



**Favoriser la santé mentale en
contexte post-pandémique :
des facteurs à cibler et des actions
à privilégier à l'échelle des
municipalités et des communautés**

OCTOBRE 2022

SYNTHÈSE DE CONNAISSANCE

AUTRICES

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

SOUS LA COORDINATION DE

Thomas Paccalet, chef d'unité
Julie Laforest, cheffe d'unité
Direction du développement des individus et des communautés

COLLABORATRICES

Pascale Mantoura, conseillère scientifique
Catherine Brousseau, conseillère scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

Roxanne Lépine, bibliothécaire
Direction de la valorisation scientifique et Qualité

RÉVISEURS

Mélissa Généreux, professeure agrégée et médecin-conseil
Faculté de médecine et des sciences de la santé Université de Sherbrooke
Direction de santé publique du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Marc Lemire, conseiller scientifique spécialisé
Direction de la valorisation scientifique et Qualité
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

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

Les auteurs ainsi que 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.

Il est à noter que 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.

REMERCIEMENTS

Les autrices désirent remercier Louise Potvin, professeure titulaire à l'École de santé publique de l'Université de Montréal pour ses commentaires et suggestions.

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 2023
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-93542-1 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2023)

AVANT-PROPOS

Le Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025 du gouvernement du Québec a pour finalité de soutenir des actions adaptées aux populations vulnérables en plus de soutenir le développement de politiques publiques favorables à la santé. La conjugaison de ces objectifs contribue aussi à réduire les inégalités sociales de santé présentes dans la population québécoise.

Cette publication de l'Institut national de santé publique du Québec est en lien avec la mesure 2.10 du PNSP : Soutien d'initiatives favorisant le développement et le renforcement des capacités des communautés d'agir sur leurs conditions de vie et leurs environnements. Elle fait l'objet d'un mandat qui s'inscrit dans la planification annuelle de l'entente cadre convenue avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. En plus de cet alignement, elle rejoint aussi les objectifs de l'orientation 2 sur l'aménagement de communautés et de territoires sains et sécuritaires de la Politique gouvernementale de prévention en santé.

Cette publication s'adresse principalement aux intervenants des directions de santé publique dans la perspective d'un appui aux milieux municipaux.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	IV
MESSAGES CLÉS	1
SOMMAIRE	3
1 INTRODUCTION	7
2 MÉTHODOLOGIE	12
3 RÉSULTATS	16
3.1 Facteurs associés à la santé mentale en contexte d'événements extrêmes	17
3.1.1 Facteurs liés au milieu de vie	17
3.1.2 Facteurs liés avec l'individu.....	18
3.2 Actions à l'échelle municipale ou communautaire de promotion de la santé mentale à la suite d'un événement extrême.....	22
3.2.1 Interventions organisationnelles pour mitiger les impacts des événements extrêmes sur la santé mentale	22
3.2.2 Interventions directes pour mitiger les impacts d'événements extrêmes sur la santé mentale.....	26
3.3 Correspondance entre les facteurs recensés et ceux ciblés par les interventions.....	29
4 CONSTATS ET PISTES D'ACTION	31
4.1 L'importance d'une perspective de promotion de la santé mentale au bénéfice de toute la population.....	31
4.2 L'environnement social : une cible d'action privilégiée	32
4.3 L'environnement physique : une cible d'action à investir.....	34
4.4 Prendre en compte les inégalités sociales de santé mentale.....	35
4.5 Limites.....	37
5 CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE	40
ANNEXE 1 PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES	50
ANNEXE 2 CARACTÉRISTIQUES, QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE ET RISQUE DE BIAIS DES RECENSIONS D'ÉCRITS	52
ANNEXE 3 CARACTÉRISTIQUES ET QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE DES ÉTUDES INCLUSES PORTANT SUR LES ACTIONS À L'ÉCHELLE DES MUNICIPALITÉS OU DES COMMUNAUTÉS	61

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Facteurs associés à la santé mentale lors d'événements extrêmes identifiés dans les recensions, regroupés par catégorie et leur influence (+ou -).....	21
Tableau 2	Facteurs associés à la santé mentale ciblés par les interventions lors d'événements extrêmes	30
Tableau 3	Stratégie de recherche pour Ovid.....	50
Tableau 4	Caractéristiques des recensions d'écrits sur des facteurs associés à la santé mentale en contexte d'événements extrêmes (objectif 1).....	52
Tableau 5	Évaluation de la qualité méthodologique et du risque de biais des recensions d'écrits (AMSTAR)	60
Tableau 6	Caractéristiques des études portant sur des actions à l'échelle des municipalités ou des communautés.....	61
Tableau 7	Évaluation de la qualité méthodologique des études sur des actions à l'échelle des municipalités ou des communautés (MMAT)	67

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AMSTAR	<i>A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews</i>
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MMAT	<i>Mixed Methods Appraisal Tool</i>
OMS	Organisation mondiale de la santé

MESSAGES CLÉS

L'INSPQ a reçu de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux le mandat de produire une synthèse des connaissances de la littérature scientifique pour 1) repérer, dans les recensions d'écrits, les facteurs associés à la santé mentale en contexte de pandémie ou d'événements extrêmes, facteurs sur lesquels les municipalités peuvent agir; et 2) recenser les actions à l'échelle des municipalités ou des communautés qui influencent ces facteurs et permettent de promouvoir la santé mentale à la suite d'un événement extrême.

Les recensions analysées montrent une forte convergence sur plusieurs facteurs associés à l'état de santé mentale, notamment ceux qui relèvent de l'environnement social : le soutien social, le fait de mener des actions prosociales (ex., offrir du soutien aux amis ou à des voisins, lors d'une quarantaine), l'isolement social et le sentiment de solitude ou encore la restriction des contacts et les périodes de confinement. Il en est de même pour les facteurs en lien au statut socioéconomique des personnes, notamment le revenu, la scolarité et la précarité d'emploi à la suite d'un événement extrême. Cependant, seules quelques recensions portent sur les caractéristiques de l'environnement physique.

Les études analysées qui présentent des actions à l'échelle des municipalités ou des communautés ont comme objectif de renforcer la résilience communautaire tout en appuyant les individus dans le développement de leur capacité d'adaptation et l'amélioration de leur bien-être. La majorité positionne la santé mentale comme un atout à préserver ou consolider. Toutefois, aucune étude ne fait l'objet d'évaluation robuste quant aux effets d'interventions sur la santé mentale : elles présentent plutôt des observations ou appréciations. Ces dernières, ainsi que plusieurs caractéristiques communes aux études, permettent de dégager des démarches organisationnelles : avoir une préoccupation explicite pour la santé mentale et se doter d'une équipe dédiée; l'importance du travail intersectoriel qui inclut les citoyens et les acteurs locaux dans une dynamique égalitaire; assurer une cohérence des interventions autour d'un objectif de rétablissement en se dotant notamment d'un modèle logique et en misant sur les atouts des communautés. D'autres études offrent des exemples d'interventions directes à la population, notamment la mise sur pied d'actions sensibles aux réalités vécues et qui favorisent la participation.

Finalement, quelques constats et pistes d'action se dégagent de cette synthèse :

- La santé mentale doit faire partie explicitement de la réponse et de la planification de la réponse aux événements extrêmes. Il importe alors de l'aborder dans une perspective de promotion de la santé qui permet de favoriser la santé mentale, de même que de prévenir sa détérioration.

- Plusieurs facteurs de la sphère des interactions sociales sont reconnus pour leur influence sur la santé mentale en contexte d'événements extrêmes. Il importe donc de favoriser le soutien social et les relations sociales positives en misant sur des approches participatives, de former des équipes dédiées à la santé mentale qui travaillent en intersectorialité et qui incluent des citoyens et différents groupes de la communauté, tout en veillant à une dynamique égalitaire entre les collaborateurs.
- Cibler des quartiers plus particulièrement touchés par un événement extrême pourrait permettre de mieux répondre aux besoins quant à la santé mentale. Il importe d'offrir un environnement physique sécurisant et des espaces verts accessibles à toutes et tous.
- Une approche axée sur l'équité peut guider les municipalités dans le déploiement d'actions pour faciliter le rétablissement. Ainsi, il importe de connaître l'état des populations en ayant des données non seulement sur les symptômes de troubles mentaux, mais aussi sur la santé mentale positive et sur les facteurs qui protègent et fragilisent des groupes lors d'événements extrêmes. Les interventions devraient alors être arrimées à ces facteurs dans une approche de rétablissement axée sur l'équité et les forces des communautés.

SOMMAIRE

Les changements majeurs et soudains, causés par des événements extrêmes comme la pandémie de COVID-19, provoquent un fardeau économique et social pour les communautés affectées et influencent la santé physique et mentale des personnes qui les composent. Plusieurs experts soutiennent l'importance d'intégrer une attention prioritaire à la santé mentale dans la réponse aux événements extrêmes et en préparation à ces derniers, tout en étant sensibles aux impacts différenciés, pour plus d'équité. On doit donc s'attarder non seulement au soutien à offrir aux individus, mais aussi aux actions qui permettent de créer des environnements favorables à la santé mentale et au bien-être de tous, en tenant compte des inégalités sociales.

Les municipalités sont reconnues comme un acteur essentiel pour la création d'environnements physique, socioculturel, économique et politique qui soient favorables à la santé physique et mentale. Elles sont bien positionnées pour participer au déploiement d'actions de promotion de la santé mentale en période de crise, lors du rétablissement, mais aussi en amont des événements extrêmes.

C'est dans ce contexte que l'INSPQ a reçu de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux le mandat de produire une synthèse des connaissances de la littérature scientifique pour 1) repérer, dans les recensions d'écrits, les facteurs associés à la santé mentale en contexte de pandémie ou d'événements extrêmes, facteurs sur lesquels les municipalités peuvent agir; et 2) recenser les actions à l'échelle des municipalités ou des communautés qui influencent ces facteurs et permettent de promouvoir la santé mentale à la suite d'un événement extrême.

Suivant un processus systématisé, 28 documents ont été retenus et analysés : 15 recensions répondant à l'objectif 1, majoritairement de bonne qualité et pour lesquelles il est possible de conclure que les données sont fiables; et 13 études primaires pour répondre à l'objectif 2, dont seulement deux satisfont l'ensemble des critères de qualité.

FACTEURS ASSOCIÉS À LA SANTÉ MENTALE EN CONTEXTE D'ÉVÉNEMENTS EXTRÊMES

Des quinze recensions portant sur les facteurs associés à la santé mentale, huit concernent uniquement la pandémie de COVID-19, quatre portent sur la pandémie de la COVID-19 et/ou d'autres pandémies et trois sur d'autres événements extrêmes. Elles traitent davantage des facteurs associés à la détérioration de la santé mentale ou des symptômes de troubles mentaux que des facteurs associés à l'amélioration de la santé mentale.

- Environnement social : le soutien social, le fait de mener des actions prosociales, l'isolement social et le sentiment de solitude ou encore la restriction des contacts et les périodes de confinement constituent un ensemble de facteurs qui influencent la santé mentale, largement présents dans les recensions. Globalement, lorsque positifs, ils sont protecteurs de l'état de

santé mentale et lorsque négatifs, ils sont associés à la détérioration de la santé mentale et à l'émergence de symptômes de troubles mentaux.

- Environnement physique : quelques recensions soulignent que le fait de résider à proximité d'un épicode d'infection à la COVID-19 ou dans une ville ou un quartier fortement touché (prévalences de cas élevées) est associé à plus de symptômes de troubles mentaux. Cependant, aucun consensus ne semble se dégager sur l'association entre le fait de résider en milieu urbain ou rural et la santé mentale lors d'événements extrêmes.
- Caractéristiques sociodémographiques : les femmes, les jeunes adultes, les personnes ayant des conditions de santé physique ou mentale préalables à l'événement extrême et les personnes appartenant à un groupe minoritaire sont les groupes qui sont le plus souvent identifiés comme étant susceptibles de présenter des symptômes d'anxiété, de dépression, de stress post-traumatique, de détresse psychologique et davantage de stress pendant et après différentes pandémies et événements extrêmes.
- Caractéristiques socioéconomiques : il y a une forte convergence entre les recensions analysées sur le fait que les ménages qui déclarent un faible revenu ou des impacts de la pandémie sur leur revenu (ex., précarité d'emploi) ainsi que les personnes avec un faible niveau de scolarité ont un plus grand risque de présenter des symptômes de troubles mentaux courants, à la suite d'événements extrêmes.
- Comportements et habitudes de vie : l'activité physique serait associée à moins de symptômes de troubles mentaux courants alors que le temps passé à consulter de l'information sur l'événement extrême serait associé à des symptômes d'anxiété, de stress post-traumatique et de stress.

ACTIONS À L'ÉCHELLE MUNICIPALE OU COMMUNAUTAIRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE

Les treize études analysées ont comme objectif de renforcer la résilience communautaire tout en appuyant les individus dans le développement de leur capacité d'adaptation et l'amélioration de leur bien-être. La majorité d'entre elles positionnent la santé mentale comme un atout à préserver ou consolider.

- Huit des études analysées présentent des démarches pour répondre ou planifier la réponse à un événement extrême qui sont centrées sur les dimensions psychosociales du rétablissement d'une ou de plusieurs communautés. Divers aspects organisationnels et des moyens associés s'en dégagent :
 - Une préoccupation explicite pour la santé mentale dans la réponse et dans la planification des réponses aux événements extrêmes à l'échelle des communautés est centrale et peut s'actualiser par 1) la formation d'une équipe dédiée à la santé mentale dans une perspective de rétablissement et 2) la connaissance des communautés et de ses enjeux spécifiques de santé mentale;

- La cohérence des diverses interventions autour d'un objectif de rétablissement est important et peut se concrétiser par 1) l'utilisation d'un modèle logique ou conceptuel et 2) le fait de miser sur les atouts des communautés;
- Le travail en équipes intersectorielles est toujours présent dans les démarches analysées et peut être facilité en 1) s'assurant de l'implication d'acteurs locaux et 2) en visant une dynamique égalitaire entre les collaborateurs.
- Cinq autres études analysées portent sur des interventions communautaires directes à la population ou dans l'environnement physique, pour encourager le rétablissement psychosocial.
 - Trois études, de devis différents, montrent des exemples d'interventions communautaires pour encourager le rétablissement et la diminution d'émotions négatives et misent sur l'engagement actif des participants : une thérapie par réminiscence jumelée à des séances d'activités physiques réduirait le sentiment de solitude chez les personnes âgées pendant la pandémie de la COVID-19; des ateliers de danse traditionnelle après un important séisme auraient permis aux participantes de ressentir plusieurs bénéfices (quotidien enrichi, meilleure humeur, amélioration de l'estime de soi, socialisation, entraide); les participants à des ateliers d'art (rencontres thématiques de groupe, puis musique et collage) mis sur pied à la suite d'un séisme, rapportent que ceux-ci ont permis la transformation d'expériences traumatiques en leur conférant un sens collectif.
 - Deux autres études présentent des caractéristiques de l'environnement physique (présence d'organisations qui offrent des services, présence d'espaces verts urbains dans le quartier) et leur lien avec la santé mentale. À l'exception des services de sécurité (postes de police et casernes de pompiers), qui seraient associés à plus de stress aigu, de limitations fonctionnelles et de détresse psychologique, la première étude ne montre pas d'associations significatives entre la présence d'organisations à proximité des résidences (ex., hôpitaux, organismes communautaires ou religieux, services aux familles) et la santé mentale, suite aux attentats du marathon de Boston en 2013. Dans la seconde étude, en période de confinement lors de la pandémie de la COVID-19, les usagers d'espaces verts urbains expriment que ces derniers sont privilégiés pour la pratique d'activité physique et de détente en temps de confinement, ils évoquent des sentiments positifs, de réconfort, de tranquillité et de meilleure gestion du stress. Les participants expriment également que le contact avec la nature permet de mieux composer avec le stress.

CORRESPONDANCE ENTRE LES FACTEURS RECENSÉS ET CEUX CIBLÉS PAR LES INTERVENTIONS ÉTUDIÉES.

On note une correspondance imparfaite entre les facteurs recensés et ceux ciblés (explicitement ou non) par les interventions. Les facteurs liés à l'environnement social sont les plus investis alors que ceux liés aux caractéristiques socioéconomiques ne semblent pas être la cible des interventions repérées.

CONSTATS ET PISTES D'ACTION

L'arrimage, même imparfait, des interventions organisationnelles et des interventions directes avec les facteurs associés à la santé mentale lors d'événements extrêmes, permet d'établir des cibles et des pistes d'action afin de soutenir la santé mentale à l'échelle municipale ou communautaire lors d'événements extrêmes.

- La santé mentale doit faire partie de la réponse et de la planification de la réponse aux événements extrêmes, et ce de façon explicite. Celle-ci doit être abordée dans une perspective de promotion de la santé qui permet à la fois de favoriser la santé mentale de tous et de prévenir sa détérioration ainsi que l'émergence de troubles mentaux.
- Plusieurs facteurs qui relèvent de l'environnement social, notamment de la sphère des interactions sociales, sont reconnus pour leur influence sur la santé mentale en contexte d'événements extrêmes. En conséquence, il importe de favoriser le soutien social et les relations sociales positives en misant sur des approches participatives, d'appuyer la formation d'équipes dédiées à la santé mentale qui travaillent en intersectorialité et qui incluent des citoyens et différents groupes de la communauté, ainsi que de s'assurer d'une dynamique égalitaire entre les collaborateurs.
- Cibler des quartiers plus particulièrement touchés par un événement extrême pourrait permettre de mieux répondre aux besoins quant à la santé mentale. En conséquence, il importe d'avoir une préoccupation pour un environnement physique sécurisant qui tient compte des facteurs de protection de la santé mentale et du bien-être et d'offrir des espaces verts accessibles.
- Une approche axée sur l'équité peut guider les municipalités dans le déploiement d'actions pour faciliter le rétablissement. Ainsi, il importe de connaître l'état des populations en ayant des données non seulement sur les symptômes de troubles mentaux, mais aussi sur la santé mentale positive et sur les facteurs qui protègent et fragilisent des groupes lors d'événements extrêmes. Les interventions devraient alors être arrimées à ces facteurs dans une approche de rétablissement axée sur l'équité et les forces des communautés.

1 INTRODUCTION

Les changements majeurs et soudains dans les communautés affectent leur fonctionnement. Lorsqu'ils sont causés par des événements extrêmes, que l'on nomme aussi catastrophes dans la littérature scientifique, ils provoquent un fardeau économique et social pour les communautés affectées et influencent directement et indirectement la santé physique et mentale des personnes qui les composent. Ils sont de différentes natures, comme les catastrophes naturelles ou technologiques ainsi que les pandémies de maladies infectieuses comme celle de la COVID-19.

À travers cette pandémie, tant la maladie que les mesures pour freiner sa propagation ainsi que son omniprésence dans les médias, ont engendré leur lot de stress et de perturbations, bouleversant ainsi la vie familiale, sociale et professionnelle de tous. Ces bouleversements personnels et sociaux constituent autant d'expériences qui influencent les fluctuations de santé mentale, de symptômes de troubles mentaux et de bien-être individuel et communautaire, que ce soit à court terme lors de l'avènement d'un événement extrême ou à long terme lors de la période de rétablissement (1, 2). Ces bouleversements ont amené différentes instances à s'interroger sur les mesures à mettre en place pour atténuer les conséquences de celles-ci et à favoriser le rétablissement. Les municipalités disposent de différents leviers d'action afin de contribuer à la qualité de vie, ainsi qu'à la santé physique et mentale des concitoyens. Elles sont en ce sens bien positionnées pour contribuer à déployer des actions de promotion de la santé mentale en période de crise et à la suite de ces bouleversements.

C'est dans ce contexte que l'INSPQ a reçu le mandat de produire une synthèse des connaissances issues de la littérature scientifique sur les actions municipales inspirantes, efficaces ou prometteuses, pour mitiger les impacts de la pandémie sur la santé mentale en contexte post-pandémique. Il s'agit de s'attarder principalement aux actions de promotion de la santé mentale qui peuvent contribuer à rétablir la capacité de fonctionnement des personnes et des communautés après cette pandémie et en préparation à d'autres événements majeurs.

DÉFINITIONS

Événements extrêmes

On définit les événements extrêmes, aussi nommés catastrophes (*disaster*), comme une perturbation grave et soudaine du fonctionnement d'une communauté ou d'une société. Cette perturbation peut survenir à n'importe quel niveau (soudaine ou non, étendue ou non, fréquente ou rare) et résulte d'un événement dangereux. Ce dernier, interagissant avec les conditions d'exposition, les vulnérabilités et les capacités des populations, entraîne un ou plusieurs des éléments suivants : pertes et impacts sur les plans humain, matériel, économique et environnemental (3).

Santé mentale

La santé mentale se définit comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face aux difficultés normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à sa communauté (4). Elle est ainsi décrite en termes positifs plutôt qu'en fonction de la présence ou de l'absence d'un trouble mental (5). Comme la notion de santé mentale est souvent associée à celle de trouble mental, on parle parfois de santé mentale positive ou de bien être émotionnel, psychologique et social pour l'en distinguer (1, 6).

