

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**LES STRATÉGIES DE COPING
ET LEUR IMPACT SUR LA SANTÉ MENTALE POSITIVE
EN CONTEXTE DE PANDÉMIE : UNE RECHERCHE EXPLORATOIRE**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
KARINE BÉRUBÉ**

JUILLET 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Avertissement

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (Article 138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

L'article a été rédigé selon les normes de soumission de la revue *Santé mentale au Québec*. Le nom de la directrice pourrait donc apparaître comme coauteur de l'article à soumettre pour publication. Les conditions de publication se retrouvent en appendice A de ce document.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Georgia Vrakas

Prénom et nom

Directeur de recherche

Comité d'évaluation :

Georgia Vrakas

Prénom et nom

Directeur de recherche

Julie Marcotte

Prénom et nom

Évaluateur

Sarah Fraser

Prénom et nom

Évaluateur

Sommaire

La pandémie de COVID-19, outre ses impacts sanitaires, a créé des bouleversements qui sont susceptibles d'influencer la santé mentale et le bien-être de la population québécoise. Plusieurs recherches se sont penchées sur les conséquences de la pandémie sur la détresse et les troubles mentaux. L'Agence de santé publique du Canada définit la santé mentale comme étant :

La capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle.
(Orpana, Vachon, Dykxhoorn, McRae, et Jayaraman, 2016, p.1)

Ce concept positif de la santé mentale a été peu exploré dans le contexte de la pandémie et c'est pour pallier à cette lacune que l'équipe de recherche de madame Georgia Vrakas a voulu recenser les Québécois dans une enquête en ligne entre juin et octobre 2020. Cette recherche a évalué dans un premier temps le niveau de santé mentale positive des répondants en lien avec plusieurs déterminants sociaux. Les stratégies d'adaptation des participants ont aussi été examinées à l'aide de la question ouverte suivante : « Quelles sont les choses que vous faites pour vous aider à mieux composer avec/traverser la situation que vous vivez depuis la COVID-19 ? ». C'est à partir des réponses à cette question et des concepts théoriques de Folkman et Lazarus (1984) sur le coping que les différentes catégories de stratégies d'adaptation furent élaborées. Celles-ci furent par la suite mises en relation avec les scores de santé mentale positive. L'objectif étant d'identifier les stratégies de coping associées à des niveaux élevés de santé mentale positive. Les résultats révèlent que les participants ont utilisé principalement des stratégies centrées sur les émotions et que l'utilisation de plusieurs stratégies semble être associée à des niveaux de santé mentale optimale.

Mots-clés : Covid-19; Pandémie; Coping; Santé mentale positive; Bien-être; Mental health

Well-being; Pandemic.

Table des matières

Sommaire.....	4
Chapitre 1.....	8
Introduction générale	8
Chronologie de la première vague de la pandémie au Québec	9
Santé mentale en contexte d'épidémie	13
Effets néfastes liés aux contextes d'épidémies	14
Facteurs contributifs aux effets néfastes.....	14
Effets positifs liés au contexte d'épidémie	15
Facteurs contributifs aux effets positifs.....	15
Effets néfastes sur la santé mentale liés au contexte de pandémie	16
Facteurs contributifs aux effets néfastes.....	17
Effets positifs sur la santé mentale liés au contexte de pandémie.....	18
Facteurs contributifs aux effets positifs.....	20
Synthèse et limite des études	21
Santé mentale positive : théorie et concepts	22
Les composantes de la santé mentale	24
L'approche hédonique.....	24
Mesurer la santé mentale positive	26
Continuum de santé mentale version courte (Mental Health Continuum-Short Form)	26
Les déterminants de la santé mentale positive	28
Les stratégies d'adaptation ou de coping.....	28
Objectifs poursuivis	30
Chapitre 2.....	31
L'article scientifique	31
Résumé	32
Abstract.....	32
Introduction.....	34

Concept de coping	34
Santé mentale positive	35
Objectifs de l'étude	36
Méthode	36
Source des données	36
Questions ouvertes	37
Participants.....	38
Instrument de mesure.....	38
Analyse qualitative.....	39
Résultats.....	39
Analyses statistiques	44
Discussion.....	45
Limites	48
Conclusion	49
Références.....	51
Chapitre 3.....	54
Conclusion générale	54
Références.....	58
APPENDICE A	64

Chapitre 1

Introduction générale

La pandémie actuelle du coronavirus est sans précédent en ce sens qu'elle affecte le monde entier collectivement, et ce, depuis maintenant plus de deux ans. En janvier 2020, l'Organisation mondiale de la santé [OMS] a déclaré l'épidémie d'une nouvelle infection à coronavirus, COVID-19, comme une urgence de santé publique de portée mondiale. L'expérience partagée offre à la communauté mondiale une occasion rare d'apprendre les uns des autres. Elle nous offre à nous chercheurs, une occasion unique d'en apprendre davantage sur les conséquences d'une telle situation de crise sur l'être humain et des façons d'y faire face.

Chronologie de la première vague de la pandémie au Québec

Le premier cas de personne infectée par le coronavirus au Québec a été déclaré le 27 février 2020. Le 11 mars 2020, des mesures de santé publique sont mises en place dont l'isolement des voyageurs de retour au Québec, l'interdiction de rassemblements de plus de 250 personnes et l'incitation au télétravail. Le 13 mars, l'adoption d'un décret par le gouvernement du Québec déclenche l'état d'urgence sanitaire, conformément à la Loi sur la santé publique, pour une période de 10 jours. Tous les établissements scolaires primaires, secondaires, collégiaux et universitaires, ainsi que les centres de la petite enfance et les garderies sont fermés pendant deux semaines, soit du 16 au 30 mars. Pendant tout le mois de mars, les mesures se succèdent et s'additionnent : les personnes de 70 ans et plus sont appelées à rester à la maison, interdiction de visites non essentielles dans les CHSLD, hôpitaux, les centres pour personnes âgées et la santé publique instaure une mesure de distanciation physique (1 mètre) (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2021).

Le 15 mars, le premier ministre Legault annonce de nouvelles restrictions qui forcent la fermeture de plusieurs lieux de loisirs et de divertissement comme les centres d'entraînement, les bars, les cabanes à sucre, les salles de spectacles, les piscines, les arénas et les centres de ski. Les

restaurants doivent réduire de moitié de la capacité maximale de clients et les activités des églises, y compris les messes, sont annulées.

Le 16 mars, le gouvernement fédéral annonce que la frontière canadienne sera fermée à tous, sauf aux citoyens canadiens et aux membres de leur famille immédiate, aux résidents permanents, aux citoyens américains, aux équipages de conduite et aux diplomates.

Le 20 mars, le gouvernement interdit les rassemblements intérieurs et impose de maintenir une distance de deux mètres en tout temps lors des rassemblements extérieurs, avec certaines exceptions, dont entre autres, les occupants d'une résidence privée.

