

Santé mentale et troubles mentaux courants en contexte de pandémie de la COVID-19 : état des lieux

ÉTAT DES CONNAISSANCES

OCTOBRE 2023

SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES

AUTRICES

Caroline Braën-Boucher, conseillère scientifique
Marie-Claude Roberge, conseillère scientifique,
coordonnatrice professionnelle
Direction du développement des individus et
des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Julie Laforest, cheffe d'unité scientifique
Direction du développement des individus et
des communautés

COLLABORATEURS

Émilie Lépine, conseillère scientifique
Tania Tremblay, conseillère scientifique spécialisée
Mouctar Sow, conseiller scientifique spécialisé
Direction du développement des individus et
des communautés

Roxanne Lépine, bibliothécaire
Direction de la valorisation scientifique et qualité

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Denis Hamel, conseiller scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations
INSPQ

Bernard-Simon Leclerc, professeur agrégé de clinique
Département de médecine sociale et préventive,
École de santé publique de l'Université de Montréal

Daniela Gonzalez-Sicilia, professionnelle de recherche —
Programme d'enquêtes en santé publique
Direction des enquêtes de santé, Institut de la statistique
du Québec

RÉVISEURS EXTERNES

Benoit Lasnier, conseiller scientifique
Direction du développement des individus et
des communautés, INSPQ

Grégory Moullec, professeur associé
Département de médecine sociale et préventive,
École de santé publique de l'Université de Montréal

Les réviseurs ont été conviés à apporter des commentaires
sur la version préfinale de ce document et en conséquence,
n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

MISE EN PAGE

Marie-Cloé Lépine, agente administrative
Direction du développement des individus et
des communautés

REMERCIEMENTS

Les autrices désirent remercier Johanne Laguë, adjointe à la programmation scientifique et à la qualité pour sa relecture et ses commentaires.

Les autrices ainsi que les membres du comité scientifique et les réviseurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2024
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-96664-7(PDF)

© Gouvernement du Québec (2023)

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, les autorités régionales de santé publique, ainsi que les établissements locaux, régionaux et nationaux dans l'exercice de leurs fonctions et responsabilités.

La collection *État des connaissances* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques qui synthétisent et communiquent ce que la science nous dit sur une question donnée à l'aide de méthodes rigoureuses de recension et d'analyse des écrits scientifiques et autres informations pertinentes.

La présente synthèse des connaissances dresse un portrait à la fois de la santé mentale et de troubles mentaux courants en contexte de pandémie de COVID-19, à partir d'une revue narrative systématisée de la littérature scientifique.

Elle a été élaborée à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de l'entente-cadre convenue avec l'INSPQ. Ce document est en lien avec l'ensemble du Programme national de santé publique 2015-2025 au sein duquel la santé mentale est présente de façon transversale dans l'entièreté de l'offre de service. Ce document est aussi en lien avec le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 — S'unir pour un mieux-être collectif, où les actions proposées ciblent l'ensemble du continuum en santé mentale, c'est-à-dire de l'atteinte et du maintien d'une santé mentale optimale, jusqu'à l'organisation et la prestation de soins et de services concernant les troubles mentaux. Finalement, il est en phase avec la Politique gouvernementale de prévention en santé et son récent Plan d'action interministériel 2022-2025, dont l'une des cibles est d'atteindre un niveau élevé de bien-être émotionnel et psychosocial chez au moins 80 % de la population.

Ce document s'adresse principalement au personnel des directions régionales de santé publique impliqué en promotion de la santé ou en surveillance.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	IV
FAITS SAILLANTS	1
SOMMAIRE	2
1 INTRODUCTION	5
2 MÉTHODOLOGIE	7
2.1 Méthodologie des objectifs 1 et 2.....	7
2.2 Méthodologie de l'objectif 3.....	9
3 RÉSULTATS	10
3.1 Objectif 1 : Symptômes anxieux ou dépressifs et pandémie de COVID-19.....	10
3.2 Objectif 2 : santé mentale et pandémie de COVID-19.....	15
3.3 Objectif 3 : publications canadiennes et québécoises sur la santé mentale et les symptômes anxieux ou dépressifs.....	22
4 DISCUSSION	26
4.1 Le rôle de la pandémie dans l'évolution des symptômes de troubles anxieux ou dépressifs et de la santé mentale.....	26
4.2 Les jeunes adultes et les femmes particulièrement touchés par la pandémie	27
4.3 Des caractéristiques restent peu explorées.....	28
4.4 Santé mentale et troubles mentaux : pour un portrait complet.....	29
4.5 Forces et limites	30
5 CONCLUSION	32
6 RÉFÉRENCES	33
ANNEXE 1 STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE	41
ANNEXE 2 DIAGRAMME DE SÉLECTION, QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE, CARACTÉRISTIQUES ET RÉSULTATS DES REVUES SYSTÉMATIQUES SUR LES SYMPTÔMES ANXIEUX OU DÉPRESSIFS	44
ANNEXE 3 DIAGRAMME DE SÉLECTION, QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE, CARACTÉRISTIQUES ET RÉSULTATS DES ÉTUDES SUR LA SANTÉ MENTALE	49
ANNEXE 4 CARACTÉRISTIQUES ET RÉSULTATS DES PUBLICATIONS SUR DES ENQUÊTES CANADIENNES OU QUÉBÉCOISES	64

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Évolution de la présence de symptômes anxieux ou dépressifs selon les périodes comparées	11
Tableau 2	Caractéristiques présentées dans les revues systématiques associées à un risque de présenter des symptômes anxieux ou dépressifs durant la pandémie.....	13
Tableau 3	Évolution de la santé mentale selon les périodes comparées.....	17
Tableau 4	Caractéristiques présentées dans les études associées à un risque de présenter un niveau de santé mentale plus faible.....	21
Tableau 5	Évolution des symptômes anxieux ou dépressifs et de la santé mentale selon les périodes comparées au Canada et au Québec.....	23

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AMSTAR	<i>A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews</i>
ESCC	Enquête sur la santé des collectivités canadiennes
ECSM	Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale
ELDEQ	Étude longitudinale du développement des enfants
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LGBTQ+	Lesbiennes, gais, bisexuels, trans, queer et autres
MMAT	<i>Mixed Methods Appraisal Tool</i>
SEPC	Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes
SWEMWBS	<i>Short Warwick Edinburg Mental Wellbeing Scale</i>
SWLS	<i>Satisfaction with Life Scale</i>
WHO-5	<i>World Health Organization Well-Being Index</i>

FAITS SAILLANTS

La santé mentale de la population a été grandement mise à l'épreuve au plus fort de la pandémie de COVID-19. La présente synthèse vise à décrire l'évolution dans le temps 1) des symptômes anxieux ou dépressifs et 2) de la santé mentale dans la population et leur répartition selon différentes caractéristiques de la population lors de la pandémie de COVID-19; et à 3) comparer la situation présente au Canada et au Québec à celle observée ailleurs dans le monde, à partir d'enquêtes populationnelles canadiennes et québécoises publiées et les documents recensés aux objectifs 1) et 2).

La santé mentale renvoie à la présence d'émotions positives (bien-être émotionnel) **et** au niveau de fonctionnement psychosocial (bien-être psychologique et bien-être social). Les troubles mentaux, quant à eux, renvoient à une symptomatologie cliniquement observable.

Objectif 1 : Symptômes anxieux ou dépressifs

- Une augmentation de la prévalence des symptômes anxieux ou dépressifs est rapportée, pour différents groupes d'âge, lors de la première année de la pandémie de COVID-19, comparativement à des périodes avant la pandémie. Certaines études montrent que dès l'été 2020, la prévalence des symptômes serait revenue plus près de celle observée avant la pandémie. Les études recensées ne permettent pas d'apprécier l'évolution des symptômes après la première année de pandémie.

Objectif 2 : niveau de santé mentale

- Une détérioration du niveau de santé mentale serait observée entre la période pré-pandémique et la première année de la crise sanitaire chez les jeunes et les adultes. Cette détérioration serait également observée pendant la deuxième année de pandémie comparativement à l'avant-pandémie.

Objectif 3 : comparaisons du Canada et du Québec avec d'autres pays

- Les données canadiennes et québécoises dressent un portrait similaire à la situation recensée dans d'autres pays : augmentation des prévalences des symptômes anxieux ou dépressifs et détérioration du niveau de santé mentale dans les différentes populations étudiées.

Afin de suivre l'évolution des troubles mentaux courants et de la santé mentale et les répercussions de la pandémie dans l'analyse de ces phénomènes, un portrait à plus long terme reste à faire, notamment chez certains groupes qui semblent les plus affectés, par exemple les jeunes adultes et les femmes. De plus, une attention à la santé mentale en plus des symptômes de troubles mentaux, l'uniformisation des mesures utilisées entre les études et le recours à des données représentatives contribueraient à un portrait plus complet et plus juste tout en facilitant les comparaisons.

SOMMAIRE

La pandémie de la COVID-19 a entraîné des bouleversements dans plusieurs sphères de la vie. De nombreuses études montrent que ces bouleversements ont eu des répercussions sur la santé mentale et les troubles mentaux courants, particulièrement au début de la pandémie. La compréhension fine de ces répercussions exige une prise en compte de l'évolution dans le temps de la santé mentale et des troubles mentaux courants pour l'ensemble de la population ainsi qu'à l'intérieur de certains sous-groupes de la population.

Objectifs. C'est dans ce contexte que l'INSPQ a reçu le mandat du ministère de la Santé et des Services sociaux de réaliser une synthèse des connaissances : pour décrire l'évolution dans le temps 1) des symptômes anxieux ou dépressifs et 2) de la santé mentale dans la population et leur répartition selon différentes caractéristiques de la population lors de la pandémie de COVID-19; et pour 3) comparer la situation présente au Canada et au Québec à celle observée ailleurs dans le monde, à partir d'enquêtes populationnelles canadiennes et québécoises publiées et les documents recensés aux objectifs 1) et 2).

Documents recensés. Suivant un processus systématisé, quatre revues systématiques ont permis de répondre au premier objectif en lien avec les symptômes anxieux ou dépressifs, et neuf études ont permis de répondre au second objectif concernant la santé mentale. Enfin, pour comparer la situation présente au Canada et au Québec à celle d'ailleurs dans le monde, les publications portant sur les données d'enquêtes canadiennes, repérées lors des recherches bibliographiques pour les deux premiers objectifs, ont été utilisées en plus de publications repérées sur les sites Internet de Statistique Canada et de l'Institut de la statistique du Québec.

SYMPTÔMES ANXIEUX OU DÉPRESSIFS ET PANDÉMIE

Les quatre revues systématiques incluses montrent, de façon générale, une augmentation des prévalences de symptômes anxieux ou dépressifs, pour les différents groupes d'âge étudiés, au courant de la première année de la pandémie de COVID-19, comparativement à des périodes avant la pandémie. De plus, deux d'entre elles notent que dès l'été 2020 la prévalence de ces symptômes serait revenue à des valeurs plus près de celles observées avant la pandémie. Enfin, aucune des revues systématiques incluses ne permet d'apprécier l'évolution des symptômes après la première année de pandémie.

Évolution selon l'âge et le genre. Les revues systématiques incluses permettent difficilement de conclure à une évolution avec le temps de la prévalence des symptômes anxieux ou dépressifs différente selon les groupes d'âge. Il est toutefois possible qu'une plus grande proportion de jeunes à l'adolescence et de jeunes adultes ait été affectée, mais l'hétérogénéité des études ne permet pas de l'affirmer avec certitude. Les revues systématiques révèlent toutefois que les filles et les femmes, comparativement aux garçons et aux hommes, présentent des prévalences de symptômes plus élevées à toutes les périodes étudiées.

Évolution selon la présence ou l'absence d'antécédents de troubles mentaux. Une revue systématique indique que les changements observés dans la prévalence des symptômes anxieux ou dépressifs chez les jeunes adultes, entre avant et pendant la pandémie, seraient plus grands chez le groupe sans antécédent de troubles mentaux avant la crise sanitaire comparativement à ceux observés dans le groupe avec de tels antécédents. Une seconde revue d'études réalisées auprès de tous les groupes d'âge suggère quant à elle que la prévalence de ces symptômes chez les personnes avec des antécédents de troubles mentaux avant la pandémie est restée au même niveau entre les deux périodes.

Évolution selon d'autres caractéristiques. Les revues systématiques incluses s'attardent peu à l'évolution des symptômes anxieux ou dépressifs auprès d'autres sous-groupes de la population. Ainsi, aucune revue ne s'est attardée à l'évolution de la prévalence de ces symptômes selon les caractéristiques socioéconomiques de la population.

SANTÉ MENTALE ET PANDÉMIE

Les neuf études primaires recensées montrent une diminution de la prévalence d'une bonne santé mentale ou du score moyen de santé mentale entre la période pré-pandémique et la première année de la crise sanitaire chez les différents groupes d'âge étudiés. Les trois études qui ont aussi intégré des données de la seconde année de pandémie (jusqu'à mai 2021) font les mêmes constats. Seule une étude, menée auprès d'une cohorte dont l'âge médian est de 60 ans, montre une amélioration du score moyen de santé mentale entre avant et pendant la pandémie.

Évolution selon l'âge et le genre. La plupart des études incluses montrent que les jeunes adultes présentaient, avant et pendant la pandémie, des prévalences moins élevées de bonne santé mentale ou des scores plus faibles de santé mentale que les groupes plus âgés. Aussi, certaines études montrent que la détérioration entre les périodes pourrait avoir été plus importante chez les jeunes adultes que chez les adultes plus âgés. Enfin, parmi les personnes de 65 ans et plus, les études notent peu ou pas de changement du niveau de santé mentale entre avant et pendant la pandémie. Par ailleurs, des études relèvent que les filles et les femmes présentaient globalement, avant et pendant la pandémie, des prévalences moins élevées de bonne santé mentale ou des scores moyens de santé mentale plus faible que les garçons et les hommes.

Évolution selon d'autres caractéristiques. Peu d'études ont analysé la répartition du niveau de santé mentale selon les caractéristiques socioéconomiques, si bien qu'un constat en ce qui les concerne est difficile à tirer. Finalement, les études incluses dans cette synthèse s'attardent peu aux variations qui auraient pu être observées selon d'autres caractéristiques de la population.

COMPARAISON SOMMAIRE DE L'ÉVOLUTION DES SYMPTÔMES ANXIEUX ET DÉPRESSIFS ET DE LA SANTÉ MENTALE AU CANADA ET AILLEURS DANS LE MONDE

La comparaison sommaire entre les données canadiennes et québécoises et les données issues d'autres pays industrialisés concernant les symptômes anxieux ou dépressifs indiquent que ces derniers ont évolué de manière similaire. De plus, les groupes qui présentent des prévalences

plus élevées de symptômes à différentes périodes avant et pendant la pandémie sont les mêmes au Canada que dans les autres pays étudiés, notamment les jeunes adultes et les femmes.

Du côté des données sur la santé mentale, les indicateurs de santé mentale diffèrent entre les études canadiennes et celles présentées dans les autres documents recensés. Le score moyen de satisfaction face à la vie aurait diminué durant la pandémie comparativement à celui observé avant la pandémie au Canada comme ailleurs. Les mêmes constats sont relevés dans les études canadiennes et celles d'ailleurs dans le monde, quant aux groupes de populations affichant de plus faibles prévalences d'une bonne santé mentale, soit les jeunes adultes et les femmes.

EN RÉSUMÉ

- Les résultats de la présente synthèse tendent à montrer que durant la première année de la pandémie, soit l'année 2020, la fréquence des symptômes anxieux ou dépressifs aurait augmenté dans la population et celle d'une bonne santé mentale aurait diminué.
- Le corpus d'études analysé suggère que les jeunes adultes et les femmes seraient des groupes à risque plus élevé de présenter une moins bonne santé mentale et des symptômes anxieux ou dépressifs au cours de la première année de pandémie, un fait, par ailleurs, déjà présent avant la pandémie. Il est possible que la crise sanitaire et ses bouleversements sociaux et économiques les aient mis davantage en lumière.
- Les analyses ne permettent pas d'apprécier l'évolution et la répartition des symptômes de troubles mentaux ou du niveau de santé mentale en contexte de pandémie selon certaines caractéristiques comme le revenu, la scolarité, la diversité de genre ou l'appartenance ethnique.
- Des analyses sont encore nécessaires pour bien comprendre les répercussions de la pandémie sur la santé mentale et les troubles mentaux de groupes qui, avant la pandémie, vivaient de la discrimination ou étaient en position socioéconomique défavorable.
- Un portrait des répercussions à plus long terme de la pandémie sur les symptômes anxieux ou dépressifs ou sur la santé mentale (aussi appelée par certains, santé mentale positive) reste à faire. De même, d'autres analyses pourraient permettre d'apprécier l'amplitude des changements et de départager les effets de la pandémie de ceux attribuables aux variations naturelles des symptômes ou du niveau de santé mentale, comme des variations saisonnières ou reliées à l'âge.
- Certains éléments contribueraient à dresser un portrait plus complet et plus juste qui faciliterait les comparaisons : une attention à la santé mentale en plus des symptômes de troubles mentaux, l'uniformisation des indicateurs et des outils de mesure utilisés dans les études ainsi que le recours à des données de qualité, idéalement issues d'enquêtes représentatives. Un tel portrait aiderait à identifier des pistes d'intervention préventives pouvant améliorer la santé de la population.

1 INTRODUCTION

La pandémie de COVID-19 a entraîné des bouleversements dans plusieurs sphères de la vie. De nombreuses études montrent que ces bouleversements ont pu avoir des répercussions sur la santé mentale (aussi appelée par certains santé mentale positive) et sur les troubles mentaux courants particulièrement au début de la pandémie (1–3). La compréhension fine de ces répercussions exige une prise en compte de leur évolution dans le temps et selon différentes caractéristiques de la population (4–6). Cet examen nécessite également de considérer à la fois des indicateurs de santé mentale et ceux de troubles mentaux courants, deux concepts distincts, bien que corrélés (7).

En ce sens, la santé mentale renvoie à la présence d'émotions positives (bien-être émotionnel) et au niveau de fonctionnement psychosocial (bien-être psychologique et bien-être social) (8). Elle fluctue d'optimale (ou florissante) à minimale (ou languissante), et ce, qu'on ait ou non un trouble mental diagnostiqué ou des symptômes associés (9, 10). Elle peut se mesurer globalement ou en s'attardant à l'une ou l'autre de ses trois dimensions : bien-être émotionnel, bien-être psychologique, et bien-être social (8, 11).

Les troubles mentaux, quant à eux, renvoient à une symptomatologie cliniquement observable. Les troubles anxieux et dépressifs sont les plus fréquents dans la population selon l'Organisation mondiale de la santé (12). Ils ont été largement étudiés en contexte de pandémie (13).

La présence de troubles mentaux n'empêche pas la possibilité d'une bonne santé mentale, de même qu'il est possible d'avoir une mauvaise santé mentale en l'absence de troubles mentaux. En conséquence, des données tant sur la santé mentale que sur les troubles mentaux permettent d'avoir un portrait plus juste et de déployer les interventions les plus pertinentes (14–16).

Données disponibles sur la santé mentale et les troubles mentaux en contexte de COVID-19

À ce jour, un grand nombre d'études ont déjà été publiées, de même que des recensions d'écrits systématiques ou non, surtout sur les troubles mentaux courants. À titre illustratif, une revue systématique de revues (*umbrella review*) a recensé 338 revues systématiques s'attardant aux effets de la pandémie sur les troubles mentaux courants (17). Même si les multiples publications sur ce sujet présentent une grande hétérogénéité, certaines tendances se dessinent. Cependant, les études portant spécifiquement sur la santé mentale, c'est-à-dire le bien-être émotionnel, psychologique et social, en contexte de pandémie sont beaucoup moins nombreuses.

Globalement, plusieurs études et recensions notent une augmentation des prévalences de symptômes de troubles mentaux courants (le plus souvent des symptômes anxieux, dépressifs, de stress posttraumatiques et de détresse psychologique) au cours de la première année et demie de pandémie comparativement aux prévalences pré-pandémiques. On note également des fluctuations dans la prévalence de ces symptômes suivant les vagues d'infection et les mesures sanitaires en place (1, 17–19).

Plusieurs auteurs mettent cependant en garde devant la possibilité de tirer des conclusions hâtives sur l'évolution de la prévalence des troubles mentaux courants durant cette période. D'abord, la reconnaissance d'importantes inégalités face aux répercussions de la pandémie est soulevée (20–23). Les effets de la COVID-19 varieraient selon les caractéristiques des individus et celles de leurs milieux de vie (p. ex. ressources disponibles, mesures sanitaires mises en place) et, pour certains groupes de la population, les effets pourraient possiblement perdurer au-delà de la crise (24, 25).

