

Évolution des impacts psychosociaux pendant la 2^e vague de la pandémie COVID-19

Une enquête québécoise

Mélissa Généreux, MD, MSc, FRCPC

Médecin-conseil, Service de santé publique de l'Estrie / INSPQ
Professeure associée, Université de Sherbrooke



Équipe de recherche

Universités

- Université de Sherbrooke
- Université d'Ottawa
- Université de Neuchâtel
- Université de Genève
- Université catholique de Louvain
- Centro Universitário de Brasília
- Université des Philippines
- Université chinoise de Hong Kong
- University of Canterbury

Organisations de la santé

- Direction de la santé publique de l'Estrie
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- Agence de la santé publique du Canada
- Centre national de collaboration pour les maladies infectieuses
- Ministère de la santé (Philippines)
- Public Health England
- Organisation mondiale de la santé



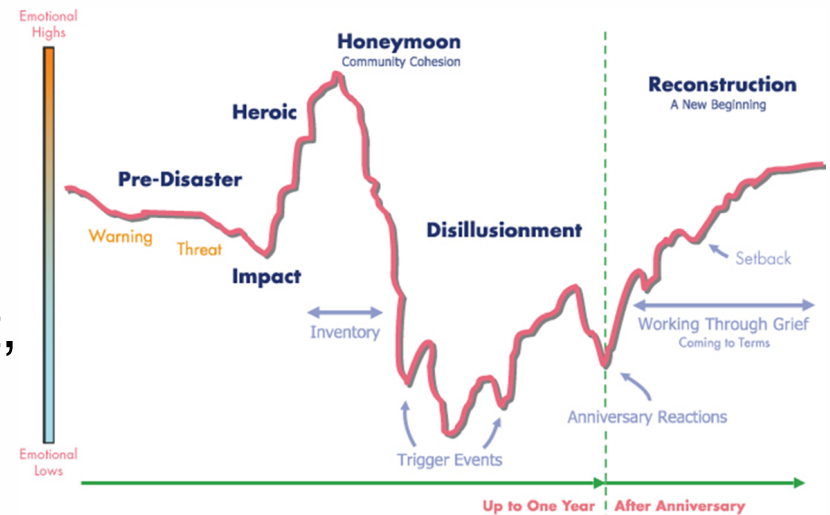
La pandémie : une catastrophe

- Une catastrophe est une perturbation de l'environnement humain qui dépasse la capacité de la collectivité à fonctionner normalement.
- Diverses catastrophes ont frappé le Canada ces dernières années, notamment :
 - la tragédie ferroviaire de Lac-Mégantic de 2013
 - les feux de forêt à Fort McMurray de 2016
 - les inondations de printemps de 2017 et de 2019
 - et maintenant la pandémie COVID-19.



Impacts psychosociaux

La pandémie, comme d'autres types de catastrophes, est susceptible de provoquer des séquelles psychologiques à court, moyen et long terme dans la population.



Afin de soutenir les décisions prises et les interventions de la santé publique, il est important de comprendre :

1. la nature, l'étendue, la distribution et l'évolution des impacts psychosociaux de la pandémie
2. Les facteurs de risque et de protection associés à ces impacts



Notre étude

- Projet de deux ans d'une équipe interdisciplinaire et internationale, financé par l'IRSC.
- Titre: L'influence des stratégies de communication et du discours médiatique sur la réponse psychologique et comportementale à la pandémie de COVID-19 : Une étude internationale
- 3 axes :
 1. Enquêtes sur la population pour examiner les impacts psychosociaux et les facteurs qui y sont associés
 2. Analyse qualitative et quantitative du discours médiatique et des réseaux sociaux
 3. Analyse de réseau en vue d'évaluer comment circule l'information à travers les niveaux de gouvernance



Notre étude : 1^{er} Axe

- Enquêtes sur la population en 3 phases :
 - Enquête pilote du **8 au 11 avril** au Canada (n = 600 adultes)
 - 1^{re} enquête internationale du **29 mai au 12 juin** dans 8 pays (n = 8 806 adultes, dont 1 501 au Canada)
 - 2^e enquête internationale du **6 au 18 novembre** dans 8 pays (n = 9 029 adultes, dont 2 004 au Canada)
- De plus :
 - 1^{re} étude du **4 au 14 septembre** dans 7 régions au Québec (n = 6 261 adultes)
 - 2^e étude du **6 au 18 novembre** dans toutes les régions du Québec (n = 8 518 adultes)