Le 22 mars, le gouvernement du Québec ordonne la fermeture, à compter de minuit, des centres commerciaux, des salles à manger des restaurants, des salons de coiffure et d'esthétique jusqu'au 1^{er} mai. Il prolonge également la fermeture des écoles et des services de garde jusqu'à cette date. Le lendemain, on annonce la fermeture de toutes les entreprises et tous les commerces non essentiels jusqu'au 13 avril.

Le 5 avril, François Legault annonce que les entreprises et commerces non essentiels resteront fermés trois semaines de plus qu'annoncé, c'est-à-dire jusqu'au 4 mai. Au mois de mai, des assouplissements progressifs sont autorisés : Réouverture des établissements préscolaires et primaires et des services de garde, réouverture complète de l'industrie de la construction et partielle de la fabrication manufacturière.

Certaines activités récréatives individuelles sans contact (ex. golf, canot, randonnée) sont autorisées pour l'ensemble des régions ainsi que l'accès progressif à certains territoires de la Société des établissements de plein air du Québec (SEPAQ). Le 20 mai, le gouvernement annonce qu'à partir du vendredi 22 mai, le nombre de personnes qui peuvent se réunir dans un lieu privé extérieur, antérieurement sans restriction, est restreint à 10 personnes, mais celles-ci sont désormais tenues de maintenir une distance de 2 mètres entre elles dans la mesure du

possible. Les rassemblements à l'intérieur demeurent interdits. L'ouverture des musées et des comptoirs de prêts des bibliothèques, des cinéparcs et des centres commerciaux est annoncée sauf pour ceux situés en dehors de la Communauté métropolitaine de Montréal et de la MRC de Joliette.

En juin 2020, les services de soins de santé (dentiste, psychologue, optométrie, etc.) sont de nouveau offerts et les autorités autorisent la réouverture des établissements de camping de pourvoirie et des marinas pour l'ensemble du Québec ainsi que celle des palais de justice, des salles de spectacle sans public pour captation et des studios d'enregistrement musicaux et sonores.

Le 8 juin le gouvernement annonce la reprise de la restauration sur place avec normes sanitaires à respecter et autorisation de rassemblements intérieurs dans des lieux privés (à condition que ce soit un maximum de 10 personnes provenant d'un maximum de 3 ménages).

Le 15 juin, le gouvernement annonce que les rassemblements jusqu'à 50 personnes seront permis dans les lieux publics intérieurs, sauf les bars, à partir du 22 juin. La distance à respecter sera de 1,5 mètre dans les endroits où les gens sont assis et ne parlent pas, au lieu des 2 mètres qui sont requis dans tous les autres cas. La distance entre les enfants de moins de 16 ans, tous lieux confondus, passe à 1 mètre à partir du 22 juin (Maltais, 2020).

Le 25 juin, le Dr Horacio Arruda, directeur national de la santé publique, annonce le déconfinement de tous les secteurs, mis à part les festivals et autres grands rassemblements, les camps de vacances (avec séjour) et les sports de combat.

L'INSPQ indique le 11 juillet comme étant la fin de la première vague. Le 15 juillet, le ministre du Travail autorise le retour au travail dans les bureaux à un maximum de 25% de

capacité. Le 18 juillet, le port du masque devient obligatoire partout au Québec dans les endroits publics fermés.

En août, la limite du nombre de personnes pour les rassemblements dans les lieux publics passe de 50 à 250 personnes et le ministre de l'Éducation présente le plan de la rentrée scolaire qui inclut notamment le port du couvre-visage pour tous les élèves à partir de la 5e année du primaire lors de leurs déplacements à l'intérieur de l'école et dans les transports scolaires ou publics ainsi que des groupes-classes stables (INSPQ, 2021 ; Fortier et Crête, 2020).

En septembre, les activités parascolaires et les sports de combat reprennent. Le gouvernement instaure un système d'alertes régionales par palier selon un code de 4 couleurs : vigilance (vert), préalerte (jaune), alerte modérée (orange) et alerte maximale (rouge) qui incluent pour chacune des mesures restrictives.

Le 25 septembre, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Christian Dubé, annonce le lancement du *défi 28 jours*, pendant lequel il demande à l'ensemble des Québécois de limiter au maximum leurs contacts pour une période de 28 jours (du 1er au 28 octobre) afin de freiner la 2e vague. En octobre, des mesures spécifiques s'ajoutent au palier rouge :

- Seuls les habitants d'une même adresse peuvent se rassembler.
- Les activités de groupe organisées dans un endroit public intérieur seront interdites.
- Les lieux accueillant un auditoire (salles de spectacle, cinémas, théâtres, bibliothèques, musées) seront fermés.
- Les bars, brasseries, tavernes et casinos seront fermés ainsi que les salles à manger des restaurants.

Les déplacements non essentiels vers une région verte, jaune ou orange et à l'extérieur du Québec seront non recommandés et des points de contrôle policier aléatoires pour assurer le respect des consignes et limiter les déplacements non essentiels entre régions. Plusieurs secteurs passent en palier rouge. Le 26 octobre, François Legault annonce que les restrictions dans les zones rouges sont prolongées de quatre semaines supplémentaires, soit jusqu'au 23 novembre.¹

Les points de presse du gouvernement sur la situation au Québec quant à la Covid-19 ont été quotidiens du mois de mars à mai 2020 pour passer ensuite à 3 jours par semaine de mai à octobre 2020.² L'état d'urgence sanitaire a été renouvelé 42 fois entre le 13 mars et le 28 octobre 2020.³ C'est dans ce contexte-ci, de la première vague, que s'est déroulée notre enquête sur la santé mentale positive.

Santé mentale en contexte d'épidémie

L'épidémie d'Ebola de 2013 à 2016, l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2002/2003, la pandémie de grippe H1N1 en 2009, l'épidémie de syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) en 2012 sont toutes des flambées de maladies infectieuses comparables à la pandémie actuelle de coronavirus (Covid-19) et qui ont affecté significativement le bien-être psychologique des communautés à travers le monde. Plusieurs études ont été faites pour identifier les difficultés psychosociales vécues et trouver des réponses ainsi que des solutions. Voici un bref résumé des effets néfastes et positifs liés à ces contextes ainsi que les facteurs contributifs associés.

¹ <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps>

² <http://www.assnat.qc.ca/fr/recherche/recherche-avancee.html>

³ <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/mesures-prises-decrets-arretes-ministeriels>

Effets néfastes liés aux contextes d'épidémies

Des études portant sur les réponses psychosociales de la population générale face à l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), l'épidémie d'Ebola ainsi que l'épidémie de H1N1 identifient des thèmes communs. Ceux-ci sont l'anxiété, la peur, la dépression, la colère, la culpabilité, le chagrin et la perte de repères, le stress post-traumatique et la stigmatisation (Chew , Wei, Vasoo, Chua et Sim, 2020 ; Peng , Lee , Tsai, Yang, Morisky *et al.* , 2010 ; Sim et Chua, 2004 ; Taha, Matheson, Cronin, et Aniston, 2014). Certaines études ont également observé une augmentation du tabagisme, de la consommation d'alcool et de drogues (Aiello, Young-Eun Khayeri, Raja, Peladeau, Romano *et al.* , 2011; James, Wardle, Steel et Adams , 2019).

