différentes questions sur le statut socio-économique des répondants, leur perception de leur état de santé ainsi que trois instruments de mesure d'AVAQ. Deux de ces instruments sont des outils génériques, soient le SF-6Dv2 (Short-Form 6-Dimension version 2) et le EQ-5D-5L (EuroQol 5-Dimension 5-Level), alors que le troisième est spécifique à la santé mentale, soit le CORE-6D (Clinical Outcome in Routine Evaluation 6-Dimension).

Instruments de mesure de l'utilité

SF-6Dv2

Le questionnaire SF-6Dv2 comporte un système descriptif standardisé d'états de santé à 6 dimensions : fonctionnement physique, limitation des activités, fonctionnement social, douleur, santé mentale et vitalité [39-42]. Toutes les dimensions sont exprimées sur 5 niveaux, à l'exception de la douleur, qui utilise 6 niveaux, permettant la description de 18 750 états de santé différents. Le niveau 1 correspond à aucun

problème et le niveau 5 (ou 6) au pire problème. L'algorithme de conversion utilisé pour convertir les réponses au SF-6Dv2 en valeur d'utilité est le modèle ancré numéro 3 développé par Mulhern et al. [42]. Les valeurs d'utilité maximale et minimale de ce modèle sont de -0,574 et 1, respectivement.

EQ-5D-5L

Le questionnaire EQ-5D est un instrument basé sur les préférences en santé largement utilisée pour l'analyse coût-utilité [43,44]. La version la plus récente de ce questionnaire, le EQ-5D-5L, comporte les 5 dimensions d'origine (mobilité, autonomie, activités courantes, douleur/inconfort et anxiété/dépression) avec des options de réponse ayant été élargies de 3 à 5 niveaux. Cette extension permet de refléter une absence de problèmes et des problèmes légers, modérés, sévères et extrêmes, fournissant un éventail plus large de possibilités d'états de santé [45]. Le modèle utilisé pour convertir les réponses au EQ-5D-5L en valeur d'utilité est le numéro de 4 de Xie et al. [44] avec un minimum de -0,148 et un maximum de 0,949.

CORE-6D

À l'inverse des deux instruments présentés ci-haut qui sont génériques, le CORE-6D est un questionnaire spécifique à la santé mentale. Son système de classification est dérivé du CORE-OM et comporte 2 principales dimensions, soit une dimension émotionnelle comprenant 5 items (solitude, terreur, humiliation, capacités et idée suicidaire) et une dimension physique [46,47]. Chaque dimension compte 3 niveaux de réponse : jamais; seulement occasionnellement ou parfois; et souvent, la plupart du temps ou tout le temps. Le CORE-6D permet la description de 729 états de santé différents. Le modèle développé par Mavranouzouli et al. [46] permet d'obtenir des valeurs d'utilité comprises entre 0,1 et 0,95.

Exclusion des données

Les réponses ont été exclues si un participant avait débuté plusieurs sondages

au même temps d'enquête (seules les réponses répétées ont été exclues).

Analyse des données

Les données ont été compilées et filtrées dans Excel, puis transférées au logiciel d'analyse statistique Stata16 (StataCorp, TX). Pour évaluer si l'échantillon était représentatif de la population générale, des statistiques descriptives de la population adulte québécoise ont été ajoutées lorsqu'elles étaient disponibles par Statistique Canada ou l'Institut de la Statistique du Québec. Les tests statistiques usuels (c.-à-d. test t de Student, test de Chi-2) ont été effectués afin de comparer les résultats dans le temps et entre groupes. Afin d'identifier les facteurs de risque, une analyse descriptive ainsi que des estimations exploratoires en moindres carrés ordinaires (MCO) ont été effectuées sur les scores d'utilités de chaque instrument. Les estimations en MCO ont été faites avec un modèle univarié (c.-à-d. une seule variable explicative – le confinement) utilisant ou non des effets fixes de mois et de temps d'enquête, ainsi que pour un modèle multivarié utilisant à la fois des effets fixes de mois et de temps d'enquête et des effets fixes individuels (c.-à-d. correspondant aux caractéristiques sociodémographiques des répondants).

Approbation éthique

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, sous le numéro d'approbation 2017-1490. Un identifiant unique par répondant a été utilisé afin de prévenir de multiples remplissages et de pouvoir recontacter les participants aux différents temps de l'enquête par l'entremise de la compagnie de sondage Dynata. Toutes les données ont été collectées de façon anonyme et enregistrées sur un serveur sécurisé auquel seuls les membres formés de l'équipe de recherche ont eu accès.

Résultats

Caractéristiques des participants

Sur les participants ayant débuté le questionnaire (T1 : 1838, T2 : 2055 et T3 :

1772), 1708 participants, 1919 participants et 1627 participants ont atteint le premier questionnaire d'AVAQ, soit le SF-6Dv2, respectivement en T1, T2 et T3. Parmi ceux-ci, 1196 participants (T1), 1410 participants (T2) et 1172 participants (T3) ont complété les trois questionnaires d'AVAQ, ce qui correspond à un taux de réponse de 65,1%, 68,6% et 66,1%, respectivement. Sur les 765 participants ayant atteint le SF-6Dv2 à la fois en T1 et en T2, 582 participants ont terminé le questionnaire. Parmi les 740 participants qui ont atteint le SF-6Dv2 à la fois en T1 et T3 et les 943 participants qui l'ont atteint en T2 et T3, 488 participants et 625 participants, respectivement, ont terminé le questionnaire. Un total de 386 participants a complété les trois temps d'enquête en entier. Les caractéristiques des participants ayant au moins atteint le premier questionnaire d'AVAQ pour chaque temps d'enquête et pour les analyses longitudinales sont présentées aux tableaux 1 et 2. À noter que 91,1% des participants ont complété le premier temps d'enquête dans les 13 à 20 jours suivant le début du confinement (13 mars 2020) et que le deuxième temps d'enquête a été complété par 99,6% des participants dans les 18 à 28 jours suivant le début du déconfinement (4 mai 2020 pour l'ensemble du Québec hors CMM) (Tableau 3). Le troisième temps d'enquête a été complété entre 139 et 159 jours après le début du confinement (13 mars 2020), soit entre 86 et 106 jours après le début du déconfinement (4 mai 2020).

Les caractéristiques des populations des différents temps d'enquête sont

sensiblement les mêmes, bien que la population soit un peu plus âgée en T3. En effet, l'âge médian au moment de l'étude était de 51 ans en T1, de 54 ans en T2 et de 57 ans en T3. Un peu plus de 50% des participants était des femmes et près de 60% des participants étaient mariés ou conjoints de fait avec environ 70% vivant avec un autre adulte. Un peu moins du quart des participants en T1 et T2 et un peu plus de 15% des participants en T3 avaient au moins un enfant de moins de 18 ans. Entre 45 et 50% des participants étaient employés ou travailleurs autonomes et entre 30 et 35% sont allés à l'université. Selon les mesures prises uniquement en T3, environ 10,8% des participants étaient des professionnels de la santé ou autres travailleurs essentiels. Le revenu moyen des ménages variait entre 60 000 et 70 000\$. Entre 40 et 45% des participants vivaient dans la CMM (figure S1 et S2) et entre 60 et 65% étaient propriétaires. Les principaux problèmes de santé rapportés étaient la douleur, l'anxiété/stress, l'arthrose et la fatigue en T1 et T2 et la douleur, l'arthrose, le diabète et l'anxiété/stress en T3.

Les participants ayant complété l'enquête étaient généralement assez représentatifs de la population générale (Tableau 1). Les 18-34 ans et les 75 ans et plus étaient cependant sous-représentés alors que les 45-74 ans étaient sur-représentés lors des différents temps d'enquête. Davantage de participants étaient également propriétaires et vivaient à l'extérieur de la Communauté métropolitaine de Montréal.

Tableau 1. Caractéristiques des participants à chaque temps d'enquête

Caractéristiques	T1 ¹ N=1708 (%)	T2 ¹ N=1919 (%)	T3 ¹ N=1627 (%)	Population québécoise adulte ² N=6 842 228 (50,6)
Femme	936 (54,8)	1006 (52,4)	855 (52,6)	(50,6)
Âge				
18-24	131 (7,7)	89 (4,6)	34 (2,1)	(10,2)
25-29	117 (6,9)	103 (5,4)	53 (3,3)	(8,2)
30-34	109 (6,4)	116 (6,0)	77 (4,7)	(8,0)
35-39	153 (9,0)	160 (8,3)	119 (7,3)	(8,7)

40-44	133 (7,8)	145 (7,6)	125 (7,7)	(8,0)
45-49	151 (8,8)	172 (9,0)	124 (7,6)	(7,7)
50-54	186 (10,9)	205 (10,7)	160 (9,8)	(8,9)
55-59	194 (11,4)	211 (11,0)	214 (13,2)	(9,3)
60-64	190 (11,1)	221 (11,5)	225 (13,8)	(8,4)
65-69	183 (10,7)	264 (13,8)	267 (16,4)	(7,2)
70-74	106 (6,2)	152 (7,9)	148 (9,1)	(5,8)
≥75	55 (3,2)	81 (4,2)	81 (5,0)	(9,7)
Moyen en années [SD]	49,4 [15,8]	52,0 [15,3]	55,0 [14,1]	49,8
Médian en années [IQR]	51 [37-62]	54 [40-65]	57 [44-66]	-
Marié/conjoint	983 (57,6)	1137 (59,3)	951 (58,5)	(56,3)
Occupation principale				
Employé ou travailleur autonome	862 (50,5)	928 (48,4)	728 (44,7)	(59,5)
Retraité ou semi-retraité	502 (29,4)	664 (34,6)	682 (41,9)	(27,4)
À la maison	101 (5,9)	94 (4,9)	70 (4,3)	-
Étudiant	93 (5,4)	70 (3,7)	24 (1,5)	(3,3)
Sans emploi	97 (5,7)	103 (5,4)	66 (4,1)	(7,2)
Congé maladie ou maternité	53 (3,1)	60 (3,1)	57 (3,5)	(2,5)
Profession				
Professionnels de la santé	-	-	57 (3,5)	(13,9)
Autres travailleurs essentiels ³	-	-	119 (7,3)	-
Niveau d'éducation le plus élevé atteint				
Secondaire ou moins	447 (26,2)	456 (23,8)	414 (25,4)	(28,7)
Collégial ou DEP	754 (44,1)	813 (42,4)	656 (40,3)	(38,5)
Université	507 (29,7)	650 (33,9)	557 (34,2)	(32,8)
Revenu annuel brut du ménage (\$CAN)				
< 5 000 \$	35 (2,1)	29 (1,5)	27 (1,7)	-
5-9 999 \$	27 (1,6)	21 (1,1)	22 (1,4)	-
10-14 999 \$	88 (5,2)	67 (3,5)	63 (3,9)	-
15-19 999 \$	78 (4,6)	68 (3,6)	63 (3,9)	-
20-24 999 \$	89 (5,2)	102 (5,3)	94 (5,8)	-
25-34 999 \$	185 (10,8)	195 (10,2)	176 (10,9)	-
35-44 999 \$	204 (12,0)	213 (11,1)	195 (12,0)	-
45-54 999 \$	176 (10,3)	197 (10,3)	184 (11,4)	-
55-64 999 \$	141 (8,3)	182 (9,5)	138 (8,5)	-
65-74 999\$	120 (7,0)	138 (7,2)	122 (7,5)	-
75-84 999 \$	106 (6,2)	142 (7,4)	99 (6,1)	-
85-99 999 \$	152 (8,9)	165 (8,6)	131 (8,1)	-
100-119 999 \$	125 (7,3)	163 (8,5)	121 (7,5)	-
120-149 900 \$	105 (6,2)	126 (6,6)	103 (6,4)	-
> 150 000 \$	75 (4,4)	107 (5,6)	82 (5,1)	-
Moyen	62 586	67 049	64 174	61 061
Vis avec un autre adulte	1235 (72,3)	1390 (72,4)	1115 (68,5)	(70,6)
Responsable d'enfants < 18 ans	393 (23,0)	388 (20,2)	273 (16,8)	-
Plus d'un enfant	174 (44,5)	178 (45,9)	110 (40,3)	-
Âge médian plus jeune enfant [IQR]	8 [3-14]	8 [3-14]	8,5 [4-14]	-
Aidant naturel	135 (7,9)	159 (8,3)	116 (7,1)	-
Déjà été confronté à une maladie grave				
Soi-même	387 (22,7)	465 (24,2)	424 (26,1)	(22,4)