Ensuite, des travaux montrent que des limites méthodologiques pourraient expliquer certaines des fluctuations observées dans les prévalences de symptômes de troubles mentaux courants : devis des études (p. ex. : études transversales sans comparatif pré-pandémique) et hétérogénéité des études (p. ex. : sondages avec échantillon de convenance et enquêtes populationnelles); variabilité dans les périodes de collecte de données, etc. (26–28).

En somme, une analyse de résultats issus d'études incluant des comparatifs pré-pandémiques, utilisant des échantillons représentatifs, idéalement probabilistes, permettrait une meilleure appréciation de l'évolution dans le temps et une meilleure généralisation des résultats. De même, un examen plus approfondi de la littérature sur les répercussions de la pandémie sur certains indicateurs de santé mentale (p. ex. : satisfaction face à la vie, sentiment d'appartenance, échelle de bien-être) les plus souvent utilisés serait pertinent et permettrait d'établir un portrait plus global de la santé mentale et des troubles mentaux.

C'est dans ce contexte que l'INSPQ a reçu le mandat du ministère de la Santé et des Services sociaux de réaliser un portrait de la santé mentale et des troubles mentaux courants dans la population en contexte de pandémie de COVID-19. Les objectifs poursuivis sont de :

1. décrire l'évolution dans le temps des symptômes anxieux ou dépressifs dans la population et leur répartition selon différentes caractéristiques de la population lors de la pandémie de COVID-19;
2. décrire l'évolution dans le temps du niveau de santé mentale (aussi appelée santé mentale positive) dans la population et sa répartition selon différentes caractéristiques de la population, durant la pandémie de COVID-19;
3. comparer la situation présente au Canada et au Québec à celle observée ailleurs dans le monde, à partir d'enquêtes populationnelles canadiennes et québécoises publiées et les documents recensés aux objectifs 1) et 2).

2 MÉTHODOLOGIE

Une synthèse des connaissances, de forme narrative systématisée (29), a été entreprise pour répondre aux questions suivantes : quelle est l'évolution dans le temps des symptômes anxieux ou dépressifs et du niveau de santé mentale lors de la pandémie de COVID-19, et quels sont les sous-groupes de la population davantage affectés?

Trois méthodes de recherche documentaire distinctes ont été entreprises, appuyées par l'expertise d'une bibliothécaire de l'INSPQ. Pour les symptômes anxieux ou dépressifs (objectif 1), considérant le nombre élevé d'études publiées, seules les recensions d'études étaient recherchées. Pour la santé mentale (objectif 2), pour laquelle le nombre d'études publiées est moindre, ce sont à la fois les recensions et les études primaires qui étaient recherchées. Les études portant sur des données canadiennes repérées pour répondre aux deux premiers objectifs ont aussi été utilisées pour le troisième objectif, en plus d'une recherche complémentaire sur les sites Internet de Statistique Canada (<https://www.statcan.gc.ca/fr/debut>) et de l'Institut de la statistique du Québec (<https://statistique.quebec.ca/fr>) menée pour compléter le repérage de données canadiennes et québécoises.

Comité scientifique et révision externe

Le développement de la synthèse a été accompagné par un comité scientifique composé de trois experts en épidémiologie et statistiques. Comme suggéré dans le *Cadre de référence sur la révision par les pairs des publications scientifiques de l'Institut national de santé publique du Québec* (30) une version préfinale a été soumise à des réviseurs externes, également experts dans les domaines d'intérêt.

2.1 Méthodologie des objectifs 1 et 2

Recherche bibliographique

La stratégie de recherche pour identifier des recensions d'études sur les symptômes anxieux ou dépressifs (objectif 1) combine des termes liés aux concepts suivants : 1) revue de la littérature; 2) troubles anxieux ou dépressifs; 3) pandémie de COVID-19; 4) devis d'études plus susceptibles de comporter deux temps de mesure (p. ex. : enquête, étude de cohorte, observationnelle, longitudinale). La recherche a été effectuée dans 6 bases de données : *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *APA PsycInfo*, *Medline* (incluant PubMed) via la plateforme OVID, *Psychology and behavioral sciences collection*, *CINAHL* et *SocINDEX* via la plateforme EBSCO. La recherche a été effectuée le 9 septembre 2022.

La stratégie de recherche développée pour identifier des études primaires ou des recensions d'études sur la santé mentale (objectif 2) combine des termes en lien avec les mesures de celle-ci, soit « santé mentale autoévaluée », « bien-être émotionnel », « bien-être psychologique » et « bien-être social », et à ceux en lien avec la COVID-19.

L'utilisation de l'expression « santé mentale » dans les moteurs de recherche a été évitée, car elle ne permet pas de discriminer les études portant sur les troubles mentaux de celles portant sur la santé mentale (positive). Les termes reliés aux dimensions et aux mesures de la santé mentale permettent une plus grande spécificité de la stratégie de recherche. La recherche a été lancée sur cinq bases de données : *Medline* (incluant PubMed) et *PsycInfo* via la plateforme OVID, ainsi que *CINHAL*, *Psychology and behavioral sciences collection* et *SocIndex* via la plateforme EBSCO. La recherche a été effectuée le 29 juin 2022. Une seconde recherche avec les termes *psychological wellbeing* a été effectuée le 7 juillet 2022 en complément dans les mêmes bases de données. Les détails de ces stratégies de recherche sont présentés à l'annexe 1.

Sélection des documents à inclure

La sélection des documents a été réalisée par la première autrice et validée par la seconde autrice. En cas de désaccord, une troisième analyste intervenait. Les critères d'admissibilité des documents sont présentés dans la section 1.2 de l'annexe 1. Les résultats des recherches bibliographiques ont été parcourus par titres et résumés d'abord pour une première sélection, puis les articles intégraux ont été examinés.

Évaluation de la qualité méthodologique et du risque de biais des études

Afin d'évaluer la qualité méthodologique des études incluses et le risque de biais pouvant être entraîné par celle-ci, les outils *A MeaSurment Tool to Assess systematic Reviews* (AMSTAR) (31, 32), pour les revues systématiques et le *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) (33), pour les études empiriques à devis variés, ont été utilisés. L'évaluation a été réalisée par la première autrice. Les items 5 et 9 du AMSTAR ont été adaptés au présent travail et suivant les recommandations de Burda et ses collègues (34). Les résultats de l'évaluation ont permis d'illustrer la qualité du corpus d'études incluses dans la synthèse.

Extraction de données

Les données de chaque publication incluse ont été extraites dans une grille, développée selon les différents objectifs. Les informations générales sur les publications (auteurs ou autrices, année de publication, objectifs et devis d'étude), sur les méthodes utilisées (échantillonnage, population cible, personnes participantes, contexte, moments de mesure, échelle de mesure), sur les résultats (selon l'évolution dans le temps et la répartition selon les caractéristiques des populations), sur les conclusions rapportées, ainsi que les limites ont été extraites. L'extraction a été réalisée par la première autrice, puis validée par la seconde.

Synthèse et analyse des résultats

Les résultats issus des publications retenues ont d'abord fait l'objet d'une analyse qualitative pour dégager l'évolution dans le temps des symptômes anxieux ou dépressifs et du niveau de santé mentale dans la population générale. Ensuite, leurs répartitions selon l'âge, le genre, la présence d'antécédents de conditions physiques chroniques ou de troubles mentaux et autres caractéristiques mentionnées dans les études ont été dégagées.

Lorsque des différences sont rapportées dans la présente synthèse, à moins d'indications contraires, elles sont statistiquement significatives telles que définies dans les documents cités¹. Les résultats rapportés dans cette synthèse ne résultent pas d'analyses statistiques de tendances, mais plutôt d'une comparaison qualitative des courbes d'évolution dans le temps observées au Canada et ailleurs dans le monde.

2.2 Méthodologie de l'objectif 3

Recherche bibliographique

Afin de répondre au troisième objectif et de sélectionner des publications portant sur des données d'enquêtes populationnelles permettant une comparaison sommaire, les études portant sur des données canadiennes, repérées lors des recherches aux deux premiers objectifs, ont été utilisées. En complément, une recherche a été réalisée le 17 février 2023 sur les sites Internet de Statistique Canada (<https://www.statcan.gc.ca/fr/debut>) et de l'Institut de la statistique du Québec (<https://statistique.quebec.ca/fr>).

Sélection des documents à inclure

Les publications ont été admises si elles présentaient plus d'un temps de mesure et si elles portaient sur les mêmes indicateurs repérés aux deux premiers objectifs. C'est-à-dire, si elles portaient sur des symptômes anxieux ou dépressifs ou sur les mêmes dimensions de la santé mentale.

Synthèse et analyse des résultats

Tout comme pour les deux premiers objectifs, l'évolution dans le temps dans la population générale et pour certains sous-groupes, lorsque rapportée par les auteurs, a été sommairement comparée aux résultats obtenus dans les deux premiers objectifs.

¹ Les devis des études incluses dans la synthèse reposent sur différentes méthodes d'analyses quantitatives. Dans le cas des revues systématiques sans méta-analyse, les auteurs se basent sur le nombre de résultats (c.-à-d. l'évolution des symptômes observés et répartition selon des caractéristiques de population) statistiquement significatifs d'études primaires allant dans le même sens. Dans le cas de revues systématiques avec méta-analyse, de même que les études primaires, les auteurs se basent sur des analyses statistiques. Dans les études incluses, le seuil de significativité est établi à $p \leq 0,05$ ou avec un intervalle de confiance à 95 % qui ne chevauche pas 0.

3 RÉSULTATS

3.1 Objectif 1 : Symptômes anxieux ou dépressifs et pandémie de COVID-19

Description des recensions incluses

La recherche bibliographique concernant les symptômes anxieux ou dépressifs durant la pandémie de COVID-19 a permis de repérer 263 références (doublons supprimés). À la suite de la première sélection par titres et résumés, 18 articles intégraux ont été examinés pour inclusion. Finalement, quatre recensions correspondent aux critères d'admissibilité et ont été retenues : l'une concerne des études auprès d'étudiants au postsecondaire (≥ 18 ans, moyenne d'âge 20 ans) (35), une autre, des études auprès d'enfants et de jeunes (de 0 à 24 ans) (36), une troisième se base sur des études auprès d'adultes (moyenne d'âge 41 ans) (37) et une dernière comprend des études auprès de toutes les tranches d'âges (38). Ce sont quatre revues systématiques qui incluent des études primaires issues, pour la plupart, de pays industrialisés de l'Europe, des États-Unis et d'Asie.

Ces quatre revues systématiques rapportent les résultats d'études qui comparent des prévalences² de symptômes dépressifs et anxieux avant la pandémie ou au tout début de celle-ci à des prévalences à un ou plusieurs moments pendant la première année de pandémie. Elles font également une appréciation de l'évolution dans le temps selon des caractéristiques des populations, statistiquement dans le cas de deux méta-analyses (37, 38) ou non dans le cas des revues systématiques sans méta-analyse (35, 36). Les mesures avant la pandémie portent sur une période variant de 2014 jusqu'au moment de la mise en place des premières mesures sanitaires (35, 36, 38) ou au tout début de la pandémie (en janvier-février 2020) (37). Les mesures durant la pandémie portent sur les périodes suivantes : avril-mai 2020 (35), juin-juillet 2020 (37, 38) et octobre 2020 (36).

À la suite de l'évaluation de la qualité méthodologique et du risque de biais effectuée avec l'outil AMSTAR, trois des revues systématiques ont été jugées de bonne qualité (35, 37, 38) et une de moyenne qualité (36).

Le diagramme de sélection des articles, l'évaluation de la qualité méthodologique, les caractéristiques des revues systématiques et leurs résultats sont présentés à l'annexe 2.

Évolution des symptômes anxieux ou dépressifs selon les périodes comparées

Les résultats présentés dans les quatre revues systématiques incluses concernent la première année de la pandémie (2020). De façon générale, on observe une augmentation de la prévalence des symptômes anxieux ou dépressifs au début de la première année de la pandémie de COVID-19, comparativement à la période pré-pandémique. Deux revues indiquent un retour graduel vers des valeurs pré-pandémiques plus tard à l'été 2020 (tableau 1).

² Seule la revue systématique de Cénat fournit les données de prévalences.

Tableau 1 Évolution de la présence de symptômes anxieux ou dépressifs selon les périodes comparées

	Pré-pandémie	Hiver 2020	Printemps 2020	Été 2020	Automne 2020
Enfants et jeunes					
Buizza et coll., 2022 (35) (AM 20 ans)	●		↑		
Kauhanen et coll., 2022 (36) (0-24 ans)	●				↑
Adultes					
Cénat et coll., 2022 (37) (AM 41 ans)		●	↑	↓	
Tous les âges					
Robinson et coll., 2022 (38)	●		↑	↓	

● : Référence
 ↑ : Augmentation de la fréquence de symptômes anxieux ou dépressifs par rapport à la référence
 ↓ : Diminution de la fréquence de symptômes anxieux ou dépressifs par rapport à la référence
 AM : âge moyen

Deux revues systématiques s’intéressant aux études chez les jeunes rapportent qu’une majorité d’études primaires montrent une augmentation de la fréquence de symptômes anxieux ou dépressifs par rapport à des niveaux observés avant la pandémie et avril-mai 2020 chez les jeunes (35), ou avant la pandémie et octobre 2020 dans des études auprès d’enfants de 0 à 9 ans et des jeunes de 10 à 24 ans (36).

Cénat et ses collègues, qui comparent des prévalences à trois différents moments durant l’année 2020 chez des adultes notent aussi une augmentation de la fréquence de symptômes anxieux et dépressifs entre l’hiver 2020 (janvier-février 2020) et le printemps suivant (avril-mai 2020). Par ailleurs, ils notent une diminution de la fréquence de ces symptômes plus tard, lors de l’été 2020 (juin-juillet 2020), par rapport à l’hiver de la même année (37).

Dans la revue systématique de Robinson et ses collègues, qui inclut des études chez tous les groupes d’âge, les auteurs comparent trois différents temps de mesure, un avant et deux pendant la première année de la pandémie. Cette revue rapporte une augmentation de la fréquence de symptômes anxieux et dépressifs au printemps (avril-mai 2020) par rapport à avant la pandémie, puis un retour en juin-juillet 2020 à des valeurs plus près des valeurs pré-pandémiques.

Les prévalences restent toutefois plus élevées pour les symptômes dépressifs que pour les symptômes anxieux en juin-juillet 2020. De fait, des prévalences plus élevées qu'avant la pandémie ont perduré jusqu'en juin 2020 pour les symptômes dépressifs, alors que la prévalence de symptômes anxieux n'était plus significativement différente en juin 2020, par rapport à la période précédant la pandémie (38).

Répartition des symptômes anxieux ou dépressifs selon les caractéristiques des populations

Dans les études recensées, la répartition de ces symptômes diffère selon certaines caractéristiques des populations, notamment l'âge, le genre³, ainsi que les antécédents de troubles mentaux ou de conditions physiques chroniques. D'autres différences sont rapportées, mais de façon isolée. Par ailleurs, aucune recension incluse ne s'est attardée aux différences de prévalence des symptômes anxieux ou dépressifs selon les caractéristiques socioéconomiques des populations concernées. Les résultats de ces analyses sont présentés dans le tableau 2.

³ Dans les travaux recensés, le genre réfère aux hommes et aux femmes cisgenres : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD_f.pl?Function=getVD&TVD=1326715&CVD=1326716&CLV=0&MLV=2&D=1. (Consulté le 16 avril 2023)

Tableau 2 Caractéristiques présentées dans les revues systématiques associées à un risque de présenter des symptômes anxieux ou dépressifs durant la pandémie

	Buizza et coll., 2022 (35) (AM 20 ans)	Cénat et coll., 2022 (37) (adultes AM 41 ans)	Kauhanen et coll., 2022 (36) (0-24 ans)	Robinson et coll., 2022 (38) (tous les âges)
Âge				
• Symptômes d’anxiété diminués à mesure que les personnes vieillissent (chez les adultes)		✓		NS
• Adolescents et jeunes (c. enfants et jeunes âgés de 25 ans et plus)			✓	
Genre				
• Filles/femmes (c. garçons/hommes)	✓	✓	✓	NS
• Personnes LGBTQ+ (c. autres groupes)	✓			
Antécédents de trouble mental/condition physique				
• Personnes SANS antécédents de trouble mental	✓			Réf.
• Personnes AVEC antécédents de trouble mental	Réf.			NS
• Personnes AVEC antécédent de conditions physiques chroniques (c. sans antécédents)				✓
Autres caractéristiques				
• JA blancs déclarent plus de symptômes anxieux/JA noirs déclarent plus de symptômes dépressifs	✓			
• Populations d’Amérique du Nord déclarent plus de symptômes AD (c. européennes ou d’Amérique latine)		✓		

✓ : les auteurs rapportent que cette population est plus affectée soit par des prévalences plus élevées de symptômes anxieux ou dépressifs, soit par un risque accru d’une hausse de symptômes durant la pandémie

■ : les espaces gris signifient que les auteurs n’ont pas présenté de résultats selon cette caractéristique

AM : âge moyen

NS : les auteurs rapportent qu’il n’y a pas de différence significative entre les groupes étudiés

Réf. : référence

c. : comparativement

JA : jeunes adultes

AD : symptômes anxieux ou dépressifs

Âge

Trois revues systématiques sur quatre se sont intéressées à l'évolution dans le temps selon les groupes d'âge, deux d'entre elles comportent des méta-analyses.

La revue systématique sans méta-analyse de Kauhanen et ses collègues, qui inclut 21 études primaires menées chez les jeunes, conclut que la majorité des études incluses montrent une détérioration des résultats, particulièrement parmi les jeunes à l'adolescence comparativement aux adultes de plus de 24 ans durant la période pandémique. Par exemple, les résultats de deux études primaires menées auprès de jeunes de 10 à 20 ans montrent que la prévalence des symptômes a davantage augmenté chez les plus âgés que chez les moins âgés (36). Les auteurs rapportent également que dans quatre études qui comparent les jeunes de 16 à 24 ans à d'autres groupes âgés de plus de 24 ans, ce sont les premiers chez qui l'augmentation de la fréquence des symptômes est la plus importante (36). Les auteurs soulignent aussi une plus grande variabilité des résultats dans les études primaires qui incluent des enfants âgés de moins de 10 ans (36).

La méta-analyse de Cénat et ses collègues qui combine des études uniquement chez les adultes montre que la prévalence des symptômes anxieux aurait tendance à diminuer à mesure que les personnes vieillissent (37).

La méta-analyse de Robinson et ses collègues, qui combine des études menées auprès de différents groupes d'âge (adultes, enfants, jeunes à l'adolescence), ne montre pas de différence significative dans l'évolution des symptômes, entre avant et pendant la pandémie, selon l'âge (38). Il est à noter que cette méta-analyse présente une grande hétérogénéité quant aux indicateurs de troubles mentaux (p. ex. : difficultés émotionnelles, symptômes psychotiques, anxieux et dépressifs, etc.) et qu'il n'est pas possible d'isoler spécifiquement les symptômes anxieux ou dépressifs des autres symptômes.

Genre

Les quatre revues systématiques rapportent des résultats en lien avec le genre. Trois d'entre elles soulignent que de plus grandes proportions de femmes présentent des symptômes anxieux ou dépressifs, par rapport aux proportions d'hommes.

En effet, les analyses descriptives montrent que la fréquence de ces symptômes était proportionnellement plus élevée d'abord chez les filles (35, 36), puis chez les femmes (adultes) (37) que chez les garçons et les hommes, à toutes les périodes évaluées.

La revue systématique d'études auprès de jeunes (moyenne d'âge de 20 ans) révèle une prévalence plus élevée de symptômes anxieux ou dépressifs chez les personnes LGBTQ+ que chez les autres groupes en avril 2020 (35).

La méta-analyse de Cénat et ses collègues, à partir d'études menées auprès d'adultes, montre que le fait d'être une femme est associé avec une prévalence plus élevée de symptômes anxieux et dépressifs avant et pendant la pandémie (37).

La méta-analyse de Robinson et ses collègues, à partir d'études réalisées auprès de tous les groupes d'âge et pour divers symptômes, ne montre pas de différence significative selon le genre, dans l'évolution des symptômes, avant et pendant la pandémie (38).