Facteurs contributifs aux effets néfastes

Les principaux facteurs associés aux symptômes dépressifs sont le décès d'être cher, la perte de repères et des biens matériels, mais aussi de leur identité et leurs rituels (Grech , 2020 ; McCauley , Minsky et Viswanath , 2013 ; Pfefferbaum, Schonfeld, Flynn, Norwood, Dodgen *et al.* , 2012 ; Schwerdtle , De Clerck et Plummer , 2017). Les pertes subies par les personnes touchées lors des flambées de SRAS et de H1N1 étaient souvent liées à la perte de leur mode de vie habituel. Les adultes plus jeunes et d'âge moyen semblent ressentir des niveaux de colère plus élevés que les adultes plus âgés. La colère et la frustration ont été attribuées aux informations contradictoires concernant la maladie (Pfefferbaum *et al.* , 2012 : Sim et Chua, 2004).

Certaines populations ont également été identifiées comme étant davantage à risque de présenter de la détresse psychologique lors d'épidémies précédentes : les enfants et les adolescents, les personnes âgées vivant seules ou handicapées, les femmes, les personnes avec un faible niveau d'éducation ou vivant sous le seuil de la pauvreté , les personnes qui présentent un historique de problème de santé mentale ainsi que les personnes qui n'ont pas de soutien social adéquat (INESS, 2020). En contexte pandémique, certains groupes ethnoculturels seraient davantage à risque de subir des conséquences tant sur le plan sanitaire que socioéconomique,

comme les communautés d'origine asiatique et les communautés autochtones éloignées (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2020). En effet, selon Tishner et Zorn (2020), la communauté asiatique immigrée serait victime de stigmatisation de la part des habitants de leur terre d'accueil, car le virus provient de la Chine et les communautés autochtones éloignées sont touchées par la baisse du trafic aérien donc la diminution des services disponibles.

À noter qu'en termes de changements longitudinaux, les études démontrent que les cognitions négatives et les réactions émotionnelles avaient tendance à diminuer au fil du temps (Chew *et al.*, 2020). Les stratégies d'adaptation spécifiques à la situation (pratiques d'hygiène personnelle et évitement des foules) étaient plus prédictives des changements dans les niveaux d'anxiété que les habitudes de vie ou le comportement de recherche d'information (Pfefferbaum *et al.*, 2012).

Effets positifs liés au contexte d'épidémie

Des changements positifs et une croissance post-traumatique à la suite de l'épidémie ont été observés dans deux études liées au SRAS (Leung ,Lam, Ho, LM., Ho, SY., Chan, Wong, Hedley, 2003 ; Peng *et al.*, 2010) une étude liée à Ebola (James *et al.*, 2019). Les principaux effets sont l'autonomisation à travers l'épreuve, mais aussi un plus grand sentiment d'empathie et de compassion envers les autres. Les survivants ont également signalé un changement de perspective sur la vie et leurs rôles professionnels. Certains ont commencé à redéfinir leurs priorités de vie tandis que les travailleurs de la santé qui sont tombés malades ont commencé à comprendre l'importance de fournir un soutien psychologique en période de crise (Chew *et al.*, 2020, Aiello *et al.*, 2011).

Facteurs contributifs aux effets positifs

Les stratégies d'adaptation adoptées par les personnes dont la santé mentale était plus positive comprenaient la recherche d'alternatives, la préservation de soi et des autres, la recherche de soutien social, l'évitement et l'évaluation positive de la situation (Chew *et al.*, 2020 ; Aiello *et al.*, 2011 ; Leung *et al.*, 2003 ; James *et al.*, 2019 ; Schwerdtle *et al.* 2017 ; Sim et Chua, 2004).

Effets néfastes sur la santé mentale liés au contexte de pandémie

Il convient de souligner que la détresse et l'anxiété sont des réactions normales à une situation aussi menaçante et imprévisible que la pandémie de coronavirus. Selon plusieurs études, les réactions fréquentes liées au stress en réponse à la pandémie de coronavirus peuvent inclure des changements de concentration, de l'irritabilité, de l'anxiété, de l'insomnie, la colère, la nervosité, un sentiment d'impuissance, un sentiment de blâme à l'endroit des personnes infectées, des inquiétudes financières, une productivité réduite et des conflits interpersonnels (Andrea, Stelnicki, et Reichert, 2020 ; Anil Kakunje, R. M., M. Kishor, 2020 ; Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J. et Lu, L. , 2020 ; Chew, Q., Wei, K., Vasoo, S., Chua, H. et Sim, K, 2020 ; Dubé, Hamel, Rochette, Dionne, Tessier et Roberge, (2020) ; INESSS, 2020 ; Vinkers, 2020).

On voit aussi le développement ou l'aggravation de comportements à risque (ex. : utilisation excessive d'alcool, isolement), de symptômes dépressifs, anxieux, somatiques, obsessionnels-compulsifs d'idéations et de crises suicidaires, des symptômes de stress post-traumatique, la survenue d'attaques de panique et d'épisodes de psychoses ainsi que des troubles d'internalisation (Bao *et al.*, 2020 ; Dubé *et al.*, 2020 ; INESS, 2020).

En plus de la menace du virus en soi, il ne fait aucun doute que les mesures de quarantaine, qui sont en place dans de nombreux pays, ont également des effets psychologiques négatifs, augmentant ainsi encore les symptômes de stress mentionnés ci-dessus. Plusieurs études rapportent des effets liés directement aux mesures restrictives (confinement) qui peuvent contribuer au sentiment d'anxiété sociale, de peur et de panique, de même qu'à la stigmatisation de certains groupes (Chew, Q., Wei, K., Vasoo, S., Chua, H. et Sim, K., 2020; Grech, P., 2020 ; INESSS, 2020). Les résultats des sondages réalisés entre mars et mai 2020, durant la pandémie de la COVID-19, indiquaient que plus d'un Québécois(es) sur dix vivait une détresse psychologique problématique et percevait sa santé mentale comme passable ou mauvaise. Près de quatre personnes sur dix rapportaient que leurs sentiments d'anxiété et d'inquiétude avaient augmenté dans les quinze jours précédents le sondage (INESSS, 2020).