Dans la famille	870 (50,9)	969 (50,5)	817 (50,2)	(57,9)
En s'occupant d'une autre personne	296 (17,3)	339 (17,7)	319 (19,8)	-
Habitation				
Propriétaire	1034 (60,5)	1221 (63,6)	1040 (64,2)	(53,8)
Locataire	674 (39,5)	698 (36,4)	582 (35,8)	(46,2)
Région administrative de résidence				
Capitale-Nationale	233 (13,6)	242 (12,6)	230 (14,1)	(8,9)
Chaudière-Appalaches	117 (6,9)	112 (5,8)	105 (6,5)	(5,1)
Montérégie	329 (19,3)	347 (18,1)	300 (18,4)	(18,7)
Montréal	291 (17,0)	406 (21,2)	265 (16,3)	(24,2)
Laurentides	122 (7,1)	141 (7,4)	126 (7,7)	(7,3)
Lanaudière	95 (5,6)	99 (5,2)	94 (5,8)	(6,1)
Laval	79 (4,6)	89 (4,6)	77 (4,7)	(5,2)
Autre	442 (25,9)	483 (25,2)	430 (26,4)	(24,5)
Résident Communauté métropolitaine de Montréal				
Non	1012 (59,3)	1069 (55,7)	983 (60,4)	(52,0)
Oui	696 (40,8)	850 (44,3)	644 (39,6)	(48,0)
Souffre d'un problème de santé				
Anxiété/stress	211 (12,4)	212 (11,1)	165 (10,1)	-
Arthrose	210 (12,3)	202 (10,5)	201 (12,4)	-
Autres troubles mentaux	71 (4,2)	67 (3,5)	28 (1,7)	-
Dépression	-	-	92 (5,7)	-
Diabète	161 (9,4)	192 (10,0)	179 (11,0)	-
Douleur	231 (13,5)	235 (12,3)	215 (13,2)	-
Fatigue	194 (11,4)	196 (10,2)	161 (9,9)	-
Hypertension	161 (9,4)	184 (9,6)	157 (9,7)	-
Insomnie	168 (9,8)	152 (7,9)	142 (8,7)	-
Problème musculosquelettique	88 (5,2)	84 (4,4)	76 (4,7)	-
Autre	555 (32,5)	618 (32,2)	578 (35,5)	-
Satisfaction médiane de sa santé⁴ [IQR]	7 [6-8]	7 [6-8]	7 [6-8]	-
Satisfaction médiane de sa vie⁴ [IQR]	8[6-9]	8 [6-8]	8 [6-9]	-
Goût médian pour le risque⁴ [IQR]	5 [3-7]	5 [3-7]	5 [3-6]	-
Sentiment de cohérence⁵				
Moyenne [SD]	-	-	3,9 [1,3]	-
Médiane [IQR]	-	-	4 [3-5]	-
Peur de la COVID-19⁶				
Moyenne [SD]	-	-	16,4 [6,0]	-
Médiane [IQR]	-	-	16 [12-21]	-

DEP: Diplôme d'études professionnelles; SD: écart-type; IQR: interquartile (25%-75%).

¹ Caractéristiques des participants ayant complété le questionnaire jusqu'au premier questionnaire d'AVAQ.

² Les données proviennent de Statistique Canada et de l'Institut de la Statistique du Québec [53-56]. La population générale pour l'éducation était de 25 à 64 ans et de 15 ans et plus pour les antécédents de maladie grave.

³ Répertoire selon les données de Revenu Québec [57].

⁴ Mesurée sur une échelle de 0 à 10.

⁵ Le participant répond à 3 questions concernant le sentiment de cohérence [58]. Pour chaque question, les scores varient de 0 (non) à 2 (oui, souvent). Le score total est calculé en additionnant le score de chaque question (de 0 à 6). Plus le score est élevé, plus le sentiment de cohérence est grand.

⁶ Le participant répond à 7 questions concernant la peur de la COVID-19 [59]. Pour chaque question, les scores varient de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement en accord). Le score total est calculé en additionnant le score de chaque question (de 7 à 35). Plus le score est élevé, plus la peur de la COVID-19 est grande

Tableau 2. Caractéristiques des participants ayant complété plus d'un temps d'enquête

Caractéristiques	T1 ¹ &T2 N=765 (%)	T1 ¹ &T2&T3 N=545 (%)	T1 ¹ &T3 N=740 (%)	T2 ¹ &T3 N=943 (%)
Femme	387 (50,6)	264 (48,4)	385 (52,0)	460 (48,8)
Âge				
18-24	22 (2,9)	14 (2,6)	19 (2,6)	24 (2,5)
25-29	43 (5,6)	29 (5,3)	34 (4,6)	37 (3,9)
30-34	47 (6,1)	31 (5,7)	35 (4,7)	46 (4,9)
35-39	70 (9,2)	55 (10,1)	68 (9,2)	72 (7,6)
40-44	60 (7,8)	43 (7,9)	53 (7,2)	73 (7,7)
45-49	71 (9,3)	51 (9,4)	70 (9,5)	90 (9,5)
50-54	90 (11,8)	62 (11,4)	91 (12,3)	101 (10,7)
55-59	99 (12,9)	76 (13,9)	100 (13,5)	115 (12,2)
60-64	98 (12,8)	66 (12,1)	88 (11,9)	116 (12,3)
65-69	99 (12,9)	73 (13,4)	107 (14,5)	145 (15,4)
70-74	46 (6,0)	34 (6,2)	55 (7,4)	81 (8,6)
≥75	20 (2,6)	11 (2,0)	20 (2,7)	43 (4,6)
Moyen en années [SD]	51,7 [14,2]	51,7 [14,0]	52,7[13,9]	53,9 [14,3]
Médian en années [IQR]	54 [40-63]	54 [40-62]	54,5 [42-64]	56 [43-65]
Marié/conjoint	469 (61,3)	334 (61,3)	443 (59,9)	566 (60,0)
Occupation principale				
Employé ou travailleur autonome	397 (51,9)	293 (53,8)	387 (52,3)	434 (46,0)
Retraité ou semi-retraité	240 (31,4)	168 (30,8)	255 (34,5)	369 (39,1)
À la maison	55 (7,2)	33 (6,1)	42 (5,7)	40 (4,2)
Étudiant	17 (2,2)	10 (1,8)	12 (1,6)	19 (2,0)
Sans emploi	40 (5,2)	29 (5,3)	34 (4,6)	48 (5,1)
Congé maladie ou maternité	16 (2,1)	12 (2,2)	17 (2,3)	33 (3,5)
Profession				
Professionnels de la santé	-	22 (4,1)	28 (3,8)	33 (3,5)
Autres travailleurs essentiels ²	-	48 (8,7)	61 (8,2)	72 (7,6)
Niveau d'éducation le plus élevé atteint				
Secondaire ou moins	199 (26,0)	148 (27,2)	209 (28,2)	248 (26,3)
Collégial ou DEP	326 (42,6)	225 (41,3)	306 (41,4)	379 (40,2)
Université	240 (31,4)	172 (31,6)	225 (30,4)	316 (33,5)
Revenu annuel brut du ménage (\$CAN)				
< 5 000 \$	8 (1,1)	6 (1,1)	10 (1,4)	13 (1,4)
5-9 999 \$	10 (1,3)	8 (1,5)	10 (1,4)	14 (1,5)
10-14 999 \$	33 (4,3)	24 (4,4)	32 (4,3)	34 (3,6)
15-19 999 \$	26 (3,4)	18 (3,3)	30 (4,1)	34 (3,6)
20-24 999 \$	32 (4,2)	20 (3,7)	31 (4,2)	52 (5,5)
25-34 999 \$	83 (10,9)	64 (11,7)	88 (11,9)	102 (10,8)
35-44 999 \$	95 (12,4)	70 (12,8)	97 (13,1)	111 (11,8)
45-54 999 \$	80 (10,5)	56 (10,3)	77 (10,4)	101 (10,7)
55-64 999 \$	71 (9,3)	47 (8,6)	62 (8,4)	82 (8,7)
65-74 999\$	53 (6,9)	35 (6,4)	49 (6,6)	62 (6,6)
75-84 999 \$	50 (6,5)	38 (7,0)	50 (6,8)	57 (6,0)
85-99 999 \$	71 (9,3)	50 (9,2)	69 (9,3)	81 (8,6)
100-119 999 \$	62 (8,1)	40 (7,3)	46 (6,2)	81 (8,6)
120-149 900 \$	58 (7,6)	43 (7,9)	53 (7,2)	65 (6,9)