Phase 2 de l'enquête au Québec (du 6 au 18 novembre 2020)

- Financée par les services régionaux de santé publique et les IRSC
- Réalisée dans toutes les régions sanitaires du Québec
- Échantillon non probabiliste d'adultes recrutés à travers le panel web
- Pondération en fonction de l'âge, du sexe, de la langue et de la région

Régions	n
Capitale-Nationale	500
Mauricie-CDQ	777
Estrie	758
Montréal	1 040
Laval	759
Lanaudière	1 017
Laurentides	1 032
Montérégie	1 026
5 petites régions*	1 053
Autres régions du Québec	556
Ensemble du Québec	8 518

*Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Gaspésie-Île-de-la-Madeleine



Résultats

Réponse psychologique par région (du 6 au 18 novembre 2020)

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



Résultats

Évolution de la réponse psychologique (7 régions)

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



Résultats

Évolution de la réponse psychologique (7 régions)

Pré-pandémie

Anxiété probable ¹ : **3 %**

Dépression probable ² : **7 %**

Septembre 2020 (7 régions)

Anxiété probable : **15 %**

Dépression probable : **17 % (-)**

Anxiété/dépression probable : **22 % (-)**

Anxiété probable : **16 %**

Dépression probable : **23 %**

Anxiété/dépression probable : **27 %**

Juin 2020 (7 régions)

Anxiété probable : **18 % (+)**

Dépression probable : **21 % (+)**

Anxiété/dépression probable : **25 % (+)**

Novembre 2020 (7 régions)



Résultats

Comparaison avec d'autres catastrophes

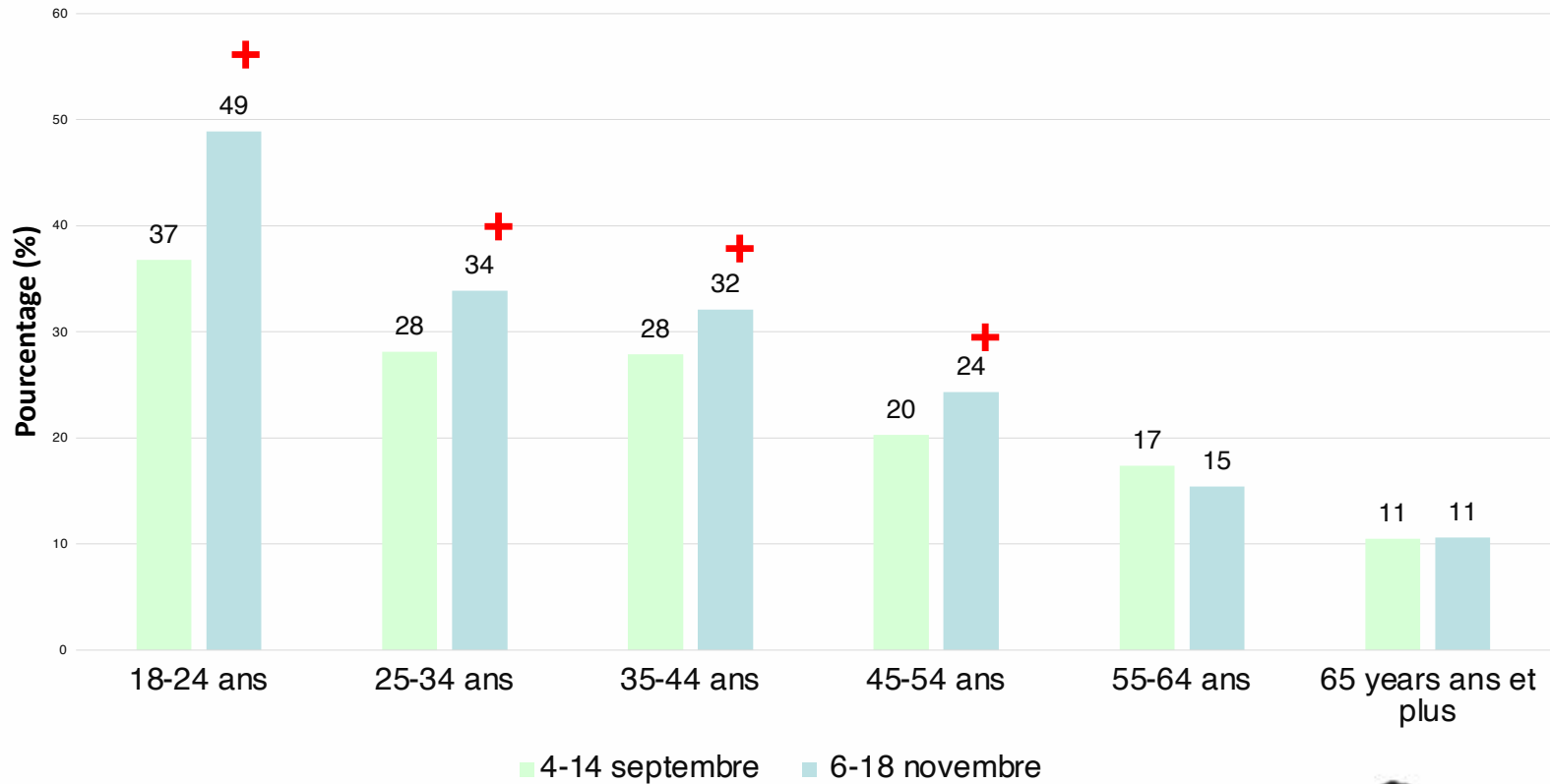
- Les niveaux actuels d'anxiété et de dépression sont similaires aux niveaux observés dans la communauté de Fort McMurray, 6 mois après les incendies dévastateurs de 2016
 - Anxiété généralisée probable (GAD-7) : 20 %³
 - Dépression majeure probable (PHQ-9) : 15 %⁴