La santé mentale fluctue d'optimale (ou florissante) à minimale (ou languissante), et ce, qu'on ait ou non un trouble mental diagnostiqué ou des symptômes associés (7, 8). Elle se mesure par la présence d'émotions positives et de satisfaction face à la vie, ainsi que par le fonctionnement psychologique (ex., capacité d'exprimer ses idées, de gérer les responsabilités du quotidien, d'entretenir des relations positives basées sur la confiance et d'avoir un sentiment d'utilité) et le fonctionnement social (ex., sentiment d'appartenance à un groupe et de pouvoir y contribuer, que la société nous permet de nous actualiser et que le fonctionnement de la société a du sens) (6, 9). Une bonne santé mentale est essentielle pour une vie saine et une société prospère. Il importe donc de créer les conditions pour la favoriser et la préserver en plus des interventions traditionnellement connues pour prévenir sa détérioration et soutenir les personnes qui ont des symptômes de troubles mentaux (10).

Rétablissement

Le rétablissement dans le domaine de la santé publique s'arrime avec une démarche de sécurité civile de gestion des risques liés aux situations d'urgence et aux événements extrêmes qui prône une action sur les conditions sociales, économiques, physiques ou environnementales et qui comprend aussi les étapes de prévention/atténuation, de protection/préparation et de riposte/intervention (11, 12). L'OMS avance que le rétablissement dans un contexte de santé publique doit être une occasion d'agir sur un ensemble de facteurs, notamment la réduction des inégalités sociales ainsi que le renforcement de la participation citoyenne et des capacités locales, qui permettront d'accroître la résilience des communautés face à d'éventuelles crises (13).

Les effets de la pandémie sur la santé mentale

De nombreuses études et recensions d'écrits à l'international montrent une dégradation de l'état de santé mentale dès le début de la pandémie : diminution du niveau de bien-être émotionnel et du fonctionnement psychosocial, augmentation du niveau de détresse psychologique, présence accrue de symptômes d'anxiété, de dépression ou de stress post-traumatique (14–18).

Du côté de la population canadienne, les données d'enquêtes populationnelles indiquent qu'à l'automne 2021 près de 30 % des Canadiens de 12 ans et plus considéraient que leur santé mentale était bien moins bonne qu'avant la pandémie (19). On observe également que les Canadiens de 18 ans et plus sont moins nombreux à déclarer un niveau élevé de santé mentale autoévaluée ou un fort sentiment d'appartenance à leur communauté en 2020 qu'en 2019 et la satisfaction face à la vie était significativement plus faible en 2020 qu'en 2019 (20). Quant à la présence de symptômes de troubles mentaux, les données canadiennes montrent notamment que la prévalence du trouble de dépression majeure chez les 18 ans et plus était plus élevée dans la première année de la pandémie que pour les cycles d'enquêtes précédents (21).

Certaines études, au Canada et ailleurs dans le monde, montrent que les manifestations de la détérioration de l'état de santé mentale et l'apparition de troubles mentaux courants auraient augmenté tôt au début de la pandémie, en 2020, ce qui serait une réponse normale lors d'événements extrêmes. L'état de santé mentale aurait eu tendance revenir à la normale durant les mois suivants pour la majorité de la population (14, 17, 22, 23). Par ailleurs, plusieurs études, s'appuyant sur d'autres événements extrêmes, avancent que les effets de la pandémie de la COVID-19 sur l'état de santé mentale pourraient survenir à plus long terme (14, 17, 22), particulièrement chez certains groupes, par exemple ceux ayant subi des conséquences financières (17).

En effet, certains groupes pourraient avoir plus de difficulté à retrouver l'état de santé mentale d'avant la pandémie. C'est notamment le cas de ceux qui avaient des symptômes de troubles mentaux préexistants, ceux qui subissent des répercussions négatives de la COVID-19 (ex., perte d'emploi ou de revenu, sentiment de solitude, décès de proches), ou encore ceux déjà touchés par des inégalités sociales de santé (20, 23–26). Sur ce dernier point, les auteurs ont été nombreux à mettre en lumière les conséquences différenciées de la pandémie de la COVID-19 (27–29). En effet, certaines populations cumulent déjà des facteurs de risques qui peuvent les exposer davantage aux conséquences de cette crise, par exemple via la précarité d'emploi, des conditions de logement inadéquates ou un moins bon accès aux outils numériques et contribuer à créer des différences de santé physique et mentale (28–30).

Faire face aux répercussions d'événements extrêmes sur la santé mentale

Devant les conséquences présentes ou éventuelles de la pandémie de la COVID-19 sur la santé mentale, plusieurs experts soutiennent l'importance d'intégrer une attention prioritaire à la santé mentale dans la réponse aux événements extrêmes (31–33), tout en étant sensibles aux impacts différenciés, pour plus d'équité (27, 34). Les interventions qui visent les atouts et promeuvent la santé mentale améliorent la santé des populations avec une perspective d'équité, car elles favorisent simultanément l'amélioration de la santé mentale et la prévention ou la réduction des troubles mentaux (35). En effet, la santé mentale et plusieurs troubles mentaux courants sont tous deux influencés par des déterminants environnementaux, sociaux et individuels, qui se recoupent souvent et qui opèrent similairement, durant toute la trajectoire de vie (36). On doit alors s'attarder non seulement au soutien à offrir aux individus, mais aussi aux actions qui permettent de créer des environnements favorables à la santé mentale et au bien-être de tous dans les milieux de vie, en tenant compte des inégalités sociales. Conséquemment, en plus des services spécialisés en psychiatrie et des services de première ligne en santé mentale, il importe d'intégrer une préoccupation pour la santé mentale et les besoins psychosociaux dans les interventions offertes par tous les secteurs de la société (ex., sécurité alimentaire, protection des enfants et des personnes victimisées, soutien aux personnes endeuillées) (1, 2, 28)¹.

Les municipalités² sont des milieux de vie et représentent une instance politique de proximité en lien aux populations. Plusieurs documents-cadres ou initiatives structurantes au Québec (40–42) et ailleurs (43–47) les reconnaissent depuis longtemps comme des acteurs essentiels qui disposent de différents leviers d'action pour la création d'environnements physiques, socioculturels, économiques et politiques qui soient favorables à la santé physique et mentale. Par exemple, elles peuvent intervenir directement dans l'espace public ou élaborer une planification socioculturelle, sportive et de loisirs, inclusive. Elles peuvent développer des politiques de développement social ou des programmes qui favorisent l'accès équitable à des logements de qualité. Elles peuvent aussi faciliter la participation sociale. En conséquence, les municipalités ont un rôle à jouer pour promouvoir la santé mentale à la suite d'événements extrêmes. Elles ont d'ailleurs été des alliées pour le déploiement de nombreuses initiatives locales et régionales visant le rétablissement et aussi l'atténuation des iniquités accentuées par la pandémie (48).

¹ Pour plus de détails, voir les travaux de l'INSPQ sur les actions pour favoriser la santé mentale et le bien-être en contexte de COVID-19 :

<https://www.inspq.qc.ca/publications/3016-resilience-cohesion-sociale-sante-mentale-covid19> (37)

<https://www.inspq.qc.ca/publications/3109-memoire-consultations-effets-pandemie-sante-mentale-covid19> (38)

² Dans le présent travail, à l'instar d'autres travaux menés à l'INSPQ, les milieux municipaux réfèrent à l'ensemble des organisations municipales (municipalités locales, arrondissements, municipalités régionales de comté, agglomérations et communautés métropolitaines) (39).

Objectifs de la synthèse et public ciblé

Les objectifs spécifiques de cette synthèse des connaissances sont :

- 1) de repérer dans les recensions d'écrits, les facteurs associés à la santé mentale en contexte de pandémie ou d'événements extrêmes et sur lesquels les municipalités peuvent agir;
- 2) de recenser les actions à l'échelle des municipalités ou des communautés qui influencent ces facteurs et permettent de promouvoir la santé mentale à la suite d'un événement extrême.

Les constats qui se dégageront de cette synthèse contribueront à renforcer les connaissances des intervenants de santé publique et de leurs partenaires sur les leviers municipaux et les actions à l'échelle des municipalités ou des communautés utiles pour la promotion de la santé mentale. Ils faciliteront également l'élaboration, la poursuite, la bonification et le partage d'actions inspirantes ou même d'une programmation régionale en promotion de la santé mentale en collaboration avec les partenaires municipaux. Ce document s'adresse principalement aux directions de santé publique qui sont un appui aux milieux municipaux.

La deuxième section de ce document porte sur la méthodologie de recherche et d'analyse employée. Les résultats sont présentés dans la troisième section, pour chacun des objectifs ci-haut mentionnés, puis pour la correspondance entre eux. La quatrième section est consacrée à la présentation de constats et de pistes d'action.

2 MÉTHODOLOGIE

Afin de remplir les objectifs visés, une synthèse des connaissances de la littérature scientifique qui intègre des caractéristiques d'une méthode systématisée (49) a été entreprise.

Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été effectuée avec l'appui d'une bibliothécaire de l'INSPQ. La stratégie de recherche, décrite dans le tableau 3 de l'annexe 1, combine des mots-clés et des descripteurs en lien avec ces concepts :

- Pour le premier objectif : 1) santé mentale; 2) événement extrême 3) facteurs associés; 4) recension de la littérature.
- Pour le second objectif : 1) santé mentale; 2) événement extrême; 3) rétablissement; 4) intervention à l'échelle des municipalités ou communautaires.

La recherche a été lancée dans huit bases de données de littérature scientifique le 24 août 2021. Les bases de données *Medline*, *Psychology & Behavioral Science Collection*, *SocIndex*, *Health Policy Reference Center*, *Political Science Complete*, *Public Affairs Index* et *Environment Complete* ont été interrogées via la plateforme EBSCO. La base de données *PsycInfo* a été interrogée via la plateforme OVID. La recherche a été limitée aux articles en anglais et en français.

Considérant l'échéancier pour mener à terme cette synthèse, la littérature grise n'a pas été explorée.

Sélection des études incluses

La sélection des études incluses a suivi certaines étapes d'un processus systématique : les critères d'admissibilité des études ont été élaborés par les deux autrices (Caroline Braën-Boucher (CBB) et Marie-Claude Roberge (MCR)) en amont de la recherche bibliographique. La sélection complète en double aveugle n'a pas été suivie, mais un processus de validation de la sélection a été utilisé : parmi les références issues de la première sélection, une cinquantaine de références ont été évaluées par titre et résumé de façon indépendante par les deux évaluateuses afin d'atteindre une compréhension commune des critères d'admissibilité, puis les références restantes ont été évaluées par une seule évaluatrice. À la suite de la sélection par titre et résumé, les articles intégraux ont été évalués toujours selon les critères d'admissibilité. La deuxième évaluatrice intervenait en cas d'incertitude quant à l'inclusion de certaines références.

Critères d'admissibilité des études (PECOS-PICOS) (50, 51)

- **Population** : population générale de tout âge (enfants, adultes, adolescents, aînés, populations précarisées, femmes enceintes, familles, Premières Nations, etc.)/**exclusion** : populations spécifiques souffrant de troubles mentaux, populations spécifiques de patients (nécessitant des soins), travailleurs de la santé.

- **Exposition** : événements extrêmes soudains qui perturbent le fonctionnement de la société ou de groupes (pandémie, épidémie, catastrophe naturelle), confinements/exclusion : crise économique, événement non transférable ou généralisable au milieu municipal (ex., événement qui entraîne une migration hors frontière), événement survenu dans des pays non comparables (ex., épidémie d'Ebola, conflits armés).
- **Intervention** : interventions de rétablissement, de guérison, de promotion de la santé mentale, après un événement extrême à l'échelle des municipalités ou des communautés; interventions organisationnelles (politiques, programmes, plans, règlements municipaux) qui visent l'intégration de la santé mentale; interventions directes à la population, ciblant le mieux-être d'une communauté ou de groupes de population ou modifiant l'environnement physique (ci-après, interventions directes)/exclusion : interventions cliniques visant l'autosoins ou visant la réduction de troubles mentaux; politique ou actions à l'échelle nationale.
- **Comparateur** : tous (études sans comparateur admises)
- **Aspect de santé (Outcome)** : santé mentale positive, bien-être, rétablissement, résilience, mieux-être, réduction du stress ou autres manifestations de mal-être, facteurs associés à la santé mentale lors d'événements extrêmes (ex., soutien social, statut d'emploi)/exclusion : traitement des troubles mentaux.
- **Devis des études (Study design)** :
 - Objectif 1 : recensions d'écrits (systématique ou non)/exclusion : études primaires, protocoles.
 - Objectif 2 : études évaluatives des effets ou de l'implantation ainsi que des études descriptives d'interventions directes à l'échelle des municipalités ou communautaires, recensions d'écrits (systématique ou non)/exclusion : protocole de recherche, rapport de recommandations générales (non dans un contexte spécifique d'événement extrême), plaidoyers, opinions d'experts, résumés, commentaires.

Critères d'inclusion supplémentaires :

- Publications depuis 2009; publications revues par les pairs.

Critère d'exclusion supplémentaire :

- Recension d'écrits ne présentant pas de méthodologie de recherche.

Extraction de données

Une grille d'extraction a été développée pour chacun des objectifs de la synthèse.

Chaque grille comprend les données suivantes à extraire : 1) données d'identification de l'étude; 2) population; 3) contexte des études (événement extrême concerné); 4) aspect de la santé mentale traité.

Pour le premier objectif, les données extraites concernaient également les éléments suivants : 5) facteurs associés à la santé mentale; 6) caractéristiques des études primaires incluses dans les recensions; 7) résultats; 8) limites; 9) conclusions des auteurs.

Les données extraites spécifiquement pour le second objectif concernaient également les éléments suivants : 5) caractéristiques des interventions : description, objectifs, composantes, approches, instigateurs et collaborateurs; 6) facteurs associés à la santé mentale touchée par les interventions (explicitement ou non); 7) résultats et interprétation (si évaluation); 8) limites; 9) conclusion des auteurs. Une autrice a effectué l'extraction de données (CB). Une deuxième autrice était interpellée pour valider des extractions, au besoin (MCR).

Évaluation de la qualité des études

L'évaluation du risque de biais et de la qualité méthodologique des recensions incluses dans l'objectif 1, a été effectuée avec l'outil AMSTAR (*A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews*) par une autrice (CB). L'outil AMSTAR, composé de 11 items, est démontré valide et fiable (52, 53). Les propositions d'adaptation de Burda et ses collègues (54) ont été prises en compte et les items deux et cinq ont été adaptés pour la présente synthèse. L'item deux (« *Was there duplicate study selection and data extraction?* ») était considéré comme satisfait si les auteurs des recensions effectuaient la sélection des études primaires en double aveugle et que pour l'extraction, une méthode de validation par un deuxième évaluateur était effectuée. L'item cinq (« *Was a list of studies (included and excluded) provided?* ») a été considéré comme rencontré lorsque les auteurs des recensions nommaient clairement les études primaires incluses. Les recensions avec un score de 1 à 3 ont été évaluées de faible qualité, celles avec un score de 4 à 7 comme de qualité moyenne et celles avec un score de 8 à 11 comme de bonne qualité (55).

En ce qui a trait à l'évaluation du risque de biais et de la qualité méthodologique des études sur des interventions, le *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) (56) a été utilisé. Cet outil s'adapte à différents devis d'étude et est démontré fiable (coefficient de corrélation interclasse de 0,72-0,94) (57).

Synthèse et analyse des données

Pour chaque objectif, une synthèse narrative a été effectuée. Le cadre de surveillance de la santé mentale positive de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), qui s'appuie sur le modèle écologique (58), a été utilisé pour l'analyse des données.

Pour le premier objectif, plusieurs documents concernant les pouvoirs et les compétences des municipalités et sur les environnements favorables à la santé ont guidé l'identification des facteurs sur lesquels les municipalités peuvent agir (59–61). Les actions municipales sont encadrées par la Loi sur les compétences municipales qui leur confère l'autonomie et la

souplesse pour agir sur un large éventail de facteurs. Conséquemment, bien qu'elles ne puissent agir directement sur certains facteurs de risque, comme l'âge, elles peuvent prévoir une programmation de loisirs axée sur l'inclusion qui en tient compte. Néanmoins, certains facteurs, particulièrement des facteurs individuels ou relationnels (ex., peur de consulter les urgences, contexte de séparation) associés à la santé mentale qui appellent plutôt une réponse clinique n'ont pas été retenus. Enfin, les facteurs retenus ont été regroupés selon les niveaux du modèle écologique.

Les études recueillies en lien au deuxième objectif ont été regroupées selon qu'elles évaluent ou décrivent 1) des interventions organisationnelles (plans et programmes municipaux ou issus d'autres instances, mais qui impliquent la municipalité ou s'adressent à des communautés); 2) des interventions directes, c'est-à-dire celles destinées à la population en général ou destinées à des groupes identifiés comme en situation de vulnérabilité, ou encore celles qui visent la modification de l'environnement physique. Ensuite, chaque groupe d'intervention a fait l'objet d'une analyse de contenu thématique, soit une analyse verticale pour dégager les caractéristiques principales de chaque intervention et une analyse horizontale pour mettre en évidence les points de convergence entre elles.

Enfin, le cadre de l'ASPC a permis d'explorer les correspondances entre les facteurs associés à la santé mentale (objectif 1) qui sont ciblés (explicitement ou non) par les actions repérées (objectif 2). Les correspondances sont également présentées sous forme de tableau (tableau 2).

3 RÉSULTATS

La recherche bibliographique de la littérature scientifique a résulté en 1 250 références, puis 1 190 (doublons supprimés) d'entre elles ont été évaluées par titres et résumés. À la suite de cette première étape de sélection, 97 articles intégraux ont été confrontés aux critères d'admissibilité. Cette seconde étape de sélection a permis de repérer 28 documents. Le diagramme de sélection des études est présenté dans la figure 1 à l'annexe 1. Les documents retenus sont :

- Quinze recensions d'écrits pour répondre à l'objectif 1 : les facteurs associés à la santé mentale en contexte de pandémie ou d'événements extrêmes et sur lesquels les municipalités peuvent agir (contexte COVID-19 (62–69); COVID-19 et/ou autres pandémies (70–73); autres événements extrêmes (74–76)). Les caractéristiques des recensions incluses sont détaillées dans le tableau 4 à l'annexe 2.
- Treize études primaires pour répondre à l'objectif 2 : recenser les actions à l'échelle des municipalités ou des communautés qui permettent de promouvoir la santé mentale en contexte post-pandémique (interventions organisationnelles (77–84); interventions directes (85–89)). Les caractéristiques de ces études primaires sont détaillées dans le tableau 6 à l'annexe 3.

Selon l'évaluation de la qualité méthodologique avec l'outil AMSTAR, neuf recensions sont jugées de bonne qualité, trois de qualité moyenne et trois de faible qualité. Les résultats sont présentés dans le tableau 5 à l'annexe 2.

En ce qui a trait à la qualité méthodologique des études primaires, l'évaluation avec le MMAT montre que sept études (7/13) n'ont pas répondu positivement aux questions préliminaires, donc, selon les recommandations de l'outil, l'évaluation de la qualité n'a pu être poursuivie. Pour les autres études, quatre d'entre elles ont satisfait à un ou deux (sur quatre ou cinq) critères de qualité. Deux études ont rencontré tous les items (4/4). Les résultats sont présentés dans le tableau 7 à l'annexe 3.

Cette synthèse des connaissances de la littérature scientifique présente les résultats dans l'ordre des objectifs.

3.1 Facteurs associés à la santé mentale en contexte d'événements extrêmes

Sur les quinze recensions incluses, dix sont systématiques, deux sont des examens de la portée et trois sont des revues narratives. Huit d'entre-elles portent sur la pandémie de COVID-19, quatre portent sur la pandémie de COVID-19 et/ou d'autres pandémies et trois recensions portent sur d'autres événements extrêmes (séisme et tsunami de l'est du Japon en 2011 et divers événements extrêmes). Bien que toutes ces recensions portent sur les facteurs associés à la santé mentale, les mesures de la santé mentale renvoient le plus souvent à la présence de symptômes associés aux troubles mentaux courants (ex., dépression, anxiété) ou à une détérioration de la santé mentale (ex., difficulté de fonctionnement, émotions négatives).

3.1.1 Facteurs liés au milieu de vie

Environnement social

Un des facteurs le plus souvent mentionné dans les recensions incluses et lié à l'environnement social est le soutien social. Ce dernier est effectivement nommé dans plusieurs recensions, comme facteur de protection de la santé mentale et de l'émergence de symptômes de troubles mentaux (62, 64, 69). En effet, chez les personnes déclarant davantage de soutien social, on relève moins de symptômes : chez les jeunes adultes (64), chez les adultes (69) et chez des femmes enceintes et en post-partum (62, 66) durant la pandémie de COVID-19 et chez les jeunes adultes lors d'autres événements extrêmes (76).