Antécédents de troubles mentaux ou de conditions physiques chroniques

Deux revues systématiques se sont penchées sur la répartition de symptômes anxieux ou dépressifs pendant la pandémie selon la présence ou non d'antécédents de conditions physiques chroniques ou d'antécédents de troubles mentaux (35, 38).

D'abord, la revue systématique sans méta-analyse de Buizza et ses collègues, qui porte sur des études menées auprès de jeunes au postsecondaire, retrace deux études où les changements observés dans la prévalence des symptômes, entre avant et pendant la pandémie, seraient plus grands chez le groupe de personnes sans antécédents de troubles mentaux avant la crise sanitaire comparativement à ceux observés dans le groupe de personnes avec des antécédents de troubles mentaux (35). Similairement, la méta-analyse de Robinson et ses collègues, qui inclut des personnes de tous les âges et des mesures de divers symptômes, suggère que les changements observés dans la prévalence des symptômes au fil du temps dans le groupe de personnes avec des antécédents de troubles mentaux tendent à être plus petits ou statistiquement non significatifs comparativement à celle observée dans la population générale (38).

Finalement, cette dernière méta-analyse montre que les personnes qui déclaraient des conditions physiques chroniques variées avant la pandémie présentaient un risque plus élevé de déclarer des symptômes anxieux ou dépressifs pendant la pandémie (38).

3.2 Objectif 2 : santé mentale et pandémie de COVID-19

Description des études incluses

La recherche bibliographique des données sur la santé mentale a permis de repérer 642 références (doublons supprimés) qui ont été évaluées par titres et résumés. Puis, 41 articles ont été retenus pour une lecture intégrale, ce qui a permis d'identifier neuf études primaires (39–47). Aucune recension n'a été repérée.

Huit des neuf études sont réalisées auprès de la population générale adulte (15 ans et plus, moyennes d'âge variant de 49 à 57 ans selon les études) (39–45, 47). L'une d'elles est réalisée auprès d'une cohorte d'adultes nés en 1975 ou avant (donc âgés de 45 ans ou plus au moment de la collecte pendant la pandémie, âge médian de 60 ans) (41). Finalement, une seule enquête a été réalisée auprès d'adolescents (13-18 ans) (46).

Deux des publications portent sur des données canadiennes (39, 40)⁴. Trois des études analysent des données danoises (44, 45, 47). Deux autres études traitent des données islandaises (41, 46). Finalement, une étude porte sur des données états-uniennes (43) et une autre provient du Royaume-Uni (42).

Les données les plus récentes ont été recueillies en mai 2021 (40). Cependant, la plupart des enquêtes ont été réalisées en 2020, soit durant la première année de la pandémie (39, 41, 42, 44–46) et quelques-unes au début de 2021 (février-mars 2021) (43,47).

Les analyses effectuées dans les études diffèrent. Certaines études comparent des différences de prévalences dans le temps (39–41, 45) ou des différences de moyennes (score moyen pour une mesure de santé mentale) dans le temps (39, 40, 42–44, 46, 47). D'autres études ont mesuré la taille de l'effet ou ont procédé à des analyses de régressions pour lesquels des facteurs associés à un risque plus élevé de détérioration/amélioration de la santé mentale peuvent être identifiés (41–43, 45, 46).

L'évaluation de la qualité méthodologique des études incluses a été effectuée avec l'outil MMAT. Trois des neuf études ont satisfait à l'ensemble des sept critères de la grille (41, 42, 46), trois autres études ont respecté six des sept critères (40, 43, 45) et trois dernières études ont rempli cinq des sept critères (39, 44, 47).

Le diagramme de sélection des articles, l'évaluation de la qualité méthodologique, les caractéristiques des études (enquêtes et cycles de données utilisées, âge des populations à l'étude, taille des échantillons, devis des études, outils de mesure de la santé mentale) et les résultats obtenus sont présentés à l'annexe 3.

Évolution du niveau de santé mentale selon les périodes comparées

Globalement, les études montrent une diminution de la prévalence d'une bonne santé mentale ou un score moyen de santé mentale plus faible, peu importe les indicateurs utilisés, entre la période pré-pandémique et la première année de la crise sanitaire chez les jeunes (46) et les adultes (39, 40, 42–45, 47). Les trois études qui ont aussi intégré des données de la seconde année de pandémie (jusqu'à mai 2021) notent également une détérioration du niveau de santé mentale (40, 43, 47). Seule l'étude de Love et ses collègues, menée auprès d'une cohorte de personnes nées en 1975 ou avant (âgées de 45 ans et plus, âge médian de 60 ans), montre plutôt une amélioration pendant la pandémie, comparativement à la période pré-pandémique (41) (tableau 3).

⁴ Ces études seront reprises pour répondre au troisième objectif qui est de comparer la situation présente au Canada et au Québec à celle observée ailleurs dans le monde.

Tableau 3 Évolution de la santé mentale selon les périodes comparées

	Outil de mesure	Pré pandémie	Hiver 20 20	Printemps 2020	Été 2020	Automne 2020	Hiver 20 21	Printemps 2021
Jeunes de 13 à 18 ans								
Thorisdottir et coll., 2021 (46)	SWEMWBS, mesure globale	●				↓		
Adultes de 15 ans et plus								
Capaldi et coll., 2021 (39)	Santé mentale autoévaluée; Sentiment d'appartenance à la communauté; satisfaction face à la vie	●				↓		
Capaldi et coll., 2022 (40)	Idem Capaldi et coll., 2021					●		↓
Milicev et coll., 2022 (42)	Satisfaction face à la vie	●				↓		
Molella et coll., 2022 (43)	WHO-5 mesure globale	●					↓	
Sonderskov et coll., 2021 (44)	WHO-5 mesure globale	●		↓		↓		
Thygesen et coll., 2021 (45)	SWEMWBS, mesure globale	●				↓		
Vistisen et coll., 2021 (47)	WHO-5 mesure globale			●			↓	
Adultes de 45 ans et plus								
Love et coll., 2022 (41)	SWLS, satisfaction face à la vie	●	↑					

● : Référence

↑ : Amélioration de la santé mentale

↓ : Détérioration de la santé mentale

De façon plus spécifique, l'étude islandaise de Thorisdottir et ses collègues, menée auprès de jeunes de 13 à 18 ans qui utilise le *Short Warwick Edinburg Mental Wellbeing Scale* (SWEMWBS), une mesure globale sous forme de score intégrant plusieurs dimensions de la santé mentale (bien-être émotionnel, psychologique et social), montre une diminution du score moyen de 2016 à 2020. La diminution observée de 2016 à 2018 était toutefois plus petite que celle constatée de 2018 à 2020 (46). L'étude de Thygesen et ses collègues qui utilise aussi le SWEMWBS, cette fois chez les adultes, révèle une diminution du score moyen de 2019 à 2020, avec une distribution globalement similaire d'une période à l'autre. Toutefois, la proportion de personnes avec un score faible au SWEMWBS a augmenté de 2019 à 2020, alors que la proportion de personnes avec le score le plus élevé a diminué entre ces périodes (45).

Chez les adultes de 18 ans et plus, les deux études canadiennes montrent que la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée, un indicateur de santé mentale générale mesuré par une question unique, et celle d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté, un indicateur du bien-être social mesuré aussi par une question unique, étaient inférieures en 2020 par rapport à 2019 (39), ainsi qu'en 2021 par rapport à 2020 (40). Ces deux études notent aussi une baisse de la satisfaction moyenne face à la vie entre ces périodes, un indicateur du bien-être émotionnel, aussi mesuré par une question unique (39, 40).

Toujours chez les adultes, l'étude de Milicev et ses collègues au Royaume-Uni indique une légère diminution de la satisfaction moyenne face à la vie (mesurée par une question unique) entre les périodes observées avant la pandémie, en 2017-2019 et durant celle-ci, à l'automne 2020 (42). Seule une étude, chez des adultes âgés de 45 ans et plus, qui utilise le *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) montre une augmentation du score moyen de la satisfaction face à la vie en février 2020, comparativement aux mesures prises en 2018 et en 2019 (41).

Finalement, trois études qui utilisent le WHO-5, une mesure globale sous forme de score du bien-être émotionnel et psychologique, montrent aussi une baisse du score moyen pendant la pandémie. D'abord, l'étude états-unienne de Molella et ses collègues, menée auprès d'adultes, montre que le score moyen est plus faible à l'hiver 2021 (janvier à mars) qu'en 2018 (43). Enfin, deux études danoises dont les données proviennent d'un même sondage auprès d'adultes montrent une diminution du score moyen au WHO-5 d'avril 2020 à novembre-décembre 2020 (44) et d'avril 2020 à février 2021 (47).

Répartition de la santé mentale selon les caractéristiques des populations

Le niveau de santé mentale selon certaines caractéristiques des populations, notamment l'âge, le genre⁵, les antécédents de troubles mentaux ou de conditions physiques chroniques, le revenu et la scolarité, a été exploré dans neuf études. Des analyses ciblant d'autres caractéristiques sont rapportées, de façon isolée, dans quelques études primaires. Il s'agit notamment de l'appartenance à un groupe racisé, la présence d'amis proches et la qualité perçue du quartier. Les résultats de ces analyses sont présentés dans le tableau 4. Les résultats détaillés pour chacune des caractéristiques sont disponibles à la section 3.5 de l'annexe 3.

Âge

En ce qui concerne la répartition du niveau de santé mentale selon l'âge, certaines études incluses montrent une diminution pour tous les groupes d'âge entre les périodes étudiées (39, 40, 45, 46). La plupart des études montrent cependant que les jeunes adultes⁶ présentaient, avant et pendant la pandémie, une prévalence moins élevée de bonne santé mentale ou des scores moyens de santé mentale plus faible que les groupes plus âgés (39, 40, 45). D'autres études montrent aussi que la détérioration entre ces périodes pourrait avoir été plus importante chez les jeunes adultes que chez les adultes plus âgés (42). Enfin, parmi les personnes de 65 ans et plus (39), ou de 75 à 89 ans (47), les études notent peu ou pas de variation du niveau de santé mentale entre avant et pendant la pandémie.

Genre

En ce qui concerne la répartition du niveau de santé mentale selon le genre la plupart des études montrent une diminution entre les périodes tant chez les filles (46) et les femmes (39, 42, 45) que chez les garçons (46) et les hommes (39, 42, 45). Cette diminution semble plus importante chez les femmes (39). Également, des études relèvent que les filles et les femmes affichaient globalement, avant et pendant la pandémie, une prévalence moins élevée de bonne santé mentale ou un score moyen de santé mentale plus faible que les garçons et les hommes (39, 42, 46). À toutes les périodes, les femmes présentaient un risque accru de rapporter un niveau plus faible de santé mentale (42, 46). La détérioration de ce niveau pendant la pandémie serait aussi plus rapide chez elles (42). D'autres montrent plutôt une diminution similaire du niveau de santé mentale chez les femmes et les hommes (45). Enfin, une seule étude conclut que la détérioration du niveau de santé mentale était plus prononcée pour les hommes que pour les femmes (44).

⁵ Voir note précédente.

⁶ Selon les documents repérés pour la synthèse, cette tranche d'âge de jeunes adultes peut être comprise entre 16 et 24 ans (36, 42, 46), et dans d'autres études incluses, peut aller jusqu'à 34 ans (39, 40, 47). Dans les recensions sur les symptômes de troubles mentaux, les indications quant à l'âge compris dans l'expression « jeunes adultes » permettent difficilement de déterminer une étendue (moyenne d'âge dans Buizza et coll., : 17 ans (35); dans Kauhanen et coll., âgés entre 16 et 24 ans (36)).

Antécédents de conditions physiques chroniques et de troubles mentaux

Dans trois études (41, 42, 45), les auteurs ont procédé à des analyses de sous-groupes pour les personnes ayant des antécédents de problèmes de santé physique ou mentale. Deux d'entre elles concluent que la détérioration de la santé mentale aurait été moindre chez les personnes ayant des antécédents de problèmes de santé physique ou mentale (42, 45).

Revenu et scolarité

Peu d'études ont présenté la répartition des indicateurs de la santé mentale selon les caractéristiques socioéconomiques (39, 40, 45), si bien qu'un constat en ce qui les concerne est difficile à établir.

Tableau 4 Caractéristiques présentées dans les études associées à un risque de présenter un niveau de santé mentale plus faible

	Capaldi et coll., 2021 (39)	Capaldi et coll., 2022 (40)	Love et coll., 2022 (41)	Milicev et coll., 2022 (42)	Molella et coll., 2022 (43)	Sonderskov et coll., 2022 (44)	Thorisdottir et coll., 2022 (46)	Thygesen et coll., 2022 (45)	Vistisen et coll., 2022 (47)
Âge									
• Adolescence et jeunes adultes (c. adultes)	✓	✓		✓			✓	NS	
• Adultes (c. personnes âgées)	✓								✓
Genre									
• Filles/femmes	✓			✓		Réf.	✓	NS	
• Hommes	Réf.			Réf.		✓		Réf.	
Antécédents de trouble mentaux/conditions physiques									
• Personnes SANS antécédents ou ne déclarant pas de détresse psychologique (c. avec antécédents)				✓				✓	
• Personnes AVEC antécédents de troubles mentaux ou de comorbidités (c. sans antécédents)			NS						
Revenu et scolarité									
• Revenu élevé; études postsecondaires (c. revenu faible; n'ayant pas d'étude postsecondaire)	✓	NS						✓	
Autres caractéristiques									
• Personnes racisées; personnes immigrantes (c. personnes blanches; nées au Canada)	✓	NS							
• Personnes déclarant moins d'amis proches (c. personnes déclarant plus d'amis proches)				✓					
• Faible qualité perçue du quartier (c. bonne qualité perçue du quartier) (p. ex. : interactions avec les voisins, présence d'amis dans le quartier)				✓					

✓ : Les auteurs rapportent que cette population est plus affectée soit par des prévalences moins élevées de bonne santé mentale ou des scores moyens de santé mentale plus faible, soit par un risque accru d'une détérioration ou faible niveau de santé mentale durant la pandémie

■ : Les espaces gris signifient que les auteurs n'ont pas présenté de résultats selon cette caractéristique

NS : Les auteurs rapportent que la différence entre les groupes n'est pas significative

Réf. : référence

c. : comparativement

3.3 Objectif 3 : publications canadiennes et québécoises sur la santé mentale et les symptômes anxieux ou dépressifs

Description des études

La recherche bibliographique effectuée pour les deux premiers objectifs a permis d'identifier deux études portant sur des données canadiennes (39, 40) qui contribuent à l'atteinte du troisième objectif. Elles analysent des données issues de l'*Enquête sur la santé des collectivités canadiennes* (ESCC) 2019, puis de l'*Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale* (ECSM), cycle 1 de septembre à décembre 2020 (39) et cycle 2 de février à mai 2021 (40). Les études sont réalisées auprès d'adultes de 18 ans et plus. Les données portent sur trois indicateurs de santé mentale : santé mentale autoévaluée, satisfaction face à la vie, sentiment d'appartenance.

La recherche complémentaire sur les sites Internet de Statistique Canada⁷ et de l'Institut de la statistique du Québec⁸ a permis de sélectionner quatre autres publications (48–51).

D'abord, Statistique Canada présente les données de l'ECSM des cycles 1 et 2, sur les symptômes anxieux ou dépressifs au cours de la pandémie (48). Ensuite, Tu et Groleau analysent les données québécoises sur les symptômes anxieux, tirées de l'*Étude longitudinale du développement des enfants* (ELDEQ) des cycles de 2018 et de l'été 2020 (49). L'ELDEQ est une enquête de cohorte longitudinale réalisée auprès des jeunes nés en 1998-1999, qui avaient environ 22 ans lors de la collecte en 2020 (49). Les autres études sont basées sur des enquêtes auprès d'adultes de 18 ans et plus. De leur côté, Findlay et Arim s'attardent à la santé mentale autoévaluée en comparant les données chez les adultes, de l'ESCC 2018 à celles de la *Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes* (SEPC) de mars-avril 2020 (51). Finalement, Helliwell et ses collègues comparent les données sur la satisfaction face à la vie de l'ESCC 2018 à celles de la SEPC de juin 2020 (50). Il est à noter que ces deux dernières études (50, 51) comparent des données issues de deux enquêtes distinctes dont la base de sondage, les tailles d'échantillons et les méthodes de collectes diffèrent. Les caractéristiques et les résultats des études complémentaires sont présentés à l'annexe 4.

Comparaison de l'évolution des symptômes anxieux et dépressifs et du niveau de santé mentale au Canada et ailleurs dans le monde

La comparaison sommaire des études issues d'autres pays et recensées pour les objectifs 1 et 2 avec celles provenant du Canada et du Québec montre une augmentation globale de la prévalence des symptômes anxieux ou dépressifs et une diminution de la prévalence d'une bonne santé mentale ou un score moyen de santé mentale plus faible dans les différentes populations étudiées et ce, peu importe l'indicateur choisi. De plus, les groupes de populations qui présentent des prévalences plus élevées de symptômes anxieux ou dépressifs ainsi qu'une diminution de la prévalence d'une bonne santé mentale à différentes périodes sont les mêmes

⁷ <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/type/analyses?HPA=1& sujetniveaux=13%2C1307#articlesetrappports> (consulté le 17 février 2023) avec les filtres Sujet « Santé mentale et bien-être »

⁸ <https://statistique.quebec.ca/fr/recherche? sujet=sante-mentale> (consulté le 17 février 2023)

au Canada que dans les autres pays inclus dans les études analysées dans cette synthèse, notamment les jeunes adultes et les femmes (tableau 5).

Tableau 5 Évolution des symptômes anxieux ou dépressifs et de la santé mentale selon les périodes comparées au Canada et au Québec

	Prépande mie	Printemps 2 020	Été 2020	Automne 2 020	Hiver 2021	Printemps 2 021
Québec — Cohorte de jeunes adultes – Symptômes anxieux						
Tu et Groleau 2021 (49)	●		=			
Canada — Adultes de 18 ans et plus – Symptômes anxieux ou dépressifs						
Statistique Canada, 27 septembre 2021 (48)				●		↓
Canada — Adultes de 15 ans et plus – Santé mentale mesurée globalement et bien-être émotionnel						
Capaldi et coll., 2021 (39)	●			↓		
Capaldi et coll., 2022 (40)				●		↓
Findlay et Arim 2020 (51)	●	↓				
Helliwell et coll., 2020 (50)	●		↓			

● : Référence
 ↑ : Amélioration
 ↓ : Détérioration
 = : Pas de différence significative

Symptômes anxieux ou dépressifs et leur répartition selon les caractéristiques de la population canadienne

Chez les adultes de plus de 18 ans, les données présentées par Statistique Canada montrent une augmentation des prévalences de symptômes anxieux modérés ou sévères de septembre-décembre 2020 à février-mai 2021, de même que pour les symptômes dépressifs modérés ou sévères (48).

Les données canadiennes et québécoises affichent des répartitions similaires selon les caractéristiques de la population, à celles rapportées dans les études recensées pour les objectifs 1 et 2. Notamment, au Canada, les jeunes adultes âgés de 18 et 24 ans présentent des prévalences plus élevées de symptômes anxieux ou dépressifs que les groupes plus âgés, pour les deux périodes étudiées (septembre-décembre 2020; février-mai 2021) (48). Également, au Québec, les données de l'ELDEQ montrent que les jeunes femmes étaient proportionnellement plus nombreuses que les jeunes hommes à déclarer une anxiété modérée ou sévère en 2018 et à l'été 2020 (49).

Une étude fait exception et ne présente pas d'augmentation significative de la prévalence des symptômes anxieux dans la cohorte de jeunes adultes québécois (ELDEQ) de 2018, avant la pandémie, à l'été 2020, au cœur de celle-ci⁹ (49). Les autrices soulignent toutefois que si la majorité des personnes déclaraient un même niveau d'anxiété en 2018 et à l'été 2020, environ 10 % sont passées d'une anxiété minimale ou légère en 2018, à modérée ou sévère à l'été 2020, alors qu'un autre 10 % témoigne de l'inverse (49).

Santé mentale et répartition selon les caractéristiques de la population canadienne

Du côté des données sur la santé mentale, les indicateurs de santé mentale et les outils de mesure diffèrent entre les études canadiennes et celles présentées dans les autres documents recensés. À ce titre, aucune enquête canadienne n'utilise le SWEMWBS, une mesure globale de la santé mentale ou le WHO-5, une mesure du bien-être émotionnel et psychologique qui sont des outils utilisés dans les études repérées dans la synthèse. À l'inverse, seules les études canadiennes présentent des résultats sur la santé mentale autoévaluée, un indicateur de santé mentale générale ou sur le sentiment d'appartenance à la communauté, un indicateur du bien-être social (39, 40). Il n'est donc pas possible de comparer les résultats canadiens avec ceux d'autres études réalisées ailleurs dans le monde sur ces dimensions de la santé mentale. Seuls les résultats concernant la satisfaction face à la vie, un indicateur du bien-être émotionnel, peuvent être comparés.