Les données sur la détresse psychologique dans la population québécoise recueillies en 2013-2014 lors de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) indiquaient que 2 % des adultes québécois vivaient une détresse psychologique problématique. Les données de l'ESCC de 2015-2016 rapportaient que 4,8 % des adultes québécois percevaient leur santé mentale comme passable ou mauvaise (Statistiques Canada, 2013). Il semble que la pandémie ait eu des conséquences sur la santé mentale d'une proportion non négligeable des adultes du Québec même si les comparaisons doivent être faites avec prudence étant donné les différences méthodologiques entre les sondages « Web » et les enquêtes populationnelles (INESS, 2020).

Facteurs contributifs aux effets néfastes

L'isolement social, les emplois précaires ou pertes d'emploi favorisent également le stress et l'anxiété. D'autres facteurs individuels tels que l'intolérance à l'incertitude, la vulnérabilité perçue face à la maladie, ainsi qu'une tendance à l'anxiété/inquiétude semblent favoriser la détresse psychologique et émotionnelle (Vinkers, 2020).

Le manque d'information et la désinformation provenant des médias/médias sociaux ou les nouvelles ou images sensationnalistes ont été identifiés comme un élément accentuant la peur liée à la santé, la panique et les phobies (Bao *et al.*, 2020 ; Choi , Heilemann, Fauer et Mead, 2020). La durée de la quarantaine, la peur pour sa propre santé ou peur d'infecter les autres, la frustration et l'ennui causés par le confinement, la perte de routine, la réduction des contacts sociaux et physiques, le retrait d'activités normalement associées au maintien du bien-être (ex : gymnases, lieux de culte, restaurants, centres d'amusement, le manque de provisions de bases (ex. : nourriture, eau, vêtements, habitation), les informations inadéquates, les pertes financières, le stigma et le rejet social sont des facteurs susceptibles d'influencer négativement la santé mentale et le bien-être psychologique des personnes en confinement (Anil Kakunje, 2020 ; Bao *et al.*, 2020 ; Choi *et al.* , 2020 ; Dubé *et al.*,2020 ; Grech, 2020 ; INSPQ, 2020).

Il semble qu'au Québec, ce sont les femmes et les jeunes adultes qui subissent les conséquences les plus importantes sur leur bien-être psychologique et émotionnel (INESSS, 2020 ; INSPQ, 2021). Une revue critique des évidences provenant d'études longitudinales Émergentes couvrant la période pré- et intrapandémique et effectuée par des chercheurs québécois (Chadi, Ryan et Geoffroy, 2022) montre un portrait nuancé et complexe de l'impact de la pandémie sur la santé mentale des enfants, adolescents et jeunes adultes. Ils constatent une augmentation de certains troubles tels que les troubles internalisés, utilisation de substances, trouble externalisé, idéation suicidaire et trouble du comportement alimentaire ont été observés. Les impacts varient selon les mesures de confinement, les fermetures d'école ainsi que selon les facteurs de risque et de protection des individus (Chadi, Ryan, & Geoffroy, 2022).

Dans plusieurs pays, les travailleurs de la santé et de première ligne signalent des niveaux élevés de symptômes de dépression et d'anxiété, d'insomnie, de détresse psychologique et de traumatismes vicariants liés à la Covid-19 (Anil Kakunje, 2020 ; Bao *et al.*, 2020 ; Choi *et al.*, 2020 ; Stelnicki, Carleton et Reichert, 2020). Une étude plus récente réalisée auprès de travailleurs de la santé britanniques confirme également que les participants avaient un faible niveau de bien-être émotionnel et spirituel au début de la crise en 2020 (Rogers, Windle, Wu, Taylor et Bale, 2022).

Effets positifs sur la santé mentale liés au contexte de pandémie

Certains effets positifs ont été rapportés au début de la pandémie, notamment l'augmentation de la cohésion sociale, du soutien familial et de l'attention portée à sa propre santé mentale (Hoay Khoo, Morsillo et Zhang, 2020). Un sondage transversal mené auprès de 622 adolescents illustre également ces effets chez des adolescents qui rapportent comme effets positifs le fait de passer plus de temps en famille, l'amélioration de leurs relations, avoir plus de temps libres pour se reposer, faire de l'exercice et pratiquer des loisirs. Certains mentionnent le fait d'économiser ou de gagner plus d'argent. Plusieurs jeunes ont rapporté avoir amélioré leur santé mentale en développant une meilleure introspection et la capacité de prendre soin d'eux-mêmes. Des adolescents qui vivaient des problèmes de consommation et d'anxiété avant la

pandémie disent avoir cessé de consommer des substances et vivre moins d'anxiété liée au travail et à l'école depuis (Hawke, Barbic, Voineskos, Szatmari, Cleverley *et al.*, 2020).

Une étude qualitative (Hoay Khoo, 2020) avec entretiens semi-directifs a été menée en avril 2020 avec une équipe d'assistance médicale récemment revenue de leur tâche de première ligne à Wuhan, en Chine. Alors que les chercheurs s'attendaient à observer des dommages psychologiques et émotionnels, le portrait fut différent. Les membres de l'équipe étaient énergiques, positifs et motivés par de nouvelles significations acquises dans leur vie et leur travail. En effet, les participants rapportent s'être sentis soutenus chaleureusement par les membres de la communauté et par leurs familles. Leurs besoins de base et leur sécurité étaient bien assurés par le gouvernement ainsi que par les hôpitaux qui les ont accueillis. Ils rapportent également un soutien significatif des collègues, et un fort sentiment de camaraderie qui s'est développé entre eux. Plusieurs témoignent que cette expérience leur a permis de développer un nouveau sens par rapport à leur travail et à la vie en général.

Des manifestations de solidarité citoyenne et de compassion ont aussi été observées, constituant ainsi un facteur de protection pour les personnes en situation de vulnérabilité face à la COVID-19 ainsi que pour les personnes que le contexte de pandémie a précipité dans une situation socio-économique précaire (Dubé, Hamel, Rochette, Tessier et Roberge, 2020).

Au Québec, du 21 mars au 31 mai 2020, l'INSPQ (2020) a effectué des sondages quotidiens auprès d'échantillons de 1 000 adultes québécois. Les questions portaient spécifiquement sur les perceptions des répondants quant à leur santé mentale et leur bien-être afin de mesurer la détresse psychologique, le bien-être émotionnel et le niveau de sentiment d'anxiété et d'inquiétude conséquemment à la pandémie. Les premiers résultats démontrent que malgré une augmentation des sentiments d'anxiété et d'inquiétude chez 39% des répondants, une grande proportion des échantillons avait un score de bien-être émotionnel élevé. «Globalement, la majorité des répondants vivaient un bien-être émotionnel élevé. Le score de bien-

être émotionnel augmentait avec l'âge. Par exemple, pour la période du 21 au 31 mai, ce score passait de 77 % chez les 18-24 ans à 92 % chez les 70 ans ou plus » (INSPQ, 2020, p.3).