> 150 000 \$	33 (4,3)	26 (4,8)	36 (4,9)	54 (5,7)
Moyen	66 065	66 137	64 466	66 489
Vis avec un autre adulte	561 (73,3)	398 (73,0)	524 (70,8)	671 (71,2)
Responsable d'enfants < 18 ans	170 (22,2)	120 (22,0)	151 (20,4)	169 (17,9)
Plus d'un enfant	74 (43,5)	44 (36,7)	51 (34,0)	65 (38,5)
Âge médian plus jeune enfant [IQR]	8,5 [5-15]	8 [5-15]	10,5 [5-15]	8 [5-15]
Aidant naturel	65 (8,5)	47 (8,6)	61 (8,2)	73 (7,7)
Déjà été confronté à une maladie grave				
Soi-même	179 (23,4)	137 (25,1)	198 (26,8)	233 (24,7)
Dans la famille	376 (49,2)	276 (50,6)	382 (51,6)	478 (50,7)
En s'occupant d'une autre personne	138 (18,0)	103 (18,9)	132 (17,8)	181 (19,2)
Habitation				
Propriétaire	522 (68,2)	375 (68,8)	503 (68,0)	605 (64,2)
Locataire	243 (31,8)	170 (31,2)	237 (32,0)	338 (35,8)
Région administrative de résidence				
Capitale-Nationale	115 (15,0)	78 (14,3)	105 (14,2)	130 (13,8)
Chaudière-Appalaches	62 (8,1)	47 (8,6)	55 (7,4)	66 (7,0)
Montérégie	141 (18,4)	94 (17,3)	137 (18,5)	163 (17,3)
Montréal	116 (15,2)	89 (16,3)	120 (16,2)	151 (16,0)
Laurentides	53 (6,9)	36 (6,6)	52 (7,0)	72 (7,6)
Lanaudière	39 (5,1)	28 (5,1)	42 (5,7)	55 (5,8)
Laval	29 (3,8)	19 (3,5)	27 (3,7)	39 (4,1)
Autre	210 (27,5)	154 (28,3)	202 (27,3)	267 (28,3)
Résident Communauté métropolitaine de Montréal				
Non	483 (63,1)	345 (63,3)	454 (61,4)	584 (61,9)
Oui	282 (36,9)	200 (36,7)	286 (38,7)	359 (38,1)
Souffre d'un problème de santé	253 (33,1)	175 (32,4)	251 (33,9)	305 (32,3)
Anxiété/stress	82 (10,7)	54 (9,9)	71 (9,6)	99 (10,5)
Arthrose	98 (12,8)	68 (12,5)	100 (13,5)	108 (11,5)
Autres troubles mentaux	26 (3,4)	11 (2,0)	15 (2,0)	17 (1,8)
Dépression	-	33 (6,1)	41 (5,5)	57 (6,1)
Diabète	70 (9,2)	48 (8,8)	72 (9,7)	99 (10,5)
Douleur	110 (14,4)	76 (13,9)	97 (13,1)	127 (13,5)
Fatigue	78 (10,2)	56 (10,3)	75 (10,1)	107 (11,4)
Hypertension	75 (9,8)	52 (9,5)	73 (9,9)	95 (10,1)
Insomnie	67 (8,8)	52 (9,5)	70 (9,5)	80 (8,5)
Problème musculosquelettique	47 (6,1)	32 (5,9)	39 (5,3)	49 (5,2)
Autre	229 (29,9)	158 (29,0)	247 (33,4)	315 (33,4)
Satisfaction médiane de sa santé³ [IQR]	7 [6-8]	7 [6-8]	7 [6-8]	7 [6-8]
Satisfaction médiane de sa vie³ [IQR]	8 [6-9]	8 [6-9]	8 [6-9]	8 [6-8]
Goût médian pour le risque³ [IQR]	5 [2,5-7]	5 [2-7]	5 [2-7]	5 [3-7]
Sentiment de cohérence⁴	-			
Moyenne [SD]	-	3,9 [1,3]	3,9 [1,3]	4,0 [1,3]
Médiane [IQR]	-	4 [3-5]	4 [3-5]	4 [3-5]
Peur de la COVID-19⁵				
Moyenne [SD]	-	16,2 [6,2]	16,2 [6,1]	16,3 [6,0]
Médiane [IQR]	-	16 [11-21]	16 [11-21]	16 [12-21]

DÉP: Diplôme d'études professionnelles; SD: écart-type; IQR: interquartile (25%-75%).

¹ Les valeurs présentées sont celles du 1er temps d'enquête, excepté pour T2&T3 qui sont celles du 2^e temps d'enquête. Caractéristiques des participants ayant complété le questionnaire jusqu'au premier questionnaire d'AVAQ.

² Répertoire selon les données de Revenu Québec [57]

³ Mesurée sur une échelle de 0 à 10.

⁴ Le participant répond à 3 questions concernant le sentiment de cohérence [58]. Pour chaque question, les scores varient de 0 (non) à 2 (oui, souvent). Le score total est calculé en additionnant le score de chaque question (de 0 à 6). Plus le score est élevé, plus le sentiment de cohérence est grand. Le score est ici disponible pour T3 uniquement.

⁵ Le participant répond à 7 questions concernant la peur de la COVID-19 [59]. Pour chaque question, les scores varient de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement en accord). Le score total est calculé en additionnant le score de chaque question (de 7 à 35). Plus le score est élevé, plus la peur de la COVID-19 est grande. Le score est ici disponible pour T3 uniquement.

Score d'utilité et décomposition par dimensions

SF-6Dv2

Cinq mille deux cent cinquante-quatre (5254) réponses ont été obtenues pour le SF-6Dv2, ce qui correspond à 3350 participants uniques dont 765 ont répondu à la fois aux temps d'enquête 1 et 2; 740 à T1 et T3; 943 à T2 et T3; et 545 aux trois temps d'enquête. Les scores d'AVAQ pour le SF-6Dv2 sont présentés aux tableaux 4 à 6 selon que les données soient compilées en transversal ou en longitudinal. Le score d'utilité mesuré par le SF-6Dv2 est à son maximum (valeur de 1) et à son minimum (valeur de -0,574) pour 4,1% et 0,04% des participants, respectivement, avec un score moyen de 0,710 (écart type 0,263) pour l'ensemble de l'échantillon. La distribution du score d'utilité obtenu avec le SF-6Dv2 en transversal et en longitudinal est présenté en supplément (figures S3 à S5). Le score

moyen d'AVAQ a augmenté significativement entre les temps d'enquête pour l'ensemble des individus (transversal). Cela a également été observé chez les participants ayant répondu à deux temps d'enquête, cependant, l'augmentation chez ceux qui ont complété le premier et le deuxième temps d'enquête n'était pas significative. Quant aux individus ayant participé aux trois temps d'enquête, le score d'AVAQ moyen entre les temps d'enquête a augmenté de façon significative. Le score d'utilité moyen pour le SF-6Dv2 en fonction des caractéristiques des participants entre les temps d'enquête est présenté en supplément (Tableau S1). Brièvement, entre T1 et T3, les scores d'utilité ont significativement varié en fonction des principales caractéristiques des participants que sont leur âge, genre, éducation, revenu, localisation et la présence de problème de santé.

Tableau 3. Distribution des participants selon le nombre de jours écoulés depuis le lancement de l'enquête en ligne et le début du confinement au Québec (13 mars 2020)

Temps d'enquête	Nombre de jours depuis le lancement de l'enquête	Date correspondante	Participants N* (%)
T1	1-12	2020-03-13 ¹ au 2020-03-24	142 (8,3)
	13-20	2020-03-25 au 2020-04-01	1557 (91,2)
	21-30	2020-04-02 au 2020-04-11	7 (0,4)
	31-40	2020-04-12 au 2020-04-21	1 (0,1)
	41-50	2020-04-22 au 2020-05-01	1 (0,1)
	51-60	2020-05-02 au 2020-05-11 ²	-
	61-69	2020-05-12 au 2020-05-20	-
T2	70-80	2020-05-21 au 2020-05-31 ³	1911 (99,6)
	81-90	2020-06-01 au 2020-06-10	8 (0,4)
T3	139-150	2020-07-29 au 2020-08-08	892 (54,8)
	151-159	2020-08-09 au 2020-08-18	735 (45,2)

*Participants qui ont complété le questionnaire jusqu'au premier questionnaire d'AVAQ

¹ Début du confinement (13 mars 2020)

² Début du déconfinement pour l'ensemble du Québec hors CMM (4 mai 2020)

³ Début du déconfinement pour la CMM (25 mai 2020)

Tableau 4. Réponses au SF-6Dv2 (%) pour l'ensemble des individus

Dimensions	T1 N=1708	T2 N=1919	Valeur-p T1-T2 (Moyenne)	T3 N=1627	Valeur-p T1-T3 (Moyenne)	Valeur-p T2-T3 (Moyenne)
Score d'AVAQ moyen [SD]	0,695 [0,266]	0,709 [0,259]	0,0494*	0,727 [0,262]	0,0003*	0,0241*
Fonctionnement physique						
1 (aucun problème)	38,0	35,0	0,1232	37,6	0,3149	0,2603
2	46,7	48,6		46,2		
3	9,2	10,6	(1,85 vs	9,5	(1,85 vs	(1,88 vs
4	5,0	5,0	1,88)	6,2	1,86)	1,86)
5 (pire problème)	1,2	0,8		0,6		
Limitation des activités						
1 (aucun problème)	32,3	30,8	0,4939	35,2	0,0033*	0,0022*
2	29,0	30,6		29,9		
3	26,0	27,2	(2,22 vs	25,1	(2,22 vs	(2,22 vs
4	10,3	8,8	2,22)	7,5	2,12)	2,12)
5 (pire problème)	2,5	2,6		2,3		
Fonctionnement social						
1 (aucun problème)	39,8	43,7	0,0217*	46,1	0,0008*	0,1024
2	28,9	27,3		25,8		
3	21,3	19,5	(2,04 vs	19,7	(2,04 vs	(1,97 vs
4	7,7	7,7	1,97)	6,4	1,92)	1,92)
5 (pire problème)	2,3	1,9		2,0		
Douleur						
1 (aucun problème)	21,7	23,5	0,1700	24,5	0,0324*	0,1782
2	25,6	26,3		26,8		
3	24,4	21,9	(2,70 vs	22,0	(2,70 vs	(2,66 vs
4	19,3	19,4	2,66)	17,6	2,62)	2,62)
5	7,6	7,2		7,6		
6 (pire problème)	1,5	1,7		1,5		
Santé mentale						
1 (aucun problème)	24,4	29,0	0,0003*	34,5	0,0000*	0,0000*
2	30,9	31,2		30,7		
3	32,5	29,3	(2,35 vs	26,9	(2,35 vs	(2,23 vs
4	10,0	8,9	2,23)	6,6	2,09)	2,09)
5 (pire problème)	2,2	1,6		1,3		
Vitalité						
1 (aucun problème)	17,0	17,2	0,0843*	20,3	0,0101*	0,1424
2	34,0	35,4		32,6		
3	34,3	35,0	(2,49 vs	35,0	(2,49 vs	(2,45 vs
4	12,7	10,5	2,45)	9,8	2,41)	2,41)
5 (pire problème)	2,1	1,9		2,3		

AVAQ : Année de vie ajustée par la qualité ; *Significatif au seuil de 0,1

Parmi les 6 dimensions composant le SF-6Dv2, la vitalité est la plus fréquemment signalée comme étant affectée dans la cohorte (déclarée comme tout à fait normale (valeur de 1) par 17,0% (T1), 17,2% (T2) et 20,3% (T3) des participants)

(tableaux 4 à 6). Le fonctionnement social est par contre la dimension la plus souvent rapportée comme non affectée (T1 : 39,8%; T2 : 43,7% et T3 : 46,1%). Parmi les 6 dimensions, une différence statistiquement significative à un seuil de 10% a été

observée pour 5 d'entre elles, soient pour la limitation des activités (T1 vs. T3 et T2 vs. T3), le fonctionnement social (T1 vs. T2 et

T1 vs. T3), la douleur (T1 vs. T3), la santé mentale (T1 vs. T2, T1 vs. T3 et T2 vs. T3) et la vitalité (T1 vs. T2 et T1 vs. T3).