Résultats

Évolution de la réponse psychologique (7 régions)

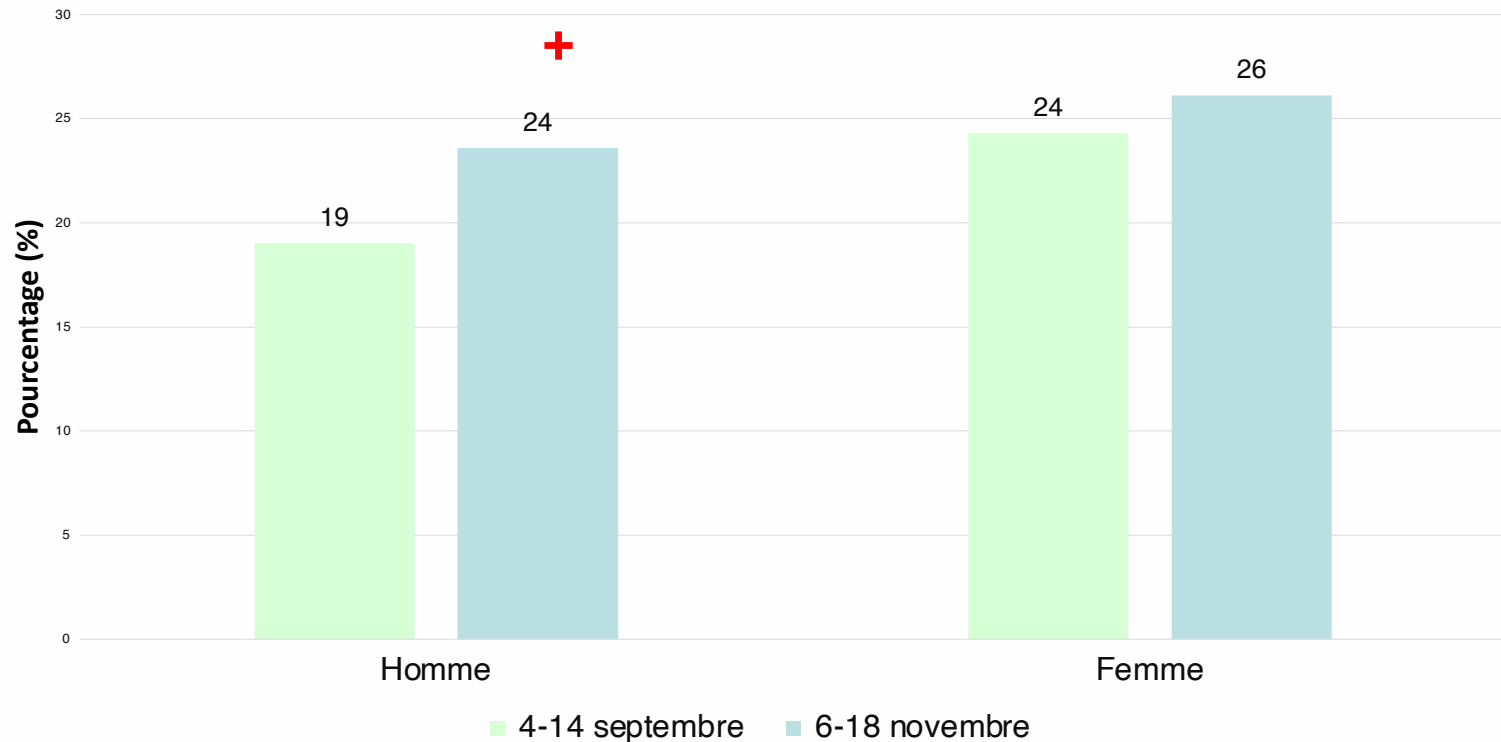
Anxiété ou dépression probable selon l'âge