Ces sondages web de l'INSPQ se sont poursuivis chaque semaine et depuis le 1er juillet 2020, 3 300 adultes y répondent chaque semaine. Le questionnaire d'environ 60 questions est ajusté selon l'évolution de la pandémie et des mesures recommandées par la santé publique. Les derniers résultats ont été publiés en janvier 2021 et concernent des données recueillies entre le 27 novembre et le 9 décembre 2020. Les résultats restent sensiblement les mêmes concernant le niveau de bien-être émotionnel des 70 ans et plus qui se maintient à 92%, mais les scores des 18-24 ont chuté à 70%. De façon générale, tous âges et sexes confondus, les scores de bien-être émotionnel ont baissé de 87% à 81% entre le mois de mai et le mois de décembre 2020 (INSPQ, 2021).

Une récente méta-analyse recensant des études jusqu'à décembre 2020 et qui a mesuré la prévalence de santé mentale à partir des deux continuums révèle que « la prévalence du bien-être était supérieure à celle des indicateurs psychopathologiques, suggérant que des composantes protectrices de la santé mentale étaient présentes pendant cette pandémie » (Blasco-Belled, Tejada-Gallardo, Fatsini-Prats et Alsinet, 2022, p.5). Selon ces auteurs, ceci peut s'expliquer par le fait que dans la recherche sur le bien-être, les estimations du bien-être sont généralement décrites comme des variables d'un même continuum. Ces variables concernent des aspects du bien-être qui vont au-delà de l'absence de psychopathologie pour expliquer la santé mentale des individus.

Facteurs contributifs aux effets positifs

Les facteurs les plus souvent associés à une santé mentale positive maintenue au début de la pandémie sont la connexion au réseau social et familial, que ce soit passer plus de temps en famille durant le confinement ou se connecter à distance avec les amis, la famille et bénéficier d'un soutien social (Bao *et al.*, 2020; Chew *et al.*, 2020 ; Hawke *et al.*, 2020 Hoay Khoo, 2020; Vinkers, 2020). Le rapport du 12 janvier 2021 de l'INSPQ révèle également des

niveaux de bien-être émotionnels plus élevés chez la population vivant en milieu rural ou dans des petites villes, cohabitant sous le même toit, plus favorisés matériellement et travaillant à temps complet. De plus, les travailleurs et bénévoles de la santé figurent parmi ceux qui ont les scores de bien-être émotionnel élevé (INSPQ, 2021).

Une analyse croisée (Yu et Lin, 2020) a indiqué que les étudiants universitaires qui avaient rapporté un niveau de signification plus élevé dans la vie manifestaient plus d'émotions de bien-être social et bien-être psychologique. En d'autres termes, le sens donné à la vie et la santé mentale s'interinfluencent. Se centrer sur les aspects positifs de sa vie, reconnaître les ressources (les aspects physiques, sociaux et psychologiques) présentes autour de nous et recherchant leurs forces en nous basant sur de petites expériences quotidiennes peut renforcer la résilience personnelle (Yamagushi, Takebayashi, Miyamae, Komazawa, Yokoyama *et al.*, 2020). Pratiquer régulièrement des exercices physiques, exercer un loisir, expérimenter des méthodes de relaxation comme le yoga et avoir un bon sommeil (Anil Kakunje, 2020 ; Bao *et al.*, 2020), l'accès à des milieux de vie et environnement médiatique inclusifs bienveillants et sécuritaires, la présence de soutien social ainsi que la possibilité de participer à la vie économique et sociale sans discrimination sont toutes des conditions favorables à la santé mentale et au bien-être des personnes dans le contexte actuel de pandémie (Dubé *et al.*, 2020 ; INSPQ, 2020). Et enfin, l'amélioration de la résilience et des stratégies d'adaptation renforcée par une meilleure compréhension de soi (INSPQ, 2020 ; Vinkers, 2020 ; Yamagushi *et al.*, 2020). Ces résultats proviennent du début de la pandémie donc le portrait a pu changer depuis.

Synthèse et limite des études

Les études recensées dans la présente revue nous permettent de constater que l'anxiété, la dépression, les troubles d'utilisation des substances, l'aggravation de troubles psychologiques déjà présents, l'isolement et la stigmatisation sont tous des effets observés lors des flambées de maladies infectieuses passées et celle de coronavirus qui sévit actuellement. Les études nous permettent également d'identifier certains facteurs de protection récurrents dans des contextes semblables soit : le soutien social adéquat, les stratégies d'adaptation centrées sur le problème et

sur l’émotion, l’information claire et le sentiment de cohésion sociale. La pandémie actuelle de COVID-19 a la particularité d’affecter toutes les populations en même temps et plonge les populations dans une incertitude et une précarité sans précédent. Les conséquences sur le bien-être psychologique, émotionnel et social des individus sont nombreuses et si les mesures sanitaires permettent d’épargner la santé physique d’une grande partie de la population, la santé mentale de tous est affectée. À ce jour, les études sur les effets de la pandémie se multiplient et la plupart de celles qui concernent les stratégies de coping sont en lien avec les niveaux de détresse et les troubles de santé mentale. Il est donc pertinent d’explorer les stratégies qui sont associées à des niveaux de santé mentale optimale (florissante) et en de tenter d’en extraire des recommandations pour favoriser la santé mentale de la population québécoise.

Santé mentale positive : théorie et concepts

L’Organisation mondiale de la santé (OMS, 2022) définit la santé mentale comme « Un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d’être en mesure d’apporter une contribution à la communauté »⁴. L’Agence de la santé publique du Canada (2006) la décrit comme :

La capacité qu’à chacun d’entre nous de ressentir, de penser et d’agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s’agit d’un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l’importance de la culture, de l’équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle⁵.

Force est de constater que les définitions universelles de la santé mentale impliquent un ensemble de facteurs nécessaires au bien-être de tout être humain. C’est dans le but d’identifier et

⁴ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

⁵ <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-mentale/promotion-sante-mentale.html>

d'opérationnaliser ces facteurs que les chercheurs en sciences sociales font des recherches sur le bien-être depuis de nombreuses années. Cette recherche, visant à exploiter la façon dont les individus perçoivent leur existence, a abouti à une multitude de façons de définir et de mesurer le bien-être. Traditionnellement, la santé et le bien-être ont été assimilés à l'absence de maladie, trouble ou problème. La recherche contemporaine suggère que le bien-être n'est pas simplement l'absence de dysfonctionnement, mais se traduit par la présence d'actifs, de forces et d'autres attributs positifs (Keyes, 2007).