De plus, Marques de Miranda et ses collègues, soulignent que les adolescents réalisant des actions prosociales (ex., soutien aux amis ou à des voisins, lors d'une quarantaine), présentent moins de symptômes dépressifs durant la pandémie de COVID-19 (67). Deux recensions en lien avec cette dernière rapportent également que de maintenir des contacts, même virtuellement (jeunes adultes) (64), ou avoir un vaste réseau social (adultes) (69) sont associés à moins de symptômes de troubles courants et préviennent la détérioration de la santé mentale.

Un moindre soutien social est désigné comme facteur associé à plus de symptômes, notamment de stress post-traumatique dans la population générale (séisme et tsunami de 2011 au Japon) (74), de détresse psychologique chez de jeunes adultes (divers événements extrêmes) (76) et d'anxiété chez les femmes enceintes et en post-partum (COVID-19) (62). Les recensions relèvent également des associations issues d'études sur différentes pandémies, entre un faible capital social (quantité et qualité des contacts) et des symptômes anxieux (72) ou encore entre peu de relations positives avec la famille et dans le quartier et des symptômes dépressifs (73).

L'isolement social (66), un sentiment de solitude (69) et la restriction des contacts sociaux ou des périodes de confinement (64, 68, 70, 71, 73) (confinement de plus de dix jours (70, 73) ou de plus de trois mois (68)) sont aussi identifiés comme facteurs associés à plus de symptômes de

troubles mentaux et à la détérioration de l'état de santé mentale lors de différentes pandémies pour toutes les populations étudiées.

Deux recensions relèvent également des aspects positifs au contexte de confinement liés au mieux-être des personnes. Des parents ont rapporté en effet que ce contexte a permis le rapprochement des membres de la famille (71), que leurs enfants sont plus calmes et expriment un sentiment positif en regard du temps passé en famille (68).

Environnement physique

Cinq recensions s'intéressant à l'association entre le lieu de résidence (urbain ou rural, sans définition) et le risque de déclarer des symptômes de troubles mentaux n'arrivent pas toutes aux mêmes conclusions. Deux d'entre elles, qui incluent plusieurs études primaires (10 études primaires), concluent à des résultats mixtes (65, 69). Les trois dernières recensions s'appuient sur un plus petit nombre d'études primaires (une à deux études). Deux d'entre-elles relèvent que les enfants, les adolescents et/ou les parents des milieux ruraux sont plus susceptibles d'afficher des troubles mentaux que leurs pairs des milieux métropolitains (67, 71), alors que la troisième recension conclut le contraire chez des enfants (64). Les recensions portant sur des différences de risque entre milieu urbain et rural ne convergent donc pas.

Plusieurs recensions convergent toutefois sur le fait que résider à proximité ou dans une ville ou un quartier fortement touché par la pandémie de COVID-19 (ex., prévalences de cas plus élevées, épicode comme Wuhan) est associé à davantage de symptômes de troubles mentaux chez les adultes (65,72) ainsi que chez les enfants, les adolescents et leurs parents (67, 68, 71).

3.1.2 Facteurs liés avec l'individu

Caractéristiques sociodémographiques

Les facteurs en lien avec l'individu pour lesquels les recensions convergent sont d'abord le sexe et l'âge. Plusieurs recensions notent que les femmes (adultes, adolescentes et filles) étaient plus susceptibles que les hommes de présenter des symptômes d'anxiété, de dépression, de stress post-traumatique, de détresse psychologique et davantage de stress pendant et après différentes pandémies et événements extrêmes (65, 67–69, 71, 76).

En ce qui a trait à l'âge, les jeunes adultes seraient le groupe le plus à risque. À cet égard, deux recensions concernant la pandémie de COVID-19 menées auprès de la population générale, soulignent que ce sont les jeunes adultes qui étaient plus susceptibles de déclarer des symptômes de troubles mentaux courants (65, 69). Une troisième recension sur la pandémie de COVID-19 où la population à l'étude étaient des femmes enceintes et en post-partum, on note que ce sont les plus jeunes d'entre elles qui étaient aussi plus susceptibles de déclarer de tels symptômes (66). Finalement, deux autres recensions spécifiquement sur les jeunes pendant la pandémie, mentionnent que le fait d'être un adolescent plus âgé (par rapport aux adolescents

qui sont plus jeunes et aux enfants) est un facteur de risque pour la présence de symptômes dépressifs (67, 68).

Dans les recensions concernant d'autres événements extrêmes, les résultats quant à l'âge diffèrent quelque peu. Une recension concernant spécifiquement les jeunes adultes de 18 à 34 ans exposés à d'autres événements extrêmes (76), rapporte que ce sont les plus vieux dans cette tranche d'âge qui étaient plus à risque de déclarer des symptômes de troubles mentaux courants. Dans une seconde recension, les auteurs notent plutôt que ce sont les personnes de 60 ans et plus qui présentaient davantage de risque d'avoir de tels symptômes (dépression et stress) lors de pandémies de virus respiratoires précédentes (H1N1, H7N9, SARS, MERS) (72).

D'autres groupes de la population sont également identifiés par les recensions incluses, comme susceptibles d'avoir été plus à risque de présenter des symptômes de troubles mentaux courants lors d'événements extrêmes. D'abord les personnes ayant des conditions de santé physique ou mentale préalables à l'événement extrême présenteraient un risque accru d'avoir déclaré des symptômes, lors des différents événements étudiés et ce, pour plusieurs groupes d'âges : chez la population générale (65, 69, 73), chez les enfants et les adolescents (67) et chez les jeunes adultes (76). Toutefois, Ahmad et ses collègues avancent plutôt que les études sont contradictoires pour les femmes enceintes et en post-partum qui présentaient des symptômes de troubles mentaux avant la pandémie de COVID-19, quant à cette association lors de la pandémie de COVID-19 (62).

Ensuite, Gibson et ses collègues relèvent que plusieurs études montrent une association entre l'appartenance à un groupe minoritaire et les symptômes de troubles mentaux courants pendant la pandémie de COVID-19. Les personnes ne s'identifiant pas comme Blancs ainsi que celles s'identifiant comme non-binaires, transgenres, de minorité sexuelle et de genre ou HARSAH³ étaient en effet plus susceptibles de déclarer des symptômes de troubles mentaux courants (65).

Caractéristiques socioéconomiques

Les caractéristiques du statut socioéconomique des personnes ou des familles constituent un ensemble de facteurs associés à la santé mentale sur lesquels les recensions incluses convergent fortement. On souligne d'abord que les personnes ayant un faible revenu familial sont plus susceptibles d'avoir déclaré des symptômes d'anxiété, de dépression, de stress post-traumatique et de stress, dans la population générale et lors de tous les événements extrêmes étudiés (62, 65, 69, 73, 74). Par ailleurs, deux recensions rapportent les résultats d'une même étude chez de jeunes adultes pendant la pandémie de COVID-19, montrant qu'un revenu familial stable est associé à moins d'anxiété (64, 65).

³ Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

Les impacts des pandémies (COVID-19 ou autres pandémies) sur les finances (ex., perte de revenu, contraintes financières) sont également relevés comme facteurs associés à plus de symptômes de troubles mentaux courants ou comme source de stress dans les recensions concernant des populations non spécifiques (72, 73), des familles (71), des enfants et des adolescents (67) ainsi que des jeunes adultes (64).

Le statut d'emploi précaire (ex., sans emploi ou perte d'emploi) est généralement relevé par les recensions comme facteur associé à des symptômes anxieux, dépressifs et de stress post-traumatique (65, 69, 74). Notons toutefois une nuance rapportée par deux recensions concernant les femmes enceintes qui, de leur côté, étaient plus susceptibles de déclarer des symptômes anxieux et dépressifs si elles occupaient un emploi à temps plein, désigné comme source de stress, pendant la pandémie de COVID-19 (65, 66). Toujours chez les femmes enceintes et en post-partum, Ahmad et ses collègues ne relèvent toutefois pas d'association significative entre la situation d'emploi et les symptômes dépressifs en contexte périnatal (62).

La majorité des recensions rapportent que les personnes avec un plus faible niveau de scolarité étaient plus susceptibles de présenter des symptômes d'anxiété, de dépression, de stress post-traumatique, de détresse psychologique et de stress durant les différents événements extrêmes étudiés, pour la population générale et chez les jeunes adultes (69, 72, 73, 76). Deux autres recensions concluent plutôt à des associations entre un niveau plus élevé de scolarité et des symptômes anxieux et dépressifs lors de la pandémie de COVID-19, dans la population générale (65) et chez les femmes enceintes ou en post-partum (66).

Habitudes de vie

En lien avec les habitudes de vie, trois recensions identifient l'activité physique comme facteur protecteur associé à moins de symptômes de troubles mentaux courants ou de problèmes de comportements : moins de symptômes d'anxiété ou de dépression et moins de stress chez les jeunes adultes (64), moins de symptômes d'anxiété et de dépression chez les femmes enceintes ou en post-partum (66) et moins d'hyperactivité et d'inattention chez les enfants et les adolescents (68).

Les recensions distinguent un second comportement associé à la présence de symptômes courants de troubles mentaux, soit la consultation d'information sur les pandémies ou d'autres événements extrêmes. Une recension souligne que le fait de s'informer sur la COVID-19 via des médias de masse ou des médias sociaux est associé à plus de symptômes dépressifs chez les jeunes adultes (64). Sur le temps passé à consulter de l'information, quatre recensions relèvent que trop de temps (sans préciser la durée) passé à consulter de l'information est associé à plus de symptômes d'anxiété, de stress post-traumatique et de stress chez toutes les populations (64, 68, 69, 74). Toutefois, elles notent aussi que trop peu de temps à consulter de l'information est aussi associé à ces symptômes (64, 69). Sur la perception de ce qui est consulté, on note que les enfants et adolescents qui ont exprimé de la satisfaction à l'égard de l'information consultée sur

la COVID-19 étaient moins susceptibles de déclarer des symptômes d'anxiété, de dépression et de stress post-traumatique (67). Chez les adolescents, le fait de se considérer comme bien informé sur la COVID-19 serait également un facteur de protection de symptômes (71).

Le tableau suivant (tableau 1) présente un récapitulatif des facteurs identifiés.

Tableau 1 Facteurs associés à la santé mentale lors d'événements extrêmes identifiés dans les recensions, regroupés par catégorie et leur influence (+ou -)

Catégories de facteurs	Facteurs identifiés dans les recensions et leur influence
Milieus de vie – Environnement social	<p>Interactions sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> (+) Soutien social (62, 64, 66, 69, 76) (+) Réseau social (64, 69) (+) Actions prosociales (67) (+) Relations positives dans le quartier (73) (+) Rapprochement, sentiments positifs en contexte de confinement (68, 71) (-) Faible soutien social (62, 74, 76) (-) Faible capital social (72) (-) Isolement/sentiment de solitude (66, 69) (-) Peu de contacts sociaux lors des confinements (64, 68, 70, 71, 73) (-) Durée du confinement (+10 jours) (70, 73) (+3 mois) (68)
Milieus de vie – Environnement physique	<p>Variations spatiales</p> <ul style="list-style-type: none"> (-) Résidence à proximité d'un quartier/ville fortement touchée par une épidémie (65, 67, 68, 71, 72)
Individus – Caractéristiques écosocio-démographiques	<p>Sociodémographiques</p> <ul style="list-style-type: none"> (-) Femmes (65, 67, 69, 71, 76) (-) Âge jeunes adultes (18-34 ans) (62, 65, 69, 76) (-) Âge (adolescents plus à risque par rapport aux enfants) (67, 68) (-) Âge aînés (plus de 60 ans, autres pandémies/épidémies) (72) (-) Conditions physiques ou mentales préexistantes (65, 67, 69, 73, 76) (-) Ethnicité (personnes ne s'identifiant pas comme Blanches) (65) (-) Personnes s'identifiant comme non binaires, transgenres, s'identifiant comme minorité sexuelle et de genre, HARSAH (65) <p>Socioéconomiques</p> <ul style="list-style-type: none"> (-) Revenu familial faible (62, 64, 65, 69, 73, 74) (-) Impacts de la pandémie sur les finances (perte de revenu, contraintes financières) (64, 67, 71-73) (-) Statut d'emploi (sans emploi, perte d'emploi, travailleur migrants) (65, 69, 74) (-) Niveau de scolarité (69, 72, 73, 76) (non associé (65, 66))
Individus – Habitudes de vie	<p>Activité physique</p> <ul style="list-style-type: none"> (+) Activité physique (+150 minutes/semaine pour les femmes enceintes et en post-partum, activité physique 1-2x/semaine pour les enfants) (64, 66, 68) <p>Consultation de l'information</p> <ul style="list-style-type: none"> (+) Satisfaction à l'égard de l'information consultée sur la COVID-19 (67) (+) Se considère comme bien informée sur la COVID-19 (71) (-) Consultation de l'information via les médias de masse et les médias sociaux (64) (-) Visionner de l'information sur la pandémie (perçu comme trop ou pas assez) (64, 68, 69, 74)

3.2 Actions à l'échelle municipale ou communautaire de promotion de la santé mentale à la suite d'un événement extrême

Le deuxième objectif de la présente synthèse des connaissances consiste à recenser les actions à l'échelle des municipalités ou des communautés (interventions directes ou organisationnelles) qui influencent les facteurs associés à la santé mentale et permettent de la promouvoir en contexte post-événements extrêmes. La recherche bibliographique a permis de repérer 13 études. Huit études présentent des interventions organisationnelles (77–84) qui incluent ou non des descriptions d'interventions directes destinées à la population. Il s'agit d'études qui présentent des démarches organisationnelles pour répondre ou planifier la réponse à un événement extrême, et qui sont centrées sur les dimensions psychosociales du rétablissement d'une ou de plusieurs communautés. Cinq autres études décrivent ou évaluent spécifiquement des interventions directes à la population ou dans l'environnement physique, pour encourager le rétablissement psychosocial (85–89) (caractéristiques clés au tableau 6 en annexe 3).

Toutes ces études considèrent la santé mentale comme une composante du rétablissement psychosocial. La majorité estime la santé mentale comme un atout à préserver ou consolider. Elles ont comme objectif notamment de renforcer la résilience communautaire tout en appuyant les individus dans le développement de leur capacité d'adaptation et l'amélioration de leur bien-être. Spécifiquement, les études insistent sur l'importance de contribuer à la création de liens sociaux et à la participation citoyenne (77–82, 84, 88, 89), d'améliorer le bien-être (87), le bien-être psychologique, social et spirituel et de diminuer le sentiment de solitude (88). Dans d'autres études, les auteurs visent globalement le rétablissement ou le bien-être psychosocial (84, 85, 89). Deux études rapportent plutôt que les interventions mises en place visent la réduction de symptômes de troubles mentaux, notamment des symptômes dépressifs et anxieux (83, 84).

La prochaine section présente d'abord les études incluses en lien avec des actions organisationnelles, puis celles qui concernent des interventions directes.

3.2.1 Interventions organisationnelles pour mitiger les impacts des événements extrêmes sur la santé mentale

La plupart des études présentent des descriptions détaillées des démarches organisationnelles et parfois des appréciations formatives de ces démarches, par exemple sous forme de leçons apprises ou de pratiques à privilégier pour actualiser ces démarches. Ces appréciations concernent davantage les processus et ne comportent pas d'évaluation de l'efficacité des interventions sur la santé mentale. Les études diffèrent par ailleurs selon les événements concernés, les devis d'études, les actions proposées, etc. Dans cette section seront présentés les aspects organisationnels et les moyens associés, qui ont été dégagés des démarches détaillées dans les études.

Premier aspect organisationnel : une préoccupation explicite pour la santé mentale

Le premier aspect organisationnel commun aux études recensées est le fait que la santé mentale est une préoccupation explicite dans la gestion des catastrophes à l'échelle des communautés. En effet, dans toutes les études, les auteurs concluent que la santé mentale constitue un enjeu clé du rétablissement et ils insistent sur le fait qu'elle doit être incluse explicitement dans la réponse et la planification de la réponse aux événements extrêmes (77-84). Par exemple, le programme proposé par Bosman et ses collègues après des explosions dans un quartier d'Enschede aux Pays-Bas rassemble plusieurs actions de promotion de la santé mentale. Ces actions sont explicitement décrites par les auteurs comme étant en soutien à l'autonomie des populations affectées et comme étant essentielles au retour vers un fonctionnement global de ces populations (77).

Des moyens, qui permettent l'intégration explicite de cette préoccupation pour la santé mentale, sont nommés par les auteurs ou sont communs à plusieurs démarches présentes dans les études recensées :

1) Former une équipe dédiée à la santé mentale dans la perspective de rétablissement

La formation d'une équipe (une cellule, un regroupement) dédiée explicitement à la santé mentale semble une composante centrale permettant d'inclure la santé mentale dans les réponses et la planification des réponses aux événements extrêmes à l'échelle des communautés (77-84). L'initiative de former des équipes émerge, dans les études recensées, de différentes instances, notamment du secteur de santé et des services sociaux, de celui de la santé publique, du secteur des soins et services en santé mentale ou du milieu de la recherche universitaire. Par exemple, un centre de santé universitaire initie un regroupement intersectoriel, à la suite du passage de l'Ouragan Sandy à New York, avec des centres de santé locaux et des Églises importantes d'un quartier afin de développer un ensemble d'interventions de rétablissement psychosocial (ex., formation en premiers soins psychologiques aux citoyens) (80). Ou encore, le *Los Angeles County Community Disaster Resilience initiative* a mis en place des groupes de travail selon des quartiers ciblés, afin qu'ils identifient les priorités permettant de renforcer la résilience communautaire (84). Le programme *REACH NOLA* s'appuie sur une équipe intersectorielle communautaire et académique qui travaille à l'élargissement de l'accès à des ressources en santé mentale dans la Nouvelle-Orléans post-Katrina (83).

2) Avoir une connaissance des communautés et de ses enjeux spécifiques de santé mentale

L'intégration explicite d'une préoccupation pour la santé mentale à la gestion de catastrophes gagnerait, selon les études, à s'appuyer sur une bonne connaissance des enjeux de santé mentale spécifiques à une communauté. Plusieurs auteurs soulignent en effet l'importance de recueillir des données sur l'état de la santé mentale ainsi que les caractéristiques spécifiques qui fragilisent ou protègent certains groupes face aux événements extrêmes (78, 82). La façon de collecter des données varie, par exemple, des auteurs proposent l'intégration d'indicateurs

quantitatifs lorsque disponibles, ou alors de colliger des contenus qualitatifs issus directement des communautés (77,78), via des acteurs locaux dans les équipes dédiées. Le fait d'avoir des données sur la santé mentale permettrait notamment de quantifier les arguments présentés à des décideurs (78, 82), de cibler également des populations ou sous-groupes qui présentent des facteurs les fragilisant lors d'événements extrêmes (82) et de développer une planification sensible à ces sous-groupes et aux enjeux réels de santé mentale vécus par les communautés.

Second aspect organisationnel : des interventions diverses, mais cohérentes

Le deuxième aspect organisationnel identifié dans les recensions, concerne la cohérence des interventions autour d'un objectif de rétablissement. En effet, dans les études incluses, un objectif central en lien avec la santé mentale est développé, puis une diversité d'interventions vient s'y rattacher. C'est-à-dire que des interventions diverses sont déployées par les équipes dédiées, et sont toujours inscrites dans un objectif plus large de rétablissement psychosocial. Les objectifs énoncés par les auteurs visent notamment la réorganisation de la vie communautaire (77), le renforcement de la résilience communautaire (77, 80, 81) ou du bien-être (79). Les multiples actions de promotion de la santé mentale qui sont déployées dans ce cadre sont diverses et touchent à des sous-objectifs plus spécifiques (ex., des aménagements mémoriels dans l'environnement physique (77, 78), des infolettres sur des exemples positifs de reconstruction (77), mais elles se veulent en cohérence avec un objectif plus large. Deux moyens permettraient d'actualiser cette cohérence, soit :

1) Utiliser un modèle conceptuel

Plusieurs auteurs présentent des arguments en faveur de l'importance de se doter d'un modèle conceptuel, pour appuyer les démarches et en situer les différentes actions dans un tout cohérent (78, 80, 82, 84). Ces modèles variés traduisent visuellement le fonctionnement de la communauté, en présentant par exemple les différents facteurs à considérer pour favoriser la résilience communautaire, les cycles de la planification des réponses aux réponses elles-mêmes (78, 82) ou encore l'organisation des différents acteurs et les impacts visés (80). Ce type de modèle permettrait de rendre visuellement compréhensibles les démarches et ses arguments auprès des collaborateurs et des décideurs (78). Un modèle peut aussi rendre visibles les composantes de la planification dans le temps (82) ainsi que la logique qui lie les interventions directes aux objectifs plus larges (78, 80, 82, 83).

2) Miser sur les atouts des communautés

Les études recensées montrent que miser sur les atouts, en s'appuyant sur les compétences déjà existantes des communautés, ou encore sur les réseaux déjà formés, peut être le point d'ancrage de la cohérence entre les diverses interventions et pourrait faciliter l'atteinte d'un objectif commun de rétablissement (77, 78, 81). Ces considérations devraient par ailleurs s'équilibrer avec le constat des besoins des communautés, auxquels des services externes sont appelés à répondre (78).