La satisfaction face à la vie est analysée dans les études présentant des données d'enquêtes canadiennes et l'étude de Milicev et ses collègues, basée sur des données du Royaume-Uni (42). Dans tous les cas, le score moyen de satisfaction face à la vie a diminué entre des valeurs observées avant (2017; 2018; 2019) et celles observées pendant la pandémie (2020; 2021) (39, 40, 42, 50). Au Québec, cette diminution s'est avérée moins prononcée que dans l'ensemble du Canada (39).

La baisse observée au Canada ne serait pas répartie également, selon les groupes de la population (50)¹⁰. Helliwell et ses collègues rapportent qu'au Canada, de 2018 à juin 2020, la répartition du score moyen de la satisfaction face à la vie varie selon l'âge. Cette étude note que la baisse la plus importante de la satisfaction moyenne face à la vie a été observée parmi les jeunes de 15 à 29 ans et la baisse la plus petite chez les personnes âgées de 60 ans et plus (50). Ils notent également dans cette étude que si la satisfaction moyenne face à la vie est semblable en 2018 pour les immigrants et les personnes nées au Canada, des différences plus marquées sont présentes en juin 2020 entre ces groupes. La baisse du score moyen de la satisfaction face à la vie est en effet plus élevée chez différents groupes d'immigrants que la baisse observée chez les personnes nées au Canada (50).

⁹ La variable d'intérêt est l'anxiété généralisée des jeunes à l'été 2020, estimée à partir du GAD-7, les scores ont été regroupés en deux catégories, soit « Anxiété minimale ou légère » (scores de 0 à 4 et de 5 à 9 respectivement) et « Anxiété modérée ou sévère » (score de 10 à 14 ou de 15 à 21 respectivement) (Tu et Groleau 2021).

¹⁰ Les données analysées par les auteurs proviennent d'enquêtes distinctes avec des bases de sondages différentes, quoiqu'elles comprennent les mêmes questions sur la santé mentale autoévaluée.

En ce qui a trait aux autres mesures de santé mentale, comme mentionnées plus haut, les comparaisons ne sont pas possibles entre les documents canadiens, québécois et les études ailleurs dans le monde. Une convergence est toutefois notable entre les publications canadiennes. D'abord, en ce qui a trait à la santé mentale autoévaluée, les études canadiennes recensées montrent globalement une diminution de la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée entre les niveaux observés en 2019, à l'automne 2020, puis au printemps 2021 (39, 40). Findlay et Arim notent aussi une diminution de la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée de 2018 (ESCC) au printemps 2020 (SEPC) (51). En lien avec cette dernière publication, il n'est pas possible d'affirmer qu'il s'agit d'une différence significative, car aucune analyse statistique n'est présentée à cet effet.

Une étude relève que les mêmes groupes de populations, notamment les jeunes adultes et les femmes, affichent des prévalences plus faibles d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée avant et pendant la pandémie. En effet, Findlay et Arim notent d'abord que les femmes étaient moins nombreuses en proportion que les hommes à déclarer une excellente ou très bonne santé mentale en 2018 et en 2020, quoiqu'en 2018, la différence de prévalence entre les femmes et les hommes est moins grande qu'en 2020 (51).

Les auteurs affirment ensuite que la diminution de 2018 à mars-avril 2020, de la prévalence de personnes déclarant une excellente ou très bonne santé mentale, bien que présente dans tous les groupes d'âge de moins de 65 ans, est particulièrement évidente chez les jeunes adultes (15-24 ans) (51). Cette publication ne présente toutefois pas d'analyse statistique de sous-groupes permettant d'affirmer qu'il s'agit de différences statistiquement significatives.

Lorsqu'on s'attarde au sentiment d'appartenance à la communauté, des différences entre les provinces sont observées dans deux des publications (39, 40). Au Québec, la prévalence d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté est plus élevée pendant la pandémie, en 2020, qu'avant celle-ci, en 2019, alors que l'inverse est observé pour le Canada (39). De même, de 2020 à 2021, la prévalence d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté n'était pas significativement différente au Québec, alors qu'elle avait significativement diminué au Canada (40).

4 DISCUSSION

La présente synthèse des connaissances avait pour objectif de mettre en lumière l'évolution dans le temps des symptômes anxieux ou dépressifs et de la santé mentale dans la population lors de la pandémie de la COVID-19. La répartition selon les caractéristiques des populations a aussi été analysée. Pour ce faire, une recension des études intégrant des données comparatives dans le temps et réalisées auprès d'échantillons représentatifs a été effectuée. Cette section tente d'apporter un éclairage complémentaire aux diverses hypothèses découlant des résultats obtenus, en plus de mettre en lumière certaines considérations à garder en tête lors de leur interprétation.

4.1 Le rôle de la pandémie dans l'évolution des symptômes de troubles anxieux ou dépressifs et de la santé mentale

La recherche bibliographique a permis de repérer principalement des études traitant de données collectées à différents moments au cours de la première année de la pandémie, soit en 2020 avec quelques études présentant des données allant jusqu'au printemps 2021. Ces travaux recensés montrent généralement une augmentation des prévalences de symptômes anxieux ou dépressifs dans les différents groupes d'âge (35–38), ainsi qu'une diminution du niveau de santé mentale en 2020 (39, 42, 44–46) au début de pandémie de COVID-19, par rapport à la période pré-pandémique. Certains auteurs avancent que cette détérioration des troubles mentaux courants et de la santé mentale dans la population pourrait en partie découler des événements qui ont ponctué la pandémie (bouleversements économiques et sociaux, mesures sanitaires, taux d'infection et mortalité) (52), même s'il reste difficile d'évaluer la contribution de ces aspects distinctement. Il est à noter que certaines revues systématiques analysées dans cette synthèse qui intégraient plusieurs temps de mesures des symptômes de troubles mentaux révèlent un retour à des prévalences pré-pandémiques au cours de l'été suivant le début de la pandémie (37, 38).

Le portrait de l'évolution des symptômes de troubles mentaux et de différents indicateurs de santé mentale à plus long terme demeure incomplet à ce jour. Seul un suivi à plus long terme pourrait permettre de mieux départager les effets de la pandémie (53) de ceux attribuables aux variations naturelles, comme des variations saisonnières ou reliées à l'âge qui peuvent expliquer en partie l'évolution dans le temps (46, 49, 54).

Une synthèse narrative d'enquêtes et d'études épidémiologiques permet de décrire qualitativement l'évolution dans le temps de la prévalence des symptômes de troubles mentaux et de différents indicateurs de santé mentale dans la population. Des revues systématiques incluant des méta-analyses peuvent aller plus loin en analysant l'amplitude de tels changements de prévalence et ainsi déterminer si les changements observés sont statistiquement significatifs, auquel cas il est plausible de considérer qu'ils puissent résulter de la pandémie plutôt que du hasard.

Une récente revue systématique avec méta-analyse menée par Sun et ses collègues sur l'évolution de la prévalence des symptômes de troubles mentaux courants pendant la pandémie conclut à une légère augmentation du côté des symptômes dépressifs, et à une légère augmentation pour les symptômes anxieux, mais cette dernière augmentation est significative seulement chez les femmes (55). La présente synthèse rapporte des résultats légèrement différents de Sun et ses collègues (2023), car elle soutient une augmentation de la prévalence des symptômes anxieux ou dépressifs dans la population générale. Cette différence quant à la significativité statistique (56) peut s'expliquer notamment par le fait que les devis d'études incluses ne sont pas les mêmes : des revues systématiques dans cette synthèse-ci et des études primaires dans la revue de Sun et ses collègues. De plus, Sun et ses collègues ont exclu les études transversales répétées, alors que la présente synthèse ne les a pas exclues. Malgré ces différences, il reste que plusieurs résultats sont similaires. Notamment, Sun et ses collègues relèvent une augmentation des prévalences des symptômes dépressifs et anxieux chez les femmes. Également, on rapporte le fait que les personnes avec des antécédents de troubles mentaux ont présenté une légère diminution de symptômes dépressifs pendant la pandémie.

4.2 Les jeunes adultes et les femmes particulièrement touchés par la pandémie

Le corpus d'études analysé permet d'identifier les jeunes adultes¹¹ et les femmes comme étant des groupes potentiellement à risque plus élevé de présenter une moins bonne santé mentale et des symptômes anxieux ou dépressifs, un fait, par ailleurs, déjà présent avant la pandémie. Plusieurs hypothèses sont émises sur le sujet, par les auteurs des études analysées, de même qu'ailleurs dans la littérature scientifique, et permettent d'apporter un éclairage additionnel à ces constats.

Jeunes adultes

Certaines études repérées notent une augmentation plus importante de symptômes anxieux ou dépressifs et une détérioration plus marquée de différents indicateurs de santé mentale parmi les jeunes adultes par rapport aux groupes plus âgés. Il s'agit d'un constat largement partagé ailleurs dans la littérature en contexte de COVID-19 (2, 6, 18, 53, 57–62). Plusieurs études montrent que la proportion de jeunes adultes qui rapporte un niveau élevé de santé mentale était en déclin avant 2020 (60, 63, 64) et ceci a pu être mis en lumière ou exacerbé par le contexte de la pandémie. Comme hypothèse pouvant expliquer ce risque augmenté chez les jeunes adultes, certains travaux avancent que les mesures sanitaires mises en place, telles que la distanciation, la fermeture des écoles et d'autres lieux de socialisation, ont réduit les opportunités d'interactions sociales, ce qui a pu aller à l'encontre du besoin de socialisation particulièrement important dans ce groupe d'âge (46, 58, 61, 64).

¹¹ Idem note 6.

D'autres estiment que le sentiment de solitude déjà plus prévalent dans cette tranche d'âge (61) semble s'être accru lors de la pandémie et peut être lié à des niveaux plus faibles de satisfaction face à la vie (18, 42, 65) et à la présence accrue de symptômes dépressifs (18, 42).

Plusieurs travaux suggèrent, d'autre part, que les perturbations économiques entraînées par la pandémie au Canada comme dans plusieurs autres pays (66) ont pu affecter la santé mentale et la présence de symptômes anxieux ou dépressifs des jeunes adultes (37, 58, 67), un groupe d'âge particulièrement susceptible de vivre de la précarité financière (37, 58). Au début de la pandémie, un faible revenu, des difficultés économiques, du stress lié aux finances ou encore le fait de ne pas travailler en raison de la COVID-19 sont des facteurs ayant pu accroître le risque d'une détérioration de la santé mentale et d'une augmentation des symptômes anxieux ou dépressifs parmi les jeunes adultes (1, 6, 39, 62, 68).

Femmes

Certains travaux soutiennent que les femmes étaient plus à risque, comparativement aux hommes, d'une augmentation des symptômes anxieux ou dépressifs et d'une détérioration de la santé mentale durant la pandémie (55, 57, 69, 70). Cette disparité liée au genre était déjà présente avant la pandémie de COVID-19, mais le contexte spécifique de celle-ci a pu exacerber certains facteurs de risque chez ce groupe (19, 71).

Les hypothèses avancées concernent notamment l'emploi du temps (p. ex. : garde d'enfants) et la situation de précarité d'emploi (37, 39, 42, 63, 71, 72). Par exemple, les femmes auraient davantage subi des pertes d'emploi durant la pandémie et elles auraient été plus susceptibles de renoncer à un emploi afin de s'occuper d'autres personnes (37, 71, 72). Également, certains secteurs d'emploi particulièrement affectés par la pandémie ou par les mesures sanitaires sont majoritairement occupés par des femmes (p. ex. : secteur des services, soins de santé) (55, 73).

Dans le même ordre d'idées, des auteurs avancent que le stress familial dû au confinement, l'état de santé des membres de la famille ainsi que la capacité de la société à coopérer étaient des préoccupations qui prédisaient plus de symptômes anxieux ou dépressifs chez les adolescentes de 14 à 18 ans pendant la pandémie (74).

4.3 Des caractéristiques restent peu explorées

Les analyses sont moins nombreuses en lien avec d'autres caractéristiques, comme le revenu, la scolarité, la diversité de genre, l'appartenance ethnique ou l'environnement social et physique des milieux de vie.

Au Canada, la satisfaction moyenne face à la vie parmi les hommes ayant un diplôme d'études postsecondaires a diminué de façon plus importante que parmi les hommes ayant un diplôme d'études secondaires ou inférieures, lorsque sont comparées les proportions observées de 2019 à 2020 (39). De même, une détérioration plus marquée de la satisfaction moyenne face à la vie est notée parmi les personnes dans les quintiles de revenus plus élevés quand sont comparées les proportions observées en 2019 et en 2020 (39). Des données du *Gallup World Poll*, sondage

réalisé dans 165 pays depuis 2009, montrent, en comparant différentes périodes avant et pendant la pandémie, que les groupes avec un niveau de scolarité et les revenus les plus faibles n'auraient pas affiché une augmentation du niveau de détresse émotionnelle en 2020, contrairement aux groupes plus favorisés qui eux, auraient révélé une telle augmentation (53).

Notons que cette observation doit être interprétée en tenant compte du fait que les groupes moins favorisés affichaient avant et pendant la pandémie, les prévalences les plus faibles d'une bonne santé mentale ainsi qu'une prévalence plus élevée de symptômes de troubles mentaux courants au Canada (20, 39, 40), et ailleurs (53, 70).

D'autres études sont encore nécessaires pour bien comprendre les répercussions de la pandémie sur la santé mentale et les troubles mentaux courants de groupes qui, avant la pandémie, vivaient de la discrimination ou étaient en position socioéconomique défavorable.

4.4 Santé mentale et troubles mentaux : pour un portrait complet

La santé mentale est caractérisée à la fois par le niveau de bien-être émotionnel (p. ex. : présence d'émotions positives, satisfaction face à la vie) *et* par le niveau de fonctionnement psychosocial (bien-être psychologique et bien-être social) (8). Or, la dimension de la santé mentale la plus étudiée dans les travaux recensés est le bien-être émotionnel, particulièrement la satisfaction face à la vie. Il est effectivement normal que les bouleversements dus à la pandémie, tout comme à d'autres événements extrêmes, soient susceptibles d'avoir des répercussions sur les émotions (75, 76). Par contre, ces événements bouleversent aussi le fonctionnement psychosocial, c'est-à-dire la capacité des individus à se réaliser, se sentir appartenir à leur communauté, sentir qu'ils y contribuent et que cette contribution a un sens (8, 77, 78). Il s'agit de dimensions différentes de la santé mentale, complémentaires et aussi pertinentes à documenter que le bien-être émotionnel, puisqu'elles documentent d'autres aspects importants de l'expérience humaine. À cet égard, parmi les publications repérées, seules les études canadiennes de Capaldi et ses collègues présentent des résultats en lien avec le bien-être social (39, 40).

Les différentes dimensions de la santé mentale peuvent fluctuer différemment les unes par rapport aux autres, selon les groupes et les événements de la vie (8), de même qu'en période de pandémie d'où l'importance de les mesurer toutes pour avoir un portrait plus complet. De même, divers troubles mentaux ont pu varier différemment au fil du temps, invitant à les mesurer tous. Par exemple, l'augmentation de la prévalence de symptômes dépressifs a perduré davantage que celle de symptômes anxieux (38), ce qui est d'ailleurs relevé dans d'autres études (6, 18, 55).

Par ailleurs, les facteurs associés à un risque d'éprouver des symptômes anxieux ou dépressifs ou de manifester une moins bonne santé mentale ne sont pas nécessairement toujours les mêmes dans différents sous-groupes de la population. À titre d'exemple, une étude montre que chez les jeunes adultes, la présence de symptômes anxieux ou dépressifs pendant la pandémie

est davantage associée avec des stress de la vie sociale et relationnelle, alors que la diminution de la satisfaction face à la vie est davantage liée au stress financier (79).

Rappelons également que de multiples facteurs influençant la santé mentale et les troubles mentaux sont interreliés et que leur cumul peut donc provoquer des effets additifs, intensificateurs ou à l'inverse les amenuiser. Une étude montre par exemple qu'un soutien financier pendant la pandémie a pu en mitiger les effets sur des symptômes dépressifs, mais lorsque le soutien financier est offert par des proches (famille/amis), cet effet mitigeur est amplifié (80). Ce résultat amène les auteurs à postuler que des interventions de soutien financier peuvent aider à mitiger les répercussions de bouleversements économiques, mais leur combinaison à une forme de soutien social pourrait être davantage bénéfique. Considérant que la pandémie a particulièrement affecté la vie économique *et* sociale, il est possible que de tenir compte à la fois de déterminants économiques *et* sociaux permette un meilleur arrimage aux besoins des populations.

En somme, la santé mentale et la présence de symptômes de troubles mentaux sont complexes et peuvent varier selon une multitude de facteurs entrelacés (80). Une attention à toutes les dimensions de la santé mentale en plus de différents symptômes de troubles mentaux, l'uniformisation des indicateurs et des mesures utilisés dans les études, le recours à des données de qualité, idéalement issues d'enquêtes représentatives, permettent d'avoir un portrait plus complet et juste tout en facilitant les comparaisons (28, 55). La prise en compte des différentes dimensions de la santé mentale, en plus des troubles mentaux, permet d'identifier d'autres pistes d'intervention préventives pouvant améliorer la santé de la population.

4.5 Forces et limites

La présente synthèse met en lumière l'évolution de la santé mentale et de la prévalence des symptômes anxieux ou dépressifs au cours de la première année de la pandémie, ainsi que leur répartition selon les caractéristiques de la population. L'inclusion de revues systématiques et d'études qui comparent la présence de troubles anxieux ou dépressifs ainsi que différentes composantes de la santé mentale à plusieurs moments, avant et pendant la pandémie, permet d'apprécier leur évolution dans le temps, comparativement à des études transversales sans point de comparaison. De plus, le choix de n'inclure que des études sur la santé mentale qui sont représentatives des populations assure une meilleure possibilité de généralisation des résultats.

Des limites sont toutefois à noter à la fois liées aux travaux inclus et à la démarche de synthèse.

- Seules des revues systématiques ont été analysées pour dégager les principaux constats en lien avec des symptômes anxieux ou dépressifs en contexte de pandémie de COVID-19, alors qu'uniquement des études primaires ont été analysées pour dégager des constats sur les dimensions de la santé mentale. Cette différence méthodologique révèle que les études concernant les troubles mentaux sont plus nombreuses, permettant de réaliser des revues systématiques, alors que les études sur la santé mentale sont moins fréquentes.

- Une démarche de synthèse narrative systématisée a été menée. Celle-ci permet de dégager des constats qualitatifs, mais ne permet pas de quantifier l'amplitude de l'évolution dans le temps des symptômes anxieux ou dépressifs et de la santé mentale et de leur répartition selon les caractéristiques de la population.
- Les études primaires incluses dans les revues systématiques du premier objectif présentent une grande hétérogénéité, ce qui limite les constats pouvant être dégagés. Par exemple, les populations diffèrent sur le plan de l'âge et des caractéristiques, une multitude d'indicateurs de troubles mentaux est utilisée et les périodes de comparaisons dans le temps sont variées (mesures lors de restrictions, selon différentes saisons, etc.). Les résultats doivent être interprétés avec précaution.
- Les publications recensées permettent de couvrir une période pandémique allant des premiers mois (janvier-février 2020) jusqu'à octobre 2020 du côté des symptômes anxieux ou dépressifs (36) et jusqu'à mai 2021 du côté de la santé mentale (40). Les résultats de la synthèse ne permettent toutefois pas de connaître l'évolution de la santé mentale et des symptômes anxieux ou dépressifs au-delà du printemps 2021.
- Certains travaux recensés sur la santé mentale à l'objectif 3 comparent des données d'enquêtes différentes. Les bases de sondage, la taille des échantillons et les méthodes de collectes diffèrent, ce qui constitue des limites méthodologiques.

5 CONCLUSION

Depuis les débuts de la pandémie de COVID-19, de très nombreuses études et recensions ont été publiées pour documenter l'évolution de symptômes de troubles mentaux courants, alors que la santé mentale spécifiquement, a fait l'objet de moins d'études et de recensions. La présente synthèse avait comme objectif de décrire l'évolution dans le temps de la santé mentale et des troubles mentaux courants ainsi que leur répartition selon différentes caractéristiques des populations, en contexte de pandémie de COVID-19.