Résultats

Évolution de la réponse psychologique (7 régions)

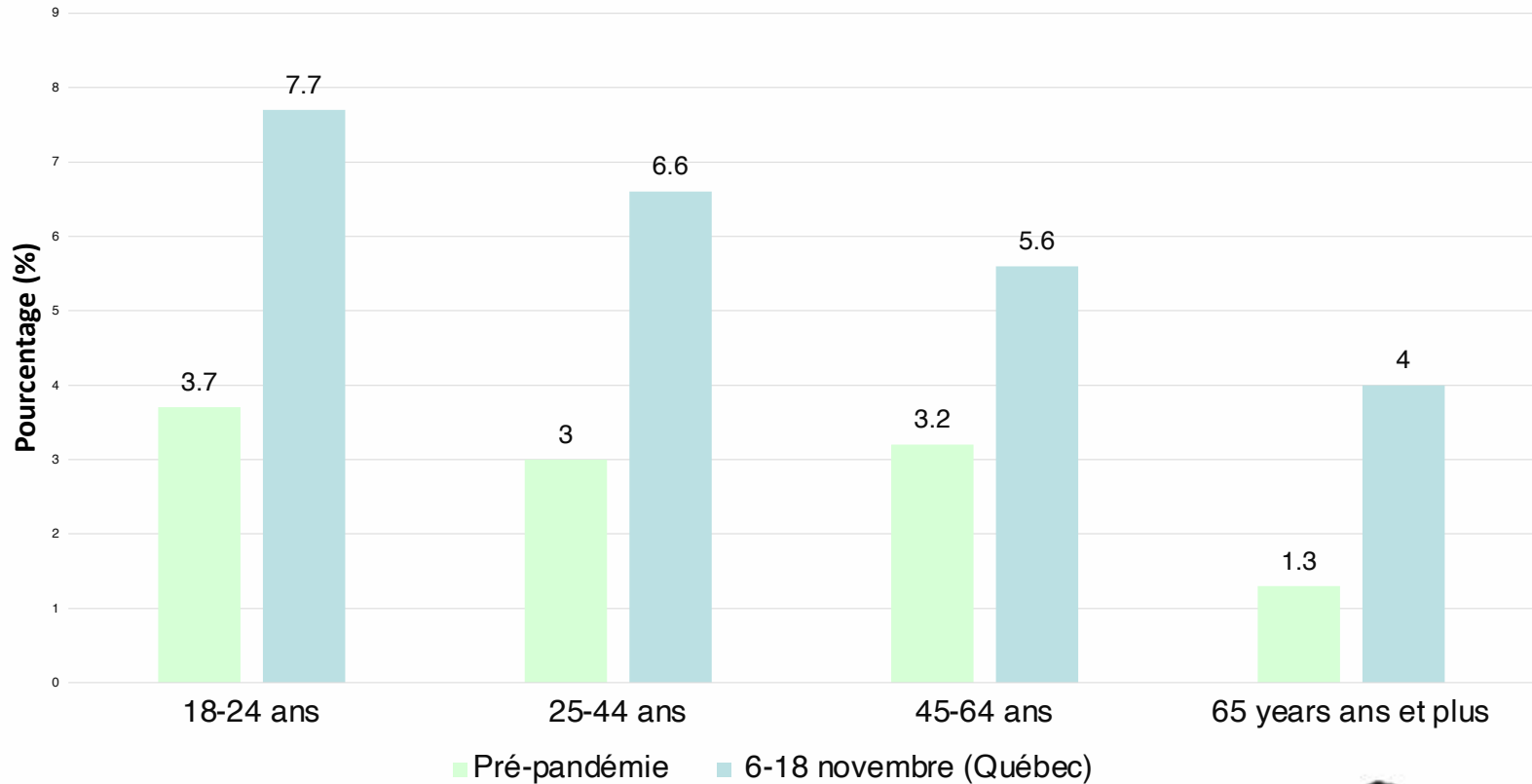
Anxiété et dépression probable selon le sexe