On note par exemple l'importance de soutenir des structures de partenariat déjà existantes avec les organismes communautaires (77, 79) et d'appuyer également ces derniers individuellement, alors qu'ils répondent à des besoins spécifiques des communautés (77, 78). Aussi, miser sur les compétences des communautés peut se faire via des stratégies de communication positives, telles que de partager des récits d'expériences de réussites (ex., de personnes qui ont reconstruit leur habitation après un incendie) via les médias locaux (77). Les formations de premiers soins psychologiques dispensées aux citoyens, ou encore une intervention qui met en relation des personnes isolées sont d'autres exemples d'actions recensées qui misent sur les compétences des communautés (80, 82–84). Globalement, ces actions diversifiées soutiennent un objectif plus large de rétablissement.

Troisième aspect organisationnel : la nécessité du travail en équipes intersectorielles

Le troisième aspect organisationnel qui ressort des études incluses, est que les équipes dédiées à la santé mentale ou au rétablissement sont nécessairement intersectorielles. Ce caractère est effectivement présent dans les études répertoriées (77–84). Les équipes regroupent en général des acteurs de la santé (services sociaux, soins et services en santé physique ou mentale, santé publique) qui vont engager un partenariat avec d'autres secteurs, incluant les municipalités ou d'autres instances locales pour représenter les communautés. L'intersectorialité des équipes qui sont présentées dans les études serait possible par les moyens suivants :

1) S'assurer de l'implication d'acteurs locaux

Les auteurs de toutes les études incluses dans cette section signalent l'importance d'accorder une place prépondérante aux acteurs locaux dans les équipes intersectorielles (77–84). Les acteurs locaux peuvent être représentés par des organismes communautaires (ceux-ci sont par ailleurs toujours parmi les collaborateurs dans les études), des citoyens, des leaders locaux, des intervenants communautaires, des animateurs communautaires issus par exemple du milieu municipal ou d'institutions religieuses, etc. (77–84), et peuvent représenter la voix de différents groupes qui composent une communauté (78, 81). Les auteurs relèvent l'importance que ces acteurs soient impliqués tôt dans la planification des réponses aux événements extrêmes (79, 84). Alors que l'implication d'acteurs locaux peut prendre différentes formes, certains auteurs proposent que ces personnes jouent un rôle clé. Il peut s'agir par exemple de travailleurs sociaux qui jouent le rôle de pivot ou de coordination dans les différentes actions déployées (77, 83).

Les raisons évoquées dans les études de l'importance de cette implication d'acteurs locaux sont variées. Parmi celles qui sont nommées, il y a le fait qu'une telle implication permettrait de bien connaître les besoins des communautés auprès desquelles intervenir et de préciser les enjeux de santé mentale qui les préoccupent (78, 79). L'implication de tels acteurs permettrait également de développer des définitions communes des enjeux en lien avec la santé mentale (ex., de quoi parlons-nous lorsque nous parlons de cohésion sociale) (80, 82, 84).

2) Viser une dynamique égalitaire entre les collaborateurs

Plusieurs auteurs relèvent l'importance de favoriser les décisions conjointes et les rapports égaux entre les différents collaborateurs intersectoriels (78–80), en s'assurant que les préoccupations et les intérêts des citoyens soient prioritaires. On suggère notamment d'accorder une plus grande importance aux citoyens, en particulier lorsque les intérêts d'autres joueurs de nature politique ou économique sont en jeu (78). D'autres suggèrent également d'inclure directement des personnes de groupes visés dans les décisions et la planification (ex., des populations immigrantes, des adolescents et enfants) (77, 79).

Une approche égalitaire permettrait notamment d'encourager la participation active de personnes issues des communautés visées par des actions, par exemple les groupes provenant des quartiers les plus fragilisés par l'événement (77, 81, 82). De plus, cette approche permettrait de développer un rapport de confiance entre ces communautés et des instances d'autorités, rapport de confiance préalablement fragile ou qui s'est vu détérioré à la suite des événements extrêmes (81, 84). Notons que certains auteurs suggèrent que la présence physique de représentants de différentes autorités de santé (de santé publique ou de santé mentale) pourrait encourager ce sentiment de confiance et la perception que ces autorités sont sensibles à ce qui est vécu par la communauté (77, 81).

3.2.2 Interventions directes pour mitiger les impacts d'événements extrêmes sur la santé mentale

Cinq études sont regroupées dans cette section. D'abord, trois études décrivent des interventions communautaires qui ont été réalisées auprès de populations particulièrement affectées par des événements extrêmes (85, 88, 89). Ces études diffèrent toutes en termes de devis et de qualité et concernent des populations et événements extrêmes différents. Deux interventions ciblent spécifiquement des personnes âgées, la première lors de la pandémie de COVID-19 dans une municipalité en Chine (88), la seconde après un séisme dans une région rurale du Chili en 2010 (85). La troisième intervention s'adresse à des femmes issues d'une communauté tibétaine, à la suite d'un séisme en milieu rural chinois (89). Deux interventions ont fait l'objet d'une évaluation des effets sur la santé mentale et ses facteurs (88, 89) et l'autre a fait l'objet d'une évaluation de l'appréciation de l'intervention (observations des chercheurs de la satisfaction et des impressions des participants) (85).

Les deux autres études de cette section présentent des caractéristiques de l'environnement physique (présence d'organisations, présence d'espaces verts urbains dans le quartier) et leur lien avec la santé mentale (86, 87). L'étude de Jose et ses collègues est une étude sur l'association entre la présence de différents types d'organisations à proximité de la résidence et des symptômes de détérioration de la santé mentale (86). L'étude s'est déroulée à la suite des attentats lors du marathon de Boston en 2013. L'étude de Mayen Huerta et Cafagna est une étude qualitative sur l'usage des espaces verts urbains et le sentiment de bien-être des

participants, dans différentes agglomérations de Mexico lors d'un confinement en septembre-octobre 2020 (87).

Les trois interventions communautaires sont d'abord présentées, suivies de celles en lien avec l'environnement physique.

Interventions communautaires

Les auteurs des trois études soulignent que leurs démarches relèvent d'une approche de développement des capacités ou du pouvoir d'agir (*empowerment*) qui est adaptée aux réalités vécues localement (ex., contexte culturel). Espinoza et ses collègues inscrivent leur intervention dans un projet de recherche-action participative et combinent rencontres et discussions, puis ateliers créatifs (85). La seconde intervention proposée par Ren et ses collègues combine de la thérapie par réminiscence et de l'activité physique (de type tai-chi) (88), toutes deux en groupe alors que la dernière intervention s'appuie sur un modèle de renforcement des capacités psychosociales pour développer des ateliers autour d'une danse locale pratiquée par les femmes (89). Dans les trois études, les intervenants et chercheurs ont encouragé les participants à orienter la forme qu'allaient prendre les ateliers créatifs (85), la prise en charge de l'organisation des rencontres et de leur pérennisation (89), autour de pratiques culturelles locales (85, 88, 89).

Dans les trois interventions communautaires, sont d'abord organisés des rencontres de groupes, puis des ateliers créatifs ou de l'activité physique. Les interventions de Ren et ses collègues et d'Espinoza et ses collègues mettent sur pied, dans un premier temps, des rencontres centrées sur une approche de thérapie par réminiscence (88), ou des discussions autour de thématiques évoquées par les participants, en lien ou non avec l'événement extrême commun, mais dans une approche de rétablissement (85). À la suite de ces séances d'échanges, une seconde composante est déployée, soit des ateliers créatifs de musique et d'art plastique (85), soit des séances d'activité physique (pratique de tai-chi) (88). L'étude de Sim et ses collègues propose l'exercice d'une danse particulière à des groupes de femmes, pratique culturelle spécifique à cette communauté (89).

Effets des interventions communautaires sur la santé mentale

L'étude de Ren et ses collègues, chez des aînés pendant la pandémie de COVID-19, mesure l'effet de l'intervention (thérapie par réminiscence et activité physique) sur le sentiment de solitude, la résilience émotionnelle et le bien-être spirituel (88). Les auteurs comparent le groupe de participants (n = 60) à un groupe contrôle (n = 61). Ce dernier reçoit une formation sur les habitudes de vie, la santé mentale, la prévention et les symptômes en lien au sentiment de solitude et des outils pour améliorer leur bien-être. À la suite de l'intervention, les auteurs rapportent une diminution du sentiment de solitude et une augmentation de la résilience psychologique et du bien-être spirituel dans les deux groupes, mais d'une façon

significativement plus marquée chez le groupe de participants à l'intervention. Toutefois, les auteurs relèvent des limites importantes à leur étude, notamment les temps de mesure, seulement un mois suivant l'intervention, ne permettent pas d'évaluer l'effet à moyen et à long terme de l'intervention (88). De plus, la méthode de collecte de données et les temps de mesure ne sont pas clairement établis.

Sim et ses collègues ont procédé à une analyse qualitative suivant une méthode d'étude des cas à succès (*Success Case Method* (90)) auprès des participantes aux ateliers de danse (n = 14), d'abord offerts par un travailleur social, puis pris en charge par les groupes de femmes (89). L'intervention est proposée après un important séisme. Les participantes ont d'abord répondu à un questionnaire sur leurs conditions psychosociales (psychologiques : quotidien enrichi, humeur et estime de soi; sociales : interactions sociales et entraide), puis celles ayant les scores les plus élevés ont été invitées à participer à des entretiens en profondeur, toujours au sujet de leurs conditions psychosociales. Les répondantes rapportent, lors des entretiens, des bénéfices psychologiques (quotidien enrichi, meilleure humeur et estime d'elles-mêmes) et en lien avec leurs interactions sociales (notamment plus positives avec leurs voisins) et plus d'entraide. Cette étude comporte des limites, entre autres, l'échantillon est de petite taille (89) et les résultats portent uniquement sur les participantes chez qui l'intervention a été perçue comme bénéfique.

La troisième étude, également proposée après un séisme, ne comporte pas d'évaluation (85). Les auteurs présentent toutefois leurs observations ainsi que des propos exprimés par les personnes participantes. Ils avancent que la thérapie par l'art, proposée par leur intervention (rencontre thématique en groupe puis musique et collage), permet la transformation d'expériences traumatiques, en leur conférant un sens collectif. Les auteurs rapportent également que les personnes ont exprimé que le quotidien était aussi enrichi, en permettant de se sentir utile ou de se « sentir vivante, plutôt que de rester à la maison et penser au passé » (85).

Intervention sur l'environnement physique

L'étude de Jose et ses collègues est une étude sur l'influence de la présence de différents types d'organisations à proximité de la résidence (services de sécurité [police, pompiers], services de santé [hôpitaux], organisations religieuses, d'éducation, dédiées aux familles et aux enfants, et organismes communautaires) sur les symptômes de stress aigu, de stress post-traumatique, de limitations fonctionnelles et de détresse psychologique auprès de résidents de Boston à la suite des attentats du marathon de 2013 (n = 788), et de New York pour fin de comparaison (n = 901) (86).

Cette étude montre que la présence d'organisations n'est pas associée à la santé mentale, excepté pour les services de sécurité (postes de police et casernes de pompiers), qui sont associés à plus de stress aigu, de limitations fonctionnelles et de détresse psychologique chez

les Bostonnais, lorsque situés entre ½ et 1 mile de distance (800 m à 1,6 km). Les auteurs émettent l'hypothèse que ces résultats pourraient suggérer que les Bostonnais qui résident à une plus grande distance de services de sécurité, et ceux qui sont à proximité de services de santé ont rapporté moins de symptômes de détérioration de la santé mentale. Les auteurs invitent ainsi à considérer ces résultats lorsqu'on doit intensifier certains services ou prévoir la mise en place d'autres services pour soutenir la population en contexte de crise (86).

L'analyse des entrevues qualitatives menées dans l'étude de Mayen Huerta et Cafagna, lors d'un confinement dû à la COVID-19, met en lumière le lien que les usagers font entre les espaces verts urbains et leur bien-être (87). Les usagers expriment en effet que les espaces verts sont pour eux privilégiés pour l'activité physique et la détente en temps de confinement, qu'ils évoquent des sentiments positifs, de réconfort, de tranquillité et de meilleure gestion du stress. Les participants expriment également que le contact avec la nature (même le fait de voir des arbres à partir de la résidence) permet de mieux composer avec le stress. Les analyses qualitatives permettent aussi aux auteurs de constater que les personnes qui n'ont pas fréquenté d'espaces verts urbains (parfois dû à un manque d'accès perçu) exprimaient davantage de stress et d'anxiété. Ce sont majoritairement des femmes de quartiers plus défavorisés et moins pourvus en espaces verts, qui ont exprimé cela (87).

3.3 Correspondance entre les facteurs recensés et ceux ciblés par les interventions

On note une correspondance imparfaite entre les résultats des deux objectifs, c'est-à-dire entre les facteurs influençant la santé mentale en contexte d'événements extrêmes (objectif 1) et les facteurs ciblés (explicitement ou non) par les interventions (objectif 2). Certaines catégories de facteurs sont fortement investies par les interventions, notamment ceux liés à l'environnement social et plus particulièrement aux interactions sociales. D'autres facteurs sont présents dans les interventions, mais dans une moindre mesure. C'est le cas pour ceux liés à l'environnement physique. Par contre, certains facteurs ne semblent pas être la cible des interventions ou les ciblent indirectement. On pense entre autres aux facteurs liés aux caractéristiques socioéconomiques. Le tableau 2 suivant illustre ces correspondances.

Il est possible que les interventions organisationnelles aient ciblé d'autres facteurs que ceux dégagés des études. Les correspondances qu'il a été possible de dégager dépendent du degré de détail fourni dans les études. Également, le contexte de la pandémie de COVID-19 est encore récent et il est fort possible que plusieurs interventions déployées n'aient pas encore fait l'objet d'une évaluation publiée dans la littérature scientifique. De même, une analyse de la littérature grise permettrait certainement de proposer des initiatives en ce sens.

Tableau 2 Facteurs associés à la santé mentale ciblés par les interventions lors d'événements extrêmes⁴

Interventions à l'échelle municipale ou communautaire	Catégories de facteurs identifiés dans la synthèse						
	Interactions sociales	Variations spatiales	Aménagement urbain	Socio-démographiques	Socioéconomiques	Activité physique	Consultation d'information
<i>Interventions organisationnelles</i> (ex., soutien d'organismes communautaires et de leurs réseaux, parrainage de personnes seules, formation premiers soins psychologiques (a); cibler des quartiers plus fortement touchés, présence de groupes vulnérables dans un quartier à cibler (c); création de places pour se rassembler (d); soutien/collaboration avec des organismes en immigration (f); périodique mensuel, diffusion d'images de reconstruction positives, <i>Photovoice</i> , diffusion de résultats d'enquête à la population d'abord (h))							
Bosman <i>et al.</i> , 2013 (77)							
Généreux <i>et al.</i> , 2018 (78)							
Lalani et Drolet, 2019 (79)							
McCabe <i>et al.</i> , 2014 (80)							
Scigliano <i>et al.</i> , 2019 (81)							
Slemp <i>et al.</i> , 2020 (82)							
Springgate <i>et al.</i> , 2011 (83)							
Wells <i>et al.</i> , 2013 (84)							
<i>Interventions directes communautaires</i> (ex., discussions collectives, intervention de thérapie de réminiscence en groupe et d'activité physique de groupe (b); présence d'organisations dans le quartier, usage des espaces verts lors de confinement (e); intervention s'adressant directement à des groupes de femmes et/ou de personnes âgées (f); cibler une région avec forte défavorisation (c); pratique en groupe de tai-chi ou de danse (g).							
Espinoza <i>et al.</i> , 2016 (85)							
Ren <i>et al.</i> , 2021 (88)							
Sim <i>et al.</i> , 2019 (89)							
<i>Interventions directes sur l'environnement physique</i>							
Jose <i>et al.</i> , 2018 (86)							
Mayen Huerta et Cafagna, 2021 (87)							

(a) Bosman *et al.*, 2013; Généreux *et al.*, 2018; Lalani et Drolet, 2019; McCabe *et al.*, 2014; Scigliano *et al.*, 2019; Slemp *et al.*, 2020; Spinggate *et al.*, 2011; Wells *et al.*, 2013.

(b) Espinoza *et al.*, 2016; Ren *et al.*, 2021; Sim *et al.*, 2019.

(c) Espinoza *et al.*, 2016; Scigliano *et al.*, 2019; Wells *et al.*, 2013.

(d) Généreux *et al.*, 2018.

(e) Jose *et al.*, 2018; Mayen Huerta et Cafagna, 2021.

(f) Bosman *et al.*, 2013; Ren *et al.*, 2021; Sim *et al.*, 2019.

(g) Ren *et al.*, 2021; Sim *et al.*, 2019.

(h) Bosman *et al.*, 2013; Généreux *et al.*, 2018.

⁴ Les études présentant des interventions organisationnelles ne détaillent pas nécessairement les interventions uniques et multiples déployées dans leur cadre. Ceci ne permet pas d'être exhaustif dans la correspondance qu'elles pourraient avoir avec les facteurs de la santé mentale repérés.

4 CONSTATS ET PISTES D'ACTION

La présente synthèse de la littérature scientifique permet de repérer les facteurs associés à la santé mentale sur lesquels les municipalités peuvent agir en contexte d'événements extrêmes, puis elle recense des études portant sur des actions à l'échelle des municipalités ou des communautés qui influencent ces facteurs et permettent de promouvoir la santé mentale.

Les recensions identifiées sont majoritairement de bonne qualité (neuf d'entre elles ont un résultat AMSTAR entre 8 et 11 (55)) et il est possible de conclure que les données issues de cette littérature sont fiables. De plus, il y a une forte convergence entre les recensions sur plusieurs facteurs relevés. Il est à noter par ailleurs, que bien que les recensions affirment cibler des facteurs associés à la santé mentale, elles mettent en exergue davantage des facteurs associés à la détérioration de la santé mentale ou à la présence de symptômes de troubles mentaux (approche de prévention) que ceux associés à l'amélioration ou la préservation de la santé mentale.

Du côté des interventions, les études proposent plutôt une approche de promotion de la santé mentale que de prévention. Ces dernières études comportent peu d'évaluations, ce qui correspond par ailleurs aux constats d'autres études et avis d'experts (91, 92). De plus, leur qualité est généralement faible (plus de la moitié des études n'ont pas rempli deux critères de bases pour poursuivre l'évaluation MMAT (56)).

Il serait infondé d'avancer une façon précise et efficace d'agir sur la santé mentale en contexte d'événements extrêmes sur la base de l'ensemble du matériel recensé. Cependant, la convergence observée entre certaines caractéristiques présentées dans les études et le fait que les résultats recensés soient en cohérence avec les connaissances en matière de la promotion de la santé mentale en contexte d'événements extrêmes et en dehors de ce contexte (3, 44, 45, 93, 94) permettent de dégager des constats. Cela permet également de définir des cibles et des pistes d'action à l'échelle municipale ou communautaire pour promouvoir la santé mentale en contexte de rétablissement post-COVID-19.

4.1 L'importance d'une perspective de promotion de la santé mentale au bénéfice de toute la population

Le premier constat au regard des résultats de la synthèse est que d'un côté, la littérature sur les facteurs associés à la santé mentale en contexte d'événements extrêmes s'appuie principalement sur des facteurs associés aux symptômes de troubles mentaux, malgré le fait que les auteurs affirment s'attarder à la santé mentale. L'angle d'approche dans la littérature repérée semble en effet davantage concerné par la détérioration de la santé mentale. De l'autre côté, la littérature sur les interventions est basée davantage sur une approche de promotion de la santé mentale, en visant majoritairement l'amélioration de la santé mentale et ses facteurs de

protection, et en misant sur le potentiel des communautés pour renforcer la santé mentale, tant sur le plan des individus que des communautés. Malgré la distinction entre ces approches, rappelons que, la santé mentale et plusieurs troubles mentaux courants sont influencés par des facteurs qui leurs sont communs. Ainsi, il apparaît utile d'élaborer des interventions promotrices de santé mentale, puisqu'elles ont la capacité autant de la promouvoir que d'en prévenir la détérioration (35).

Dans une perspective de rétablissement, la littérature nous montre que la santé mentale doit faire partie de la réponse et de la planification de la réponse aux événements extrêmes, et ce de façon explicite. D'ailleurs, l'OMS dans sa mise à jour de son plan d'action en santé mentale (95) recommande l'intégration de la santé mentale dans la planification des réponses aux urgences de santé publique (96). D'abord, la planification d'actions dans la perspective de réduction des symptômes de troubles mentaux qui surviennent en réaction à un événement extrême est recommandée, mais aussi des actions en amont qui renforcent les capacités des communautés pour les outiller en vue de futurs événements similaires (95, 96). Le renforcement et la consolidation des capacités pour faire face à d'autres événements peuvent être portés par des initiatives de promotion de la santé mentale, en amont des problèmes, en soutenant les facteurs socio-environnementaux des communautés, dans une perspective d'équité. Les municipalités sont particulièrement bien placées pour agir sur cela de façon éclairée, puisqu'elles connaissent les citoyens et ont la responsabilité de les représenter. Si elles comprennent mieux les enjeux de santé mentale découlant d'événements extrêmes, elles sont aussi de meilleures représentantes de leur population. Elles peuvent notamment contribuer à la consolidation et au renforcement des capacités en offrant des espaces et des opportunités de participation citoyenne (ex., appuyer des projets communautaires, des événements collectifs et rassembleurs (97)).