Cet exercice a permis ensuite de comparer sommairement les résultats obtenus ailleurs dans le monde, à ceux observés au Canada et au Québec. Sur ce point, il apparaît que, globalement, malgré certaines distinctions entre les provinces, la santé mentale et la prévalence des symptômes anxieux ou dépressifs ont évolué de manière similaire au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde.

Les résultats de la présente synthèse indiquent que le niveau de santé mentale ainsi que la prévalence de symptômes anxieux ou dépressifs dans la population ont varié selon les différentes périodes de la pandémie. Certaines des études concluent que la présence de symptômes anxieux ou dépressifs aurait augmenté au tout début de la pandémie, pour atteindre les prévalences les plus élevées au printemps 2020, pour ensuite revenir, à l'été 2020, à des valeurs plus près de celles observées avant la pandémie.

À la lumière des résultats, il semble que la crise sanitaire ait mis en évidence certaines inégalités de santé mentale déjà présentes avant la pandémie. En proportion, davantage de jeunes adultes et de femmes, par rapport aux groupes plus âgés et aux hommes, auraient déclaré une moins bonne santé mentale et des symptômes anxieux ou dépressifs modérés à sévères, bien que cette disparité était déjà présente avant la pandémie. La pandémie pourrait avoir particulièrement mis sous les projecteurs certains groupes déjà plus à risque d'être affectés.

Finalement, certaines études montrent qu'un ensemble plus large de déterminants de la santé mentale et des troubles mentaux auraient été en jeu lors de la pandémie de COVID-19 pour lesquels des analyses sont encore peu nombreuses. La compréhension toujours plus fine de l'évolution et de la répartition des répercussions de la pandémie sur les différents groupes de la population permettra de mieux orienter une stratégie globale de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux, dans une perspective populationnelle.

6 RÉFÉRENCES

1. Kwong ASF, Pearson RM, Adams MJ, Northstone K, Tilling K, Smith D *et al.* Mental health before and during the COVID-19 pandemic in two longitudinal UK population cohorts. *British Journal of Psychiatry.* 2021;218(6):334-43. doi: 10.1192/bjp.2020.242.
2. Kunzler AM, Röthke N, Günthner L, Stoffers-Winterling J, Tüscher O, Coenen M *et al.* Mental burden and its risk and protective factors during the early phase of the SARS-CoV-2 pandemic : systematic review and meta-analyses. *Global Health.* 2021;17(1):34. doi: 10.1186/s12992-021-00670-y.
3. Rodríguez-Fernández P, González-Santos J, Santamaría-Peláez M, Soto-Cámara R, Sánchez-González E, González-Bernal JJ. Psychological effects of home confinement and social distancing derived from COVID-19 in the general population - a systematic Review. *International journal of environmental research and public health.* 2021;18(12). doi: 10.3390/ijerph18126528.
4. Nam S-H, Nam J-H, Kwon C-Y. Comparison of the mental health impact of COVID-19 on vulnerable and non-vulnerable groups : A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(20). doi: 10.3390/ijerph182010830.
5. Nobles J, Martin F, Dawson S, Moran P, Savovic J. The potential impact of COVID-19 on mental health outcomes and the implications for service solutions [En ligne]. Royaume-Uni : Centre for Academic Mental Health of the University of Bristol, Faculty of Health and Applied Sciences of the University of West of England, NIHR-Applied Research Collaboration West; 2020 [cité le 13 avr. 2023]. Disponible : <https://arc-w.nihr.ac.uk/research-and-implementation/covid-19-response/potential-impact-of-covid-19-on-mental-health-outcomes-and-the-implications-for-service-solutions/>
6. Saunders R, Buckman JEJ, Fonagy P, Fancourt D. Understanding different trajectories of mental health across the general population during the COVID-19 pandemic. *Psychol Med.* 2022;52(16):4049-57. doi: 10.1017/S0033291721000957.
7. Organisation mondiale de la santé. La santé mentale : renforcer notre action. Aide-mémoire [En ligne]. Genève : Centre des médias de l'OMS; 17 juin 2022 [cité le 10 avr. 2023]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
8. Julien D, Bordeleau M. La santé mentale positive : étude du concept et de sa mesure [En ligne]. Québec : Institut de la statistique du Québec; 2021 [cité le 22 déc. 2022]. Disponible : <https://statistique.quebec.ca/fr/document/sante-mentale-positive-concept-et-mesure>
9. Keyes CLM, Annas J. Feeling good and functioning well : distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *The Journal of Positive Psychology.* 2009;4(3):197-201. doi: 10.1080/17439760902844228.
10. Keyes CLM, Simoes EJ. To flourish or not: positive mental health and all-cause mortality. *Am J Public Health.* 2012;102(11):2164-72. doi: 10.2105/AJPH.2012.300918.

11. Orpana H, Vachon J, Dykxhoorn J, McRae L, Jayaraman G. Monitoring positive mental health and its determinants in Canada : the development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada: research, policy and practice*. 2016;36(1):1.
12. Organisation mondiale de la santé. Troubles mentaux [En ligne]. Genève : Centre des médias de l'OMS; 8 juin 2022 [cité le 26 mars 2023].
Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
13. Organisation mondiale de la Santé. Les cas d'anxiété et de dépression sont en hausse de 25 % dans le monde en raison de la pandémie de COVID-19 [En ligne]. Genève : Communiqué de presse de l'OMS; 2 mars 2022 [cité le 29 mai 2023]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
14. Mantoura P, Roberge M-C, Fournier L. Un cadre de référence pour soutenir l'action en santé mentale des populations. *Santé mentale au Québec* [En ligne]. 2017;42(1):105-23.
Disponible : https://www.ccnpps.ca/docs/2017_SMP_PMH_ArticleSMQ_Fr.pdf
15. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, *et al.* The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*. 2018;392(10157):1553-98.
doi: 10.1016/S0140-6736(18)31612-X.
16. IASC MHPSS Reference Group. Prise en compte des aspects psychosociaux et de santé. Note d'information provisoire [En ligne]. Genève : Inter-Agency Standing Committee; 2020 [cité le 10 avr. 2023]. Disponible : <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing>
17. Bower M, Smout S, Donohoe-Bales A, O'Dean S, Teesson L, Boyle J, *et al.* A hidden pandemic? An umbrella review of global evidence on mental health in the time of COVID-19. *Front Psychiatry*. 2023;14:1107560. doi: 10.3389/fpsy.2023.1107560.
18. Benke C, Autenrieth LK, Asselmann E, Pané-Farré CA. One year after the COVID-19 outbreak in Germany: long-term changes in depression, anxiety, loneliness, distress and life satisfaction. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2022;273(2):289-99. doi: 10.1007/s00406-022-01400-0.
19. Pierce M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, John A, *et al.* Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(10):883-92. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30308-4.
20. Jenkins EK, McAuliffe C, Hirani S, Richardson C, Thomson KC, McGuinness L, *et al.* 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*. 2021;145:106333. doi: 10.1016/j.ypmed.2020.106333.
21. Islam N, Lacey B, Shabnam S, Erzurumluoglu AM, Dambha-Miller H, Chowell G, *et al.* Social inequality and the syndemic of chronic disease and COVID-19: county-level analysis in the USA. *J Epidemiol Community Health*. 2021;75(6):496-500. doi: 10.1136/jech-2020-215626.

22. Horton R. Offline : COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*. 2020;396(10255):874. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32000-6.
23. Shim RS, Starks SM. COVID-19, Structural Racism, and mental health inequities : policy implications for an emerging syndemic. *PS*. 2021;72(10):1193-8. DOI : 10.1176/appi.ps.202000725.
24. Akinin LB, De Neve J-E, Dunn EW, Fancourt DE, Goldberg E, Helliwell JF, *et al*. Mental health during the first year of the COVID-19 Pandemic : A review and recommendations for moving forward. *Perspect Psychol Sci*. 2022;174569162110299. doi: 10.1177/17456916211029964.
25. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, *et al*. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic : a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(6):547-60. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30168-1.
26. Chadi N, Ryan NC, Geoffroy M-C. COVID-19 and the impacts on youth mental health : emerging evidence from longitudinal studies. *Can J Public Health*. 2022;113(1):44-52. doi: 10.17269/s41997-021-00567-8.
27. Nieto I, Navas JF, Vázquez C. The quality of research on mental health related to the COVID-19 pandemic : A note of caution after a systematic review. *Brain, Behavior, & Immunity - Health*. 2020;7:100123. doi: 10.1016/j.bbih.2020.100123.
28. Georgiades K. Développement des données probantes sur la santé mentale de la population au Canada : appel à l'action pour des politiques et des pratiques fondées sur des données probantes. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2021;41(11):353-6. doi: 10.24095/hpcdp.41.11.01f.
29. INSPQ. Repères pour la réalisation d'une revue narrative systématisée de la littérature — Aide-mémoire. Montréal Québec : Institut national de santé publique du Québec.
30. Robert O, Déry V, Institut national de santé publique du Québec. Direction de la valorisation scientifique et qualité. Cadre de référence sur la révision par les pairs des publications scientifiques de l'Institut national de santé publique du Québec [En ligne]. Montréal Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2020
Disponible : <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INSPQ/9782550872979.pdf>
31. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, *et al*. Development of AMSTAR : a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7(1):10. doi: 10.1186/1471-2288-7-10.
32. Shea BJ, Hamel C, Wells GA, Bouter LM, Kristjansson E, Grimshaw J, *et al*. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2009;62(10):1013-20. doi: 10.1016/j.jclinepi.2008.10.009.
33. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, *et al*. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for Information*. IOS Press; 2018;34(4):285-91. doi: 10.3233/EFI-180221.

34. Burda BU, Holmer HK, Norris SL. Limitations of A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews (AMSTAR) and suggestions for improvement. *Syst Rev.* 2016;5(1):58, s13643-016-0237-1. doi: 10.1186/s13643-016-0237-1.
35. Buizza C, Bazzoli L, Ghilardi A. Changes in college students mental health and lifestyle during the COVID-19 pandemic : A systematic review of longitudinal studies. *Adolesc Res Rev.* 2022;1-14. doi: 10.1007/s40894-022-00192-7.
36. Kauhanen L, Wan Mohd Yunus WMA, Lempinen L, Peltonen K, Gyllenberg D, Mishina K, *et al.* A systematic review of the mental health changes of children and young people before and during the COVID-19 pandemic. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* Germany; 2022;(9212296). doi: 10.1007/s00787-022-02060-0
37. Cénat JM, Farahi SMMM, Dalexis RD, Darius WP, Bekarkhanechi FM, Poisson H, *et al.* The global evolution of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect Disord.* 2022;315:70-95. doi: 10.1016/j.jad.2022.07.011.
38. Robinson E, Sutin AR, Daly M, Jones A. A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies comparing mental health before versus during the COVID-19 pandemic in 2020. *J Affect Disord.* 2022;296:567-76. doi: 10.1016/j.jad.2021.09.098.
39. Capaldi CA, Liu L, Dopko RL. 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. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2021;41(11):394-414. doi: 10.24095/hpcdp.41.11.05f.
40. Capaldi CA, Liu L, Ooi LL, Roberts KC. Santé mentale autoévaluée, sentiment d'appartenance à la communauté, satisfaction à l'égard de la vie et changement perçu en matière de santé mentale chez les adultes pendant la deuxième et la troisième vagues de la pandémie de COVID-19 au Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2022;42(5):247-55. doi: 10.24095/hpcdp.42.5.05f
41. Love TJ, Wessman I, Gislason GK, Rognvaldsson S, Thorsteinsdottir S, Sigurdardottir GA, *et al.* The first wave of COVID-19 and concurrent social restrictions were not associated with a negative impact on mental health and psychiatric well-being. *J Intern Med.* England; 2022;291(6):837-48. doi: 10.1111/joim.13461
42. Milicev J, Qualter P, Goodfellow C, Inchley J, Simpson SA, Leyland AH, *et al.* The prospective relationship between loneliness, life satisfaction and psychological distress before and during the COVID-19 pandemic in the UK. *J Public Health (Berl).* 2022; doi: 10.1007/s10389-022-01719-x.
43. Molella RG, Murad AL, Sherden M, Fritz DJ, Sadecki EN, Briggs G, *et al.* Community health needs assessment data and community recovery from COVID-19. *Am J Prev Med.* Netherlands; 2022;(8704773, apl). doi: 10.1016/j.amepre.2022.02.010.

44. Sonderskov KM, Dinesen PT, Vistisen HT, Ostergaard SD. Variation in psychological well-being and symptoms of anxiety and depression during the COVID-19 pandemic: Results from a three-wave panel survey. *Acta Neuropsychiatrica*. United Kingdom: Cambridge University Press; 2021;33(3):156-9. doi: 10.1017/neu.2020.47.
45. Thygesen LC, Moller SP, Ersboll AK, Santini ZI, Nielsen MBD, Gronbaek MK, *et al.* Decreasing mental well-being during the COVID-19 pandemic : A longitudinal study among Danes before and during the pandemic. *J Psychiatr Res*. England; 2021;144(jtj, 0376331):151-7. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.09.035.
46. Thorisdottir IE, Asgeirsdottir BB, Kristjansson AL, Valdimarsdottir HB, Jonsdottir Tolgyes EM, Sigfusson J, *et al.* Depressive symptoms, mental wellbeing, and substance use among adolescents before and during the COVID-19 pandemic in Iceland : a longitudinal, population-based study. *Lancet Psychiatry*. England; 2021;8(8):663-72. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00156-5.
47. Vistisen HT, Sonderskov KM, Dinesen PT, Ostergaard SD. Psychological well-being and symptoms of depression and anxiety across age groups during the second wave of the COVID-19 pandemic in Denmark. *ACTA NEUROPSYCHIATR*. England; 2021;33(6):331-4. doi: 10.1017/neu.2021.21.
48. Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, février à mai 2021. *Le Quotidien* [En ligne]. 27 sept. 2021 [cité le 27 févr. 2023]. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210927/dq210927a-fra.pdf>
49. Tu MT, Groleau A. L'anxiété chez les jeunes adultes à l'été 2020 au Québec: liens avec certains facteurs mesurés avant et pendant la pandémie de COVID-19. Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ) — De la naissance à l'âge adulte [En ligne]. 2021;9(3):1-14. Disponible : <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/anxiete-jeunes-adultes-2020-quebec-pandemie-covid-19.pdf>
50. Helliwell JF, Schellengerg G, Fonberg J. La pandémie de la COVID-19 et la satisfaction à l'égard de la vie au Canada. *StatCan et la COVID-19: Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur* [En ligne]. 2020;produit no. 45280001 au catalogue. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00093-fra.htm>
51. Findlay L, Arim R. Les Canadiens perçoivent leur santé mentale comme étant moins bonne pendant la pandémie de COVID-19 [En ligne]. *Statistique Canada*; 24 avr. 2020 [cité le 27 févr. 2023]. Rapport no 45280001. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00003-fra.pdf>
52. Graupensperger S, Calhoun BH, Patrick ME, Lee CM. Longitudinal effects of COVID-19-related stressors on young adults' mental health and wellbeing. *Applied Psych Health & Well*. 2022;14(3):734-56. doi: 10.1111/aphw.12344.
53. Daly M, Macchia L. Global trends in emotional distress. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2023;120(14):e2216207120. doi: 10.1073/pnas.2216207120.
54. Wright N, Hill J, Sharp H, Refberg-Brown M, Crook D, Kehl S, *et al.* COVID-19 impact on adolescent mental health: A reassessment accounting for development. Preprint. doi: 10.21203/rs.3.rs-2752235/v1.

55. Sun Y, Wu Y, Fan S, Dal Santo T, Li L, Jiang X, *et al.* Comparison of mental health symptoms before and during the covid-19 pandemic: evidence from a systematic review and meta-analysis of 134 cohorts. *BMJ.* 2023;e074224. doi: 10.1136/bmj-2022-074224.
56. Jadad AR, Cook DJ, Browman GP. A guide to interpreting discordant systematic reviews. *Cmaj. Can Med Assoc;* 1997;156(10):1411-6.
57. Pierce M, McManus S, Hope H, Hotopf M, Ford T, Hatch SL, *et al.* Mental health responses to the COVID-19 pandemic: a latent class trajectory analysis using longitudinal UK data. *The Lancet Psychiatry.* 2021;8(7):610-9. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00151-6.
58. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, *et al.* Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet.* 2021;398(10312):1700-12. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02143-7.
59. Gibson B, Schneider J, Talamonti D, Forshaw M. The impact of inequality on mental health outcomes during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne.* 2021;62(1):101-26. doi: 10.1037/cap0000272.
60. Garriguet D. Portrait des jeunes au Canada : rapport statistique. Chapitre 1— La santé des jeunes [En ligne]. Statistique Canada; 1 févr. 2021 [cité le 20 mai 2022]. Rapport no 42-28-0001. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/42-28-0001/2021001/article/00001-fra.pdf?st=uqBTWh8p>
61. De France K, Hancock GR, Stack DM, Serbin LA, Hollenstein T. The mental health implications of COVID-19 for adolescents : Follow-up of a four-wave longitudinal study during the pandemic. *American Psychologist.* 2022;77(1):85-99. doi: 10.1037/amp0000838.
62. Richardson C, Goodyear T, Slemon A, Gadermann A, Thomson KC, Daly Z, *et al.* Emotional response patterns, mental health, and structural vulnerability during the COVID-19 pandemic in Canada : a latent class analysis. *BMC Public Health.* 2022;22(1):2344. doi: 10.1186/s12889-022-14798-y.
63. Charnock S, Heisz A, Kaddatz J, Mann R, Spinks N, Statistics Canada, *et al.* Le bien-être des Canadiens au cours de la première année de la pandémie du COVID-19 [En ligne]. Ottawa: Statistique Canada; 2021. Disponible : https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/75f0002m/75f0002m2021003-fra.pdf?st=xn_7IIPPX
64. Statistique Canada. La satisfaction des jeunes à l'égard de la vie durant la pandémie de COVID-19 selon une étude comparative transnationale. Rapports économiques et sociaux [En ligne]. 23 nov. 2022 [cité le 11 avr. 2023]. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/36-28-0001/2022011/article/00002-fra.pdf?st=rxYHZ6z->
65. Gauthier A, Lévesque J, Melançon A, Roberge M-C, Robitaille É. Prévenir la solitude des jeunes adultes en contexte de pandémie [En ligne]. Montréal Québec : Institut national de santé publique du Québec; 2021 [cité le]. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3104-solitude-jeunes-adultes-pandemie-covid19.pdf>

66. Deng Z, Arim R, Henseke G, Schoon I, Dietrich H, Murray A, *et al.* Le taux de chômage chez les jeunes au Canada, en Allemagne, en Irlande et au Royaume-Uni à l'ère de la COVID-19 [En ligne]. Statistique Canada; 23 mars 2022 [cité le 14 avr. 2023]. Rapport no 36-28-0001. Disponible : https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/36-28-0001/2022003/article/00003-fra.pdf?st=vnv_iAuk
67. Chen CY-C, Byrne E, Vélez T. A Preliminary study of COVID-19-related stressors, parenting stress, and parental psychological well-being among parents of school-age children. *Journal of Child & Family Studies*. 2022;31(6):1558-69. doi: <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02321-1>
68. Cielo F, Ulberg R, Di Giacomo D. Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Mental Health Outcomes among Youth: A Rapid Narrative Review. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(11). doi:10.3390/ijerph18116067.
69. Adams-Prassl A, Boneva T, Golin M, Rauh C. Inequality in the impact of the coronavirus shock: Evidence from real time surveys. *Journal of Public Economics*. 2020;189:104245. doi: 10.1016/j.jpubeco.2020.104245.
70. Camara C, Surkan PJ, Van Der Waerden J, Tortelli A, Downes N, Vuillermoz C, *et al.* COVID-19-related mental health difficulties among marginalised populations: A literature review. *Camb prisms Glob ment health*. 2023;10:e2. doi: 10.1017/gmh.2022.56.
71. Sevilla A, Smith S. Baby steps: the gender division of childcare during the COVID-19 pandemic. *Oxford Review of Economic Policy*. 2020;36(Supplement_1):S169-86. doi: 10.1093/oxrep/graa027.
72. Flor LS, Friedman J, Spencer CN, Cagney J, Arrieta A, Herbert ME, *et al.* Quantifying the effects of the COVID-19 pandemic on gender equality on health, social, and economic indicators: a comprehensive review of data from March, 2020, to September, 2021. *The Lancet*. 2022;399(10344):2381-97. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00008-3.
73. Toffolutti V, Plach S, Maksimovic T, Piccitto G, Mascherini M, Mencarini L, *et al.* The association between COVID-19 policy responses and mental well-being: Evidence from 28 European countries. *Social Science & Medicine*. 2022;301:114906. doi: 10.1016/j.socscimed.2022.114906.
74. Craig SG, Ames ME, Bondi BC, Pepler DJ. Canadian adolescents' mental health and substance use during the COVID-19 pandemic: Associations with COVID-19 stressors. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 2022; doi: 10.1037/cbs0000305.
75. World Health Organization. Health Emergency and Disaster Risk Management Framework [En ligne]. World Health Organization; 2019
Disponible : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516181>
76. World Health Organization. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Scientific brief. [En ligne]. 2022.
77. Gilmour H. Santé mentale positive et maladie mentale. Rapports sur la santé [En ligne]. 2014;25(9):3-10. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2014009/article/14086-fra.pdf?st=gRwOOwAF>

78. INSPQ Comité en prévention et promotion— thématique santé mentale. COVID-19: La résilience et la cohésion sociale des communautés pour favoriser la santé mentale et le bien-être [En ligne]. Montréal : Institut national de santé publique du Québec; 2020 [cité le 11 avr. 2023] p. 21 pages. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3016-resilience-cohesion-sociale-sante-mentale-covid19>
79. Graupensperger S, Cadigan JM, Einberger C, Lee CM. Multifaceted COVID-19-Related Stressors and Associations with Indices of Mental Health, Well-being, and Substance Use Among Young Adults. *Int J Ment Health Addiction*. 2023;21(1):418-31. doi: 10.1007/s11469-021-00604-0.
80. Coulaud P, Salway T, Jesson J, Bolduc N, Ferlatte O, Bertrand K, *et al.* Moderation of the association between COVID-19-related income loss and depression by receipt of financial support: Repeated cross-sectional surveys of young adults in Canada and France (2020–2021). *SSM - Population Health*. 2023;21:101340. doi: 10.1016/j.ssmph.2023.101340.