Résultats

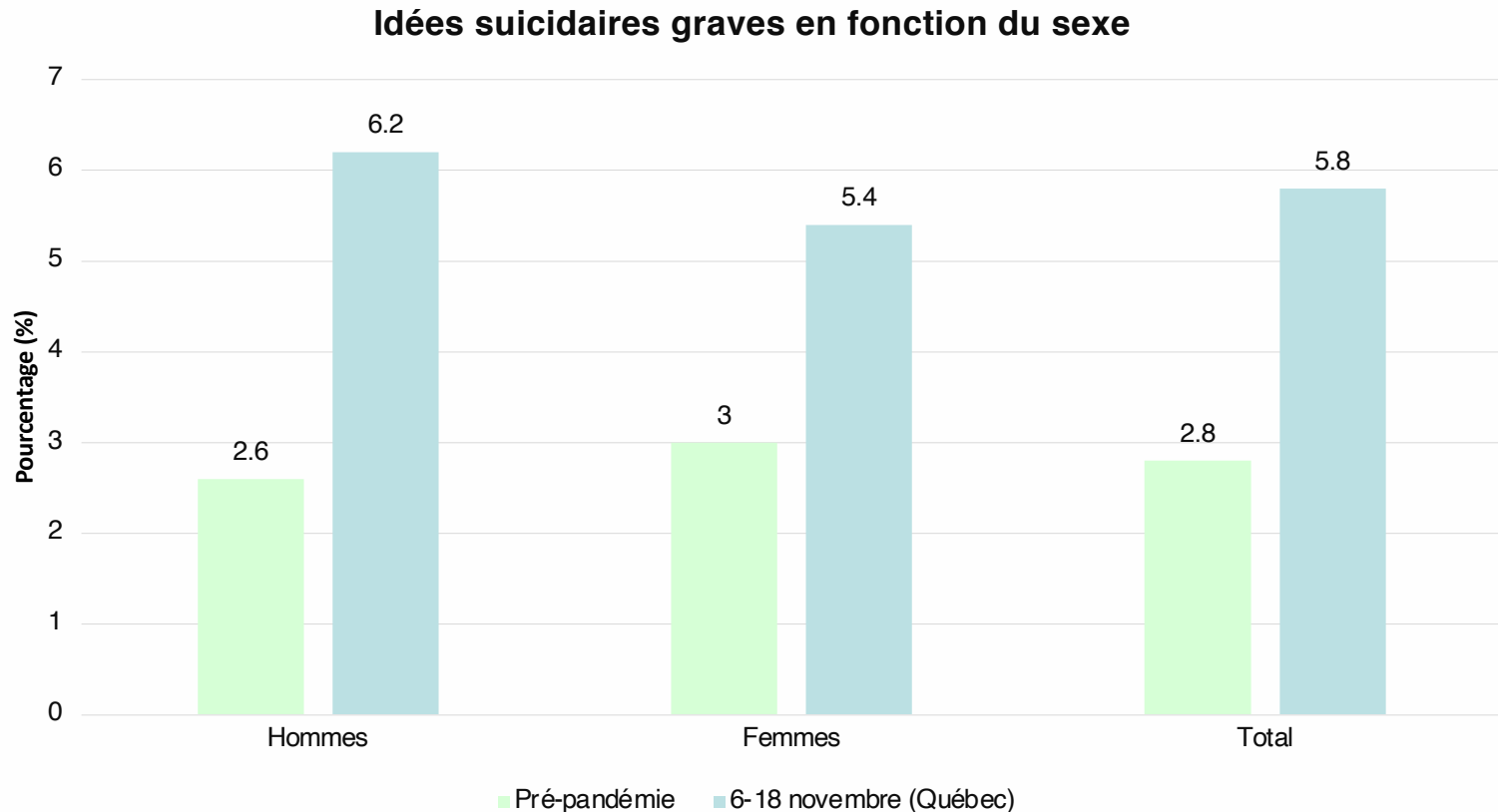
Évolution de la réponse psychologique (Québec)

Idées suicidaires sérieuses selon l'âge



Résultats

Évolution de la réponse psychologique (Québec)