Piste d'action :

- S'assurer que les plans de rétablissement des communautés intègrent explicitement la santé mentale, dans une perspective de promotion de la santé qui permet à la fois de favoriser la santé mentale de tous et de prévenir sa détérioration ainsi que l'émergence de troubles mentaux.

4.2 L'environnement social : une cible d'action privilégiée

La synthèse sur les facteurs associés à la santé mentale en contexte d'événements extrêmes a permis de dégager l'importance de plusieurs facteurs qui relèvent de l'environnement social, notamment de la sphère des relations sociales (ou du réseau social) (62, 64, 66–74, 76). Il s'agit par ailleurs d'un enjeu important dans un contexte de pandémie où la distanciation sociale a été un moyen de mitigation. Les relations sociales sont principalement ciblées par les actions recensées, tant du côté des interventions organisationnelles que des interventions directes. Notamment, ces dernières visent à renforcer des liens sociaux (ex., des structures de réseaux

sociaux déjà existants, de renforcement des relations dans le quartier) (77, 89), à briser l'isolement (78, 85, 88, 89) ou à encourager les contacts sociaux (85, 88, 89). Ces diverses actions, qui visent à consolider ou augmenter le réseau social des individus et des communautés (ex., via les réseaux des organismes communautaires et des églises), agissent donc sur des facteurs qui favorisent le soutien social et sont un champ privilégié pour l'intervention.

Le soutien social (et ses corollaires comme le réseau social (98)) est largement reconnu comme une ressource essentielle pour faire face à des périodes de stress accru (99), et de façon générale au sein des communautés afin de favoriser la santé mentale (100, 101). Le soutien social est favorable à la santé mentale, de façon informelle et individuelle (ex., relations positives et relations d'aide dans le quartier) et de façon formelle et structurelle (ex., à travers des institutions organisées, comme des églises ou des organismes communautaires) (99, 102). Les interventions repérées touchent à ces deux aspects, en favorisant l'élargissement du réseau social des individus (interventions de groupes qui offrent des occasions de socialiser, ou en soutenant l'action des organismes communautaires et leurs réseaux (ex., présence d'organismes communautaires dans toutes les études sur les actions organisationnelles).

Par ailleurs, le soutien social est un ingrédient clé de la résilience communautaire (37), laquelle est incontournable lors d'événements extrêmes. Une étude récente met en lumière un mécanisme, à la suite de plusieurs traumatismes collectifs, qui lie la résilience communautaire à une diminution de symptômes de stress post-traumatique et dépressifs. Les auteurs notent que la résilience individuelle est médiatrice dans ce mécanisme (103). Pour que la résilience communautaire contribue à réduire les symptômes, des ressources qui y sont liées doivent être mises en place pour les individus (ex., participation sociale, soutien social, relations sociales positives, sentiment d'appartenance, renforcement des capacités, etc.) afin de générer leur résilience individuelle (103).

Les études repérées dans ce rapport nous indiquent que le caractère intersectoriel des interventions peut favoriser le renforcement des capacités, particulièrement s'il implique des citoyens dans une dynamique égalitaire (78–80, 89). Même si la prise de décision conjointe, la reconnaissance des compétences et l'appui sur une vision commune des enjeux encouragent en principe une dynamique égalitaire et davantage d'équité, la littérature souligne également certaines embûches dans le maintien de ces principes lors de leur opérationnalisation (104, 105). Pour contrer cet écueil, des études proposent des moyens qui pourraient faciliter les rapports égalitaires entre collaborateurs. Entre autres, on note l'importance de s'outiller afin de comprendre les différentes formes de pouvoirs en jeu, ainsi que les éléments qui limitent les pouvoirs des communautés et nuisent à la dynamique égalitaire (ex., les limites dont la nature est d'ordre structurelle ou systémique, de l'ordre du financement, etc.) (104, 105). De tels outils permettraient notamment de préciser les intérêts de nature politique ou économique qui sont en jeu et qui doivent être balancés avec ceux des citoyens (78). Également, des modèles de gouvernance participative et communautaire pourraient être adoptés par les municipalités, afin

de garantir un pouvoir décisionnel aux communautés (48). Les municipalités peuvent donner priorité par exemple aux consultations publiques et en assurer la continuité lors d'événements extrêmes (48).

L'effet des interventions sur la santé mentale n'est pas évalué dans les études repérées et devrait évidemment faire l'objet d'éventuelles recherches. Les devis d'études plus robustes, comme des essais randomisés, sont difficilement applicables au type d'interventions repérées (92). Par ailleurs, ce champ d'interventions dites complexes nécessite des outils d'analyses adaptés, qui visent aussi à analyser les processus (106, 107). Certains outils et méthodes pourraient être privilégiés, par exemple, des méthodes d'analyses réalistes sur les contextes et les mécanismes d'action (*When-why-how*) (107), ou encore des analyses d'interventions intersectorielles qui lient les actions à des résultats transitoires (108). Le fait de poursuivre les efforts pour déceler les embuches à une dynamique égalitaire, établir les ingrédients porteurs de santé mentale et analyser les processus intersectoriels peuvent mener à l'atteinte d'effet sur la santé mentale.

Pistes d'action :

- Favoriser le soutien social et les relations sociales positives en misant sur des approches participatives et inclusives;
- Appuyer des opérationnalisations par des équipes dédiées à la santé mentale qui travaillent en intersectorialité et qui incluent des citoyens;
- S'assurer que les ingrédients porteurs de santé mentale soient présents tels que l'implication de différents groupes de la communauté et la dynamique égalitaire entre les collaborateurs.

4.3 L'environnement physique : une cible d'action à investir

Le fait de résider dans un quartier ou un lieu plus fortement ou directement touché par un événement extrême semble être associé à la santé mentale de manière proportionnelle et représente un facteur de risque dans les études. Dans les recensions incluses en lien avec les facteurs associés à la santé mentale en contexte d'événements extrêmes, le fait de résider dans un quartier où la prévalence de cas est élevée ou dans une ville considérée comme un épicode de cette épidémie (ex., Wuhan) sont des facteurs associés à la présence de différents symptômes de troubles mentaux (65, 67, 68, 71, 72). Le fait de cibler des quartiers particulièrement touchés par les répercussions d'un événement extrême pourrait permettre de mitiger ce risque accru. Certaines interventions recensées fonctionnent d'ailleurs de cette manière (81, 84, 85) en ciblant des quartiers plus fortement touchés ou dont on sait, par exemple, qu'un groupe y est particulièrement vulnérable (forte proportion de personnes âgées seules résidant dans un quartier qui sera ciblé). Il est primordial ici de rappeler l'importance de recueillir et relayer les données concernant les enjeux locaux et les caractéristiques qui fragilisent les communautés (78, 82).

Il apparaît surprenant que d'autres facteurs en lien avec l'environnement physique ne soient pas présents dans les recensions repérées (ex., la présence d'espaces verts, la densité de population, les conditions de logements). Il est probable que ces derniers soient davantage étudiés en lien avec les taux d'infection (109, 110), ou ne soient pas spécifiques à la santé mentale (111, 112). Aussi, l'environnement bâti est cité comme facteur pouvant mitiger les impacts de la pandémie de COVID-19 ou des mesures sanitaires (113), mais c'est plutôt via son lien à l'activité physique qu'on semble y référer, sachant que l'activité physique est un facteur de protection de la santé mentale. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, il apparaît important d'intégrer les effets sur la santé mentale dans les études sur l'influence de l'environnement physique.

Parmi les interventions recensées, celle de Mayen Huerta soulève une piste déjà identifiée (113), quant à l'usage des espaces verts, mais aussi la quantité et la satisfaction à l'égard de ces derniers dans les quartiers (verdures visibles à partir de la maison (87)), qui favoriseraient le bien-être (114–117). Différentes recommandations ont par ailleurs été émises en lien avec l'environnement physique et sont du ressort des municipalités, par exemple de valoriser les initiatives de rues piétonnes ou de rues partagées qui pourraient être des espaces verdus, favorables au bien-être et au déplacement actif (118). L'étude de Mayen Huerta permet aussi de souligner l'importance de l'accès aux espaces verts, particulièrement pour des populations moins bien desservies (113, 119, 120).

D'autres éléments, issus des études repérées mais aussi de la littérature sur les environnements favorables à la santé (61), permettent de souligner l'importance d'avoir une préoccupation pour un environnement physique qui puisse être bénéfique au bien-être. Par exemple, on avance l'importance de proposer des interventions dans des lieux qui sont sécurisants (79), l'importance de la présence physique d'instances de santé dans les espaces publics (81) ou encore l'aménagement de places mémorielles ou éphémères pour la réappropriation d'espaces publics affectés par un événement (121). Ces exemples d'interventions sont des actions qui impliquent ou qui peuvent être pilotées par les municipalités. Par ailleurs, l'environnement physique est un domaine pour lequel les municipalités jouent un rôle prédominant.

Pistes d'action :

- Avoir une préoccupation pour un environnement physique sécurisant et invitant, qui tienne compte des facteurs de protection de la santé mentale et du bien-être;
- Offrir des espaces verts accessibles à toutes et à tous.

4.4 Prendre en compte les inégalités sociales de santé mentale

En plus des impacts sur la santé mentale de la pandémie de COVID-19 pour les populations, cette crise a particulièrement souligné les inégalités en lien avec la santé mentale qui frappent des groupes de population. C'est ce qui amène d'ailleurs plusieurs auteurs à qualifier la pandémie de syndémie, c'est-à-dire de phénomène où l'interaction de conditions sociales,

environnementales et économiques avec la maladie produisent des inégalités pour certains groupes (27, 122–124). Les facteurs associés à la santé mentale en temps d'événements extrêmes mettent en exergue quelles peuvent être précisément les caractéristiques qui fragilisent différents groupes. Les recensions incluses relèvent notamment que les femmes, les jeunes adultes, les personnes non blanches, les personnes s'identifiant à des groupes LGBTQIA+ et les personnes présentant des conditions physiques et mentales préexistantes à la crise étaient plus à risque de présenter des symptômes de troubles mentaux courants et une détérioration de leur état de santé mentale lors d'événements extrêmes. Ceci est vrai aussi pour les personnes ayant un faible revenu familial, travailleurs migrants, ceux qui vivent des impacts financiers lors de la crise (ex., perte d'emploi, précarité d'emploi), ou avec un plus faible niveau de scolarité. Notons ici que l'intersection de ces facteurs représente un risque accru et aussi que plusieurs d'entre eux peuvent s'expliquer par une précarisation de la situation financière (ex., ce sont les jeunes adultes qui vivent davantage de précarité d'emploi) (65). Or, les interventions recensées ne ciblent pas particulièrement ces facteurs.

Les caractéristiques socioéconomiques ressortent comme facteurs de risque de la santé mentale dans un contexte d'événements extrêmes et ce résultat constitue un consensus à travers les recensions incluses. Notons par ailleurs que certaines interventions, organisationnelles et directes, s'adressent parfois à des communautés de quartiers ou de régions avec une plus forte défavorisation, ce qui peut représenter une façon de cibler des groupes fragilisés par un événement extrême (81, 84, 85). Toutefois, les interventions de cette synthèse n'agissent pas directement sur les conditions économiques. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, une étude québécoise montre que les jeunes adultes ont été parmi les groupes les plus fortement touchés par les pertes d'emploi (125). On sait par ailleurs que les interventions sur l'emploi contribuent à promouvoir la santé mentale chez cette population (126). Investir dans le développement économique local (60) ou des programmes d'aide à l'emploi (127) pourrait ainsi être intégré aux stratégies qui visent l'amélioration du bien-être des jeunes adultes. Les municipalités peuvent également participer à la stabilité économique des personnes et des familles en permettant l'accès au logement (ex., 30 % du revenu dédié au logement, prévention des évictions) (128).

L'importance de recueillir des données est primordiale afin de connaître les caractéristiques qui fragilisent les groupes de populations et les inégalités sociales de santé mentale particulièrement affectés. Il est tout aussi important de connaître les caractéristiques qui représentent des atouts permettant de faire face à l'adversité (78, 82). Ce sont ces données qui permettront également de bien cibler les groupes et d'établir les interventions les plus appropriées et arrimées aux besoins et aux forces, ou de leur en faciliter l'accès.

Pistes d'action :

- Recueillir des données sur l'état de santé mentale des populations qui ne se limitent pas aux indicateurs de troubles mentaux qui fragilisent, mais qui incluent des indicateurs de santé mentale positive, les atouts permettant de faire face à l'adversité;
- Se baser sur les données recueillies et la connaissance de l'état de santé mentale des populations et de ses facteurs afin d'identifier les interventions les mieux arrimées aux besoins et aux forces des communautés.

4.5 Limites

La présente synthèse des connaissances met en lumière les facteurs associés à la santé mentale en contexte d'événements extrêmes, pour ensuite tenter d'y lier une série d'actions à l'échelle des municipalités et des communautés, qui pourraient permettre de mitiger les impacts sur la santé mentale. Les interventions organisationnelles et les interventions directes à la population ou dans l'environnement physique touchent à certaines catégories de facteurs, alors que d'autres catégories pourraient l'être davantage. Ce travail met en lumière les défis que la recherche interventionnelle et les interventions elles-mêmes ont à relever. La synthèse présente aussi plusieurs limites, liées aux études incluses et à la démarche de synthèse elle-même.

Limites des études recensées

- La littérature sur les facteurs associés à la santé mentale en contexte d'événements extrêmes est hétérogène (définitions et indicateurs de l'état de santé mentale et de ses facteurs);
- Les mesures de ces indicateurs sont souvent peu ou pas définies;
- Les études sur des actions pour mitiger les impacts d'événements extrêmes sur la santé mentale comportent peu d'évaluation sur la santé mentale ou le bien-être;
- Les études sur les interventions présentent une grande hétérogénéité (qualité, devis).

Limites de la synthèse des connaissances

- La présente synthèse des connaissances se concentre uniquement sur la littérature scientifique. Or, la littérature grise offre maints exemples d'interventions à l'échelle communautaire ou municipale. La synthèse ne peut prétendre avoir capté ces initiatives;
- Peu d'interventions implantées dans le contexte de la pandémie de COVID-19 ont été recensées. Puisque cet événement est récent et actuel, les interventions dans ce contexte n'ont possiblement pas encore fait l'objet d'articles scientifiques publiés. Ce qui amène une difficulté à capter l'ensemble des initiatives, encore en essor ou très récemment publiées;
- Peu de facteurs associés à l'environnement physique sont ressortis des recensions incluses (ex., conditions de logement).

5 CONCLUSION

La présente synthèse des connaissances scientifiques a été menée dans le but de soutenir le rétablissement psychosocial post-pandémie et la préparation à d'éventuels événements extrêmes à l'échelle municipale. Plus précisément, elle avait comme objectif de repérer les facteurs qui influencent la santé mentale en contexte de pandémie ou d'événements extrêmes et qui sont à la portée des actions municipales ou communautaires. Elle avait également comme objectif de recenser les actions à l'échelle des municipalités ou des communautés qui influencent ces facteurs et permettent de promouvoir la santé mentale à la suite d'un événement extrême.

Sur la base des études recensées, il est possible de conclure que les données issues des recensions des facteurs sont fiables. Même si les recensions comportent des limites, elles convergent fortement et plusieurs d'entre elles sont de bonne qualité. Il n'est cependant pas possible de s'avancer sur l'efficacité des interventions pour améliorer directement la santé mentale ou le rétablissement psychosocial. Toutefois, les études qui présentent des actions organisationnelles permettent de dégager des aspects organisationnels communs qui pourraient permettre d'intégrer la santé mentale de façon explicite dans les réponses et la planification des réponses aux événements extrêmes. Les autres interventions quant à elles, sans démontrer une preuve solide de leurs effets sur la santé mentale parce que les études comportent des limites importantes, présentent des exemples d'interventions de rétablissement réalisées en communauté qui peuvent être inspirantes.

De fait, cette synthèse des connaissances basée sur la littérature scientifique permet à la fois d'inspirer des pistes d'action en lien avec des conditions qui rendent des groupes de population plus à risque de vivre des conséquences de la pandémie sur leur état de santé mentale, ainsi que des pratiques organisationnelles et des interventions directes qui peuvent être porteuses de rétablissement. À la lumière des données et de leurs croisements, il semble que l'environnement social soit un champ privilégié d'action, lorsqu'il favorise des relations sociales positives, la participation et le soutien social. Les municipalités sont toutes désignées pour soutenir des domaines d'action bénéfique au soutien social comme les programmes sportifs et de loisirs (par ailleurs au sein desquels les jeunes adultes peuvent être particulièrement ciblés), ainsi que culturels et artistiques. Des démarches intersectorielles qui impliquent des acteurs locaux dans une dynamique égalitaire entre les collaborateurs semblent aussi nécessaires au rétablissement et à la préparation à d'éventuels événements extrêmes.

La proximité des municipalités avec les communautés et leur rôle pivot au cœur de l'action locale les positionnent particulièrement bien pour favoriser des actions intersectorielles. Elles peuvent assurer un rôle de leadership ou de coordination des différentes interventions déployées, s'assurer de leur cohérence et de la vision commune entre les collaborateurs. Quoique la présente synthèse des connaissances ne permette pas d'aborder avec détail des

aspects de l'environnement physique, il reste que son aménagement est un autre champ d'action privilégié des municipalités et que son développement dans une perspective de promotion de la santé mentale doit être poursuivi.

Enfin, une approche axée sur l'équité peut guider les municipalités dans le déploiement de programmes pour encourager le rétablissement. Elles ont l'avantage d'avoir à leur portée la connaissance de leur population, ses besoins spécifiques et les caractéristiques particulières qui peuvent mettre à risque ou protéger certains groupes. Elles sont bien positionnées aussi pour une action sur les déterminants sociaux de la santé mentale, lesquels offrent le potentiel de favoriser l'accroissement de la santé mentale tout en contribuant à la réduction des troubles mentaux et de la mauvaise santé mentale.

BIBLIOGRAPHIE

1. IASC MHPSS Reference Group. Prise en compte des aspects psychosociaux et de santé. Note d'information provisoire [Internet]. Genève: Inter-Agency Standing Committee; 2020. <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing>
2. United Nations. Policy Brief: COVID-19 and the need for action on mental health [Internet]. United Nations; 2020 p. 17. <https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-covid-19-and-need-action-mental-health>
3. United Nations General Assembly. Rapport du groupe de travail intergouvernemental d'experts à composition non limitée chargé des indicateurs et de la terminologie relatifs à la réduction des risques de catastrophe [Internet]. United Nations Office for Disaster Risk Reduction; 2016 [cité 22 mars 2022] p. 26. https://www.preventionweb.net/files/50683_oiewgreportfrench.pdf
4. Organisation mondiale de la santé. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2013. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/89969>
5. Organisation mondiale de la santé. La santé mentale : renforcer notre action. Aide-mémoire [Internet]. Genève : Centre des médias de l'OMS; 2018. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
6. Julien D., Bordeleau M. La santé mentale positive : étude du concept et de sa mesure [Internet]. Québec : Institut de la statistique du Québec; 2021. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/sante-mentale-positive-concept-et-mesure>
7. Keyes C. L. M., Annas J. Feeling good and functioning well: distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *J Posit Psychol.* 2009;4(3):197-201.
8. Keyes C. L. M., Simoes E. J. To Flourish or Not: Positive Mental Health and All-Cause Mortality. *Am J Public Health.* 2012;102(11):2164-72.
9. Gilmour H. Santé mentale positive et maladie mentale. *Rapports sur la santé.* 2014;25(9):3-10.
10. Patel V., Saxena S., Lund C., Thornicroft G., Baingana F., Bolton P., et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet.* 2018;392(10157):1553-98.
11. Sécurité publique Canada. Guide pour la planification de la gestion des urgences 2010-2011 [Internet]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2010 [cité 14 avr. 2022]. <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrcs/pblctns/mrgnc-mngmnt-pnnng/index-fr.aspx>
12. Sécurité publique Canada. Stratégie de sécurité civile pour le Canada : Vers un 2030 marqué par la résilience [Internet]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2019 [cité 14 avr. 2022]. <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrcs/pblctns/mrgncy-mngmnt-strtyg/index-fr.aspx>
13. World Health Organization. Health Emergency and Disaster Risk Management Framework [Internet]. World Health Organization; 2019. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516181>

14. Aknin L. B., De Neve J. E., Dunn E. W., Fancourt D. E., Goldberg E., Helliwell J.F., et al. Mental Health During the First Year of the COVID-19 Pandemic: A Review and Recommendations for Moving Forward. *Perspect Psychol Sci.* 19 janv. 2022.;17(4):915-936.
15. Arora T., Grey I., Östlundh L., Lam K. B. H., Omar O. M., Arnone D. The prevalence of psychological consequences of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Health Psychol.* 29 oct. 2020;24(7):805-24.
16. Brooks S. K., Webster R. K., Smith L. E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N., et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020;395(10227):912-20.
17. Robinson E., Sutin A. R., 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.
18. Santomauro D. F., Mantilla Herrera A. M., Shadid J., Zheng P., Ashbaugh C., Pigott D. M., et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet.* 2021;398(10312):1700-12.
19. Statistique Canada. Tableau 13-10-0806-01 Santé des Canadiens et COVID-19, selon l'âge et le genre de la personne [Internet]. 2021. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310080601&pickMembers%5B0%5D=1.7&pickMembers%5B1%5D=3.3&pickMembers%5B2%5D=4.1>
20. Capaldi C. A, 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.
21. Shields M., Tonmyr L., Gonzalez A., Weeks M., Park S. B., Robert A. M., et al. Symptômes du trouble dépressif majeur pendant la pandémie de COVID-19 : résultats obtenus à partir d'un échantillon représentatif de la population canadienne. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2021;41(11):374-93.
22. Holmes E. A., O'Connor R. C., Perry V. H., Tracey I., Wessely S., Arseneault L., et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(6):547-60.
23. World Health Organization. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Scientific brief [Internet]. 2022. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
24. Ndumbe-Eyoh S., Muzumdar P., Betker C., Oickle D. « Back to better »: amplifying health equity, and determinants of health perspectives during the COVID-19 pandemic. *Glob Health Promot.* 2021;28(2):7-16.
25. Adams-Prassl A., Boneva T., Golin M., Rauh C. Inequality in the impact of the coronavirus shock: Evidence from real time surveys. *J Public Econ.* 2020;189:104245.
26. Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, février à mai 2021. *Le Quotidien.* 2021;(11):4.