En ce sens, une nouvelle conceptualisation de la santé mentale dans sa dimension positive a été proposée au cours des dernières décennies ; elle suggère que la santé mentale existe au-delà de l'absence de troubles mentaux et se définit plus justement par le niveau de bien-être. « Cette définition holistique de la santé mentale renvoie au **modèle des deux continuums** pour décrire l'état de santé mentale » (Caron et Doré, 2017, p.127). Ce modèle considère la santé mentale et la maladie mentale comme deux phénomènes distincts, mais corrélés (Keyes, 2002). Le premier continuum illustre l'absence-présence de troubles mentaux tandis que le deuxième continuum présente le niveau de santé mentale. L'état de santé mentale complète se situe sur le modèle à deux continuums à la croisée de l'absence de trouble mental et d'un niveau élevé ou optimal de santé mentale (Caron et Doré, 2017).

Figure 1. Modèle à un seul continuum et modèle à deux continuums

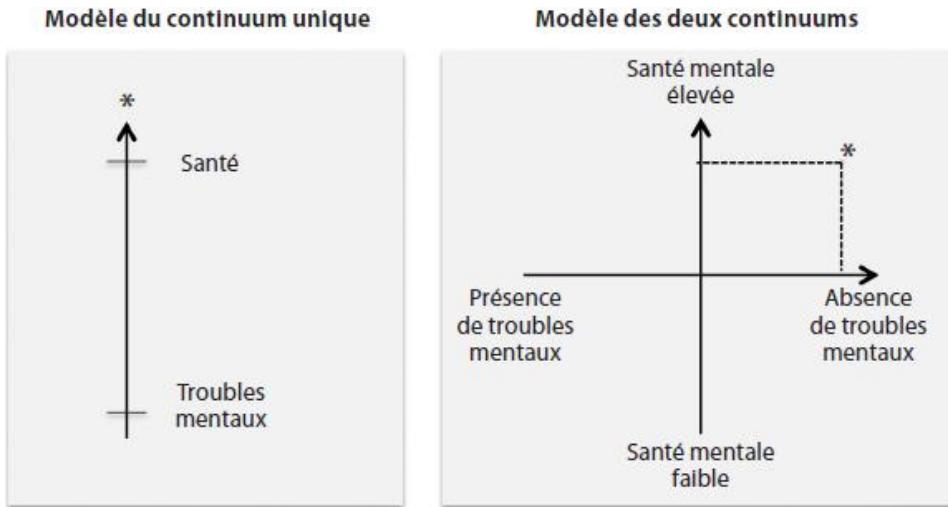


Tableau tiré de Caron et Doré, 2017, p.127.

Les composantes de la santé mentale

La santé mentale positive (SMP) est un concept multidimensionnel. Chaque dimension est reliée à divers aspects de la santé et est influencée par plusieurs facteurs (Institut canadien d'information sur la santé, 2009 ; Caron et Doré, 2017).

D'abord, les approches hédoniques et eudémoniques ont grandement contribué à développer la perspective positive de la santé mentale (Caron et Doré, 2017). Ces deux dimensions sont considérées comme qualitativement distinctes, mais interreliées (Waterman, Schwartz et Conti, 2008).

L'approche hédonique

La tradition hédonique provient des concepts de certains philosophes, psychologues tels qu'Aristippus, Bentham, Kraut, Diener. Ils admettent que le bien-être est l'expérience des états émotionnels positifs, du bonheur subjectif et de satisfaction des désirs, et la maximisation du plaisir en minimisant les douleurs (Deci et Ryan, 2008 ; Waterman, 2008).

Selon l'approche hédonique, le bien-être se définit par le degré de sentiments positifs (par exemple, le bonheur) vécu et par le niveau de satisfaction d'une personne à l'égard de sa vie dans son ensemble. Il reflète les émotions, la cognition et comprend le bien-être subjectif et émotionnel. Par exemple, plus la situation de vie d'une personne est conforme à ses attentes, aspirations et objectifs, plus il aura d'affects positifs et meilleure sera sa satisfaction à l'égard de la vie. Plus cette distance est grande, plus la situation est génératrice de stress et d'affects négatifs, produisant une évaluation moins positive de sa satisfaction à l'égard de la vie (Caron et Doré, 2017 ; Keyes, 2002 a ; 2007 b ; Ryff, 1989).

L'approche eudémonique

Selon la conception eudémonique, ces sentiments peuvent paraître moins importants dans la vie de l'individu et n'aboutissent pas nécessairement à l'atteinte des buts de ce dernier ni à sa croissance personnelle. C'est en cela que l'approche eudémonique est complémentaire à l'hédonisme bien que les deux concepts soient étroitement liés. Selon Deci et Ryan (2008), le concept eudémonique considère la poursuite du but, le développement et l'actualisation du potentiel humain dans une perspective d'amélioration de la vie (Deci et Ryan, 2008 ; Waterman, 2008). Cette approche conçoit le bien-être comme résultant du fonctionnement individuel et social de l'individu (Caron et Doré, 2017).

Le fonctionnement individuel réfère au « bien-être psychologique » et Ryff (1989) propose un modèle qui intègre six dimensions : acceptation de soi, relations positives avec les autres, croissance personnelle, but dans la vie, contrôle de son environnement et autonomie.

De son côté, Keyes (2002) propose un modèle multidimensionnel du « bien-être social » qui réfère au fonctionnement de l'individu dans la société. Ce modèle cible les tâches et défis liés à l'actualisation de l'individu dans la sphère sociale selon cinq dimensions : cohérence sociale, actualisation sociale, intégration sociale, acceptation sociale et contribution sociale.

Le bien-être émotionnel (hédonique), le bien-être psychologique et le bien-être social (eudémonique) sont les concepts utilisés pour définir la santé mentale positive. Cette définition de la SMP de Keyes englobe la dimension positive et holistique de la santé mentale et elle se marie bien à la définition de la santé mentale de l'OMS (Keyes, 2002; Orpana, Vachon, Dykxhoorn, McRae, et Jayaraman, 2016). De façon générale, son concept comprend les aspects émotionnels (affect / sentiment), psychologiques (fonctionnement positif, but dans la vie), sociaux (relations avec les autres et la société) ainsi que le bien-être spirituel (Agence de santé publique Canada, 2016; Keyes, 2002a, 2005b ; Lamers, S.M., 2012).

Mesurer la santé mentale positive

Cette compréhension conceptuelle de la santé mentale positive a entraîné le développement de plusieurs instruments pour mesurer ses dimensions et sous-dimensions. Les plus utilisés sont l'Échelle de bien-être social (*The Social Well-Being Scale*) (Keyes, 1998), L'Échelle de satisfaction de vie (*Satisfaction with Life Scale*) (Pavot et Diener, 2008), l'Échelle du bien-être psychologique (Ryff, 1989), Le Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) (Tennant, Hiller, Fishwick. Platt, Joseph *et al.*, 2007) et le Continuum de santé mentale version courte (*Mental Health Continuum-Short Form*) (Keyes, 2008). Ce dernier sera utilisé dans le cadre de la présente étude.