Résultats

Prévalence chez les anglophones

- Trouble d'anxiété généralisée probable
 - Anglophones : **24,2 % (+)**
 - Autres : **14,2 %**
- Épisode probable de dépression majeure :
 - Anglophones : **28,5 % (+)**
 - Autres : **17,8 %**
- Anxiété ou dépression probable :
 - Anglophones : **31,8 % (+)**
 - Autres : **21,6 %**
- Idées suicidaires graves :
 - Anglophones : **7,8 % (+)**
 - Autres : **5,4 %**



10 raisons pour lesquelles les anglophones sont plus anxieux ou plus déprimés

1. Ils subissent plus de stress au quotidien.
2. Ils perçoivent un niveau plus élevé de menace pour eux-mêmes et leur famille.
3. Ils ont subi davantage de pertes financières.
4. Ils ont plus souvent eu une expérience de la COVID-19.
5. Ils se sentent plus stigmatisés.
6. Ils sont plus méfiants à l'égard des autorités.
7. Ils obtiennent plus d'information sur la COVID-19 en ligne.
8. Ils adhèrent plus souvent à de fausses croyances sur la COVID-19.
9. Ils sont nombreux à trouver plus souvent que les instructions sont exagérées et peu claires.
- 10. Ils ont un sentiment de cohérence plus faible.**



Sentiment de cohérence

(Lindstrom et Eriksson, 2010⁵)

- Concept de base de la salutogenèse
 - examine les facteurs contribuant à la promotion et au maintien du bien-être physique et mental plutôt que de la maladie
- Se compose de trois éléments :
 1. **Intelligibilité** : Capacité à comprendre et à analyser des situations stressantes
 2. **Signification** : Sens qu'une personne donne aux situations stressantes et dans la vie en générale
 3. **Gérabilité** : Capacité à identifier et à mobiliser les ressources disponibles pour faire face à des situations stressantes



Résultats

Évolution de l'acceptation potentielle d'un vaccin contre la COVID-19 par région (du 6 au 18 novembre 2020)

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



Résultats

Évolution de l'acceptation potentielle d'un vaccin contre la COVID-19 (7 régions)

Juin 2020 (7 régions)

Acceptation : **70 %**

Refus : **12 %**

Hésitation : **19 %**

Novembre 2020 (7 régions)

Acceptation : **62 % (-)**

Refus : **14 % (-)**

Hésitation : **24 % (+)**

Septembre 2020 (7 régions)

Acceptation : **65 %**

Refus : **16 % (+)**

Hésitation : **19 %**



Résultats

Groupes moins susceptibles d'accepter le vaccin contre la COVID-19 (du 6 au 18 novembre 2020)

- Jeunes adultes :
 - 18-24 ans : 55,1 %
 - 25-34 ans : 50,9 %
 - 35-44 ans : 53,3 %
- Personnes moins instruites : 53,3 %
- Immigrants : 54,0 %
- Personnes les moins à risque : 56,9 %
- Travailleurs et travailleuses de la santé : 57,2 %
- Femmes : 58,0 %
- **Anglophones : 59,1 %**