27. Jenkins E. K., McAuliffe C., Hirani S., Richardson C., Thomson K.C., 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. *Prev Med.* 2021;145:106333.
28. McCartan C., Adell T., Cameron J., Davidson G., Knifton L., McDaid S, et al. A scoping review of international policy responses to mental health recovery during the COVID-19 pandemic. *Health Res Policy Syst.* 2021;19(1):1-7.
29. Shah G. H., Shankar P., Schwind J. S., Sittaramane V. The Detrimental Impact of the COVID-19 Crisis on Health Equity and Social Determinants of Health: *J Public Health Manag Pract.* 2020;26(4):317-9.
30. Patel J. A., Nielsen F. B. H., Badiani A. A., Assi S., Unadkat V. A, Patel B., et al. Poverty, inequality and COVID-19: the forgotten vulnerable. *Public Health.* 2020;183:110-1.
31. da Silva A.G., Miranda D. M., Diaz A. P., Teles A. L. S., Malloy-Diniz L. F., Palha A. P. Mental health: why it still matters in the midst of a pandemic. *Braz J Psychiatry.* 2020;42(3):229-31.
32. Kathirvel N. Post COVID-19 pandemic mental health challenges. *Asian J. Psychiatry.* 2020;53:102430.
33. Galea S., Merchant R. M., Lurie N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. *JAMA Intern Med.* 2020;180(6):817.
34. Jock B. W., Clavier C., de Leeuw E., Frohlich K. L. Il faut démanteler le statu quo et promouvoir des politiques pour la santé, le bien-être et l'équité : un prélude à l'« IUHPE2022 ». *Glob Health Promot.* 2021;29(1):139-144.
35. Jané-Llopis E., Barry M., Hosman C., Patel V. Mental health promotion works: a review. *Promot Educ.* 1^{er} juin 2005;12(suppl 2):9-25.
36. World Health Organisation. Social determinants of mental health [Internet]. 2014 [cité 8 févr. 2019]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506809>
37. 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 [Internet]. Montréal : Institut national de santé publique du Québec; 2020 p. 21 pages. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3016-resilience-cohesion-sociale-sante-mentale-covid19>
38. Roberge M. C., Audy É., Institut national de santé publique du Québec. Direction du développement des individus et des communautés. Consultations concernant les effets de la pandémie sur la santé mentale : propositions de santé publique: mémoire déposé au Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [Internet]. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec; 2021. iii, 24 p. p. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INSPQ/9782550885047.pdf>
39. Lapointe G., Tremblay É. Guide pour soutenir la réalisation d'évaluations d'impact sur la santé en milieu municipal [Internet]. Institut national de santé publique du Québec; 2022. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2846-guide-evaluation-impact-sante-municipal.pdf>

40. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Politique gouvernementale de prévention en santé : un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population. [Internet]. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec; 2016 [cité 13 avr. 2022]. <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/politique-prevention-sante/>
41. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2015-2025 : pour améliorer la santé de la population du Québec [Internet]. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux Direction des communications; 2015. 85 p. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
42. Démarche Prendre soin de notre monde. À propos de la démarche [Internet]. Prendre soin de notre monde. 2022 [cité 13 avr. 2022]. <https://prendresoindenotremonde.com/a-propos/>
43. Green G., Jackisch J., Zamaro G. Healthy cities as catalysts for caring and supportive environments. *Health Promot Int.* 2015;30(suppl 1):i99-107.
44. Local Government Association. Being mindful of mental health The role of local government in mental health and wellbeing [Internet]. Royaume-Uni: Local Government Association; 2017 [cité 30 janv. 2019]. https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/22.6_Being%20mindful%20of%20mental%20health_08_revised_web.pdf
45. New Economics Foundation, National Mental Health Development Unit. The role of local government in promoting wellbeing Healthy Communities Programme [Internet]. Londres, Royaume-Uni: Local Government Improvement and Development; 2010 [cité 29 janv. 2019]. <https://neweconomics.org/2010/11/role-local-government-promoting-wellbeing>
46. OMS-Bureau régional de l'Europ. Consensus de Copenhague entre les maires - plus de bonheur dans les villes, pour toutes et tous [Internet]. Copenhague : OMS- Bureau régional de l'Europe; 2018 [cité 22 mars 2022]. <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network/policy/copenhagen-consensus-of-mayors.-healthier-and-happier-cities-for-all-2018>
47. Tsouros A. City Leadership for Health and Well-being: Back to the Future. *J Urban Health.* 2013;90(suppl 1):4-13.
48. Mulligan K. Renforcer les liens communautaires : l'avenir de la santé publique se joue à l'échelle des quartiers [Internet]. Toronto: Université de Toronto, Dalla Lana School of Public Health; 2022 [cité 1^{er} avr. 2022] p. 35. https://nccph.ca/images/uploads/general/OCPHO_Report_Kate_Mulligan_Strengthening_Community_Connections_FR.pdf
49. Framarin A., Déry V. Les revues narratives: fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels [Internet]. Montréal : Institut national de santé publique du Québec; 2021. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2780>
50. Morgan R. L., Whaley P., Thayer K. A., Schünemann H. J. Identifying the PECO: A framework for formulating good questions to explore the association of environmental and other exposures with health outcomes. *Environ Int.* Déc. 2018;121(1):1027-31.

51. Thomas J., Kneale D., McKenzie J. E., Brennan S. E., Bhaumik S. Chapter 2: Determining the scope of the review and the questions it will address. Dans : *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 63 (updated February 2022) [Internet]. Cochrane. 2022. <https://training.cochrane.org/handbook>
52. Shea B. J., Grimshaw J. M., Wells G. A., 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*. Déc. 2007;7(1):10.
53. Shea B. J., Bouter L. M., Peterson J., Boers M., Andersson N., Ortiz Z., et al. External Validation of a Measurement Tool to Assess Systematic Reviews (AMSTAR). Gagnier J., éditeur. *PLoS ONE*. 2007;2(12):e1350.
54. Burda B. U., Holmer H. K., Norris S. L. Limitations of A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews (AMSTAR) and suggestions for improvement. *Syst Rev*. 2016;5(1):58.
55. Sharif M. O., Janjua-Sharif F. N., Sharif F. N. J., Ali H., Ahmed F. Systematic reviews explained: AMSTAR-how to tell the good from the bad and the ugly. *Oral Health Dent Manag*. 2013;12(1):9-16.
56. Hong Q. N., Pluye P., Fagregues S., Bartlett G., Broardman F., Cargo M., et al. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for Information*. 2018;34(4):285-91.
57. Pace R., Pluye P., Bartlett G., Macaulay A. C., Salsberg J., Jagosh J., et al. Testing the reliability and efficiency of the pilot Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) for systematic mixed studies review. *Int J Nurs Stud*. Jan. 2012;49(1):47-53.
58. Orpana H., Vachon J., Dykxhoorn J., McRae L., Jayaraman G. Surveillance de la santé mentale positive et de ses facteurs déterminants au Canada : élaboration d'un cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2016;36(1):1-11.
59. Couture-Ménard M. E., Collin J. R. Les compétences et les pouvoirs des municipalités pour créer des environnements favorables à la saine alimentation et au mode de vie physiquement actif : Comité scientifique sur la prévention de l'obésité - fiche thématique [Internet]. Montréal : Institut national de santé publique du Québec; 2019 [cité 25 avr. 2022]. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2528>
60. Gouvernement du Québec, ministère des Affaires municipales et des Régions. Loi sur les compétences municipales, chapitre C-47.1 [Internet]. 2021. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/tdm/lc/C-47.1>
61. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec en forme (Organisme). Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids [Internet]. Rédigé en collaboration avec Québec en Forme et l'Institut national de santé publique du Québec. Québec : Gouvernement du Québec; 2012. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-289-03.pdf>
62. Ahmad M., Vismara L. The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic on Women's Mental Health during Pregnancy: A Rapid Evidence Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13):7112.
63. Chaabane S., Doraiswamy S., Chaabna K., Mamtani R., Cheema S. The Impact of COVID-19 School Closure on Child and Adolescent Health: A Rapid Systematic Review. *Children*. 2021;8(5):415.

64. Cielo F., Ulberg R., Di Giacomo D. Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Mental Health Outcomes among Youth: A Rapid Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(11) :6067.
65. Gibson B., Schneider J., Talamonti D., Forshaw M. The impact of inequality on mental health outcomes during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Can Psychol*. 2021;62(1):101-26.
66. Iyengar U., Jaiprakash B., Haituka H., Kim S. One Year Into the Pandemic: A Systematic Review of Perinatal Mental Health Outcomes During COVID-19. *Front Psychiatry*. 2021;12:674194.
67. Marques de Miranda D., da Silva Athanasio B., Sena Oliveira A. C., Simoes-E-Silva A. C. How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? *Int J Disaster Risk Reduct*. 2020;51:101845.
68. Panchal U., Salazar de Pablo G., Franco M., Moreno C., Parellada M., Arango C., et al. The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;1-27
69. Rodríguez-Fernández P., González-Santos J., Santamaría-Peláez M., Soto-Cámara R., Sánchez-González E., González-Bernal J. J. Psychological Effects of Home Confinement and Social Distancing Derived from COVID-19 in the General Population-A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(12):6528.
70. Chau S. W. H., Wong O. W. H., Ramakrishnan R., Chan S. S. M., Wong E. K. Y., Li P. Y. T., et al. History for some or lesson for all? A systematic review and meta-analysis on the immediate and long-term mental health impact of the 2002-2003 Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) outbreak. *BMC public health*. 2021;21(1):670.
71. Fong V.C., Iarocci G., C. Fong V. Child and Family Outcomes Following Pandemics: A Systematic Review and Recommendations on COVID-19 Policies. *J Pediatr Psychol*. 11 Nov. 2020;45(10):1124-43.
72. Luo Y., Chua C. R., Xiong Z., Ho R. C., Ho C. S. H. A Systematic Review of the Impact of Viral Respiratory Epidemics on Mental Health: An Implication on the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Front Psychiatry*. 2020;11:565098.
73. Muehlschlegel P. A., Parkinson E. A., Chan R. Y., Arden M. A., Armitage C. J. Learning from previous lockdown measures and minimising harmful biopsychosocial consequences as they end: A systematic review. *J Glob Health*. 2021;11:05008.
74. Ando S., Kuwabara H., Araki T., Kanehara A., Tanaka S., Morishima R., et al. Mental health problems in a community after the Great East Japan Earthquake in 2011: A systematic review. *Harv Rev Psychiatry*. 2017;25(1):15-28.
75. Mao W., Agyapong V. I. O. The Role of Social Determinants in Mental Health and Resilience After Disasters: Implications for Public Health Policy and Practice. *Front Public Health*. 2021;9:658528.
76. O'Donohue K., Berger E., McLean L., Carroll M. Psychological outcomes for young adults after disastrous events: A mixed-methods scoping review. *Soc Sci Med*. 2021;276:113851.
77. Bosman F., Bakker H., Fullilove M. T. Mental health center in post-disaster recovery: Ten-year retrospective of Mediants's work in Enschede, Netherlands. *Int J Ment Health*. 2013;42(2-3):130-48.

78. Généreux M., Petit G., Roy M., Maltais D., O'Sullivan T. The « Lac-Mégantic tragedy » seen through the lens of the EnRiCH community resilience framework for high-risk populations. *Can J Public Health*. 2018;109(2):261-7.
79. Lalani N., Drolet J. Impacts of the 2013 floods on families' mental health in Alberta: Perspectives of community influencers and service providers in rural communities. *Best Pract Ment Health*. 2019;15(2):74-92.
80. McCabe O. L., Semon N. L., Thompson C. B., Lating J. M., Everly G. S., Perry C. J., et al. Building a national model of public mental health preparedness and community resilience: validation of a dual-intervention, systems-based approach. *Disaster Med Public Health Prep*. 2014;8(6):511-26.
81. Scigliano M., Roncaglione V., Madrid P. A. Developing a Comprehensive Trauma- and Resiliency-Focused Program After Superstorm Sandy in New York City. *Disaster Med Public Health Prep*. 2019;13(3):613-7.
82. Slep C. C., Sisco S., Jean M. C., Ahmed M. S., Kanarek N. F., Erös-Sarnyai M., et al. Applying an Innovative Model of Disaster Resilience at the Neighborhood Level: The COPEWELL New York City Experience. *Public Health Rep*. 2020;135(5):565-70.
83. Springgate B., Wennerstrom A., Carriere C. Capacity Building for Post-Disaster Mental Health Since Katrina: The Role of Community Health Workers. *Rev Black Polit Econ*. 2011;38(4):363-8.
84. Wells K. B., Springgate B. F., Lizaola E., Jones F., Plough A. Community engagement in disaster preparedness and recovery: A tale of two cities-Los Angeles and New Orleans. *Psychiatr Clin North Am*. 2013;36(3):451-66.
85. Espinoza A. E., Osorio-Parraguez P., Reyes P. Interdisciplinary-action-research: Post-earthquake interventions with older people in Chile. *Action Res*. 2016;14(3):276-94.
86. Jose R., Holman E. A., Silver R. C. Community organizations and mental health after the 2013 Boston Marathon bombings. *Soc Sci Med*. 2019;222:367-76.
87. Mayen Huerta C., Cafagna G. Snapshot of the Use of Urban Green Spaces in Mexico City during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(8) :4304.
88. Ren Y., Tang R., Sun H., Li X. Intervention Effect of Group Reminiscence Therapy in Combination with Physical Exercise in Improving Spiritual Well-Being of the Elderly. *Iran J Public Health*. 2021;50(3):531-9.
89. Sim T., Lau J., Cui K., Wei H. H. Post-disaster Psychosocial Capacity Building for Women in a Chinese Rural Village. *Int J Disaster Risk Sci*. 2019;10(2):193-203.
90. Brinkerhoff R. O. The success case method: A strategic evaluation approach to increasing the value and effect of training. *Adv Dev Hum Resour*. 2005;7(1):86-101.
91. Généreux M., Schluter P. J., Takahashi S., Usami S., Mashino S., Kayano R., et al. Psychosocial Management Before, During, and After Emergencies and Disasters-Results from the Kobe Expert Meeting. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(8):1309.
92. van Kessel G., MacDougall C., Gibbs L. Resilience—Rhetoric to Reality: A Systematic Review of Intervention Studies After Disasters. *Disaster Med Public Health Prep*. Oct. 2014;8(5):452-60.

93. Elcheroth G., Drury J. Collective resilience in times of crisis: Lessons from the literature for socially effective responses to the pandemic. *Br J Soc Psychol.* 2020 ;(59)703-713
94. Union internationale de Promotion de Santé et d'Éducation pour la Santé. Mesures essentielles pour la promotion de la santé mentale [Internet]. Paris : UIPES; 2021. https://www.iuhpe.org/images/IUHPE/Advocacy/FR---IUHPE_Mental-Health_PositionStatement_Final.pdf
95. World Health Organization. *Comprehensive mental health action plan 2013–2030* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cité 6 avr. 2022]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345301>
96. Kola L., Kumar M., Kohrt B. A., Fatodun T., Olayemi B. A., Adefolarin AO. Strengthening public mental health during and after the acute phase of the COVID-19 pandemic. *Lancet.* 2022;399:1851-2.
97. Généreux M., Roy M., Paré C., Lévesque J. Renforcer les capacités d'adaptation des individus et des communautés en contexte de pandémie: le rôle clé du sentiment de cohérence [Internet]. Montréal : UIPES- REFIPS; 2020. <https://refips.org/nouvelles/publication-uipes-refips-sur-le-role-du-sentiment-de-coherence-en-contexte-de-pandemie/>
98. Gottlieb B. H., Bergen A. E. Social support concepts and measures. *J Psychosom Res.* 2010;69(5):511-20.
99. Taylor S. E. Social support: A review. Dans: *The Oxford handbook of health psychology*. New York, NY: Oxford University Press; 2011. p. 189-214. (Oxford library of psychology).
100. Pérez E., Braën C., Boyer G., Mercille G., Rehany É., Deslauriers V., et al. Neighbourhood community life and health: A systematic review of reviews. *Health Place.* 2020;61:102238.
101. Egan M, Tannahill C., Petticrew M., Thomas S. Psychosocial risk factors in home and community settings and their associations with population health and health inequalities: A systematic meta-review. *BMC Public Health.* 2008;8:239.
102. Bernard P., Charafeddine R., Frohlich K. L., Daniel M., Kestens Y., Potvin L. Health inequalities and place: A theoretical conception of neighbourhood. *Soc Sci Med.* 2007;65(9):1839-52.
103. First J. M., Houston J. B. The mental health impacts of successive disasters: examining the roles of individual and community resilience following a tornado and CoViD-19. *Clin Soc Work J.* 2022;50(2):124-34.
104. Guglielmin M., Muntaner C., O'Campo P., Shankardass K. A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health Policy.* 2018;122(3):284-92.
105. Popay J., Whitehead M., Ponsford R., Egan M., Mead R. Power, control, communities and health inequalities I: theories, concepts and analytical frameworks. *Health Promot Int.* 2021;36(5):1253-63.
106. Bilodeau A., Galarneau M., Lefebvre C., Potvin L. Linking process and effects of intersectoral action on local neighbourhoods: systemic modelling based on Actor-Network Theory. *Sociol Health Illn.* 2019;41(1):165-79.
107. Datta J., Petticrew M. Challenges to evaluating complex interventions: a content analysis of published papers. *BMC Public Health.* 2013;13(1):568.

108. CACIS. Outil d'appréciation des effets de l'action intersectorielle locale [Internet]. Prendre soin de notre monde. 2022 [cité 29 avr. 2022]. <https://chairecacis-outilinteractif.org/>
109. Huang J., Kwan M. P., Kan Z., Wong M., Kwok C., Yu X. Investigating the Relationship between the Built Environment and Relative Risk of COVID-19 in Hong Kong. *ISPRS Int J Geoinf.* 25 Oct. 2020;9(11):624.
110. Megahed N. A., Ghoneim E. M. Antivirus-built environment: Lessons learned from Covid-19 pandemic. *Sustain Cities Soc.* Oct. 2020;61:102350.
111. Rojas-Rueda D., Morales-Zamora E. Built environment, transport, and COVID-19: a review. *Curr Environ Health Rep.* 2021;8(2):138-45.
112. Grima N., Corcoran W., Hill-James C., Langton B., Sommer H., Fisher B. The importance of urban natural areas and urban ecosystem services during the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE.* 17 Déc. 2020;15(12):e0243344.
113. Burigusa G., Gauthier A., Maheu C., Pigeon É., Robitaille É. Mesures pour soutenir la pratique d'activités physiques en contexte de pandémie COVID-19 [Internet]. Montréal : Institut national de santé publique du Québec; 2020. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3070-pratique-activite-physique-covid19>
114. Aerts R., Honnay O., Van Nieuwenhuysse A. Biodiversity and human health: mechanisms and evidence of the positive health effects of diversity in nature and green spaces. *Br Med Bull.* 2018;127(1):5-22.
115. Gascon M., Triguero-Mas M., Martínez D., Dadvand P., Fornes J., Plasència A., et al. Mental Health Benefits of Long-Term Exposure to Residential Green and Blue Spaces: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 22 avr. 2015;12(4):4354-79.
116. Houlden V., Weich S., Porto de Albuquerque J., Jarvis S., Rees K. The relationship between greenspace and the mental wellbeing of adults: A systematic review. *Schooling CM, éditeur. PLoS ONE.* 2018;13(9):e0203000.
117. Van den Berg M., Wendel-Vos W., van Poppel M., Kemper H., van Mechelen W., Maas J. Health benefits of green spaces in the living environment: A systematic review of epidemiological studies. *Urban For Urban Green.* 2015;14(4):806-16.
118. Slater S. J. Recommendations for Keeping Parks and Green Space Accessible for Mental and Physical Health During COVID-19 and Other Pandemics. *Prev Chronic Dis.* 2020;17:200204.
119. Ngom R., Gosselin P., Blais C. Reduction of disparities in access to green spaces: Their geographic insertion and recreational functions matter. *Appl Geogr.* 2016;66:35-51.
120. Ruijsbroek A., Droomers M., Kruize H., van Kempen E., Gidlow C., Hurst G., et al. Does the Health Impact of Exposure to Neighbourhood Green Space Differ between Population Groups? An Explorative Study in Four European Cities. *Int J Environ Res Public Health.* 2017;14(6):618.
121. Généreux M., Roy M., O'Sullivan T., Maltais D. A Salutogenic Approach to Disaster Recovery: The Case of the Lac-Mégantic Rail Disaster. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(5):1463.
122. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet.* 2020;396(10255):874.