ANNEXE 1 STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

1.1 Stratégie de recherche pour l'objectif 1 (Ovid)

Interrogée le 9 septembre 2022

#	Requête	Résultats
1	(review*).ti.	
2	(anxious or depress* or anxiety or post-traumatic or "mental health").ab. or (anxious or depress* or anxiety or post-traumatic or "mental health").ti. or (anxious or depress* or anxiety or post-traumatic or "mental health").kw.	
3	("coronavirus disease 2019" or "covid-19" or "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2" or "SARS-CoV-2" or "2019-nCoV").ab. or ("coronavirus disease 2019" or "covid-19" or "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2" or "SARS-CoV-2" or "2019-nCoV").ti. or ("coronavirus disease 2019" or "covid-19" or "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2" or "SARS-CoV-2" or "2019-nCoV").kw.	
4	survey/ or (survey* or ((observational or cohort or longitudinal) adj3 (studies or study))).ab. or (survey* or ((observational or cohort or longitudinal) adj3 (studies or study))).ti. or (survey* or ((observational or cohort or longitudinal) adj3 (studies or study))).kw.	
5	1 and 2 and 3 and 4	201
	Utiliser l'option Dédoublonner	147

Stratégie de recherche pour l'objectif 2 (Ovid)

Interrogée le 29 juin 2022

#	Requête	Résultats
1	((((PWS or "WHO-5" or scale* or index) ADJ2 ("well-being" OR wellbeing or (life adj2 satisfaction))) or WEMWBS or "self rated mental health" or SRMH or "ryff scale" or "keyes scale" or "sense of belonging instrument" or (SOBI adj2 belonging)).ti,ab.	
2	(SARS-CoV-2 OR SARS-CoV2 OR SARSCoV-2 OR SARSCoV2 OR SARS-CoV* OR SARSCoV* OR "severe acute respiratory syndrome 2" OR "severe acute respiratory syndrome cov*" OR Covid-19 OR Covid19* OR Covid OR nCoV* OR 2019nCoV* OR 19nCoV* OR HCoV-19).mp. OR (coronavirus* OR "corona virus*").ti,ab. or COVID-19/or SARS-CoV-2/	
3	1 and 2	455
	Utiliser l'option Dédoublonner	378

Ajout 2022-07-07

Interrogée le 7 juillet 2022

#	Requête	Résultats
1	((PWS or "WHO-5" or scale* or index) ADJ2 ("well-being" OR wellbeing or (life adj2 satisfaction))) or WEMWBS or "self rated mental health" or SRMH or "ryff scale" or "keyes scale" or "sense of belonging instrument" or (SOBI adj2 belonging)).ti,ab.	
2	(SARS-CoV-2 OR SARS-CoV2 OR SARSCoV-2 OR SARSCoV2 OR SARS-CoV* OR SARSCoV* OR "severe acute respiratory syndrome 2" OR "severe acute respiratory syndrome cov*" OR Covid-19 OR Covid19* OR Covid OR nCoV* OR 2019nCoV* OR 19nCoV* OR HCoV-19).mp. OR (coronavirus* OR "corona virus*").ti,ab. or COVID-19/or SARS-CoV-2/	
3	("psychological well-being" or "psychological wellbeing").m_titl.	
4	1 and 2	463
5	2 and 3	317
6	5 not 4	274
	Utiliser l'option Dédoublonner	208

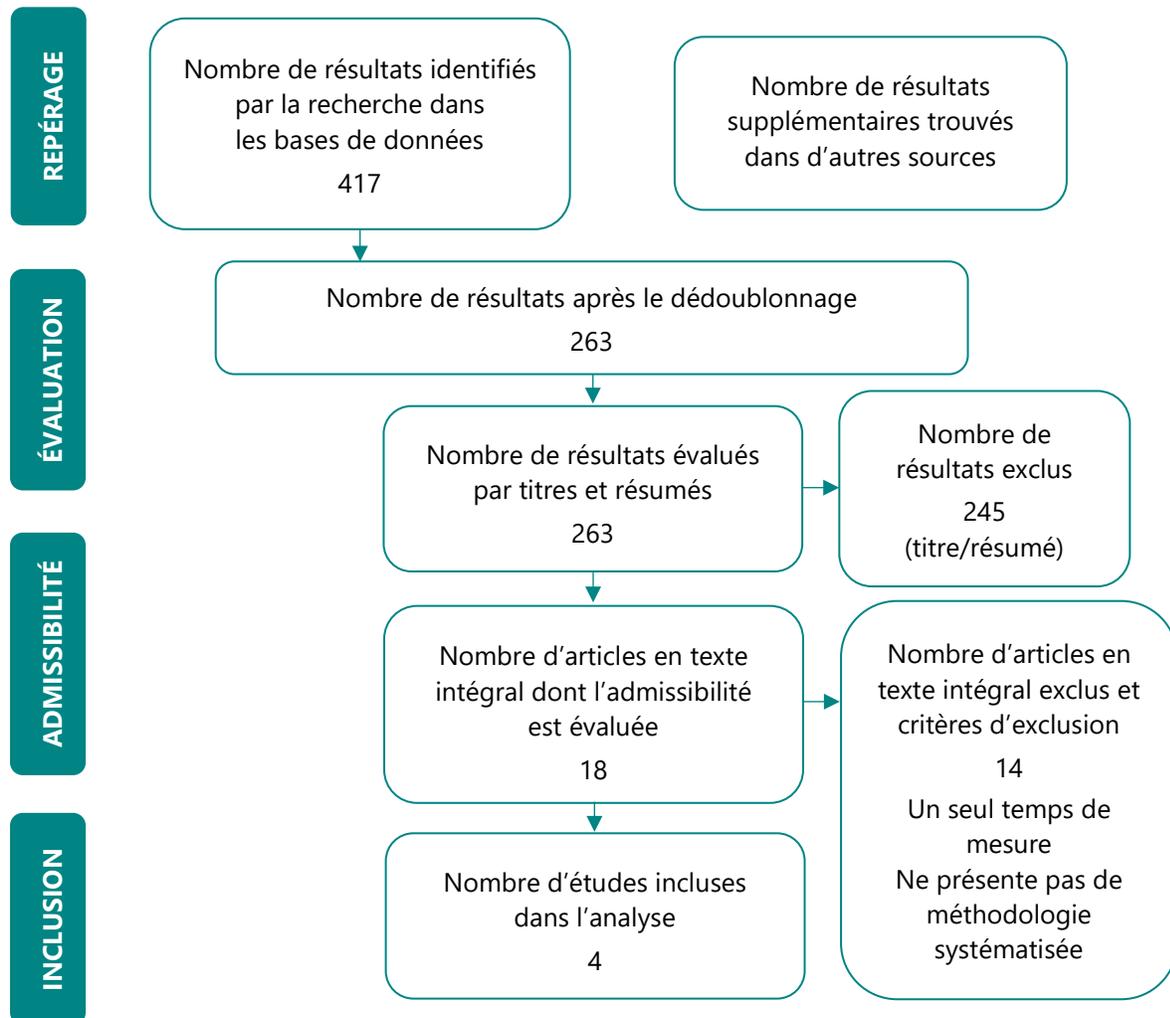
1.2 Critères d'admissibilité des documents

Type	Inclusion	Exclusion
Critères d'admissibilité		
Population	<ul style="list-style-type: none"> Population générale de tout âge 	<ul style="list-style-type: none"> Études portant exclusivement sur un groupe de population (autres que basées sur l'âge) : p. ex. : personnel de la santé
Exposition	<ul style="list-style-type: none"> Pandémie de la COVID-19 Mesures sanitaires lors de la pandémie de COVID-19 	<ul style="list-style-type: none"> Autres événements extrêmes
Autres critères d'admissibilité	<ul style="list-style-type: none"> Articles en français ou en anglais Publications revues par les pairs 	<ul style="list-style-type: none"> Autres langues Publications non révisées par les pairs
Critères additionnels spécifiques au 1^{er} objectif		
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> Symptômes anxieux Symptômes dépressifs 	<ul style="list-style-type: none"> Autres troubles mentaux uniquement Difficultés psychologiques (p. ex. : stress, détresse psychologique)
Devis des études	<ul style="list-style-type: none"> Recensions suivant une méthode systématisée Recensions regroupant exclusivement des études ayant deux temps de mesure, soit au minimum : <ul style="list-style-type: none"> - Une mesure avant ou au début de la pandémie et - Une mesure durant la pandémie 	<ul style="list-style-type: none"> Revue narrative sans méthode systématisée Un seul temps de mesure dans les études primaires
Critères additionnels spécifiques au 2^e objectif		
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> Mesure d'une ou de plusieurs dimensions de la santé mentale (santé mentale autoévaluée, bien-être émotionnel, bien-être psychologique et/ou bien-être social) Utilisation d'outils de mesure validés, Santé mentale comme mesure de résultat principal 	<ul style="list-style-type: none"> Troubles mentaux Difficultés psychologiques (p. ex. : stress, détresse psychologique)
Devis des études	<ul style="list-style-type: none"> Recensions suivant une méthode systématisée Études empiriques quantitatives représentatives (probabilistes ou non¹²) Études ou recensions d'études ayant deux temps de mesure, soit au minimum : <ul style="list-style-type: none"> - Une mesure avant ou au début la pandémie et - Une mesure durant la pandémie 	<ul style="list-style-type: none"> Revue narrative sans méthode systématisée Un seul temps de mesure Études qualitatives Études expérimentales Études non représentatives
Autres critères d'admissibilité	<ul style="list-style-type: none"> Études issues de pays industrialisés comparables au Canada 	

¹² La méthode d'échantillonnage probabiliste a été privilégiée pour l'inclusion des études. Dans le cas d'échantillonnages non probabilistes, les études ayant effectué et détaillé des méthodes de pondération de l'échantillon en fonction d'une population ont été également incluses.

ANNEXE 2 DIAGRAMME DE SÉLECTION, QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE, CARACTÉRISTIQUES ET RÉSULTATS DES REVUES SYSTÉMATIQUES SUR LES SYMPTÔMES ANXIEUX OU DÉPRESSIFS

2.1 Diagramme de sélection des revues systématiques sur les symptômes anxieux ou dépressifs



Traduit et adapté du [PRISMA 2009 Flow Diagram](#)

2.2 Évaluation de la qualité méthodologique des revues systématiques sur les troubles anxieux ou dépressifs avec l'outil AMSTAR

Auteur, date	1. Was an 'a priori' design provided?	2. Was there duplicate study selection and data extraction?	3. Was a comprehensive literature search performed?	4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion?	5. Was a list of studies (included and excluded, the latter at the full-text stage) provided?	6. Were the characteristics of the included studies provided?	7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented?	8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions?	9. Were the data appropriately synthesized in a qualitative manner and if applicable, was heterogeneity assessed? If a meta-analysis was performed, was it appropriate?	10. Was the likelihood of publication bias assessed?	11. Was the conflict of interest stated?	Total
Buizza <i>et al.</i> , 2022 (35)	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	8
Cénat <i>et al.</i> , 2022 (37)	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
Kauhanen <i>et coll.</i> , 2022 (36)	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	6
Robinson <i>et coll.</i> , 2022 (38)	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	10

2.3 Caractéristiques et résultats des revues systématiques sur les troubles anxieux ou dépressifs

Auteur, date N études primaires (devis d'études) Population, N Âge	Période couverte/outils de mesure dans les études primaires	Évolution dans le temps	Répartition selon les groupes d'âge et selon d'autres caractéristiques de la population
Enfants et jeunes			
Buizza et coll., 2022 (35) 17 études incluses (longitudinales) Étudiants au postsecondaire N = 49 – 12 889 Moyenne d'âge : 19,6 ans	Prépandémie : avant janvier-février (selon la région) 2020 Pendant : après janvier-février 2020 jusqu'à mai 2020/ BAI, BDI, CESDS, DASS, GAD-7, PHQ	Majorité d'études indiquent une augmentation des symptômes anxieux ou dépressifs Pas de données quantitatives	Personnes blanches rapportent des taux de symptômes anxieux plus élevés que de symptômes dépressifs, les personnes Noires, l'inverse Filles, plutôt que garçons, de même que les personnes LGBTQ+ affichent des taux plus élevés de symptômes anxieux et dépressifs Personnes sans antécédents de troubles mentaux affichent des taux plus élevés des symptômes anxieux ou dépressifs
Kauhanen et coll., 2022 (36) 21 études incluses (longitudinales, transversales répétées) Enfants (0-9 ans) et adolescents (10-24 ans) N = 101 – 59 701	Prépandémie : avant janvier 2020 Pendant : après janvier 2020 jusqu'à octobre 2020/ CDI, CES-D, GAD-7, GAD-2, GHQ, PHQ-2, PHQ-4, RCADS, SCAS, SCL-90, Screen for Child Anxiety Related Disorders, Self-Rating Anxiety Scale, STAI	Majorité d'études indiquent une augmentation des symptômes anxieux ou dépressifs Pas de données quantitatives	Deux études primaires menées auprès de jeunes de 10 à 20 ans montrent que la prévalence des symptômes a davantage augmenté chez les plus âgés que chez les moins âgés Quatre études qui comparent les jeunes de 16 à 24 ans à d'autres groupes âgés de plus de 24 ans, c'est chez les premiers que l'augmentation de la fréquence des symptômes est la plus importante Études incluant des enfants présentent plus de variabilité Les filles sont plus nombreuses, en proportion, que les garçons à rapporter des symptômes anxieux ou dépressifs avant et pendant la pandémie

2.3 Caractéristiques et résultats des revues systématiques sur les troubles anxieux ou dépressifs (suite)

Auteur, date N études primaires (devis d'études) Population, N Âge	Période couverte/outils de mesure dans les études primaires	Évolution dans le temps	Répartition selon les groupes d'âge et selon d'autres caractéristiques de la population
Adultes			
<p>Cénat et coll., 2022 (37) 64 études incluses (longitudinales) Toutes populations N = 16 – 51 417 Moyenne d'âge : 40,9 ans</p>	<p>Pendant la pandémie : de janvier-février 2020 à juillet 2020/ BAI, BDI, BSI-18, CESDS, DSM-5, EST-Q2 GAD-7, HADS-A, HARS, STAI, DASS, PHQ-9, PHQ-2, QIDS, SCL-90, Zung Self-Rating Depression</p>	<p>Diminution de la présence de symptômes anxieux ou dépressifs de janvier-février 2020 (dépressifs), mars 2020 (anxieux) à juillet 2020 Prévalences de symptômes plus élevées en mars-avril et mai 2020 Prévalences de symptômes selon les périodes en 2020 : Anxiété : 24,9 % (mars); 26,7 % (mai); 15,5 % (juillet) Dépression : 28,7 % (mars); 23,6 % (mai); 20,8 % (juillet) Résultats de la méta-analyse : Différence de janvier-février 2020 à juillet 2020 : Anxiété : <i>Log odds ratio</i> (LOR) = -0,33; (95 %IC -0,54, -0,12) Dépression : LOR = -0,12; (95 %IC -0,21, -0,04) Ampleur de la différence (augmentation de symptômes) dans le temps (taille d'effet avec <i>d</i> de Cohen) plus élevée en mai 2020 (<i>d</i> = 3,93) comparativement aux autres mois pour l'anxiété et la dépression</p>	<p>Symptômes anxieux auraient tendance à diminuer avec l'avancement en âge Le fait d'être une femme est associé avec une prévalence plus élevée de symptômes anxieux et dépressifs avant et pendant la pandémie</p>

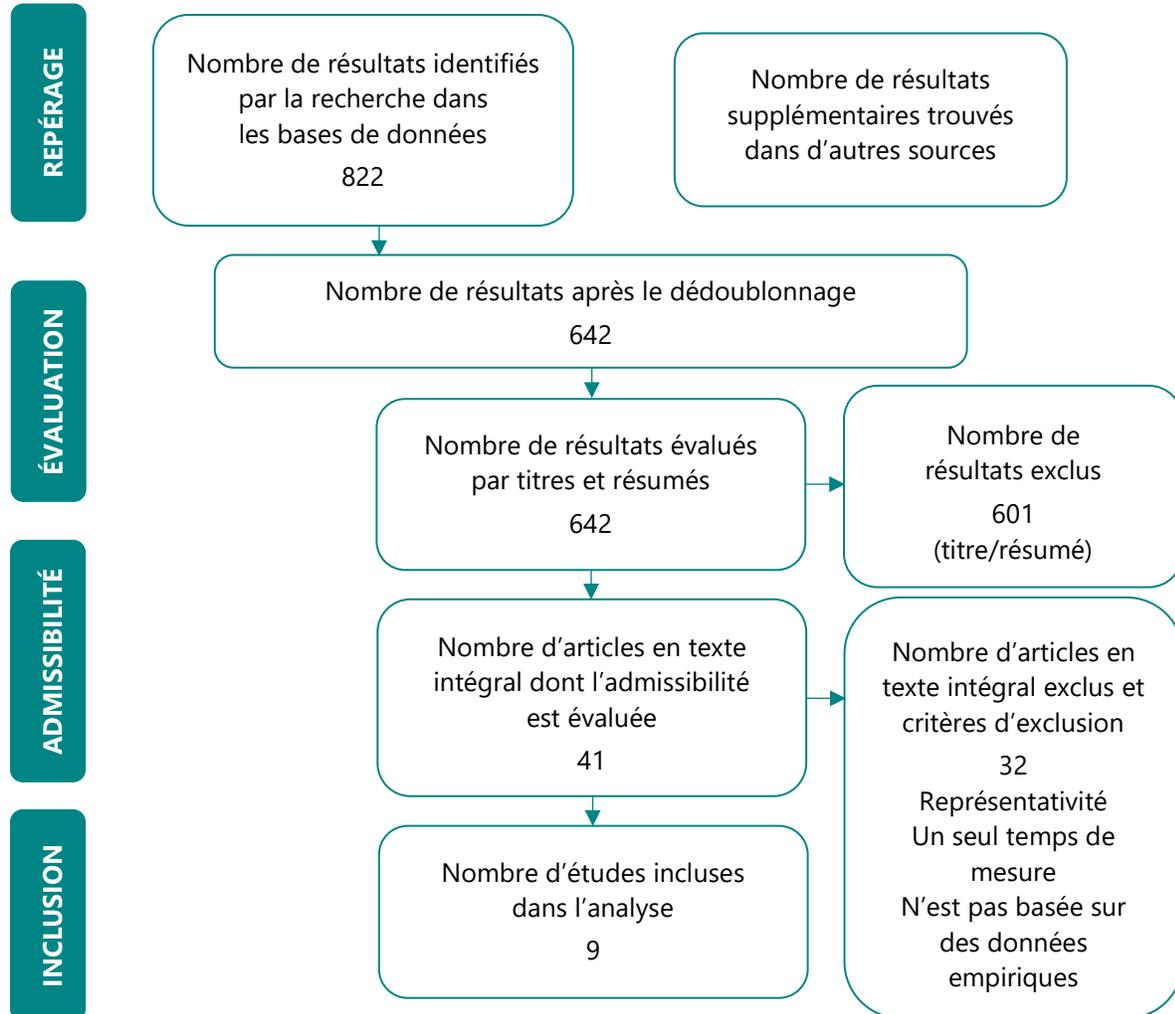
2.3 Caractéristiques et résultats des revues systématiques sur les troubles anxieux ou dépressifs (suite)