Points essentiels

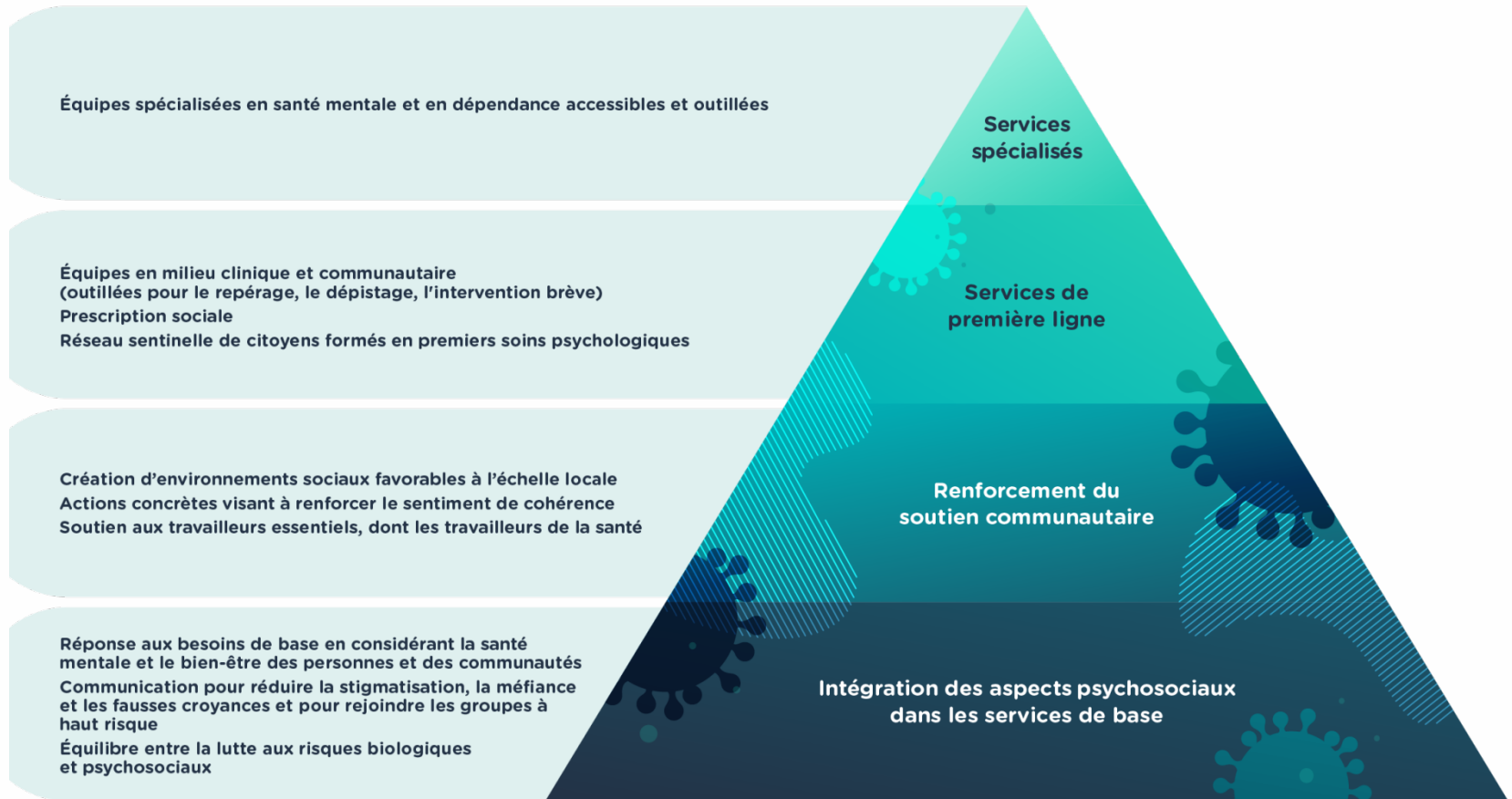
1. **Un adulte sur quatre** rapporte des symptômes correspondant à un trouble d'anxiété généralisée ou à une dépression majeure.
2. **Un jeune adulte** sur deux déclare des symptômes correspondant à un trouble d'anxiété généralisée ou à une dépression majeure.
3. Ce phénomène est en augmentation depuis septembre, surtout chez les hommes et les jeunes adultes.
4. Les pensées suicidaires graves sont deux fois plus fréquentes qu'avant la pandémie.
5. La situation est pire à **Montréal**.
6. La situation est pire pour les **anglophones**.
7. La pandémie et l'infodémie influencent toutes les deux la santé psychologique.
8. Le sens de la cohérence est un facteur de protection très important.
9. Seulement 6 adultes sur 10 seraient prêts à recevoir un vaccin (en baisse).



Modèle de soins échelonnés

(adaptation de Roberge et al., 2020⁶)

Pistes d'action



Pistes d'action

- **Services de santé mentale spécialisés** : Équipes accessibles et équipées
- **Services de première ligne** :
 - Équipes cliniques ET communautaires (sensibilisation, dépistage et intervention précoces)
 - Prescription sociale
 - Formation aux premiers secours psychologiques (réseaux de sentinelles)
- **Renforcement du soutien dans la communauté** :
 - Création d'environnements sociaux favorables au niveau local
 - Actions concrètes visant à renforcer le sentiment de cohérence
 - Soutien à la main-d'œuvre, y compris les travailleurs de la santé
- **Intégration des aspects psychosociaux dans les services de base** :
 - Répondre aux besoins sociaux des personnes et des communautés
 - Amélioration des stratégies de communication
 - Équilibre entre la lutte contre les risques biologiques et psychosociaux



Approche de proximité

(Généreux et al., 2019/2020⁷⁻⁸)