Tableau 5. Réponses au SF-6Dv2 (%) pour les individus ayant participé à deux temps d'enquête

Dimensions	T1&T2			T1&T3			T2&T3		
	T1 N=765	T2 N=765	Valeur-p T1-T2 (Moyenne)	T1 N=740	T3 N=740	Valeur-p T1-T3 (Moyenne)	T2 N=943	T3 N=943	Valeur-p T2-T3 (Moyenne)
Score d'AVAQ moyen [SD]	0,703 [0,267]	0,713 [0,260]	0,2205	0,711 [0,261]	0,732 [0,259]	0,0589*	0,717 [0,263]	0,736 [0,258]	0,0540*
Fonctionnement physique									
1 (aucun problème)	37,3	36,1	0,4638	37,6	39,6	0,3697	34,8	37,7	0,2130
2	47,1	48,6		47,4	44,9		49,8	47,4	
3	9,8	10,1	(1,85 vs	9,5	9,2	(1,84 vs	9,7	8,8	(1,87 vs
4	4,7	4,6	1,85)	4,2	5,8	1,83)	5,0	5,6	1,84)
5 (pire problème)	1,2	0,7		1,4	0,5		0,7	0,5	
Limitation des activités									
1 (aucun problème)	34,8	31,1	0,4613	34,6	36,6	0,1371	32,8	36,0	0,0957*
2	28,6	32,3		30,0	28,5		32,8	30,8	
3	24,6	27,5	(2,17 vs	24,7	26,9	(2,14 vs	25,3	24,0	(2,15 vs
4	9,3	7,5	2,17)	8,0	6,0	2,08)	7,6	7,1	2,09)
5 (pire problème)	2,8	2,0		2,7	2,0		2,4	2,2	
Fonctionnement social									
1 (aucun problème)	41,6	41,2	0,2434	42,0	45,1	0,3175	44,9	47,6	0,1878
2	30,1	32,3		29,9	26,5		28,5	25,7	
3	19,1	18,3	(1,99 vs	20,0	19,6	(1,97 vs	17,3	18,6	(1,93 vs
4	6,5	6,7	1,95)	5,7	6,8	1,94)	7,2	6,5	1,89)
5 (pire problème)	2,8	1,6		2,4	2,0		2,1	1,7	
Douleur									
1 (aucun problème)	22,0	23,3	0,4844	22,2	26,5	0,0627*	24,4	25,2	0,1787
2	25,8	24,2		26,2	25,4		26,5	27,6	
3	24,6	23,5	(2,69 vs	24,1	21,5	(2,68 vs	22,6	21,6	(2,62 vs
4	17,8	19,6	2,69)	17,8	18,2	2,58)	17,2	17,4	2,57)
5	8,6	8,1		8,2	7,2		7,6	7,1	
6 (pire problème)	1,3	1,3		1,5	1,2		1,7	1,1	
Santé mentale									
1 (aucun problème)	26,1	30,2	0,0554*	25,8	34,3	0,0018*	31,4	36,0	0,0075*
2	32,4	32,7		33,7	31,4		30,7	31,2	
3	31,6	26,9	(2,27 vs	32,2	26,1	(2,25 vs	28,1	24,6	(2,18 vs
4	7,7	8,4	2,19)	6,6	6,6	2,10)	8,3	6,8	2,07)
5 (pire problème)	2,1	1,8		1,8	1,6		1,6	1,5	
Vitalité									
1 (aucun problème)	18,6	16,7	0,5000	18,9	20,4	0,2837	16,4	21,6	0,0737*
2	34,8	36,9		33,4	33,0		37,0	33,4	
3	32,6	33,6	(2,44 vs	33,8	34,1	(2,45 vs	34,6	33,3	(2,44 vs
4	12,0	11,0	2,44)	12,0	9,7	2,42)	10,3	9,3	2,37)
5 (pire problème)	2,1	1,8		1,9	2,8		1,7	2,3	

AVAQ : Année de vie ajustée par la qualité ; *Significatif au seuil de 0,1

Tableau 6. Réponses au SF-6Dv2 (%) pour les individus ayant participé aux trois temps d'enquête

Dimensions	T1&T2&T3			Valeur-p T1-T3 (Moyenne)
	T1 N=545	T2 N=545	T3 N=545	
Score d'AVAQ moyen [SD]	0,705 [0,271]	0,715 [0,267]	0,735 [0,262]	0,0309*
Fonctionnement physique				
1 (aucun problème)	37,8	37,3	39,6	0,2979
2	47,2	48,1	45,7	
3	9,2	9,2	8,6	(1,84 vs
4	4,6	4,8	5,5	1,82)
5 (pire problème)	1,3	0,7	0,6	
Limitation des activités				
1 (aucun problème)	34,1	33,4	37,4	0,0754*
2	31,4	31,6	29,4	
3	22,9	26,2	25,3	(2,15 vs
4	8,4	6,4	5,7	2,06)
5 (pire problème)	3,1	2,4	2,2	
Fonctionnement social				
1 (aucun problème)	41,8	41,8	45,9	0,2203
2	30,1	32,3	26,2	
3	19,3	17,1	18,5	(1,98 vs
4	5,5	6,8	7,3	1,93)
5 (pire problème)	3,3	2,0	2,0	
Douleur				
1 (aucun problème)	22,9	24,8	27,0	0,0896*
2	26,2	25,3	25,9	
3	24,0	22,2	21,1	(2,66 vs
4	16,5	18,2	17,8	2,56)
5	9,0	8,1	7,2	
6 (pire problème)	1,3	1,5	1,1	
Santé mentale				
1 (aucun problème)	25,3	30,5	35,4	0,0013*
2	33,9	31,6	30,5	
3	31,0	27,5	25,5	(2,27 vs
4	7,5	8,6	7,0	2,09)
5 (pire problème)	2,2	1,8	1,7	
Vitalité				
1 (aucun problème)	18,9	16,0	22,9	0,1164
2	34,3	39,3	31,6	
3	31,9	31,9	33,0	(2,45 vs
4	12,7	10,8	9,9	2,38)
5 (pire problème)	2,2	2,0	2,6	

AVAQ : Année de vie ajustée par la qualité ; *Significatif au seuil de 0,1

De façon générale, le score moyen de chaque dimension a tendance à diminuer à travers les différents temps d'enquête, excepté pour le fonctionnement physique

qui est demeuré stable (à noter qu'une diminution du score correspond ici à une amélioration de l'état de santé, à l'inverse du score de QALY). La santé mentale est la

dimension dont le score moyen a le plus diminué entre T1 et T3. Chez les participants ayant participé à deux temps d'enquête, une différence statistiquement significative a été observé au niveau de 4 dimensions, soient la limitation des activités (entre T2 et T3), la douleur (entre T1 et T3), la santé mentale (entre T1 et T2; T1 et T3; et T2 et T3) et la vitalité (entre T2 et T3) santé mentale. La moyenne des scores de chaque dimension a ici tendance à diminuer à travers les différents temps d'enquête, excepté pour le fonctionnement physique et le fonctionnement social qui sont demeurés stables. La santé mentale est la dimension dont le score moyen a le plus diminué entre T1 et T3. Chez les participants ayant participé aux trois temps d'enquête, le score moyen a le plus diminué entre T1 et T3 au niveau de la santé mentale.

EQ-5D-5L

Trois mille sept cent quatre-vingt-six (3786) réponses ont été obtenues pour le EQ-5D-5L, ce qui correspond à 2475 participants dont 583 ont répondu à la fois aux temps d'enquête 1 et 2, 489 à T1 et T3; 626 à T2 et T3; et 387 aux trois temps d'enquête. Le score d'utilité mesuré par le EQ-5D-5L est à son maximum (valeur de 0,949) et à son minimum (valeur de -0,148) pour 20,1% et 0,03% des participants, respectivement, avec un score moyen de 0,827 (écart type 0,154). Avec le EQ-5D-5L, le score moyen d'AVAQ est demeuré stable entre les temps d'enquête pour l'ensemble des individus (transversal). Cela a également été observé chez les participants ayant répondu à deux temps d'enquête. Quant aux individus ayant participé aux trois temps d'enquête, le score d'AVAQ moyen entre les temps d'enquête a légèrement augmenté entre T1, T2 et T3, bien que cela ne soit pas significatif ($p=0,2874$). Le score d'utilité moyen pour le EQ-5D-5L en fonction des caractéristiques des participants entre les temps d'enquête est présenté en supplément (Tableau S2). Contrairement au SF-6Dv2, peu de scores d'utilité ont varié significativement entre les différents temps

d'enquête selon les caractéristiques des participants.

Parmi les 5 dimensions composant le EQ-5D-5L, la dimension douleur/inconfort est celle qui est la plus fréquemment signalée comme étant affectée dans la cohorte (déclarée comme tout à fait normale par 35,6% (T1), 35,7% (T2) et 34,0% (T3) des participants) (tableaux 7 à 9). À l'inverse, l'autonomie est la dimension la plus souvent rapportée comme non affectée (T1 : 92,0%; T2 : 89,9% et T3 : 91,0%). Parmi les 5 dimensions, une différence statistiquement significative à un seuil de 10% a été observée pour la mobilité (T1 vs. T2 et T1 vs. T3) et pour la dimension anxiété/dépression (T1 vs. T2, T1 vs. T3 et T2 vs. T3). Le score moyen a diminué pour l'anxiété/dépression, est demeuré stable pour l'autonomie, les activités courantes et la douleur et a augmenté légèrement pour la mobilité. L'anxiété/dépression est la dimension dont le score moyen a le plus varié entre T1 et T3. Chez les participants ayant participé à deux temps d'enquête, une différence statistiquement significative à un seuil de 10% a été observé pour la dimension anxiété/stress chez ceux qui ont participé à la fois en T1 et T3 (1,81 vs 1,74, $p=0,0946$) et en T2 et T3 (1,81 vs 1,72, $p=0,0549$). Chez les participants ayant participé aux trois temps d'enquête, le score moyen a le plus diminué entre T1 et T3 au niveau de l'anxiété/dépression.