Auteur, date N études primaires (devis d'études) Population, N Âge	Période couverte/outils de mesure dans les études primaires	Évolution dans le temps	Répartition selon les groupes d'âge et selon d'autres caractéristiques de la population
Tous les âges			
Robinson et coll., 2022 (38) 65 études incluses (longitudinales) Toutes populations N = 24 – 11 599	Prépandémie : avant mars 2020 Pendant : après mars 2020 jusqu'à juillet 2020/ BSI, CDI, DASS, GAD; HADS; PHQ, PROMIS, QIDS, RCADS, SCAS, SMFQ	Majorité d'études indiquent une légère augmentation des symptômes dépressifs et anxieux, davantage marquée pour les symptômes dépressifs que pour les symptômes anxieux Résultats de la méta-analyse : Ampleur de la différence entre les valeurs pré-pandémiques et mars-avril 2020 : Anxiété : <i>Standardized mean change (SMC)</i> = 0,125 (95 % IC : 0,019 à 0,230), p = 0,021 Dépression : SMC = 0.216 (95 % IC : 0,135 à 0,296), p < .001	Analyse de sous-groupes ne montre pas que l'ampleur de l'évolution des symptômes dans le temps diffère selon l'âge ni selon le genre, lorsque sont comparées des études auprès d'adultes c. auprès d'enfants et d'adolescents Parmi les personnes avec des antécédents de troubles mentaux, les changements dans le temps des symptômes de troubles tendent à être plus petits ou statistiquement non significatifs comparativement à ceux observés dans la population générale Les personnes qui déclaraient des conditions physiques chroniques variées avant la pandémie présentaient un risque plus élevé de déclarer des symptômes anxieux ou dépressifs pendant la pandémie

BAI : Beck Anxiety Inventory; BDI : Beck Depression Inventory; BSI-18 : Brief Symptom Inventory 18; CDI : Children's depression inventory; CESDS : Center for Epidemiological Study of Depression Scale; DASS : Depression Anxiety Stress Scale; DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; EST-Q2 : Emotional State Questionnaire; GAD-7, GAD-2 : Generalized Anxiety Disorder; HADS-A : Hospital Anxiety and Depression Scale; HARS : Hamilton Anxiety Rating Scale; PHQ-9, PHQ-2 : Patient Health Questionnaire; PROMIS : Patient-Reported Outcomes Measurement Information system; QIDS : Quick Inventory of Depressive Symptomatology; QIDSSR16 : Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self-report; RCADS : Revised children's anxiety and depression scale, SCAS : Spence Children's Anxiety Scale; SCL-90 : Symptom Checklist-90; SMFQ : Short mood and feelings questionnaire; STAI : State-Trait Anxiety Inventory

ANNEXE 3 DIAGRAMME DE SÉLECTION, QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE, CARACTÉRISTIQUES ET RÉSULTATS DES ÉTUDES SUR LA SANTÉ MENTALE

3.1 Diagramme de sélection des études sur la santé mentale



Traduit et adapté du [PRISMA 2009 Flow Diagram](#)

3.2 Évaluation de la qualité méthodologique et du risque de biais des études sur la santé mentale avec l'outil MMAT

Catégories d'études	Critères de qualité méthodologique	Réponses		
		Oui	Non	Ne sait pas
Auteur, année				
Capaldi et coll., 2022 (40)				
Questions préliminaires (pour toutes catégories)	P1. Est-ce que les questions de recherche sont claires?	X		
	P2. Est-ce que les données collectées permettent de répondre aux questions de recherche?	X		
	<i>L'évaluation de la qualité peut ne pas être poursuivie si la réponse est 'Non' ou 'Ne sait pas' à l'une ou aux deux questions.</i>			
4. Études quantitatives descriptives	4.1. La stratégie d'échantillonnage est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche?	X		
	4.2. L'échantillon est-il représentatif de la population cible?	X		
	4.3. Les mesures sont-elles appropriées?	X		
	4.4. Le risque de biais de non-réponse est-il faible?		X	
	4.5. L'analyse statistique est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche?	X		
Capaldi et coll., 2021 (39)				
Questions préliminaires (pour toutes catégories)	P1. Est-ce que les questions de recherche sont claires?	X		
	P2. Est-ce que les données collectées permettent de répondre aux questions de recherche?	X		
	<i>L'évaluation de la qualité peut ne pas être poursuivie si la réponse est 'Non' ou 'Ne sait pas' à l'une ou aux deux questions.</i>			
4. Études quantitatives descriptives	4.1. La stratégie d'échantillonnage est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche?	X		
	4.2. L'échantillon est-il représentatif de la population cible?	X		
	4.3. Les mesures sont-elles appropriées?		X	
	4.4. Le risque de biais de non-réponse est-il faible?		X	
	4.5. L'analyse statistique est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche?	X		
Love et coll., 2022 (41)				
Questions préliminaires (pour toutes catégories)	P1. Est-ce que les questions de recherche sont claires?	X		
	P2. Est-ce que les données collectées permettent de répondre aux questions de recherche?	X		
	<i>L'évaluation de la qualité peut ne pas être poursuivie si la réponse est 'Non' ou 'Ne sait pas' à l'une ou aux deux questions.</i>			
3. Études quantitatives sans répartition aléatoire	3.1. Les participants constituent-ils un échantillon représentatif de la population cible?			
	3.2. Les mesures sont-elles appropriées en ce qui a trait aux effets (<i>outcomes</i>) et à l'intervention (ou l'exposition)?	X		
	3.3. Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes?	X		
	3.4. Les facteurs de confusion sont-ils pris en compte dans la conception de l'étude et l'analyse des données?	X		
	3.5. Pendant la période de l'étude, est-ce que l'intervention a été menée (ou l'exposition a eu lieu) comme prévu?	X		

3.2 Évaluation de la qualité méthodologique et du risque de biais des études sur la santé mentale avec l'outil MMAT (suite)

Catégories d'études	Critères de qualité méthodologique	Réponses		
		Oui	Non	Ne sait pas
Auteur, année				
Milicev et coll., 2022 (42)				
Questions préliminaires (pour toutes catégories)	P1. Est-ce que les questions de recherche sont claires?	X		
	P2. Est-ce que les données collectées permettent de répondre aux questions de recherche?	X		
	<i>L'évaluation de la qualité peut ne pas être poursuivie si la réponse est 'Non' ou 'Ne sait pas' à l'une ou aux deux questions.</i>			
3. Études quantitatives sans répartition aléatoire	3.1. Les participants constituent-ils un échantillon représentatif de la population cible?	X		
	3.2. Les mesures sont-elles appropriées en ce qui a trait aux effets (<i>outcomes</i>) et à l'intervention (ou l'exposition)?	X		
	3.3. Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes?	X		
	3.4. Les facteurs de confusion sont-ils pris en compte dans la conception de l'étude et l'analyse des données?	X		
	3.5. Pendant la période de l'étude, est-ce que l'intervention a été menée (ou l'exposition a eu lieu) comme prévu?	X		
Molella et coll., 2022 (43)				
Questions préliminaires (pour toutes catégories)	P1. Est-ce que les questions de recherche sont claires?	X		
	P2. Est-ce que les données collectées permettent de répondre aux questions de recherche?	X		
	<i>L'évaluation de la qualité peut ne pas être poursuivie si la réponse est 'Non' ou 'Ne sait pas' à l'une ou aux deux questions.</i>			
3. Études quantitatives sans répartition aléatoire	3.1. Les participants constituent-ils un échantillon représentatif de la population cible?	X		
	3.2. Les mesures sont-elles appropriées en ce qui a trait aux effets (<i>outcomes</i>) et à l'intervention (ou l'exposition)?	X		
	3.3. Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes?		X	
	3.4. Les facteurs de confusion sont-ils pris en compte dans la conception de l'étude et l'analyse des données?	X		
	3.5. Pendant la période de l'étude, est-ce que l'intervention a été menée (ou l'exposition a eu lieu) comme prévu?	X		
Sonderskov et coll., 2021 (44)				
Questions préliminaires (pour toutes catégories)	P1. Est-ce que les questions de recherche sont claires?	X		
	P2. Est-ce que les données collectées permettent de répondre aux questions de recherche?	X		
	<i>L'évaluation de la qualité peut ne pas être poursuivie si la réponse est 'Non' ou 'Ne sait pas' à l'une ou aux deux questions.</i>			
3. Études quantitatives sans répartition aléatoire	3.1. Les participants constituent-ils un échantillon représentatif de la population cible?	X		
	3.2. Les mesures sont-elles appropriées en ce qui a trait aux effets (<i>outcomes</i>) et à l'intervention (ou l'exposition)?	X		
	3.3. Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes?		X	
	3.4. Les facteurs de confusion sont-ils pris en compte dans la conception de l'étude et l'analyse des données?		X	
	3.5. Pendant la période de l'étude, est-ce que l'intervention a été menée (ou l'exposition a eu lieu) comme prévu?	X		

3.2 Évaluation de la qualité méthodologique et du risque de biais des études sur la santé mentale avec l'outil MMAT (suite)

Catégories d'études	Critères de qualité méthodologique	Réponses		
		Oui	Non	Ne sait pas
Auteur, année				
Thorisdottir et coll., 2021 (46)				
Questions préliminaires (pour toutes catégories)	P1. Est-ce que les questions de recherche sont claires?	X		
	P2. Est-ce que les données collectées permettent de répondre aux questions de recherche?	X		
	<i>L'évaluation de la qualité peut ne pas être poursuivie si la réponse est 'Non' ou 'Ne sait pas' à l'une ou aux deux questions.</i>			
3. Études quantitatives sans répartition aléatoire	3.1. Les participants constituent-ils un échantillon représentatif de la population cible?	X		
	3.2. Les mesures sont-elles appropriées en ce qui a trait aux effets (<i>outcomes</i>) et à l'intervention (ou l'exposition)?	X		
	3.3. Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes?	X		
	3.4. Les facteurs de confusion sont-ils pris en compte dans la conception de l'étude et l'analyse des données?	X		
	3.5. Pendant la période de l'étude, est-ce que l'intervention a été menée (ou l'exposition a eu lieu) comme prévu?	X		
Thygesen et coll., 2021 (45)				
Questions préliminaires (pour toutes catégories)	P1. Est-ce que les questions de recherche sont claires?	X		
	P2. Est-ce que les données collectées permettent de répondre aux questions de recherche?	X		
	<i>L'évaluation de la qualité peut ne pas être poursuivie si la réponse est 'Non' ou 'Ne sait pas' à l'une ou aux deux questions.</i>			
3. Études quantitatives sans répartition aléatoire	3.1. Les participants constituent-ils un échantillon représentatif de la population cible?	X		
	3.2. Les mesures sont-elles appropriées en ce qui a trait aux effets (<i>outcomes</i>) et à l'intervention (ou l'exposition)?	X		
	3.3. Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes?		X	
	3.4. Les facteurs de confusion sont-ils pris en compte dans la conception de l'étude et l'analyse des données?	X		
	3.5. Pendant la période de l'étude, est-ce que l'intervention a été menée (ou l'exposition a eu lieu) comme prévu?	X		
Vistisen et coll., 2021 (47)				
Questions préliminaires (pour toutes catégories)	P1. Est-ce que les questions de recherche sont claires?	X		
	P2. Est-ce que les données collectées permettent de répondre aux questions de recherche?	X		
	<i>L'évaluation de la qualité peut ne pas être poursuivie si la réponse est 'Non' ou 'Ne sait pas' à l'une ou aux deux questions.</i>			
3. Études quantitatives sans répartition aléatoire	3.1. Les participants constituent-ils un échantillon représentatif de la population cible?	X		
	3.2. Les mesures sont-elles appropriées en ce qui a trait aux effets (<i>outcomes</i>) et à l'intervention (ou l'exposition)?	X		
	3.3. Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes?		X	
	3.4. Les facteurs de confusion sont-ils pris en compte dans la conception de l'étude et l'analyse des données?		X	
	3.5. Pendant la période de l'étude, est-ce que l'intervention a été menée (ou l'exposition a eu lieu) comme prévu?	X		

3.3 Caractéristiques des études sur la santé mentale

Pays	Échantillonnage/ mêmes participants aux différents cycles ou participants différents	Population source (enquête)	Participants N/ âge (moyen ou étendue), % femmes	Taux de participation	Temps de mesure
Auteur, date/Pays					
Jeunes (13 à 18 ans)					
Thorisdottir et coll., 2021 (46)					
Islande	Enquête populationnelle/ participants différents	<i>Youth in Iceland</i>	59 701/13-18 ans (2016)	Varient de 63 % à 86 % (2016-2018- 2020)	2016, 2018 et 2020 (novembre)
Adultes (15 ans et plus)					
Capaldi et coll., 2021 (39)					
Canada	Échantillon probabiliste/ participants différents	<i>Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC 2019)</i> <i>Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM 2020)</i>	57 034 (2019), 11 324 (2020)/18 à 65 ans et plus, 51 % (2019), 51 % (2020)	54,9 % (2020)	2 janvier-24 décembre 2019 (ESCC) (comparaison) 11 septembre-4 décembre 2020 (ECSM)
Capaldi et coll., 2022 (40)					
Canada	Échantillon probabiliste/ participants différents	ECSM (2020 et 2021)	12 344 (2020), 6 592 (2021)/18 à 65 ans et plus	--	11 septembre-4 décembre 2020 (comparaison) 1 ^{er} février-7 mai 2021
Milicev et coll., 2022 (42)					
Royaume- Uni	Échantillon probabiliste (cohorte)/ mêmes participants	<i>Understanding Society-The UK household longitudinal survey</i>	5 773/53 ans (entre 16- 94 ans), 58,2 %	--	2017-2019 (cycle 9) (comparaison) Avril-juillet et septembre- novembre 2020 (cycle 11)
Molella et coll., 2022 (43)					
USA	Échantillon probabiliste transversale répétée/ participants différents (échantillons appariés)	<i>Community Health Needs Assessment (CHNA)</i>	501/57 ans, 60 % (T0)	28 % (2018) 37 % (2020)	2018 (comparaison); février-mars 2021
Sønderskov et coll., 2021 (44)					
Danemark	Échantillon non probabiliste (échantillon pondéré)/ mêmes participants	<i>COVID-19 Consequences Denmark Panel Survey (CCDPS)</i>	1 554/49,3 ans, 50,7 % (novembre- décembre 2020)	63 % (tous les cycles d'études)	Cycle 1 : 31 mars-6 avril 2020 Cycle 2 : 22-30 avril Cycle 3 : 20 novembre- 8 décembre

3.3 Caractéristiques des études sur la santé mentale (suite)

Pays	Échantillonnage/ mêmes participants aux différents cycles ou participants différents	Population source (enquête)	Participants N/ âge (moyen ou étendue), % femmes	Taux de participation	Temps de mesure
Auteur, date/Pays					
Adultes (15 ans et plus) (suite)					
Thygesen et coll., 2021 (45)					
Danemark	Échantillon probabiliste/ mêmes participants	<i>Danish Health and Wellbeing Survey</i>	4 234/15-75+ ans, 58 % (2020)	47 % (2019) 50 % (2020)	Septembre-décembre 2019 (comparaison) Septembre-novembre 2020
Vistisen et coll., 2021 (47)					
Danemark	Échantillon non probabiliste (échantillon pondéré)/ mêmes participants	CCDPS	1 572/49 ans, 51 % (février 2021)	73 % (taux de rétention//cycle 2)	Ibid. Sonderskov 2021 Cycle 4 : 4-21 février
Adultes (45 ans ou plus)					
Love et coll., 2022 (41)					
Islande	Enquête populationnelle (cohorte longitudinale)/ mêmes participants	<i>Iceland Screens, Treats or Prevents Multiple Myeloma (iStopMM)</i>	23 510/âge médian 60 ans (participants nés en 1975 ou avant), 55 %	85 % (2018-2019) et 92 % (2020)	2018-2019 (comparaison) 2020 (jusqu'au 4 mai)

3.4 Résultats des études sur la santé mentale

Dimension de la santé mentale/outil de mesure	Évolution dans le temps	Répartition selon l'âge et d'autres caractéristiques de la population
Auteur, date		
Jeunes (13 à 18 ans)		
Thorisdottir et coll., 2021 (46)		
Santé mentale mesurée globalement/ <i>Short Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale</i> (SWEMWBS)	Diminution du score moyen de 2016 à 2018, puis plus prononcée de 2018 à 2020 Diminution du score moyen au SWEMWBS de 2016 à 2018 : -1,6 %, de 2018 à 2020 : -5,4 %	Détérioration similaire à tous les âges de 2018 à 2020 Filles présentent un score plus faible que les garçons à toutes les périodes Analyses montrent que les filles ont un risque accru de rapporter un moins bon score

3.4 Résultats des études sur la santé mentale (suite)

Dimension de la santé mentale/outil de mesure	Évolution dans le temps	Répartition selon l'âge et d'autres caractéristiques de la population
Auteur, date		
Adultes (15 ans et plus)		
Capaldi et coll., 2021 (39)		
Santé mentale mesurée globalement/ Santé mentale autoévaluée (item unique)	Diminution de la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée de 2019 à l'automne 2020 Prévalences d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée : 66,7 % (2019) et 60,0 % (automne 2020)	Diminution de la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée plus importante chez les femmes que chez les hommes Pas de diminution significative de la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée parmi les personnes de 65 ans et plus (détérioration non significative parmi les femmes et amélioration parmi les hommes) Diminution de la prévalence dans les quintiles de revenu plus élevés (les 4 quintiles plus élevés pour les femmes et les 3 quintiles plus élevés pour les hommes) Diminution de la prévalence plus marquée chez les femmes n'ayant pas fait d'études postsecondaires que chez celles en ayant fait Diminution de la prévalence seulement chez les hommes ayant fait des études postsecondaires Diminution de la prévalence plus importante chez les femmes racisées que les femmes blanches, chez les femmes immigrantes que celles nées au Canada ainsi que, chez les femmes avec un/des enfants à la maison que chez celles sans enfant à la maison.
Bien-être émotionnel/ Satisfaction face à la vie (item unique)	Diminution du score moyen de satisfaction moyenne face à la vie (item unique) à l'automne 2020 comparativement à 2019 Satisfaction face à la vie (0 très insatisfait à 10 très satisfait) : 8,08 (2019) et 7,19 (automne 2020)	Diminution du score moyen de satisfaction face à la vie plus marquée chez les femmes que chez les hommes Diminution du score moyen moins marquée chez les personnes de 65 ans et plus Diminution du score moyen pour tous les quintiles de revenu et tous les niveaux de scolarité Diminution du score moyen chez les personnes blanches et racisées ainsi que chez les personnes immigrantes ou nées au Canada. Diminution du score moyen plus tenue au Québec et à l'Île-du-Prince-Édouard que dans les autres provinces

3.4 Résultats des études sur la santé mentale (suite)

Dimension de la santé mentale/outil de mesure	Évolution dans le temps	Répartition selon l'âge et d'autres caractéristiques de la population
Auteur, date		
Adultes (15 ans et plus) (suite)		
Capaldi et coll., 2021 (39) (suite)		
Bien-être social/ Sentiment d'appartenance à la communauté (item unique)	Diminution de la prévalence d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté à l'automne 2020 comparativement à 2019 Prévalences d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté : 68,4 % (2019) et 63,6 % (automne 2020)	Augmentation de la prévalence d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté chez les hommes de 65 ans et plus Diminution plus marquée de la prévalence d'un fort sentiment d'appartenance chez les femmes de 18 à 34 ans que chez celles de 50 à 64 ans (pas de différence significative chez les femmes de 35 à 49 ans et chez celles de 65 ans et plus) Diminution de la prévalence chez les femmes ayant ou non des enfants à la maison et chez les hommes ayant un/des enfants à la maison Diminution de la prévalence plus marquée chez les femmes racisées que chez les femmes blanches et diminution de la prévalence seulement chez les hommes racisés Diminution de la prévalence d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté chez les femmes de tous les quintiles de revenu et chez les hommes des deux quintiles de revenu plus élevé. Diminution de la prévalence chez les hommes et les femmes ayant fait des études postsecondaires