Continuum de santé mentale version courte (*Mental Health Continuum-Short Form*)

Le Continuum de santé mentale (CSM) est un outil de mesure de la santé mentale positive développé par Keyes (2008) à partir d'un modèle à trois facteurs de bien-être : le bien-être émotionnel, le bien-être psychologique et le bien-être social. Le volet sur le bien-être émotionnel vise à évaluer les émotions positives, la satisfaction à l'égard de la vie et l'intérêt pour la vie. Le volet sur le bien-être psychologique évalue le fonctionnement dans six domaines : l'autonomie, la maîtrise, l'épanouissement personnel, les relations positives avec les autres, les buts dans la vie et l'acceptation de soi. Le volet sur le bien-être social s'appuie quant à lui sur les travaux de Keyes et il fait état de la perception des individus à l'égard de leurs expériences en société et s'articule

autour de cinq concepts : la contribution sociale, l'acceptation sociale, la cohérence sociale, la réalisation sociale et l'intégration sociale. L'outil CSM original comprend des sous-échelles du bien-être émotionnel, du bien-être psychologique et du bien-être social et repose sur 40 éléments. Keyes a utilisé un critère reposant sur la répartition pour déterminer un degré élevé de santé mentale positive, qualifiée de « florissante », et attribué aux répondants ayant obtenu un score dans le tertile supérieur d'au moins l'une des échelles de bien-être émotionnel et d'au moins six des onze échelles de bien-être social et psychologique.

Le questionnaire CSM initial étant trop long, Keyes a choisi certains éléments plus représentatifs de chacune des facettes du bien-être pour créer les 14 questions du Continuum de santé mentale –Questionnaire abrégé, largement utilisé aujourd'hui. Les items sont évalués sur une échelle à 6 points (0 = *jamais*, 5 = *tout le temps*). Un score est calculé pour l'échelle totale (0-70) ; une classification en trois catégories distinctes est également proposée et permet de distinguer trois niveaux de santé mentale : *florissante* , *modérée*, *languissante*. Ce continuum se divise également en deux niveaux soit la santé mentale optimale (florissante) et non optimale (modérée et languissante) (Caron, et Doré , 2017). Le Mental Health - Short Form (MHC-SF) a été traduit en plusieurs langues et des études de validation transculturelles ont été effectuées auprès d'adultes en Europe, en Afrique en Asie et Amérique (Guo, C., Tomson, Guo, J., Li, Keller et Söderqvist, 2015; Karaś, Cieciuch et Keyes, 2014.; Keyes *et al.*, 2008). Récemment, une étude a permis d'évaluer les propriétés psychométriques de la version canadienne-française de l'outil (Doré, O'Loughlin, Sabiston et Fournier, 2017). La structure interne à trois facteurs a été confirmée et correspond aux trois formes de bien-être (émotionnel, psychologique et social), les sous-échelles ont une consistance interne satisfaisante et l'invariance selon le sexe du MHC-SF est confirmée. Enfin, les scores du MHC-SF ont été comparés à des échelles de symptômes anxieux et dépressifs ; les résultats de plusieurs études soutiennent le modèle à deux continuums, suggérant que la santé mentale et les troubles mentaux sont des construits distincts, mais inversement corrélés (Keyes *et al.*, 2008 ; Doré *et al.*, 2017).

Les déterminants de la santé mentale positive

L'Agence de santé publique du Canada a élaboré un modèle dans une perspective d'établir un portrait de la SMP au Canada. Les auteurs énumèrent les facteurs de risque et de protection pouvant influencer la santé mentale positive et les ont répartis en quatre catégories : individuel, familial, communautaire, social (Orpana *et al.*, 2016).

Les facteurs individuels sont l'adaptation, l'état de santé, l'activité physique, la consommation problématique des substances, la violence, les expériences favorables dans l'enfance, la maîtrise de soi et l'auto-efficacité, la spiritualité et la résilience. Les facteurs familiaux concernent les relations familiales, le style parental, l'état de santé physique et mentale de la famille, la consommation de substances des membres de la famille, la composition du ménage et le revenu du ménage. Les facteurs communautaires comprennent le soutien social, l'environnement scolaire, l'environnement du travail, l'environnement social, l'implication communautaire, les réseaux sociaux et l'environnement physique du quartier. Pour finir, les facteurs sociaux sont les inégalités, la discrimination et la participation politique (Orpana *et al.*, 2016 ; Caron et Doré, 2017).

Les stratégies d'adaptation ou de coping

L'un des facteurs déterminants de la santé mentale positive porte sur la capacité à s'adapter aux événements de vie, renvoyant à la capacité à faire face avec succès aux événements et au stress par la mise en œuvre de stratégies émotionnelles, cognitives et comportementales adaptées. Une stratégie d'adaptation est considérée comme efficace lorsqu'elle permet à l'individu de retrouver son équilibre initial ou un nouvel équilibre tout en diminuant l'impact négatif sur son bien-être physique et psychique (Lazarus & Folkman, 1984).

Le terme « coping » est principalement utilisé dans la littérature et désigne « l'ensemble des processus cognitifs et comportementaux que la personne interpose entre elle et l'événement afin de maîtriser, réduire ou tolérer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et

psychologique » (Lazarus et Folkman, 1984, p.117). Pour ces auteurs, l'ensemble des moyens utilisés par les individus face à une situation stressante se regroupe au sein de deux grandes catégories. Celles-ci sont le coping centré sur le problème, c'est-à-dire des tentatives pour contrôler ou modifier la situation et le coping centré sur l'émotion, c'est-à-dire les tentatives pour contrôler ou modifier la tension émotionnelle induite par la situation. Paulhan (1992) mentionne que, dans le but de faire ressortir les types de stratégies utilisées selon ces deux dimensions principales, Lazarus et Folkman (1984) ont construit une échelle : *The ways of coping check-list*, composée de 67 items répartis en 8 sous-échelles décrites ci-dessous. Deux d'entre elles (1 et 2) sont centrées sur le problème et six (3-8) sont centrées sur l'émotion :

1. Résolution du problème, recherche d'information (par exemple pour établir un plan d'action)
2. Confrontation du problème (modifier la situation, agir sur le problème)
3. Prise de distance, minimisation de la menace (faire comme si rien ne s'est passé)
4. Réévaluation positive (j'en ressors plus fort)
5. Auto-accusation (c'est de ma faute ou notre faute)
6. Fuite-évitement (boire de l'alcool, manger pour se sentir mieux)
7. Recherche d'un soutien social (j'ai parlé avec quelqu'un pour ventiler)
8. Maîtrise de soi (j'essaie de ne pas céder à mes impulsions)

Le coping centré sur le problème impliquerait des stratégies orientées vers « le management » de l'événement. Il est orienté vers l'action dans le but de modifier la relation entre la personne et la situation stressante. Le coping centré sur l'émotion réfère à des stratégies cognitives qui agiraient plutôt sur l'attitude de la personne envers la situation et conséquemment sur l'émotion (Chabrol, 2013). Ces deux dimensions seraient utilisées dans des proportions variées selon des caractéristiques liées à l'individu, à la situation et à l'environnement (Paulhan, Bourgeois, 1995). Selon Paulhan (1992), l'important est « de considérer le coping comme une

stratégie multidimensionnelle de contrôle dont la finalité est le changement soit de la situation réellement menaçante, soit de l'appréciation subjective que le sujet s'en fait et donc de l'affect associé » (p.553).