Principes d'intervention

- Agir au plus près des citoyens, dans la communauté
- Agir en amont des problèmes
- Promotion de la santé globale
- Une approche inclusive
- Une approche qui favorise l'autodétermination
- Actions à différents niveaux (de la personne à la communauté)
- Un modèle inspiré des connaissances préalables
- Un modèle complémentaire aux services existants
- Un modèle qui repose sur l'interdisciplinarité et le partenariat
- Un travail basé sur les forces et les capacités



Prescription sociale



- Orientation vers la communauté :
 - Permet aux professionnels de la santé d'orienter les personnes vers des services locaux non cliniques
 - Répondre aux besoins des personnes de manière plus globale
 - Vise à aider les personnes à prendre davantage en charge leur propre santé
- Éventail d'activités : **Gamme d'activités : bénévolat, activités artistiques, apprentissage en groupe, jardinage, cuisine, sports, etc.**
- Un travailleur de liaison généralement impliqué

<https://www.kingsfund.org.uk/publications/social-prescribing>



Premiers secours psychologiques

- Soutien émotionnel et pratique
- Interactions compatissantes et sans jugement
- Objectif : apporter calme et confort
- Cycle :
 - **OBSERVER** : Prendre conscience qu'il y a un problème; à quoi ressemble le stress en soi ou chez les autres
 - **ÉCOUTER** : Écouter les signaux d'alerte en soi ou chez les autres
 - **FAIRE LE LIEN** : Lien avec votre plan d'autosoins ou les ressources de votre communauté
 - **VIVRE** : Vivre pleinement, rebondir



Comment renforcer le SoC ?

1. Programmes de sports et de loisirs
2. Méditation et pleine conscience
3. Activités artistiques et culturelles
4. Récits

Et toute autre activité qui favorise (Super et al., 2016⁹) :

- la réflexion
- l'autonomie



Messages clés

1. De nombreuses personnes sont touchées par la pandémie, en particulier les jeunes et les travailleurs essentiels.
2. Ces impacts psychosociaux pourraient se faire sentir pendant des mois, voire des années.
3. Le système de santé ne peut à lui seul porter la responsabilité du rétablissement psychosocial de la population.
4. Une approche préventive proposée directement dans les milieux de vie est nécessaire.
5. Dans les situations extraordinaires, nous avons besoin de solutions extraordinaires.



Conclusion

- La pandémie a et continuera d'avoir des répercussions psychosociales majeures.
- Pour bien s'adapter, il est important de :
 - Développer une compréhension commune des risques
 - Travailler ensemble à la recherche de solutions
- Notre action ne devrait pas se limiter à la gestion de l'événement, mais à l'ensemble des risques associés (gestion des catastrophes par opposition à gestion des risques de catastrophes).



Références

1. Pelletier L, O'Donnell S, McRae L, Grenier, J. The burden of generalized anxiety disorder in Canada. *Health Promotion Chronic Disease Prevention Canada*. 2017; 37:54-62.
2. Lukmanji A, Williams JVA, Bulloch AGM, Bhattarai A, Patten SB. Seasonal variation in symptoms of depression: A Canadian population based study. *J Affect Disord*. 2019;255:142-149. doi:10.1016/j.jad.2019.05.040
3. Agyapong V, Hrabok M, Juhas M, Omeje J, Denga E, Nwaka B. Prevalence rates and predictors of generalized anxiety disorder symptoms in residents of Fort McMurray six months after a wildfire. *Front Psychiatr*. 2018; 9:345
4. Agyapong, V.I.O., Juhás, M., Brown, M.R.G. et al. Prevalence Rates and Correlates of Probable Major Depressive Disorder in Residents of Fort McMurray 6 Months After a Wildfire. *Int J Ment Health Addiction* 17, 120–136 (2019).
5. Lindström & Eriksson. *The Hitchhiker's guide to salutogenesis: Salutogenic pathways to health promotion*. 2010.
6. Roberge MC, Bergeron P, Lévesque J, Poitras D. *COVID-19 : la résilience et la cohésion sociale des communautés pour favoriser la santé mentale et le bien-être*. Québec : Institut national de santé publique du Québec; 2020.
7. Génereux et al. Promising initiatives to mobilize the local community in a post-disaster landscape. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. 2019.
8. Génereux et al. A Salutogenic Approach to Disaster Recovery: the Case of the Lac-Mégantic Rail Disaster. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020, 17, 1463.
9. Super et al. Strengthening sense of coherence: opportunities for theory building in health promotion. *Health Promotion International*. 2016, 31, 869–878.