CORE-6D

Trois mille sept cent soixante-dix-huit (3778) réponses ont été obtenues pour le CORE-6D, ce qui correspond à 2469 participants dont 582 ont répondu à la fois aux temps d'enquête 1 et 2, 488 à T1 et T3; 625 à T2 et T3; et 386 aux trois temps d'enquête. Le score d'utilité mesuré par le CORE-6D est à son maximum (valeur de 0,95) et à son minimum (valeur de 0,1) pour 6,3% et 0,7% des participants, respectivement, avec un score moyen de 0,741 (écart type 0,159). Avec le CORE-6D, le score moyen d'AVAQ a augmenté significativement entre les temps d'enquête pour l'ensemble des individus (transversal).

Cela a également été observé chez les participants ayant répondu à deux temps d'enquête, cependant, l'augmentation chez ceux qui ont complété à la fois T1 et T2, et T2 et T3 n'était pas significative. Quant aux individus ayant participé aux trois temps d'enquête, le score d'AVAQ moyen entre les temps d'enquête T1 et T3 a augmenté de façon significative. Le score d'utilité moyen pour le CORE-6D en fonction des caractéristiques des participants entre les

temps d'enquête est présenté en supplément (Tableau S3). Brièvement, entre T1 et T3, à l'instar du SF-6Dv2, la majorité des scores d'utilité ont varié significativement entre les différents temps d'enquête selon les caractéristiques des participants.

Parmi les 6 dimensions utilisées par le CORE-6D, la dimension des capacités est celle qui est la plus fréquemment signalée comme étant affectée dans la cohorte

Tableau 7. Réponses au EQ-5D-5L (%) pour l'ensemble des individus

Dimensions	T1 N=1200	T2 N=1412	Valeur-p T1-T2 (Moyenne)	T3 N=1174	Valeur-p T1-T3 (Moyenne)	Valeur-p T2-T3 (Moyenne)	Normes de la population québécoise ¹
Score d'AVAQ moyen [SD]	0,824 [0,154]	0,829 [0,148]	0,2008	0,828 [0,159]	0,2872	0,5890	-
Mobilité							
Aucun problème (1)	75,8	73,3	0,0935*	73,8	0,0277*	0,2307	72,9
Problèmes légers	14,9	15,7		14,6			15,6
Problèmes modérés	6,3	8,1	(1,37 vs	7,4	(1,37 vs	(1,41 vs	8,1
Problèmes sévères	2,2	2,5	1,41)	3,0	1,43)	1,43)	2,8
Incapacité (5)	0,8	0,4		1,3			0,7
Autonomie							
Aucun problème (1)	92,0	89,9	0,2381	91,0	0,1911	0,4064	91,6
Problèmes légers	4,2	6,0		4,3			4,9
Problèmes modérés	2,6	3,4	(1,14 vs	3,0	(1,14 vs	(1,15 vs	2,6
Problèmes sévères	0,8	0,4	1,15)	1,6	1,16)	1,16)	0,7
Incapacité (5)	0,5	0,3		0,1			0,3
Activités courantes							
Aucun problème (1)	74,2	73,4	0,4284	74,5	0,3366	0,3955	70,9
Problèmes légers	15,2	16,8		16,1			18,1
Problèmes modérés	7,8	7,1	(1,40 vs	5,9	(1,40 vs	(1,39 vs	7,7
Problèmes sévères	2,4	2,3	1,39)	3,3	1,39)	1,39)	2,9
Incapacité (5)	0,5	0,4		0,3			0,4
Douleur/inconfort							
Aucun (1)	35,6	35,7	0,3654	34,0	0,3766	0,2520	32,1
Léger	41,4	42,5		44,3			45,2
Modéré	17,5	16,9	(1,93 vs	15,6	(1,93 vs	(1,92 vs	17,4
Sévère	5,2	4,0	1,92)	5,6	1,94)	1,94)	4,7
Extrême (5)	0,3	1,0		0,5			0,7
Anxiété/dépression							
Aucune (1)	43,8	46,4	0,0243*	51,3	0,0000*	0,0127*	46,8
Légère	32,7	32,9		30,2			32,4
Modérée	16,1	15,4	(1,89 vs	13,8	(1,89 vs	(1,82 vs	14,4
Sévère	5,4	3,3	1,82)	3,2	1,73)	1,73)	5,1
Extrême (5)	2,0	2,0		1,5			1,4

¹ Données compilées de 2016 à 2018 [51]. AVAQ : Année de vie ajustée par la qualité ; *Significatif au seuil de 0,1

Tableau 8. Réponses au EQ-5D-5L (%) pour les individus ayant participé à deux temps d'enquête

Dimensions	T1&T2			T1&T3			T2&T3		
	T1 N=583	T2 N=583	Valeur-p (Moyenne)	T1 N=489	T3 N=489	Valeur-p (Moyenne)	T2 N=626	T3 N=626	Valeur-p (Moyenne)
Score d'AVAQ moyen [SD]	0,823 [0,156]	0,826 [0,151]	0,3334	0,824 [0,161]	0,832 [0,153]	0,2414	0,830 [0,150]	0,830 [0,158]	0,4927
Mobilité									
Aucun problème (1)	73,1	71,9	0,4236	75,9	75,3	0,2205	73,2	74,1	0,2751
Problèmes légers	17,0	17,7		15,1	13,5		16,8	14,2	
Problèmes modérés	7,0	8,4	(1,40 vs	5,9	7,4	(1,37 vs	7,4	7,5	(1,40 vs
Problèmes sévères	2,4	1,5	1,41)	2,5	3,1	1,41)	2,2	3,0	1,43)
Incapacité (5)	0,5	0,5		0,6	0,8		0,5	1,1	
Autonomie									
Aucun problème (1)	91,6	89,7	0,3847	90,2	90,2	0,4127	91,7	90,6	0,1853
Problèmes légers	4,3	6,0		4,7	4,9		4,3	5,0	
Problèmes modérés	2,9	4,0	(1,14 vs	3,3	3,3	(1,17 vs	3,5	3,0	(1,13 vs
Problèmes sévères	0,9	0,3	1,15)	1,2	1,4	1,17)	0,3	1,3	1,15)
Incapacité (5)	0,3	0,0		0,6	0,2		0,2	0,2	
Activités courantes									
Aucun problème (1)	73,1	72,4	0,2414	75,5	74,6	0,2895	74,4	73,8	0,3946
Problèmes légers	15,1	18,7		13,5	17,0		17,1	17,6	
Problèmes modérés	9,4	6,9	(1,42 vs	8,2	5,9	(1,39 vs	5,6	5,4	(1,37 vs
Problèmes sévères	1,7	1,9	1,39)	2,3	2,3	1,36)	2,6	2,9	1,38)
Incapacité (5)	0,7	0,2		0,6	0,2		0,3	0,3	
Douleur/inconfort									
Aucun (1)	34,8	34,3	0,4609	34,8	35,2	0,3581	34,0	36,1	0,2195
Léger	39,8	40,8		42,1	42,5		43,3	43,0	
Modéré	19,4	18,9	(1,97 vs	16,8	16,8	(1,95 vs	17,1	14,9	(1,95 vs
Sévère	5,8	5,3	1,97)	5,9	5,1	1,93)	4,8	5,8	1,91)
Extrême (5)	0,2	0,7		0,4	0,4		0,8	0,3	
Anxiété/dépression									
Aucune (1)	46,1	45,8	0,2513	46,8	50,3	0,0946*	46,5	53,5	0,0549*
Légère	31,6	34,8		32,9	31,3		33,1	27,3	
Modérée	15,3	13,9	(1,85 vs	13,7	13,9	(1,81 vs	15,8	14,1	(1,81 vs
Sévère	5,3	3,4	1,81)	5,1	3,5	1,74)	2,6	3,7	1,72)
Extrême (5)	1,7	2,1		1,4	1,0		2,1	1,4	

AVAQ : Année de vie ajustée par la qualité ; *Significatif au seuil de 0,1

(déclarée comme tout à fait normale par 12,0% (T1), 11,2% (T2) et 11,0% (T3) des participants) (tableaux 10 à 12). À l'inverse, la dimension des idées suicidaires est celle qui est la plus souvent rapportée comme non affectée (T1 : 81,6%; T2 : 81,0% et T3 : 82,2%). Parmi les 6 dimensions, une différence statistiquement significative à un seuil de 10% a été observée pour les dimensions de solitude (entre T1 et T2; T1 et T3; et T2 et T3), terreur (entre T1 et T2;

T1 et T3; et T2 et T3) et capacités (entre T1 et T2; et T1 et T3). De façon générale, le score moyen de chaque dimension a tendance à diminuer à travers les différents temps d'enquête, excepté pour les capacités qui a légèrement augmenté. La solitude et la terreur sont les dimensions dont le score moyen a le plus diminué entre T1 et T3 (0,692 vs 0,561, p=0,000 et 0,520 vs 0,373, p=0,000). Chez les participants ayant participé à deux temps d'enquête,

une différence statistiquement significative à un seuil de 10% a été observé pour la dimension solitude chez ceux qui ont participé à la fois à T1 et T3 (0,703 vs 0,578, $p=0,0013$) et à T2 et T3 (0,626 vs 0,557, $p=0,0305$); pour la dimension terreur chez ceux qui ont participé à la fois à T1 et T2 (0,497 vs 0,443, $p=0,0621$) et T1 et T3 (0,496 vs 0,395, $p=0,0042$); et pour la dimension capacités chez ceux qui ont

participé à la fois à T2 et T3 (1,51 vs 1,56, $p=0,0965$). Chez les participants aux trois temps d'enquête, le score moyen a le plus diminué entre T1 et T3 pour la solitude et la terreur (0,692 vs 0,578, $p=0,008$ et 0,495 vs 0,396, $p=0,010$). L'auto-évaluation de la santé ainsi que les valeurs moyennes d'utilité à partir du système descriptif du CORE-6D répartie en 5 niveaux sont présentée en supplément (tableaux S4 à S6).