123. Islam N., Lacey B., Shabnam S., Erzurumluoglu A. M., 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.
124. Shim R. S., Starks S. M. COVID-19, Structural Racism, and Mental Health Inequities: Policy Implications for an Emerging Syndemic. *Psychiatr Serv*. 2021;72(10):1193-8.
125. Longo M. E., Bourdon S., Fleury C., St-Denis X., Gallant N., Lechaume A., et al. Du premier confinement au rebond partiel : l'impact de la première vague de la pandémie de la COVID-19 sur l'emploi des jeunes de 15 à 34 ans au Québec [Internet]. Québec : Institut national de recherche scientifique; 2021. http://chairejeunesse.ca/sites/default/files/2021-05/Rapport-CRJ_Emploi-Jeunes-et-Covid_V3F-2021.pdf
126. Roberge M. C., Déplanche F. Synthèse des connaissances sur les champs d'action pertinents en promotion de la santé mentale chez les jeunes adultes [Internet]. Montréal : Institut national de santé publique du Québec; 2017 [cité 15 juill. 2020]. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2283>
127. McGrath M., Duncan F., Dotsikas K., Baskin C., Crosby L., Gnani S., et al. Effectiveness of community interventions for protecting and promoting the mental health of working-age adults experiencing financial uncertainty: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. Juill. 2021;75(7):665-73.
128. Persaud N., Woods H., Workentin A., Adekoya I., Dunn J. R., Hwang S. W., et al. Recommendations for equitable COVID-19 pandemic recovery in Canada. *CMAJ*. 13 Dec. 2021;193(49):E1878-88.

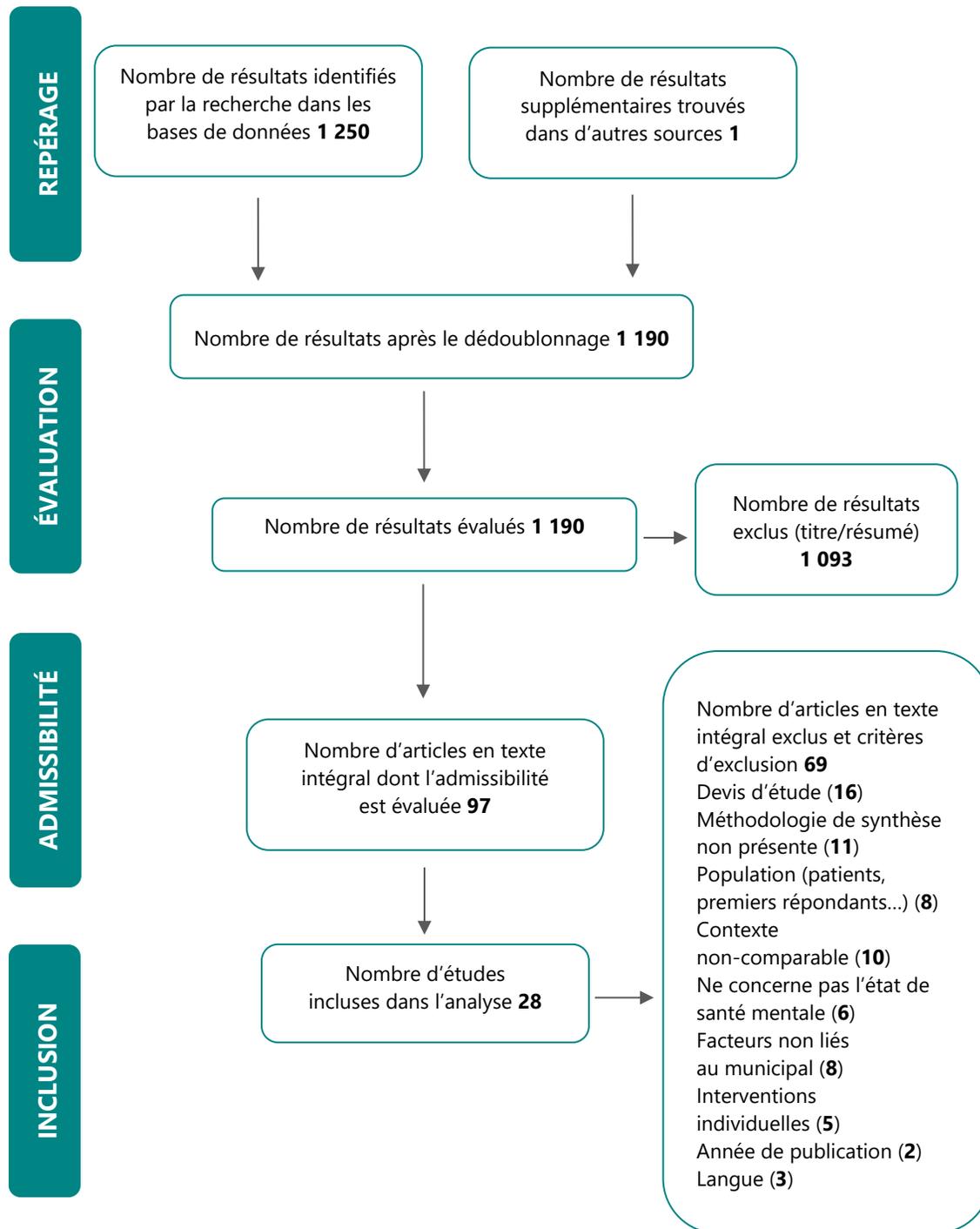
ANNEXE 1 PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES

Tableau 3 Stratégie de recherche pour Ovid

Interrogée le 24 août 2021

#	Requête
1	(((mental OR emotional OR psychological) adj3 (health OR wellbeing OR "well-being" OR wellness OR "well-ness" OR distress or stress)) OR flourish*).ti,ab. or "mental health"/
2	(((disease* or virus or viral or flu or influenza) adj2 outbreak*) or epidemic* or pandemic* or (economic adj1 (depression or recession)) or ((health or sanitar* or socio-economic* or socioeconomic* or economic*) adj1 (crisis or crises)) or ((health or sanitar*) adj3 emergenc*) or disaster or flood* or fire* or wildfire* or tornado* or storm* or hurricane* or earthquake* or "ground collapse" or landslide* or "environmental hazard").ti,ab. or epidemics/ or pandemics/ or "disease outbreaks"/ or "economic recession"/ or Disasters/
3	(Recovery OR healing OR "post-pandemic" OR "traumatic event*" or resilience or attenuat*).ti,ab. or "Resilience, Psychological"/or "mental health recovery"/
4	(((urban OR rural OR suburban OR metropolitan OR city OR cities OR "community intervention*" OR Neighbourhood OR neighborhood OR "local governance" OR "local government" or area) and (activit* OR campaign* OR "head start*" OR initiative* OR intervention* OR polic* OR practice* OR program* OR promotion* OR service* OR strateg*)) or (environment* adj1 design) OR (health* adj1 (city OR cities OR place*)) OR ("land use" adj1 (design* OR plan* OR polic*)) OR "recreational facilit*" OR "leisure zone*" OR (green adj1 (space* or structure*)) OR playground* OR play-ground* OR park OR parks OR ((built OR man-made OR manmade OR physical OR design* OR healthy OR healthier) adj1 (environment* OR surrounding* OR infrastructure* OR facilit* OR surrounding* OR form)) OR (environment* adj (attribute* OR design* OR feature*)) OR biodiversity).ti,ab. or "rural areas"/ or "suburban areas"/ or "urban areas"/ or "local government"/ or "residence charcateristics"/
5	1 and 2 and 3 and 4
6	((risk* or predictor* or factor* or cause* OR circumstance* OR context* OR environmen* or inequalit* or equit* or inequit* or socio-economic* or (unmet adj2 need*) or income or socioeconomics or geographic or exclusion or poverty or vulnerability or marginaliz* or vulnerable or (social adj2 exclusion*) or gradient or determinant or residence or location or ethnicity or (immigration adj2 status)) AND ((mental OR emotional OR psychological) adj3 (health OR wellbeing OR "well-being" OR wellness OR "well-ness" OR distress or stress))).ti. or (((risk* or predictor* or factor* or cause* OR circumstance* OR context* OR environmen*) adj3 ((mental OR emotional OR psychological) adj3 (health OR wellbeing OR "well-being" OR wellness OR "well-ness" OR distress))) OR ((inequalit* or equit* or inequit* or socio-economic* or (unmet adj2 need*) or income or socioeconomics or geographic or exclusion or poverty or vulnerability or marginaliz* or vulnerable or (social adj2 exclusion*) or gradient or determinant or residence or location or ethnicity or (immigration adj2 status)) AND ((mental OR emotional OR psychological) adj3 (health OR wellbeing OR "well-being" OR wellness OR "well-ness" OR distress))).ab.
7	(((systematic OR state-of-the-art OR scoping OR literature OR umbrella) ADJ (review* OR overview* OR assessment*)) OR "review* of reviews" OR meta-analy* OR metaanaly* OR ((systematic OR evidence) ADJ1 assess*) OR "research evidence" OR metasynthe* OR meta-synthe*).tw. OR exp Review Literature as Topic/ OR exp Review/ OR Meta-Analysis as Topic/ OR Meta-Analysis/ OR "systematic review"/
8	2 and 6 and 7
9	5 or 8

Figure 1 Diagramme de sélection des études



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

ANNEXE 2 CARACTÉRISTIQUES, QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE ET RISQUE DE BIAIS DES RECENSIONS D'ÉCRITS

Tableau 4 Caractéristiques des recensions d'écrits sur des facteurs associés à la santé mentale en contexte d'événements extrêmes (objectif 1)

Type de recension	Population	Nb études primaires	Pays (études primaires)	Devis (études primaires)	Facteurs associés à la santé mentale ou aux troubles mentaux	Qualité (AMSTAR)
Auteurs (année)						
Pandémie de COVID-19						
Ahmad & Vismara (2021) (62)						
Revue rapide	Femmes enceintes lors de la première vague de COVID-19	17	Chine Canada Turquie Argentine Iran Qatar Espagne Italie Pakistan Japon	Longitudinale (1) cas-témoin (1) transversale (13) prospective (2)	Troubles mentaux préexistants + symptômes troubles mentaux (TM) Faible revenu familial + TM Soutien social et activité physique – symptômes anxieux et dépressifs (AD)	Moyenne (7/11)
Chaabane et al. (2021) (63)						
Revue rapide	Enfants et adolescents (maternelle, primaire, collège et lycée)	10 (1 pertinente)	Italie	Non spécifié	Fermeture des écoles et mise en quarantaine + A et de solitude (issu d'une seule étude)	Moyenne (7/11)

Tableau 4 Caractéristiques des recensions d'écrits sur des facteurs associés à la santé mentale en contexte d'événements extrêmes (objectif 1) (suite)

Type de recension	Population	Nb études primaires	Pays (études primaires)	Devis (études primaires)	Facteurs associés à la santé mentale ou aux troubles mentaux	Qualité (AMSTAR)
Auteurs (année)						
Pandémie de COVID-19						
Cielo et al. (2021) (64)						
Revue narrative rapide	Jeunes adultes (âgés de 18-30 ans)	15	Italie (3) Chine (2) Malaisie (2) Bangladesh (2) Pakistan (1) France (1) Éthiopie (1) Espagne (1) Arabie Saoudite (1) Nigéria (1)	Transversales (12) longitudinales (2)	Lieu de résidence en milieu urbain (c. milieu rural) + AD (issu d'une seule étude) Consultation d'information sur la pandémie via des médias de masse ou des médias sociaux + D (issu d'une seule étude) Consultation (insuffisante ou trop importante) de l'information sur la COVID-19, précarité financière, insécurité alimentaire, avoir un proche atteint de la COVID-19 + stress (issu d'une seule étude) Soutien social et activités sociales - TM ou stress Revenu familial stable - TM (issu d'une seule étude) Activité physique – A, stress (issu d'une seule étude) et D	Faible (3/11)

Tableau 4 Caractéristiques des recensions d'écrits sur des facteurs associés à la santé mentale en contexte d'événements extrêmes (objectif 1) (suite)

Type de recension	Population	Nb études primaires	Pays (études primaires)	Devis (études primaires)	Facteurs associés à la santé mentale ou aux troubles mentaux	Qualité (AMSTAR)
Auteurs (année)						
Pandémie de COVID-19						
Gibson <i>et al.</i> (2021) (65)						
Revue narrative rapide	Groupes de populations désavantagés basés sur les facteurs d'inégalités tels que définis par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC)	117	Majorité des études Chine (47) et É.-U. (14) Divers pays	Transversales (112), études de cohorte (4) cas-témoin (1)	Femmes + TM Jeunes adultes (<35 ans), personnes sans emploi ou l'ayant perdu, personnes vivant ou travaillant dans les villes ou les zones les plus touchées par la COVID-19 + TM Faible niveau de scolarité + TM (majorité des études) Revenu familial inférieur + TM Stabilité du revenu – TM Lieu de résidence (urbain/rural) = résultats mixtes TM Problèmes de santé psychologiques ou physiques préexistants + TM Travailleurs migrants (issu d'une seule étude) et personnes ne s'identifiant pas comme Blanches (Noires, Autochtones, Asiatiques, Hispaniques, groupes ethniques minoritaires) + TM Personnes non binaires, transgenres, minorités sexuelles et HARSAH + TM	Bonne (8/11)

Tableau 4 Caractéristiques des recensions d'écrits sur des facteurs associés à la santé mentale en contexte d'événements extrêmes (objectif 1) (suite)

Type de recension	Population	Nb études primaires	Pays (études primaires)	Devis (études primaires)	Facteurs associés à la santé mentale ou aux troubles mentaux	Qualité (AMSTAR)
Auteurs (année)						
Pandémie de COVID-19						
Iyengar <i>et al.</i> (2021) (66)						
Revue systématique	Femmes enceintes et en post-partum	81	Plusieurs pays d'Europe, d'Asie, du Moyen-Orient, d'Afrique et des Amériques	Majorité transversales longitudinales (8) rétrospectives (2) quasi-expérimentale (1)	Facteurs socio-économiques (jeune âge de la mère, nombre élevé d'heures de travail, statut d'emploi à temps plein, stress élevé au travail et faible revenu/contrainte financière) + AD Niveau moins élevé de scolarité + TM (majorité des études) Niveau de scolarité élevé + A (certaines études) Faible soutien social et isolement social (quarantaine) et sentiment de solitude + TM Soutien social accru - TM Peu d'activité physique + TM	Bonne (9/11)
Marques de Miranda <i>et al.</i> (2020) (67)						
Revue narrative	Enfants (âgés de 6-15 ans) et adolescents (âgés de 12-21 ans)	51	Non spécifié	Non spécifié	Adolescents plus âgés (//enfants) + D /Résultats mixtes pour A Lieu de résidence : Régions métropolitaines – AD Résider dans une zone fortement touchée par la pandémie + A (issu d'une seule étude) Conditions de TM préexistantes + A Adolescents avec contraintes financières dans la famille + D (issu d'une seule étude) Soutien familial et actions prosociales - D (adolescents) Connaissances sur la COVID-19 ou se dire satisfait de l'information consultée à ce sujet - AD et de stress post-traumatique (SPT)	Faible (2/11)

Tableau 4 Caractéristiques des recensions d'écrits sur des facteurs associés à la santé mentale en contexte d'événements extrêmes (objectif 1) (suite)

Type de recension	Population	Nb études primaires	Pays (études primaires)	Devis (études primaires)	Facteurs associés à la santé mentale ou aux troubles mentaux	Qualité (AMSTAR)
Auteurs (année)						
Pandémie de COVID-19						
Panchal et al. (2021) (68)						
Revue systématique	Enfants et adolescents de moins de 19 ans	61	Divers pays d'Europe (35), d'Asie (22), d'Australie (1), d'Amérique du Nord (1), d'Amérique du Sud (1), plus d'un pays (1)	Transversale (45) longitudinale (16)	Adolescents (//enfants) et filles (//garçons) + AD durant les confinements Résider dans une zone fortement touchée par des cas de COVID-19 + AD Plus de temps à consulter de l'information concernant la pandémie + AD (issu d'une seule étude) Durée de confinement > 3 mois, + symptômes émotionnels, hyperactivité-inattention et comportements problématiques (enfants) (issu d'une seule étude) Jeu et activité physique – hyperactivité-inattention (enfants) (issu d'une seule étude) Lors du confinement, enfants plus calmes (sentiment de sécurité et bien-être) (étude qualitative)	Bonne (10/11)
Rodríguez-Fernández et al. (2021) (69)						
Revue systématique	Population générale (adulte)	26 (études évaluées de faible qualité exclues)	Chine (6) Espagne (3), Allemagne (2), Royaume-Uni (2), Arabie Saoudite (1), Brésil (1), Inde (1), Corée du Sud (1), Pakistan (1), Jordanie (1), Italie (1), Vietnam (1), Turquie (1), Bangladesh (1) USA (1)	Transversales (24) longitudinales (2)	Variables sociodémographiques (femmes, jeunes adultes, étudiants, divorcés ou veufs, personne ayant un faible revenu, faible niveau de scolarité, sentiment de solitude, maladie psychiatrique préexistante, mauvaise santé perçue + AD et SPT Sans emploi, manque de soutien psychologique, longues périodes de distanciation sociale + D Bien-être spirituel - D Manque d'information perçue en lien avec la pandémie + SPT et stress Bonne santé perçue, revenu familial élevé, large réseau social et soutien social – A	Bonne (10/11)

Tableau 4 Caractéristiques des recensions d'écrits sur des facteurs associés à la santé mentale en contexte d'événements extrêmes (objectif 1) (suite)

Type de recension	Population	Nb études primaires	Pays (études primaires)	Devis (études primaires)	Facteurs associés à la santé mentale ou aux troubles mentaux	Qualité (AMSTAR)
Auteurs (année)						
Pandémie de COVID-19, autres pandémies et épidémies						
Chau et al. (2021) (70)						
Revue systématique	Patients atteints du SRAS, travailleurs de la santé et grand public dans les cinq régions clés de l'épidémie	35 (19 pertinentes)	Chine continentale, Hong Kong, Canada, Taïwan et Singapour	Majorité transversales longitudinales (2)	Femmes + A Durée de confinement > 10 jours + D	Bonne (11/11)
Fong et Iarocci (2020) (71)						
Revue systématique	Enfants (0-18 ans) et/ou leurs parents	17	Chine (6) Australie (3) É.-U. (2) Inde (1) Turquie (1) Japon (1) Argentine (1) Pays-Bas (1) Canada (1)	Quantitatives (11) mixtes (2) qualitatives (4)	Adolescents (12-18 ans) (/enfants), filles + AD Lieu de résidence en milieu rural + D (issu d'une seule étude) Résider à proximité ou dans un épicode + D (issu d'une seule étude) (Parents) périodes de confinement + SPT (issu d'une étude) (Enfants) Sensibilisation à la COVID-19, se considéré comme informée sur la COVID-19 - TM (issu d'une étude)	Bonne (8/11)

Tableau 4 Caractéristiques des recensions d'écrits sur des facteurs associés à la santé mentale en contexte d'événements extrêmes (objectif 1) (suite)