3.4 Résultats des études sur la santé mentale (suite)

Dimension de la santé mentale/outil de mesure	Évolution dans le temps	Répartition selon l'âge et d'autres caractéristiques de la population
Auteur, date		
Adultes (15 ans et plus) (suite)		
Capaldi et coll., 2022 (40)		
Santé mentale mesurée globalement/ Santé mentale autoévaluée (item unique)	Diminution de la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée de 2020 à 2021 Prévalences d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée : 60,0 % (automne 2020) et 51,1 % (hiver et printemps 2021)	Diminution de la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée pour tous les groupes sociodémographiques à l'exception des personnes absentes du travail en raison de la pandémie et les résidents des capitales nationales
Bien-être émotionnel/ Satisfaction face à la vie (item unique)	Diminution du score moyen de satisfaction face à la vie (item unique) en hiver-printemps 2021 comparativement à l'automne 2020 Satisfaction face à la vie (0 très insatisfait à 10 très satisfait) : 7,19 (automne 2020) et 6,9 (hiver et printemps 2021)	Diminution du score moyen de satisfaction face à la vie pour tous les groupes sociodémographiques à l'exception des 50 à 64 ans, des travailleurs de première ligne, des travailleurs essentiels autres que travailleurs de premières lignes, des personnes absentes du travail en raison de la pandémie et des habitants des capitales territoriales
Bien-être social/ Sentiment d'appartenance à la communauté (item unique)	Diminution de la prévalence d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté en 2021 (hiver-printemps) comparativement à 2020 (automne) Prévalences d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté : 63,6 % (automne 2020) et 57,3 % (hiver et printemps 2021)	Pas de différence significative entre les périodes chez les personnes racisées, les personnes de ménages à faible revenu, les personnes vivant en milieu rural, les personnes absentes du travail en raison de la pandémie

3.4 Résultats des études sur la santé mentale (suite)

Dimension de la santé mentale/outil de mesure	Évolution dans le temps	Répartition selon l'âge et d'autres caractéristiques de la population
Auteur, date		
Adultes (15 ans et plus) (suite)		
Milicev et coll., 2022 (42)		
Bien-être émotionnel/ Satisfaction face à la vie (item unique)	Légère diminution du score moyen de satisfaction face à la vie entre les périodes (2017-2019; automne 2020) Scores moyens : 5,29 (2017-2019), 5,06 (juillet 2020), 4,97 (septembre 2020) et 4,98 (novembre 2020) (échelle de 1 : complètement insatisfait à 7 : complètement satisfait) Analyse de régression : Point d'intersection : 5,28 (écart type 0,018; $p < 0,001$) Pente : -0,055 (écart type 0,004; $p < 0,001$)	Avoir plus de 25 ans et moins de 65 ans ou encore rapporter plus d'amis proches sont prédictifs d'un meilleur score de satisfaction face à la vie lors de la première période de collecte (2017-2019). Détérioration de la satisfaction face à la vie plus lente pour ces groupes lorsque les scores sont comparés entre les deux périodes (2017-2019; automne 2020) : les personnes de 25 ans et plus comparativement aux 16-24 ans ($\beta : -0,211$, écart type 0,055; $p < 0,001$) et les personnes qui rapportent plus d'amis proches comparativement à celles qui en rapportent moins ($\beta : -0,098$, écart type 0,040, $p = 0,014$) Être une femme et faible qualité perçue du quartier (p. ex. : interactions avec les voisins, présence d'amis dans le quartier) sont prédictifs d'un moins bon score lors de la première période de collecte (2017-2019). Détérioration du score de satisfaction face à la vie plus rapide pour ces groupes entre les deux périodes : femmes ($\beta : 0,158$, écart type 0,050, $p = 0,002$); quartier de faible qualité ($\beta : 0,188$, écart type 0,047, $p = 0,011$) Détérioration du score moins marquée pour les personnes déclarant de la détresse psychologique
Molella et coll., 2022 (43)		
Bien-être émotionnel et psychologique/ <i>World Health Organisation- Five Well-Being Index</i> (WHO-5)	Les scores de bien-être ont montré une diminution statistiquement significative de 2018 à 2021 Réduction du score moyen de -8,44 (95 % IC, -11,24 à -5,64) de 2018 à 2020	
Sønderskov et coll., 2021 (44)		
Bien-être émotionnel et psychologique/ WHO-5	Diminution du score moyen de bien-être de -3,14 (95 % IC, -4,03 à -2,25) d'avril 2020 (cycle 2) à novembre-décembre 2020 (cycle 3)	Diminution du score moyen plus grande chez les hommes que chez les femmes, d'avril 2020 à novembre-décembre 2020

3.4 Résultats des études sur la santé mentale (suite)

Dimension de la santé mentale/outil de mesure	Évolution dans le temps	Répartition selon l'âge et d'autres caractéristiques de la population
Auteur, date		
Adultes (15 ans et plus) (suite)		
Thygesen et coll., 2021 (45)		
Santé mentale mesurée globalement/ SWEMWBS	Légère diminution du score moyen de santé mentale de 2019 à 2020 Régression linéaire montre diminution du score moyenne significative de 2019 à 2020 : -1,0 (95 % IC, -1,1 à -0,8) Proportion de personnes avec un score faible a augmenté de 2019 à 2020 (16,5 % [2019] et 20,1 % [2020] p < 0,001)	Les analyses ne détectent pas de différence significative entre les genres ni entre les différents groupes d'âge dans l'évolution du score moyen de santé mentale Diminution du score moyen plus importante parmi les adultes sans antécédents de symptômes dépressifs ou de problèmes de santé physique de 2019 à 2020 Augmentation du score moyen en 2020 chez les personnes présentant des symptômes dépressifs en 2019 Détérioration plus importante parmi les personnes avec un niveau élevé de scolarité, lorsque sont comparés les scores de 2019 à 2020
Vistisen et coll., 2021 (47)		
Bien-être émotionnel et psychologique/ WHO-5	Diminution du score moyen de bien-être émotionnel et psychologique d'avril 2020 (cycle 2) à février 2021 (cycle 4)	Les analyses stratifiées montrent que la diminution globale du score avril 2020 et février 2021 est expliquée par la diminution du score moyen chez les hommes âgés de 35 à 54 ans et à celle chez les femmes âgées de 18 à 24 ans
Adultes (45 ans ou plus)		
Love et coll., 2022 (41)		
Bien-être émotionnel/ <i>Satisfaction with life scale</i> (échelle à 5 items)	Augmentation du score de satisfaction face à la vie au début de la pandémie, en février 2020, comparativement aux niveaux mesurés en 2018 et 2019 Probabilité que les répondants augmentent (amélioration de la satisfaction face à la vie) d'un niveau sur l'échelle de 2019 à 2020 (hiver-printemps) : <i>odd ratio</i> (OR) 1,12; 95 % IC, 1,08-1,16, p < 0,0001	Les analyses ne permettent pas de dire que des antécédents de troubles mentaux diagnostiqués ou de comorbidités avant la pandémie sont prédictifs d'une moins bonne satisfaction face à la vie

3.5 Répartition de la santé mentale selon les caractéristiques des populations

Âge

L'étude islandaise de Thorisdottir et ses collègues, menée auprès de jeunes de 13 à 18 ans, montre que la diminution du score moyen de santé mentale (SWEMWBS) de 2018 à 2020 est similaire pour toutes les tranches d'âge. Cette diminution serait cependant supérieure à celle habituellement observée avec l'avancée en âge chez les jeunes (46). L'étude de Thygesen, qui utilise la même mesure de la santé mentale (SWEMWBS) auprès d'adultes, arrive à des constats similaires. De fait, la diminution observée de 2019 à 2020 serait similaire pour tous les groupes d'âge. On précise par ailleurs que les groupes plus jeunes (15 à 44 ans) ont des scores moins élevés au SWEMWBS que les autres groupes plus âgés à toutes les périodes (45).

Les deux études canadiennes, réalisées auprès d'une population de 18 ans et plus, révèlent pour leur part qu'entre 2019 et 2020, la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée et celle d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté ont diminué seulement pour les moins de 65 ans, avec une baisse plus marquée pour les jeunes adultes (18-34 ans) en ce qui a trait à un fort sentiment d'appartenance à la communauté (39). Par ailleurs, de 2020 à 2021, la diminution de la prévalence pour ces deux indicateurs est observée dans tous les groupes d'âge, avec une baisse plus marquée pour les 18-34 ans en ce qui a trait à un niveau élevé de santé mentale autoévaluée (40).

Ces deux études se sont aussi attardées au score moyen de satisfaction face à la vie, selon les groupes d'âge. Celui-ci aurait diminué de 2019 à 2020 pour tous les groupes d'âge (39). De 2020 à 2021, on observe plutôt une diminution du score moyen de satisfaction face à la vie dans tous les groupes, à l'exception des 50 à 64 ans où aucune différence significative n'est observée entre les périodes (40).

L'étude de Milicev et ses collègues, réalisée auprès d'adultes de 16 ans et plus, révèle que le fait d'avoir plus de 25 ans et moins de 65 ans était prédictif d'un meilleur score de satisfaction face à la vie avant la pandémie. Les analyses montrent aussi qu'entre les deux périodes de l'étude (2017-2019; avril-novembre 2020) la satisfaction moyenne face à la vie diminue plus lentement chez les plus de 25 ans que chez les jeunes de 16 à 24 ans (42).

Finalement, l'analyse selon l'âge et le genre de l'étude de Vistisen menée chez les adultes, démontre que la diminution globale du score moyen au WHO-5 d'avril 2020 à février 2021, s'explique par la diminution du score moyen chez les hommes de 35 à 54 ans et à celle chez les femmes de 18 à 24 ans (47). À l'inverse, il n'y a pas eu de différence significative du score moyen au WHO-5 entre les périodes chez les personnes de 75 à 89 ans (47).

Genre

Chez les jeunes islandais de 13 à 18 ans, lorsque l'on compare les scores moyens au SWEMWBS de 2016 à 2018, puis ceux de 2018 à 2020, on observe une détérioration similaire chez les filles et chez les garçons (46). Toutefois, on note qu'à toutes les périodes, les filles présentent un score plus faible que celui des garçons. Les analyses confirment que les filles ont un risque accru de rapporter un moins bon score au SWEMWBS (46).

Pour sa part, l'étude de Thygesen et ses collègues menée chez les adultes ne relève pas de différence entre les femmes et les hommes dans la diminution du score au SWEMWBS de 2019 à 2020 (45).

L'une des études canadiennes, menées auprès d'adultes de 18 ans et plus relève que le score moyen de satisfaction face à la vie était plus faible en 2020 qu'en 2019 chez les femmes et chez les hommes, mais que la différence entre ces périodes semble plus importante chez les femmes (39). Pour la période subséquente, le score moyen de satisfaction face à la vie était également plus bas en 2021 qu'en 2020 chez les hommes et chez les femmes (40).

En ce qui a trait à la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée, les femmes de moins de 65 ans affichent une prévalence plus faible en 2020 qu'en 2019, alors qu'aucune différence significative dans les prévalences n'est observée entre ces périodes pour les femmes de 65 ans et plus. Chez les hommes de moins de 65 ans, on observe aussi une prévalence plus faible en 2020 comparativement à 2019. Les hommes de 65 ans et plus auraient, par contre une prévalence plus élevée en 2020 qu'en 2019. On remarque également que la diminution de la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée entre les périodes est plus grande chez les femmes avec des enfants à la maison comparativement à celles qui n'en ont pas et que cette différence n'est pas observée chez les hommes (39). Finalement, les résultats montrent que la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée était plus basse en 2021 qu'en 2020, chez les hommes et chez les femmes (40).

Pour ce qui est de la prévalence d'un fort sentiment d'appartenance à sa communauté, Capaldi et ses collègues montrent que seules les femmes de 18 à 34 ans et celles de 50 à 64 ans affichent une plus faible prévalence en 2020 qu'en 2019. Chez les hommes, une baisse de prévalence est observée chez les moins de 65 ans, alors qu'une hausse de prévalence est observée chez ceux de 65 ans et plus (39). Pour la période suivante, les résultats indiquent que la prévalence d'un fort sentiment d'appartenance était plus basse en 2021 qu'en 2020 chez les hommes et chez les femmes (40).

L'étude de Milicev et ses collègues, qui porte sur les adultes de 16 ans et plus, montre que le fait d'être une femme était prédictif d'un moins bon score de satisfaction face à la vie avant la pandémie (2017-2019). En plus, la détérioration du score moyen de satisfaction face à la vie entre les deux périodes de l'étude (2017-2019; avril-novembre 2020) était plus prononcée chez les femmes que chez les hommes (42).

Finalement, l'étude de Sonderskov et ses collègues est la seule à relever que la diminution du score moyen de bien-être émotionnel et psychologique (WHO-5) est plus grande chez les hommes que chez les femmes, d'avril 2020 à novembre-décembre 2020 (44).

Antécédents de conditions physiques chroniques et de troubles mentaux

Thygesen et ses collègues observent une diminution plus importante du score moyen au SWEMWBS de 2019 à 2020 parmi les adultes sans antécédent de symptômes dépressifs ou de problèmes de santé physique (p. ex. : maladies chroniques). Cette étude montre également une augmentation du score moyen au SWEMWBS de 2019 à 2020 parmi les personnes qui présentaient des symptômes dépressifs en 2019 (45).

Milicev et ses collègues observent, pour leur part, que la satisfaction moyenne face à la vie a diminué plus lentement entre la période prépandémique (2017-2019) et pendant la pandémie (avril-novembre 2020) chez les adultes qui rapportaient un niveau élevé de détresse psychologique avant la pandémie que chez ceux qui n'en rapportaient pas (42).

L'étude de Love et ses collègues, chez des adultes islandais âgés de plus de 45 ans, note que des antécédents de troubles mentaux diagnostiqués ou de comorbidités ne sont pas prédictifs d'un moins bon score de satisfaction face à la vie durant la pandémie (échelle à 5 items) (41).

Scolarité et revenu

L'étude de Thygesen et ses collègues auprès d'adultes montre que la diminution du score moyen au SWEMWBS de 2019 à 2020 est plus importante chez les personnes avec un niveau élevé de scolarité que parmi celles qui ont un faible niveau de scolarité. Aucune analyse selon le revenu n'est présentée dans cette étude (45).

Les deux études de Capaldi et ses collègues font ressortir des différences en lien avec le revenu et le niveau de scolarité des adultes de 18 ans et plus. En ce qui a trait à la prévalence d'un niveau élevé de santé mentale autoévaluée, seules les personnes des quintiles de revenus plus élevés et celles ayant fait des études postsecondaires présentent une prévalence plus faible en 2020 qu'en 2019 (39). De 2020 à 2021, la prévalence a diminué pour les personnes de toutes les catégories de revenus et tous les niveaux de scolarité (40).

Concernant la prévalence d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté, les femmes de tous les quintiles de revenus, les hommes des deux quintiles les plus élevés ainsi que toutes les personnes ayant fait des études postsecondaires présentent une prévalence plus faible en 2020 qu'en 2019 (39). De 2020 à 2021, la prévalence a diminué dans tous les groupes, à l'exception de celle provenant d'un ménage à faible revenu (40).

Finalement, la satisfaction moyenne face à la vie était plus basse en 2020 qu'en 2019 et en 2021 qu'en 2020 pour toutes les catégories de revenus et tous les niveaux de scolarité (39,40).

ANNEXE 4 CARACTÉRISTIQUES ET RÉSULTATS DES PUBLICATIONS SUR DES ENQUÊTES CANADIENNES OU QUÉBÉCOISES

Titre/Auteur, date de publication	Enquête(s)/population	Cycle/période 1	Cycle/période 2	Évolution dans le temps/répartitions selon les caractéristiques de la population
Symptômes anxieux ou dépressifs				
<i>Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, février à mai 2021/Statistique Canada, Le Quotidien, 27 septembre 2021 (48)</i>	ECSM/population âgée de 18 ans ou plus N= n'est pas fourni par la publication	Septembre à décembre 2020	Février à mai 2021	<p>Augmentation des prévalences de symptômes anxieux modérés ou sévères de septembre-décembre 2020 (15 %) à février-mai 2021 (19 %)</p> <p>Augmentation des prévalences de symptômes dépressifs modérés ou sévères de septembre-décembre 2020 (13 %) à février-mai 2021 (15 %)/</p> <p>Parmi le groupe des 25 à 44 ans la proportion de dépistages positifs pour un trouble dépressif majeur a augmenté de 18 % à l'automne 2020 à 23 % au printemps 2021</p> <p>Parmi le groupe des 25 à 44 ans la proportion de dépistages positifs d'un trouble anxieux a augmenté de 15 % à l'automne 2020 à 20 % au printemps 2021</p> <p>Proportions plus élevées pour au moins un trouble aux deux périodes de l'enquête chez les groupes plus jeunes par rapport aux groupes plus âgés.</p>
<i>L'anxiété chez les jeunes adultes à l'été 2020 au Québec : liens avec certains facteurs mesurés avant et pendant la pandémie de COVID-19/Mai Thanh Tu et Amélie Groleau, 2021 (49)</i>	ELDEQ/cohorte de jeunes nés au Québec en 1997-1998 N = 1 182	2018	Été 2020	<p>Proportion similaire (15 %) à l'été 2020 comparativement à 2018 de jeunes présentant des symptômes d'anxiété généralisée modérée ou sévère</p> <p>18 % des jeunes ont changé : 9 % peu anxieux en 2018 avaient une anxiété modérée ou sévère à l'été 2020, un autre 9 % avec une anxiété modérée ou sévère en 2018, avaient un niveau d'anxiété minimal ou léger à l'été 2020/</p> <p>Femmes proportionnellement plus nombreuses (21 % en 2018 et 19 % en 2020) que les hommes (7 % et 11 %) à déclarer des symptômes d'anxiété modérée ou sévère</p>

Caractéristiques et résultats des publications sur des enquêtes canadiennes ou québécoises (suite)

Titre/Auteur, date de publication	Enquête(s)/population	Cycle/période 1	Cycle/période 2	Évolution dans le temps/répartitions selon les caractéristiques de la population
Santé mentale				
<i>La pandémie de COVID-19 et la satisfaction à l'égard de la vie au Canada/Helliwell et al., 21 décembre 2020 (50)</i>	ESCC/population âgée de 18 ans N = 65 000 SEPC/population âgée de 15 ans N = 4 600	2018 (ESCC)	Juin 2020 (SEPC)	Satisfaction moyenne à l'égard de la vie de 8,09 (échelle de 0 à 10) en 2018 et de 6,71 en juin 2020 (baisse de 1,38 point) Niveau le plus bas en 2020 observé depuis 2003/ Baisse de 1,76 point de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie chez les jeunes Canadiens de 15 à 29 ans, de 1,32 chez les 30 à 59 ans et de 1,21 chez les 60 ans et plus Différence minimale de la satisfaction moyenne à l'égard de la vie, entre les femmes et les hommes, avant ou pendant la pandémie
<i>Les Canadiens perçoivent leur santé mentale comme étant moins bonne pendant la pandémie de COVID-19/Leanne Findlay et Rubab Arim, 24 avril 2020 (51)</i>	ESCC/population âgée de 18 ans et plus N = 65 000 SEPC/population âgée de 15 ans et plus N = 4 600	2018 (ESCC)	Mars-avril 2020 (SEPC)	54 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus déclarent une excellente ou très bonne santé mentale en mars-avril 2020 comparativement à 68 % en 2018/ Femmes moins nombreuses (49 % en 2020 et 66 % en 2018) que les hommes (60 % et 71 %) à déclarer une santé mentale excellente ou très bonne En 2018, 62 % des adultes de 15 à 24 ans déclarent une excellente ou une très bonne santé mentale; en 2020 ils sont 42 % dans cette tranche d'âge En 2018, 72 % des adultes de 65 ans et plus déclarent une excellente ou une très bonne santé mentale; en 2020 ils sont 71 %

ESCC : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; ECSM : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale; ELDEQ : Étude longitudinale du développement des enfants du Québec; SEPC : Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes.

Centre de référence et d'expertise
en santé publique depuis 1998



www.inspq.qc.ca