Tableau 9. Réponses au EQ-5D-5L (%) pour les individus ayant participé aux trois temps d'enquête

Dimensions	T1&T2&T3			Valeur-p T1-T3 (Moyenne)
	T1 N=387	T2 N=387	T3 N=387	
Score d'AVAQ moyen [SD]	0,820 [0,167]	0,823 [0,160]	0,827 [0,160]	0,2874
Mobilité				
Aucun problème (1)	74,7	72,4	73,6	0,2148
Problèmes légers	15,5	17,6	14,0	
Problèmes modérés	6,5	7,5	8,3	(1,39 vs
Problèmes sévères	2,6	1,8	3,1	1,44)
Incapacité (5)	0,8	0,8	1,0	
Autonomie				
Aucun problème (1)	90,4	89,7	89,9	0,5000
Problèmes légers	4,1	5,7	4,9	
Problèmes modérés	3,6	4,1	3,4	(1,17 vs
Problèmes sévères	1,3	0,5	1,6	1,17)
Incapacité (5)	0,5	0,0	0,3	
Activités courantes				
Aucun problème (1)	74,4	73,4	72,9	0,3030
Problèmes légers	13,2	18,4	18,9	
Problèmes modérés	9,8	5,4	5,4	(1,41 vs
Problèmes sévères	1,8	2,6	2,6	1,39)
Incapacité (5)	0,8	0,3	0,3	
Douleur/inconfort				
Aucun (1)	34,9	33,6	35,1	0,4525
Léger	41,1	41,6	40,8	
Modéré	16,8	18,1	17,6	(1,97 vs
Sévère	7,0	5,7	5,9	1,96)
Extrême (5)	0,3	1,0	0,5	
Anxiété/dépression				
Aucune (1)	46,8	45,0	50,9	0,0848*
Légère	32,3	35,1	30,2	
Modérée	13,7	14,5	14,5	(1,83 vs
Sévère	5,7	2,8	3,1	1,74)
Extrême (5)	1,6	2,6	1,3	

AVAQ : Année de vie ajustée par la qualité ; *Significatif à un seuil de 0,1

Tableau 10. Réponses au CORE-6D réparties en 3 niveaux (%) pour l'ensemble des individus

Dimensions	T1 N=1196	T2 N=1410	Valeur-p T1-T2 (Moyenne)	T3 N=1172	Valeur-p T1-T3 (Moyenne)	Valeur-p T2-T3 (Moyenne)
Score d'AVAQ moyen [SD]	0,731 [0,159]	0,742 [0,153]	0,0296*	0,752 [0,164]	0,0007*	0,0630*
Solitude						
Jamais (0)	41,8	46,0	0,0073*	51,8	0,0000*	0,0035*
Occasionnellement/parfois	47,2	45,0	(0,692 vs	40,3	(0,692 vs	(0,630 vs 0,561)
Souvent/la plupart/tout le temps (2)	11,0	9,0	0,630)	7,9	0,561)	
Terreur						
Jamais (0)	54,5	59,4	0,0021*	67,2	0,0000*	0,0002*
Occasionnellement/parfois	39,0	36,0	(0,520 vs	28,2	(0,520 vs	(0,452 vs 0,373)
Souvent/la plupart/tout le temps (2)	6,5	4,6	0,452)	4,5	0,373)	
Humiliation						
Jamais (0)	71,9	71,7	0,3555	74,5	0,1399	0,2189
Occasionnellement/parfois	23,3	24,5	(0,329 vs	20,7	(0,329 vs	(0,321 vs 0,304)
Souvent/la plupart/tout le temps (2)	4,8	3,8	0,321)	4,9	0,304)	
Capacités						
Jamais (0)	12,0	11,2	0,3691	11,0	0,0309*	0,0524*
Occasionnellement/parfois	25,1	25,7	(1,51 vs	21,7	(1,51 vs	(1,52 vs 1,56)
Souvent/la plupart/tout le temps (2)	63,0	63,1	1,52)	67,3	1,56)	
Suicide						
Jamais (0)	81,6	81,0	0,4337	82,2	0,4098	0,3430
Occasionnellement/parfois	14,2	15,1	(0,226 vs	13,6	(0,226 vs	(0,229 vs 0,221)
Souvent/la plupart/tout le temps (2)	4,2	3,9	0,229)	4,3	0,221)	
Physique						
Jamais (0)	34,6	33,7	0,3215	34,6	0,2268	0,3716
Occasionnellement/parfois	50,9	54,0	(0,798 vs	53,1	(0,798 vs	(0,787 vs 0,778)
Souvent/la plupart/tout le temps (2)	14,5	12,3	0,787)	12,4	0,778)	

AVAQ : Année de vie ajustée par la qualité ; *Significatif au seuil de 0,1

Estimations en moindres carrés ordinaires

Les résultats des estimations en MCO sont fournis en supplément (tableaux S7 à S9). Les modèles univariés confirment les résultats décrits précédemment avec une faible amélioration des scores d'utilité entre T1 et T2 et une amélioration significativement plus importante entre T1 et T3, de l'ordre de 0,03 en moyenne pour le SF-6Dv2 et le CORE-6D, alors que pour le EQ-5D-5L le gain est plus faible et non significatif (tableaux S7 et S8). Pour le modèle multivarié utilisant à la fois des effets fixes de mois et de temps d'enquête et des effets fixes individuels, l'analyse exploratoire révèle une grande hétérogénéité dans l'impact qu'a pu avoir le confinement sur le score de QALY selon les caractéristiques des

participants. De façon générale, on constate que le confinement a eu un effet négatif plus important chez les femmes, les jeunes adultes, les individus ayant un problème de santé, ainsi que ceux ayant la responsabilité d'enfants de moins de 18 ans lorsqu'ils habitent en zone urbaine et/ou s'ils occupent un emploi (Tableau S9). Si le revenu du ménage a généralement peu d'effet, dans certains cas un effet négatif semble cependant avoir lieu pour les individus ayant un faible revenu et vivant en milieu urbain. Toutefois, il est ici difficile de déterminer le seuil de revenu à partir duquel on pourrait observer un effet généralisé pour cette variable (c.-à-d. des analyses de sensibilité ont été effectuées sans grand résultats).

Tableau 11. Réponses au CORE-6D réparties en 3 niveaux (%) pour les individus ayant participé à deux temps d'enquête

Dimensions	T1&T2			T1&T3			T2&T3		
	T1 N=582	T2 N=582	Valeur-p (Moyenne)	T1 N=488	T3 N=488	Valeur-p (Moyenne)	T2 N=625	T3 N=625	Valeur-p (Moyenne)
Score d'AVAQ moyen [SD]	0,732 [0,161]	0,739 [0,157]	0,2183	0,728 [0,169]	0,746 [0,170]	0,0424*	0,744 [0,155]	0,751 [0,169]	0,2368
Solitude									
Jamais (0)	43,3	45,7	0,2111	40,6	50,6	0,0013*	46,7	53,0	0,0305*
Occasionnellement/parfois	46,1	44,3	(0,674 vs	48,6	41,0	(0,703 vs	44,0	38,4	(0,626 vs
Souvent/la plupart/tout le temps (2)	10,7	10,0	0,643)	10,9	8,4	0,578)	9,3	8,6	0,557)
Terreur									
Jamais (0)	56,0	60,0	0,0621*	56,6	65,0	0,0042*	61,4	66,1	0,1097
Occasionnellement/parfois	38,3	35,7	(0,497 vs	37,3	30,5	(0,496 vs	34,4	29,1	(0,427 vs
Souvent/la plupart/tout le temps (2)	5,7	4,3	0,443)	6,2	4,5	0,395)	4,2	4,8	0,387)
Humiliation									
Jamais (0)	71,8	71,3	0,4153	72,3	71,7	0,4336	72,5	75,5	0,2993
Occasionnellement/parfois	23,5	25,3	(0,328 vs	21,7	23,6	(0,336 vs	24,3	19,8	(0,307 vs
Souvent/la plupart/tout le temps (2)	4,6	3,4	0,321)	5,9	4,7	0,330)	3,2	4,6	0,291)
Capacités									
Jamais (0)	11,3	12,5	0,2131	11,3	11,7	0,5000	12,2	11,2	0,0965*
Occasionnellement/parfois	24,6	25,4	(1,53 vs	25,8	25,0	(1,52 vs	25,1	21,9	(1,51 vs
Souvent/la plupart/tout le temps (2)	64,1	62,0	1,49)	62,9	63,3	1,52)	62,7	66,9	1,56)
Suicide									
Jamais (0)	82,1	81,1	0,1817	80,1	79,7	0,3830	80,8	81,1	0,3362
Occasionnellement/parfois	14,3	13,6	(0,215 vs	15,2	15,0	(0,246 vs	13,6	14,2	(0,248 vs
Souvent/la plupart/tout le temps (2)	3,6	5,3	0,242)	4,7	5,3	0,256)	5,6	4,6	0,235)
Physique									
Jamais (0)	34,0	31,6	0,3614	33,0	36,1	0,1555	31,7	37,1	0,1181
Occasionnellement/parfois	51,2	54,6	(0,808 vs	52,7	50,8	(0,814 vs	56,8	50,2	(0,798 vs
Souvent/la plupart/tout le temps (2)	14,8	13,8	0,821)	14,3	13,1	0,770)	11,5	12,6	0,755)

AVAQ : Année de vie ajustée par la qualité ; *Significatif à un seuil de 0,1

Discussion

Cette étude visait d'une part à mesurer l'impact du confinement sur la QVRS de la population générale du Québec et, d'autre part, à identifier les facteurs de risque, de façon à mieux identifier quels groupes sont les plus susceptibles d'avoir connu une dégradation de leur QVRS. À notre connaissance, il s'agit de la première étude longitudinale à évaluer l'impact du

confinement sur la QVRS à partir de questionnaires d'AVAQ (SF-6Dv2, EQ-5D-5L et CORE-6D). Les résultats permettront l'orientation des politiques de santé afin de favoriser la résilience des populations à risque dans la période post-confinement.