Type de recension	Population	Nb études primaires	Pays (études primaires)	Devis (études primaires)	Facteurs associés à la santé mentale ou aux troubles mentaux	Qualité (AMSTAR)
Auteurs (année)						
Pandémie de COVID-19, autres pandémies et épidémies						
Luo et al. (2020) (72)						
Revue systématique	Personnes atteintes, des travailleurs de la santé, des étudiants, des personnes confinées et chez la population générale	56 (30 pertinentes)	Hong Kong (31) Chine (21) Taiwan (10) Singapour (9) Corée du Sud (9) Canada (8)	Majorité transversales	Faible capital social, proche atteint et femmes + A (chaque facteur issu d'une seule étude) Résider à proximité d'un hôpital + A Résider à proximité ou dans un épicode d'une épidémie + SPT Faible niveau de scolarité (issu d'une étude), personnes plus âgées (issu d'une étude) et femmes + SPT Personnes > 60 ans et celles ayant subi une perte de revenu lors d'épidémies + D (chaque facteur issu d'une seule étude)	Moyenne (6/11)
Muehlschlegel et al. (2021) (73)						
Revue systématique	Population générale (non spécifique)	40	Chine États-Unis Corée du Sud Canada Inde Autriche Hong Kong Taiwan Sierra Leone Italie Vietnam R.-U.	Transversales (20) longitudinales (10) qualitatives (4) études de cohortes (2) mixtes (2) étude de cas (1) cas-témoin (1)	Le mois suivant un confinement, personnes qui rapportaient de mauvaises relations avec la famille ou dans le quartier (issu d'une seule étude), impacts du confinement sur leur finance ou faible revenu, faible niveau de scolarité et les femmes + AD et SPT À moyen terme, durée de confinement de plus de 10 jours, faible revenu familial (issu d'une seule étude) + D et SPT TM préexistants, insécurité alimentaire, contraintes financières et manque d'espaces pour socialiser (chaque facteur issu d'une seule étude) + A À long terme (6 mois suivants un confinement), réduction du revenu + TM	Bonne (8/11)

Tableau 4 Caractéristiques des recensions d'écrits sur des facteurs associés à la santé mentale en contexte d'événements extrêmes (objectif 1) (suite)

Type de recension	Population	Nb études primaires	Pays (études primaires)	Devis (études primaires)	Facteurs associés à la santé mentale ou aux troubles mentaux	Qualité (AMSTAR)
Auteurs (année)						
Autres événements extrêmes						
Ando et al. (2018) (74)						
Revue systématique	Résidents du Japon, de régions touchées par la catastrophe	42	Japon	Transversales (31) longitudinales (10) étude randomisée (1)	Sans emploi, faible revenu, problème de santé préexistant, femmes et personnes qui consultent les informations à la télévision plus longtemps + AD et SPT (chaque facteur est issu d'une seule étude)	Bonne (8/11)
Mao et Agyapong (2021) (75)						
Revue narrative	Non-spécifié	21	Non spécifié	Non spécifié	Résultats rapportés ne sont pas clairement issus des études incluses	Faible (2/11)
O'Donohue et al. (2021) (76)						
Examen de la portée	Jeunes adultes (18-34 ans)	91	É.-U. (55) pays développés (72) Nouvelle-Zélande Australie Chine Haïti Pakistan Italie Pérou Sri Lanka Japon Philippines Indonésie Islande Arménie Corée du Sud		Suite au désastre : femmes + AD, SPT, détresse psychologique et tristesse Hommes + sentiment de désespoir et externaliser de la colère Jeunes adultes (18-34 ans) + détresse psychologique, désespoir, stress (chaque facteur issu d'une seule étude) et SPT Faible niveau de scolarité + détresse psychologique, désespoir et + SPT (chaque indicateur de troubles issu d'une seule étude) TM préexistants + détresse psychologique, stress, AD et SPT Peu de soutien social + détresse psychologique	Bonne (9/11)

Tableau 5 Évaluation de la qualité méthodologique et du risque de biais des recensions d'écrits (AMSTAR)

	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) 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 methods used to combine the findings of studies appropriate?	10. Was the likelihood of publication bias assessed?	11. Was the conflict of interest stated?	Total
Pandémie de COVID-19												
Ahmad <i>et al.</i> , (2021) (62)	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	7
Chaabane <i>et al.</i> , (2021) (63)	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	7
Cielo <i>et al.</i> , (2021) (64)	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	3
Gibson <i>et al.</i> , (2021) (65)	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	8
Iyengar <i>et al.</i> , (2021) (66)	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	9
Marques de Miranda <i>et al.</i> , (2020) (67)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Panchal <i>et al.</i> , (2021) (68)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	10
Rodríguez-Fernández <i>et al.</i> , (2021) (69)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	10
Pandémie de COVID-19, autres pandémies et épidémies												
Chau <i>et al.</i> , (2021) (70)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Fong <i>et al.</i> , (2020) (71)	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	8
Luo <i>et al.</i> , (2020) (72)	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	6
Muehlschlegel <i>et al.</i> , (2021) (73)	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	8
Autres événements extrêmes												
Ando <i>et al.</i> , (2018) (74)	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	8
Mao et Agyapong <i>et al.</i> , (2021) (75)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
O'Donohue <i>et al.</i> , (2021) (76)	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9

ANNEXE 3 CARACTÉRISTIQUES ET QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE DES ÉTUDES INCLUSES PORTANT SUR LES ACTIONS À L'ÉCHELLE DES MUNICIPALITÉS OU DES COMMUNAUTÉS

Tableau 6 Caractéristiques des études portant sur des actions à l'échelle des municipalités ou des communautés

Objectif/Devis	Population visée par l'intervention	Événement(s) extrême(s)	Aspect(s) de santé mentale du rétablissement/mesure(s)	Action(s) ou intervention(s)/ rôle de la municipalité	Appréciation (ex. évaluation, leçons apprises)/réalisée auprès de...
Auteurs (année)/Pays					
Actions organisationnelles					
Bosman <i>et al.</i>, (2013)/Pays-Bas (77)					
Examiner le travail du centre Mediant (centre régional de santé mentale), qui a assumé une position centrale dans le rétablissement/étude descriptive	Résidents des quartiers touchés	Explosions à Enschede (désastre des feux d'artifice) (Pays-Bas), 2000	Résilience émotionnelle, autonomie/non mesurées	multiples interventions/collaboratrice, soutien à travers des services déjà existants aux victimes, aux communautés. Visites de quartiers Travailleurs sociaux rattachés à la ville Communication	Description de l'approche (théorique et pratique)/membres chercheurs du centre Mediant
Généreux <i>et al.</i>, (2018)/Canada (78)					
Décrire les stratégies communautaires mises en place pour améliorer la résilience communautaire et préciser les leçons apprises et les moyens d'améliorer la réponse à long terme de la santé publique lors d'événements extrêmes/étude de cas descriptive	Adultes résidant à Lac-Mégantic	Tragédie ferroviaire de Lac-Mégantic, juillet 2013	Résilience communautaire, capacité d'adaptation/non mesurées	multiples interventions/collaboratrice, présence à la rencontre de réflexion collective, collabore à plusieurs initiatives	Leçons apprises, les auteurs rapportent des résultats d'études de cohorte dans la région, dans les années subséquentes/acteurs de santé publique locaux et chercheurs (appréciations, leçons apprises), résidents de la région (cohorte)

Tableau 6 Caractéristiques des études portant sur des actions à l'échelle des municipalités ou des communautés (suite)

Objectif/Devis	Population visée par l'intervention	Événement(s) extrême(s)	Aspect(s) de santé mentale du rétablissement/mesure(s)	Action(s) ou intervention(s)/rôle de la municipalité	Appréciation (ex., évaluation, leçons apprises)/réalisée auprès de...
Auteurs (année)/Pays					
Actions organisationnelles					
Lalani et Drolet (2019)/Canada (Alberta) (79)					
Décrire l'intégration de la santé mentale dans la réponse à un événement extrême (<i>Alberta Resilient Communities Project</i>), discuter des pratiques prometteuses pour promouvoir le bien-être et la résilience de communautés rurales après un événement extrême/étude qualitative	Enfants et adolescents	Inondations en Alberta, 2013	Résilience/non mesurée	multiples interventions/pas clairement énoncée Plusieurs collaborateurs de la communautés (travailleurs sociaux, organismes communautaires, écoles)	Barrières à l'utilisation des ressources en santé mentale, identification des pratiques prometteuses/37 intervenants des communautés (ex., travailleurs sociaux, professeurs, thérapeutes en santé mentale, etc.)
McCabe et al., (2014)/É.-U. (80)					
Décrire les démarches organisationnelles et la validation d'interventions dans le cadre d'une planification de réponse en santé mentale lors d'urgence de santé publique/étude descriptive	Responsables et membres d'organismes communautaires et religieux	Ouragan Sandy, New York 2012	Résilience communautaire/non mesurée Connaissances et attitudes en premiers soins psychologiques (PFA)/PFA <i>Knowledge, Skills, and Attitudes Survey Form, Disaster Mental Health Knowledge Test, PFA Training Follow-up Questionnaire</i>	Formation de premiers soins psychologiques, exercices de planification de réponse en santé mentale lors d'urgence de santé publique/aucun rôle explicite	Évaluation des apprentissages et attitudes en PFA, capacité à développer une planification/participants aux formations Appréciation des démarches/ représentants de différents secteurs impliqués dans le projet (universitaire, communautaire, religieux, etc.)

Tableau 6 Caractéristiques des études portant sur des actions à l'échelle des municipalités ou des communautés (suite)

Objectif/Devis	Population visée par l'intervention	Événement(s) extrême(s)	Aspect(s) de santé mentale du rétablissement/mesure(s)	Action(s) ou intervention(s)/rôle de la municipalité	Appréciation (ex., évaluation, leçons apprises)/réalisée auprès de...
Auteurs (année)/Pays					
Actions organisationnelles					
Scigliano et al., (2019)/É.-U. (81)					
Décrire le programme <i>Sandy Recovery and Resiliency</i> , programme de renforcement de la résilience, des capacités d'adaptation et des compétences socioémotionnelles, dans une approche basée sur la communauté, auprès de populations mal desservies. Partager les connaissances acquises de cette expérience/étude de cas	Populations identifiées comme vulnérables face à l'Ouragan Sandy, mal desservies par des services de santé mentale	Ouragan Sandy, New York 2012	Résilience communautaire, capacité d'adaptation et compétences socioémotionnelles/non mesurées	Multiples interventions/pas clairement énoncé Collaboratrice (ex., bibliothèques comme lieu d'activités et de regroupements)	Évaluation de la démarche issue de données rétrospectives de comptes-rendus à l'interne/ <i>Children's Health Fund</i> (instigateur du programme)
Slemp et al., (2020)/É.-U. (82)					
Décrire comment une agence de santé publique de New York a utilisé le programme <i>COPEWELL</i> pour le renforcement de la résilience communautaire après l'Ouragan Sandy à New York/étude de cas	<i>COPEWELL</i> est destiné aux communautés affectées par un désastre	Ouragan Sandy, New York 2012	Résilience communautaire/non mesurée	Multiples interventions/instigatrice du groupe de travail intersectoriel (le <i>New York City Department of Health and Mental Hygiene Office of Emergency Preparedness and Response</i>)	Évaluation de l'utilisation et des bénéfices de l'utilisation de <i>COPEWELL</i> (observations et entretiens téléphoniques)/membres du groupe de travail

Tableau 6 Caractéristiques des études portant sur des actions à l'échelle des municipalités ou des communautés (suite)

Objectif/Devis	Population visée par l'intervention	Événement(s) extrême(s)	Aspect(s) de santé mentale du rétablissement/mesure(s)	Action(s) ou intervention(s)/rôle de la municipalité	Appréciation (ex., évaluation, leçons apprises)/réalisée auprès de...
Auteurs (année)/Pays					
Actions organisationnelles					
Springgate et al., (2011)/É.-U. (83)					
Description du programme de formation en santé mentale <i>REACH NOLA</i> destiné aux travailleurs communautaires, description de l'approche, description de l'expérience d'une travailleuse communautaire avec ce programme/étude descriptive	Large éventail d'organismes communautaires (travailleurs communautaires, ONG, églises)	Ouragans Katrina et Rita, Nouvelle-Orléans 2005	Stress, symptômes anxieux et dépressifs, traumas post-catastrophe/non mesurés	Formation en premiers soins psychologiques (sensibilisation, éducation, dépistage, référencement, soutien par les pairs)/pas clairement énoncé	Questionnaires sur les besoins des communautés en termes de santé mentale et pour sonder l'intérêt des organismes communautaires à suivre une formation/travailleurs communautaires et superviseurs d'organismes communautaires Appréciation de la formation et du travail effectué auprès de la communauté/travailleuse communautaire
Wells et al., (2013)/É.-U. (84)					
Description de l'application d'un modèle de résilience communautaire dans le cadre d'une recherche participative, à Los Angeles et à la Nouvelle-Orléans/étude de cas	Communautés affectées par un désastre et peu desservies	Ouragan Katrina, Nouvelle-Orléans 2005	Résilience communautaire, dépression/non mesurés	Développement en collaboration d'une formation en premiers soins psychologiques destinées aux organismes communautaires, efforts pour contrer la stigmatisation de la dépression/collaboratrice au projet	Évaluation de la démarche, leçons apprises/chercheurs et collaborateurs (notamment département de santé publique du comté de Los Angeles)

Tableau 6 Caractéristiques des études portant sur des actions à l'échelle des municipalités ou des communautés (suite)

Objectif/Devis	Population visée par l'intervention	Événement(s) extrême(s)	Aspect(s) de santé mentale du rétablissement/mesure(s)	Action(s) ou intervention(s)/rôle de la municipalité	Appréciation (ex., évaluation, leçons apprises)/réalisée auprès de...
Auteurs (année)/Pays					
Interventions					
Espinoza et al., (2016)/Chili (85)					
Description d'interventions psychosociales ciblant des aînées après un séisme dans une région rurale du Chili/étude qualitative	Aînés De 15 à 20 participants aux ateliers	Séisme et tsunami, Chili 2010	Rétablissement (psychosocial) après un trauma, sentiment d'appartenance/observations des chercheurs lors des ateliers	Rencontres de groupes et ateliers de musique et d'art/intervention communautaire (aucun rôle explicite)	Observations lors des ateliers/chercheurs
Jose et al., (2018)/É.-U. (86)					
Examiner les associations entre la présence d'organisations (différents types) et l'état de la santé mentale des résidents suite aux attentats de Boston/étude transversale	Résidents de la zone touchée (Boston N=788) Comparateur (New York N=901)	Attentat lors du marathon de Boston, 15 avril 2013	Détresse psychologique, stress aigu (<i>acute stress</i>), symptômes de SPT, craintes et inquiétudes face à l'avenir, limitations fonctionnelles/BSI-18, SASRQ, PC-PTSD, SF-36*, outil de mesure des craintes et inquiétudes face à l'avenir (non validé)	Présence de différents types d'organisations à proximité de la résidence (services de sécurité [police, pompiers], services de santé [hôpitaux], organisations religieuses, d'éducation, dédiées aux familles et aux enfants, et organismes communautaires)/pas énoncé (implicite, aménagement)	Associations entre la présence d'organisations et l'état de santé mentale/résidents de Boston et de New York
Mayen Huerta et Cafagna (2021)/Australie (87)					
Explorer les facteurs affectant l'utilisation des espaces verts urbains d'usagers; analyser la relation entre l'utilisation des espaces verts urbains et le bien-être chez les usagers/étude qualitative	Adultes résidents de Mexico (16 participants, de 22 à 58 ans (11 femmes, 5 hommes))	Confinement lors de la pandémie de COVID-19, Mexico, 2020	Bien-être/entretiens qualitatifs sur le rôle que l'usage d'espaces verts urbains a pu jouer dans le sentiment de bien-être	Usage des espaces verts urbains lors de confinement/pas énoncé (implicite, aménagement)	Sentiment de bien-être associé à l'usage des espaces verts/usagers d'espaces verts, résidents de différents quartiers de Mexico

Tableau 6 Caractéristiques des études portant sur des actions à l'échelle des municipalités ou des communautés (suite)

Objectif/Devis	Population visée par l'intervention	Événement(s) extrême(s)	Aspect(s) de santé mentale du rétablissement/mesure(s)	Action(s) ou intervention(s)/rôle de la municipalité	Appréciation (ex., évaluation, leçons apprises)/réalisée auprès de...
Auteurs (année)/Pays					
Interventions					
Ren et al., (2021)/Chine (88)					
Mesurer l'effet d'une intervention communautaire d'activité physique et de thérapie de réminiscence chez des aînés, sur le bien-être spirituel, la résilience psychologique et la solitude/étude d'intervention (quasi expérimentale) avec groupe contrôle	Aînés de 60 à 80 ans; groupe intervention n = 60, groupe contrôle n = 61; 45 % femmes	Pandémie de COVID-19, 2019	Résilience émotionnelle, bien-être spirituel, sentiment de solitude/ <i>BRS</i> , <i>SIWB*</i> , <i>ULS Loneliness Scale</i>	Thérapie par réminiscence et activité physique (tai chi) en groupe/intervention communautaire (aucun rôle explicite)	Questionnaires validés/participants à l'intervention et groupe contrôle
Sim et al., (2019) /Chine (89)					
Observer les effets d'une intervention communautaire qui mise sur le renforcement des capacités psychosociales, qui est sensible au contexte culturel et susceptible d'améliorer le bien-être de femmes de communautés rurales tibétaines, après un séisme/étude qualitative	Femmes du village de Zhanjiang en Chine (n = 14 au sondage, n = 4 entretiens qualitatifs)	Séisme au Sichuan, 2008	Bien-être psychosocial, résilience, renforcement des capacités, sentiment de détresse/entretiens qualitatifs	Ateliers de danses (pratiques locales) (d'abord offerts par un travailleur social, puis pris en charge par les groupes de femmes)/création d'un centre dédié à la pratique de la danse	Sondage puis entretiens qualitatifs auprès des personnes avec le meilleur score/participantes à l'intervention

* *BSI-18* : Brief Symptom Inventory; *SASRQ* : Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire; *PC-PTSD* : Primary Care PTSD Screen; *SF-36* : Short-Form Health Survey (SF-36); *BRS* : Brief Resilience Scale; *SIWB* : Spirituality Index of Well-Being

Tableau 7 Évaluation de la qualité méthodologique des études sur des actions à l'échelle des municipalités ou des communautés (MMAT)

Catégories d'études	Critères de qualité méthodologique	Oui	Non	Ne sait pas
Auteurs (année)				
Bosman et al., (2013) (77)				
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>			
Espinoza et al., (2016) (85)				
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>			
Généreux et al., (2018) (78)				
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>			
Jose et al., (2018) (86)				
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		

Tableau 7 Évaluation de la qualité méthodologique des études sur des actions à l'échelle des municipalités ou des communautés (MMAT) (suite)

Catégories d'études	Critères de qualité méthodologique	Oui	Non	Ne sait pas
Auteurs (année)				
Lalani et Drolet (2019) (79)				
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>			
Mayen Huerta et Cafagna (2021) (87)				
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>			
1. Études qualitatives	1.1. L'approche qualitative est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche?	X		
	1.2. Les méthodes de collecte de données qualitatives sont-elles adéquates pour répondre à la question de recherche?	X		
	1.3. Les résultats émanent-ils adéquatement des données?	X		
	1.4. L'interprétation des résultats est-elle suffisamment étayée par les données?	X		
McCabe et al., (2014) (80)				
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>			
5. Études avec méthodes mixtes	5.1. La justification de l'utilisation des méthodes mixtes pour répondre à la question de recherche est-elle adéquate?	X		
	5.2. L'intégration des diverses composantes de l'étude a-t-elle été effectuée de manière à répondre à la question de recherche?	X		
	5.3. La résultante (outputs) de l'intégration des composantes quantitatives et qualitatives est-elle adéquatement interprétée?			X
	5.4. Les divergences et les contradictions entre les résultats quantitatifs et qualitatifs sont-elles abordées de façon adéquate?		X	
	5.5. Les différentes composantes de l'étude adhèrent-elles aux critères de qualité des traditions méthodologiques concernées?		X	

Tableau 7 Évaluation de la qualité méthodologique des études sur des actions à l'échelle des municipalités ou des communautés (MMAT) (suite)

Catégories d'études	Critères de qualité méthodologique	Oui	Non	Ne sait pas
Auteurs (année)				
Ren et al., (2020) (88)				
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 (outcomes) et à l'intervention (ou l'exposition)?	X		
	3.3. Les données sur les effets (outcomes) 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	
Scigliano et al. (2019) (81)				
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>			
Sim et al., (2019) (89)				
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>			
1. Études qualitatives	1.1. L'approche qualitative est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche?			X
	1.2. Les méthodes de collecte de données qualitatives sont-elles adéquates pour répondre à la question de recherche?			X
	1.3. Les résultats émanent-ils adéquatement des données?	X		
	1.4. L'interprétation des résultats est-elle suffisamment étayée par les données?		X	

Tableau 7 Évaluation de la qualité méthodologique des études sur des actions à l'échelle des municipalités ou des communautés (MMAT) (suite)

Catégories d'études	Critères de qualité méthodologique	Oui	Non	Ne sait pas
Auteurs (année)				
Slemp et al., (2020) (82)				
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>			
1. Études qualitatives	1.1. L'approche qualitative est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche?	X		
	1.2. Les méthodes de collecte de données qualitatives sont-elles adéquates pour répondre à la question de recherche?			X
	1.3. Les résultats émanent-ils adéquatement des données?		X	
	1.4. L'interprétation des résultats est-elle suffisamment étayée par les données?		X	
Springgate et al., (2011) (83)				
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>			
Wells et al., (2013) (84)				
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>			

Centre de référence
et d'expertise



www.inspq.qc.ca