Il a ainsi pu être constaté que le confinement a eu un effet négatif et non négligeable sur la QVRS des québécois (effet de 0,03 à 0,13 selon les modèles utilisés entre T1 et T3). Toutefois, cet effet a été

Tableau 12. Réponses au CORE-6D réparties en 3 niveaux (%) pour les individus ayant participé aux trois temps d'enquête

Dimensions	T1&T2&T3			Valeur-p T1-T3 (Moyenne)
	T1 N=386	T2 N=386	T3 N=386	
Score d'AVAQ moyen [SD]	0,727 [0,171]	0,739 [0,162]	0,747 [0,171]	0,0488*
Solitude				
Jamais (0)	42,2	46,4	50,5	0,0078*
Occasionnellement/parfois	46,4	43,0	41,2	(0,692 vs
Souvent/la plupart/tout le temps (2)	11,4	10,6	8,3	0,578)
Terreur				
Jamais (0)	56,7	59,8	64,5	0,0104*
Occasionnellement/parfois	37,1	35,5	31,4	(0,495 vs
Souvent/la plupart/tout le temps (2)	6,2	4,7	4,2	0,396)
Humiliation				
Jamais (0)	71,8	71,2	72,8	0,3069
Occasionnellement/parfois	22,5	25,1	22,5	(0,339 vs
Souvent/la plupart/tout le temps (2)	5,7	3,6	4,7	0,319)
Capacités				
Jamais (0)	11,7	14,3	13,0	0,3993
Occasionnellement/parfois	26,2	26,9	24,9	(1,51 vs
Souvent/la plupart/tout le temps (2)	62,2	58,8	62,2	1,49)
Suicide				
Jamais (0)	79,3	79,3	80,3	0,4466
Occasionnellement/parfois	16,1	14,0	14,5	(0,254 vs
Souvent/la plupart/tout le temps (2)	4,7	6,7	5,2	0,249)
Physique				
Jamais (0)	31,9	30,6	35,0	0,2096
Occasionnellement/parfois	53,1	56,0	50,8	(0,832 vs
Souvent/la plupart/tout le temps (2)	15,0	13,5	14,3	0,793)

AVAQ : Année de vie ajustée par la qualité ; *Significatif au seuil de 0,1

plus important chez certaines catégories comme les femmes, les jeunes adultes, les personnes souffrant déjà de problèmes de santé et dans certaines configurations de cas de personnes ayant la responsabilité d'enfants de moins de 18 ans (avec emploi et/ou urbain). En particulier chez les femmes, la baisse du score d'utilité pourrait avoir été supérieure à 0,15 dans le cas du SF-6Dv2 entre T1 et T3, ce que représente une variation d'environ 20% du score de QVRS.

L'une des forces de cette étude est que l'échantillon étudié était globalement représentatif de la population québécoise et de taille relativement importante. Le taux

de rétention des participants était également dans la moyenne d'autres études n'ayant au départ pas été prévues pour être des cohortes [48]. Parmi les participants qui ont atteint la section des questionnaires d'AVAQ, 44,8% ont ainsi complété le questionnaire à la fois en T1 et T2; et 43,3% des participants l'ont complété à la fois à T1 et T3. Cependant, seulement 31,9% l'ont complété aux trois temps d'enquête.

Une autre force de l'étude est l'emploi de questionnaires d'AVAQ pour évaluer l'impact du confinement sur la qualité de vie liée à la santé. Comparativement aux questionnaires utilisés dans d'autres études

pour évaluer la QVRS durant la pandémie [6-18], ceux-ci permettent de quantifier l'amplitude de l'effet du confinement sur la QVRS d'une façon qui soit compatible avec l'analyse économique et les préférences des individus pour différents état de santé [29]. Également, l'emploi de plusieurs questionnaires d'AVAQ a permis d'évaluer l'impact du confinement sur différentes dimensions de santé (p. ex. la santé mentale, la limitation des activités, le fonctionnement social et la vitalité avec le SF-6Dv2; l'anxiété/dépression avec le EQ-5D-5L; et la solitude et la terreur avec le CORE-6D). De plus, il est recommandé d'utiliser plusieurs mesures d'AVAQ afin de réduire le risque d'utiliser un instrument peu sensible à la situation évaluée ainsi que d'obtenir des résultats robustes [49].

Le SF-6Dv2 est le questionnaire avec le plus grand nombre de dimensions ayant varié significativement entre différents temps de l'enquête (5 sur 6). Dans cette cohorte, seule la dimension du fonctionnement physique n'a pas été affectée par le confinement. La dimension vitalité (fatigue) est celle qui a été la plus fréquemment signalée comme étant affectée dans la cohorte (déclarée comme tout à fait normale par 17,0% (T1) 17,2% (T2) et 20,3% (T3) des participants) et le fonctionnement social était la dimension la plus souvent rapportée comme non affectée (T1 : 39,8%; T2 : 43,7% et T3 : 46,1%). Ces observations ont également été faites par Wu et al. dans la population générale chinoise pré-pandémie (vitalité : 20,4% et fonctionnement social : 63,7%) [50]. Le score d'utilité mesuré par le SF-6Dv2 était dans notre étude à son maximum et minimum pour 4,1% et 0,04% des participants, respectivement. Dans une étude sur la population générale de la Grande-Bretagne pré-pandémie, Mulhern et al. [42], ont observé un plafond pour 5,6% des participants et un plancher pour 0,3% des participants. Pour Wu et al. [50] ce plafond a été atteint pour 6,5% des participants. Les résultats que nous avons obtenus sont proches de ceux de ces deux cohortes, ce qui semble indiquer que notre

échantillon correspond à la population générale québécoise. Cependant, en l'absence de précédentes études populationnelles réalisées avec le SF-6Dv2 au Québec et compte tenu du faible nombre de ces études conduites à l'extérieur du Québec, il est difficile de confirmer ces résultats.

À l'inverse du SF-6Dv2, peu de différences significatives ont été observées auprès des dimensions du EQ-5D-5L entre les différents temps de l'enquête. La dimension douleur/inconfort du EQ-5D-5L est celle qui a été la plus fréquemment observée comme étant affectée dans la cohorte (35,6% (T1); 35,7% (T2) et 34,0% (T3)), ce qui a également été observé dans une autre étude sur la population générale québécoise [51]. À l'inverse, l'autonomie est la dimension la plus souvent rapportée comme non affectée (T1 : 92,0%; T2 : 89,9% et T3 : 91,0%), ce qui reflète les valeurs de la population générale québécoise (91,6%). Le score moyen pour le EQ-5D-5L était de 0,827 (écart-type 0,154), ce qui est comparable à celui de la population générale québécoise : 0,824 (intervalle de confiance à 95% : 0,818-0,829).

Considérant que la mobilité (c.-à-d. problème pour se déplacer à pied) a vraisemblablement peu de lien avec le confinement dans le contexte actuel et que seule la dimension anxiété/dépression a connu une baisse significative entre T1 et T3, le EQ-5D-5L apparaît ici peu adapté pour évaluer la variation de QVRS dans le contexte de la pandémie actuelle. Ainsi, le EQ-5D-3L utilisé par Ping et al. [33] en Chine durant la présente pandémie est potentiellement encore moins pertinent pour capturer une diminution de la QVRS reliée au confinement en raison du faible nombre de niveaux utilisés. En tenant compte des limites de l'étude (p. ex. très peu de cas dans la région du Changzhi et nombre de cas diminué en Chine au moment de l'étude) et les différences culturelles, le choix du questionnaire pourrait également expliquer le haut score de QVRS lors du confinement (score moyen : 0,949; écart type : 0,102) [33].

Au niveau du CORE-6D, 3 des 6 dimensions ont varié significativement entre les différents temps d'enquête. En particulier, cet instrument a permis d'observer que le niveau de solitude et de terreur a diminué de façon importante lors du déconfinement. En l'absence d'étude populationnelle publiée avec le CORE-6D, aucune comparaison internationale n'est possible.

Ainsi, en contexte de pandémie actuelle, il serait plus intéressant d'utiliser le SF-6Dv2 et le CORE-6D étant donné que ces 2 questionnaires n'évaluent pas les mêmes dimensions et fournissent un aspect global de la santé physique et mentale des individus. En particulier, par rapport au EQ-5D-5L, ces deux instruments apparaissent comme plus sensibles et donc davantage en mesure de refléter l'impact du confinement sur la QVRS des populations.

Finalement, il importe d'évaluer les résultats de notre étude en considérant quelques limites. D'abord, bien que l'échantillon soit relativement grand, on observe que la population du Grand Montréal est sous-représentée alors qu'il s'agit de la région la plus impactée en termes de nombre de cas de COVID-19. Également, aucune question ne visait à évaluer si le participant était atteint ou avait été atteint par la COVID-19. Il est ainsi possible que les participants ayant pu répondre à l'enquête n'étaient pas les plus atteints de la maladie (n'ont probablement pas été hospitalisés). En outre, les individus analphabètes, n'ayant pas accès à internet (bien que très limité au Québec avec 7% des ménages n'ayant pas internet à son domicile en 2018) [52] ou ne parlant pas français n'ont pas pu être inclus dans cette étude.

Conclusion

Cette étude a permis de révéler un effet significatif du confinement vécu par les québécois entre mars et mai 2020 sur leur QVRS. En particulier, il a pu être observé que certains groupes de la population étaient plus vulnérables au confinement en termes de QVRS et qu'il est par conséquent

essentiel de leur porter une attention particulière afin de favoriser une plus grande résilience. Ces individus les plus vulnérables aux conséquences du confinement sont les femmes, les jeunes adultes, les individus ayant un problème de santé et ceux ayant la responsabilité d'enfants de moins de 18 ans lorsqu'ils habitent en zone urbaine et/ou s'ils occupent un emploi. D'autres méthodes pourront cependant être utilisées afin de confirmer ces résultats, de même que les données qui pourraient être collectées après l'épisode de la pandémie passée.

Remerciement

Nous remercions les participants à ce projet ainsi que plusieurs évaluateurs anonymes ayant apporté leurs précieux commentaires.

Financement

Ce travail a été financé grâce à un fonds de recherche du Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO), numéro de projet 8111.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

- [1] World Health Organization. Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19). 2020. Disponible au : <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>.
- [2] Institut national de santé publique du Québec. Données COVID-19 au Québec. 2020. Disponible au : <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>.
- [3] Gouvernement du Québec. Planification du déconfinement et conditionnel à l'évolution de la pandémie - secteurs privé et public. 2020. Disponible au : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/Plan_deconfinement/Planification_deconfinement_conditionnel_pandemie_covid19.pdf?1590425091.
- [4] Razai MS, Oakeshott P, Kankam H, Galea S, Stokes-Lampard H. Mitigating the psychological effects of social isolation during the covid-19 pandemic. *BMJ* 2020;369:m1904.
- [5] Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020;395(10227):912-20.
- [6] Rossi R, Soggi V, Talevi D, Mensi S, Ntoliu C, Pacitti F, et al. COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. An N=18147 web-based survey. medRxiv 2020.
- [7] Rosen Z, Weinberger-Litman SL, Rosenzweig C, Rosmarin DH, Muennig P, Carmody ER, et al. Anxiety

and distress among the first community quarantined in the US due to COVID-19: Psychological implications for the unfolding crisis. 2020. Disponible au : <https://psyarxiv.com/7eq8c/>.

[8] Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L, Ahmad A. Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian J Psychiatr* 2020;51:102092.

[9] Lei L, Huang X, Zhang S, Yang J, Yang L, Xu M. Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Med Sci Monit* 2020;26:e924609.

[10] Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cad Saude Publica* 2020;36(4):e00054020.

[11] Flesia L, Monaro M, Mazza C, et al. Predicting Perceived Stress Related to the Covid-19 Outbreak through Stable Psychological Traits and Machine Learning Models. *J Clin Med* 2020;9(10):3350.

[12] Niedzwiedz CL, Green MJ, Benzeval M, Campbell D, Craig P, Demou E, Leyland A, Pearce A, Thomson R, Whitley E, Katikireddi SV. Mental health and health behaviours before and during the initial phase of the COVID-19 lockdown: longitudinal analyses of the UK Household Longitudinal Study. *J Epidemiol Community Health* 2021;75(3):224-231.

[13] Bulbulia JA, Barlow F, Davis DE, Greaves L, Highland B, Houkamau CA, et al. National Longitudinal Investigation of COVID-19 Lockdown Distress Clarifies Mechanisms of Mental Health Burden and Relief. 2020. Disponible au : <https://psyarxiv.com/cswde/>

[14] Porcelli P. Fear, anxiety and health-related consequences after the COVID-19 epidemic. *Clinical Neuropsychiatry* 2020;17(2):103-11.

[15] Satici B, Saricali M, Satici SA, Griffiths MD. Intolerance of Uncertainty and Mental Wellbeing: Serial Mediation by Rumination and Fear of COVID-19. *Int J Ment Health Addict* 2020;1-12.

[16] Banerjee D, Rai M. Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness. *Int J Soc Psychiatry* 2020;20764020922269.

[17] Killgore WDS, Cloonan SA, Taylor EC, Dailey NS. Loneliness: A signature mental health concern in the era of COVID-19. *Psychiatry Res* 2020;290:113117.

[18] Okruszek Ł, Aniszewska-Stańczuk A, Piejka A, Wiśniewska M, Żurek K. Safe but Lonely? Loneliness, Anxiety, and Depression Symptoms and COVID-19. *Front Psychol* 2020;11:579181.

[19] Planchuelo-Gómez Á, Odriozola-González P, Irurtia MJ, de Luis-García R. Longitudinal evaluation of the psychological impact of the COVID-19 crisis in Spain. *J Affect Disord* 2020;277:842-849.

[20] Gopal A, Sharma AJ, Subramanyam MA. Dynamics of psychological responses to COVID-19 in India: A longitudinal study. *PLoS One* 2020;15(10):e0240650.

[21] Sacre H, Hajj A, Badro DA, Abou Selwan C, Aoun R, Salameh P. The Combined Outcomes of the COVID-19 Pandemic and a Collapsing Economy on Quality of Life: A Cross-Sectional Study. 2020. Disponible au : <https://www.researchsquare.com/article/rs-34832/v2>.

[22] Gonzalez-Jaramillo V, Gonzalez-Jaramillo N, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the Colombian population according to mitigation measures. Preliminary data from epidemiological models for the period March 18 to April 18, 2020. *Revista de Salud Publica* 2020;22(1).

[23] Hay JW, Gong CL, Jiao X, Zawadzki NK, Zawadzki RS, Pickard AS, Xie F, Crawford SA, Gu NY. A US Population Health Survey on the Impact of COVID-19 Using the EQ-5D-5L. *J Gen Intern Med* 2021;8:1-10. doi: 10.1007/s11606-021-06674-z. Epub ahead of print.

[24] Berthelot N, Lemieux R, Garon-Bissonnette J, Drouin-Maziade C, Martel É, Maziade M. Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2020;99(7):848-855.

[25] González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos M, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav Immun* 2020;87:172-176.

[26] Patra RC, Kanungo B, Bawa P. Mental health, sleep quality and quality of life in individuals with and without multiple health conditions during home quarantine in India due to the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *F1000Research* 2020;9(718):718.

[27] Amatriain-Fernández S, Murillo-Rodríguez ES, Gronwald T, Machado S, Budde H. Benefits of physical activity and physical exercise in the time of pandemic. *Psychol Trauma* 2020;12(S1):S264-S266.

[28] Pancani L, Marinucci M, Aureli N, Riva P. Forced social isolation and mental health: A study on 1006 Italians under COVID-19 quarantine. 2020. Disponible au : <https://psyarxiv.com/uacfi/>.

[29] Fauteux V, Poder TG. État des lieux sur les méthodes d'élicitation du QALY [Overview of QALY elicitation methods]. *Int J Health Pref Research* 2017;1:1-14.

[30] Azzano P, Dufresne É, Poder T, Bégin P. Economic considerations on the usage of biologics in the allergy clinic. *Allergy* 2021;76:191-209.

[31] Weinstein MC, Torrance G, McGuire A. QALYs: the basics. *Value in health* 2009;12:S5-S9.

[32] Shaker M, Greenhawt M. A primer on cost-effectiveness in the allergy clinic. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2019;123(2):120-8.e1.

[33] Ping W, Zheng J, Niu X, Guo C, Zhang J, Yang H, et al. Evaluation of health-related quality of life using EQ-5D in China during the COVID-19 pandemic. *PLoS one* 2020;15(6):e0234850.

[34] Mao Z, Kind P, Wang P, Chen B. PNS19 Using EQ-5D to Measure Health Status in Chinese Populations

during the Covid-19 Pandemic. *Value in Health Regional Issues* 2020;22:S84.

[35] Chen X, Xu Q, Lin H, Zhu J, Chen Y, Zhao Q, et al. Quality of life during the epidemic of COVID-19 and its associated factors among enterprise workers in East China. *BMC Public Health* 2021;21:1370.

[36] Bäuerle A, Steinbach J, Schweda A, Beckord J, Hetkamp M, Weismüller B, et al. Mental health burden of the CoVID-19 outbreak in Germany: predictors of mental health impairment. *Journal of Primary Care & Community Health* 2020;11:2150132720953682.

[37] Lara B, Carnes A, Dakterzada F, Benitez I, Piñol-Ripoll G. Neuropsychiatric symptoms and quality of life in Spanish patients with Alzheimer's disease during the COVID-19 lockdown. *Eur J Neurol* 2020;27(9):1744-1747.

[38] Tran BX, Nguyen HT, Le HT, et al. Impact of COVID-19 on Economic Well-Being and Quality of Life of the Vietnamese During the National Social Distancing. *Front Psychol* 2020;11:565153.

[39] Mulhern B, Brazier J. Developing version 2 of the SF-6D: the health state classification system. *Qual Life Res* 2014;23(S1):49.

[40] Poder TG, Fauteux V, He J, Brazier JE. Consistency between three different ways of administering the short form 6-dimension version 2. *Value in Health* 2019;22(7):837-42.

[41] Brazier JE, Mulhern BJ, Bjorner JB, Gandek B, Rowen D, Alonso J, et al. Developing a New Version of the SF-6D Health State Classification System From the SF-36v2: SF-6Dv2. *Medical Care* 2020;58(6):557-65.

[42] Mulhern BJ, Bansback N, Norman R, Brazier J. Valuing the SF-6Dv2 Classification System in the United Kingdom Using a Discrete-choice Experiment With Duration. *Medical Care* 2020;58(6):566-73.

[43] Ferreira LN, Ferreira PL, Pereira LN, Oppe M. EQ-5D Portuguese population norms. *Quality of life research* 2014;23(2):425-30.

[44] Xie F, Pullenayegum E, Gaebel K, Bansback N, Bryan S, Ohinmaa A, et al. A time trade-off-derived value set of the EQ-5D-5L for Canada. *Medical care* 2016;54(1):98.

[45] Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen M, Kind P, Parkin D, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of life research* 2011;20(10):1727-36.

[46] Mavranzouli I, Brazier JE, Rowen D, Barkham M. Estimating a preference-based index from the Clinical Outcomes in Routine Evaluation–Outcome Measure (CORE-OM) valuation of CORE-6D. *Medical Decision Making* 2013;33(3):381-95.

[47] Mavranzouli I, Brazier JE, Young TA, Barkham M. Using Rasch analysis to form plausible health states amenable to valuation: the development of CORE-6D from a measure of common mental health problems

(CORE-OM). *Quality of Life Research* 2011;20(3):321-33.

[48] Teague S, Youssef GJ, Macdonald JA, Sciberras E, Shatte A, Fuller-Tyszkiewicz M, et al. Retention strategies in longitudinal cohort studies: a systematic review and meta-analysis. *BMC medical research methodology* 2018;18(1):151.

[49] Feeny D, Furlong W, Torrance GW. Commentary. In Praise of Studies That Use More Than One Generic Preference-Based Measure. *Int J Technol Assess Health Care* 2019;35(4):257-62.

[50] Wu J, Xie S, He X, Chen G, Brazier JE. The Simplified Chinese version of SF-6Dv2: translation, cross-cultural adaptation and preliminary psychometric testing. *Quality of Life Research* 2020;29(5):1385-1391.

[51] Poder TG, Carrier N, Kouakou CRC. Quebec Health-Related Quality-of-Life Population Norms Using the EQ-5D-5L: Decomposition by Sociodemographic Data and Health Problems. *Value Health* 2020;23(2):251-9.

[52] La Presse Canadienne. 93% des adultes québécois possèdent une connexion Internet à la maison. Le Soleil 2019. Disponible au : <https://www.lesoleil.com/affaires/93-des-adultes-quebecois-possedent-une-connexion-internet-a-la-maison-2a1b83f5cd7e69712fd885c968b55045>.

[53] Communauté métropolitaine de Montréal. La CCM en chiffres. 2020. Disponible au : <https://cmm.qc.ca/a-propos/la-cmm-en-chiffres/>.

[54] Institut de la statistique du Québec. Panorama des régions du Québec. 2019. Disponible au : <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/panorama-regions-2019.pdf#page=23>.

[55] Institut de la statistique du Québec. Estimations de la population des régions administratives, Québec, 1er juillet 1986 à 2019. 2019. Disponible au : <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/ra-totaux.htm>.

[56] Institut de la statistique du Québec. Annuaire québécois des statistiques du travail: Portrait des principaux indicateurs du marché et des conditions de travail, 2008-2018. ISQ 2019.

[57] Revenu Québec. Services essentiels. 2020. Disponible au : <https://www.revenuquebec.ca/fr/definitions/secteur-s-des-services-essentiels/>.

[58] Schumann A, Hapke U, Meyer C, Rumpf HJ, John U. Measuring sense of coherence with only three items: a useful tool for population surveys. *Br J Health Psychol* 2003;8(Pt 4):409-21.

[59] Ahorsu DK, Lin C-Y, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. *International journal of mental health and addiction* 2020:1-9.