Chabrol et Callahan (2013) soulignent l'importance de considérer la notion de contrôle, car celle-ci viendra influencer les stratégies d'adaptation utilisées. En général, le coping centré sur le problème serait pertinent pour réduire l'anxiété dans les événements contrôlables, mais aurait tendance à augmenter l'anxiété lorsque la situation est incontrôlable (Marx et Schultz, 1991).

Hartmann (2008) mentionne que dans une situation de stress sur laquelle nous n'avons pas de contrôle (comme la pandémie), les stratégies centrées sur le problème sont moins efficaces. En effet, face à une situation stressante, le comportement adopté n'entraîne pas toujours une maîtrise de cette situation, mais illustre seulement la manière dont la personne s'y prend pour y faire face (Chabrol et Callahan, 2013).

Objectifs poursuivis

À la lumière de ces éléments, la présente étude poursuivra les objectifs suivants : à partir des données recueillies par l'enquête en ligne effectuée dans le cadre de la recherche *Santé mentale positive au Québec au temps du coronavirus: État de la situation et recommandations* (Vrakas *et al.*, 2020). 1) identifier les répondants qui ont un score de santé mentale optimale (florissante) et non optimale (languissante et modérée) 2) explorer les réponses données à la question concernant les stratégies d'adaptation utilisées par les répondant.e.s pour tenter d'en ressortir les stratégies associées à la santé mentale optimale 3) proposer des recommandations ayant pour but de renforcer la santé mentale pour mieux affronter l'adversité à laquelle nous faisons encore face présentement et pour les situations futures.

Chapitre 2

L’article scientifique

Résumé

La pandémie de Covid-19 et les mesures sanitaires imposées à la population québécoise ont bouleversé les personnes, créant un stress majeur chez la majorité des gens. Il est reconnu que les individus mettent en place des stratégies d'adaptation pour faire face à ce qui menace leur bien-être. L'objectif de cette recherche exploratoire est de dresser un portrait des stratégies de coping utilisées durant la première vague pour s'adapter à la situation et étudier les liens avec les niveaux de santé mentale optimale et non optimale, le but étant d'identifier s'il y a des stratégies de coping associées à la santé mentale optimale. L'échantillon est de 428 personnes et les résultats montrent que 91,5% des répondants ont utilisé des stratégies centrées sur l'émotion dont les principales sont l'autodistraction, le soutien social et la maîtrise de soi. Un test-t effectué confirme que les personnes ayant une santé mentale optimale ont utilisé un plus grand nombre de stratégies centrées sur les émotions que celles ayant une santé mentale non optimale. Au total, 4,6% de l'échantillon total des individus ont utilisé des stratégies centrées sur le problème et parmi eux, 75% ont des niveaux de santé mentale non optimale. Cependant l'échantillon de 20 personnes dans cette catégorie n'est pas suffisant pour faire d'autres analyses.

Abstract

The Covid-19 pandemic and the health measures imposed on the Quebec population have affected people, creating major stress for the majority of them. It is recognized that individuals put in place coping strategies to deal with what threatens their well-being. The objective of this exploratory research is to draw a portrait of the coping strategies used during the first wave to adapt to the situation and to study the links with the levels of optimal (flourishing) and non-optimal (languishing and moderate) mental health. The goal is to identify if there are coping strategies associated with optimal mental health. The sample is 428 people and the results show that 91.5% of respondents used emotion-focused strategies, the main ones being self-distraction, social support and self-control. The results of a t-test confirms that among people using emotion-focused strategies, those with optimal mental health used a greater number of strategies than those with non-optimal mental health. In total, 4.6% of the total sample of individuals used

problem-focused strategies and of these, 75% had suboptimal levels of mental health. However, the sample of 20 people in this category is not sufficient to carry out further analyses.

Mots-clés : Covid-19

Pandémie

Coping

Santé mentale positive

Mental health

Well-being

Pandemic

Introduction

L'épidémie de la maladie infectieuse à coronavirus (COVID-19) a eu un impact non seulement sur la santé physique, mais aussi psychologique de presque tous les membres de la société. Plusieurs études effectuées depuis démontrent que cette situation a entraîné une détérioration significative du bien-être mental, comme en témoignent les niveaux accrus d'anxiété, de peur et de dépression dans la population générale (Chew, Wei, Vasoo, Chua, et Sim, 2020 ; Grech, 2020 ; INESSS, 2020). Les conditions actuelles, dans le monde entier, offrent aux chercheurs une occasion sans précédent d'étudier comment les gens font face aux menaces communes au bien-être. La présente étude a examiné les différentes méthodes que les gens utilisent pour faire face à la situation au cours des 8 premiers mois de la pandémie de COVID-19 au Québec et s'il existe un lien entre celles-ci et leur niveau de santé mentale positive (SMP).

La SMP a été mesurée à l'aide du Mental Health Continuum Short-Form de Keyes (2002) et la version québécoise (Doré *et al.*, 2017) pour les répondants francophones. Les différents types de stratégies d'adaptation (*coping*) rapportées par les individus se classent dans deux grandes catégories (Folkman et Lazarus, 1984). Les stratégies centrées sur le problème : agir sur le problème (mesures préventives) et recherche d'information. Puis les stratégies centrées sur l'émotion : recherche de sens, le soutien social, la maîtrise de soi, la recherche d'aide, l'évitement et l'autodistraction. La présente étude ne concerne que la première vague de la pandémie au Québec (du mois de mai à octobre 2020) et les résultats ne reflètent donc pas nécessairement les réalités des vagues suivantes.

Concept de coping

Lazarus et Folkman (1984) définissent le *coping* comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » (p.117). Pour ces auteurs, l'ensemble des moyens utilisés par les individus face à une situation stressante se regroupe au sein de deux grandes catégories : le coping centré sur le problème (tentatives pour contrôler ou modifier la

situation) et le coping centré sur l’émotion (tentatives pour contrôler ou modifier la tension émotionnelle induite par la situation). Le coping centré sur le problème impliquerait des stratégies orientées vers « le management » de l’événement. Il est orienté vers l’action dans le but de modifier la relation entre la personne et la situation stressante. Le coping centré sur l’émotion réfère à des stratégies cognitives qui agiraient plutôt sur l’attitude de la personne envers la situation et conséquemment sur l’émotion (Chabrol, 2013). Ces deux dimensions seraient utilisées dans des proportions variées selon des caractéristiques liées à l’individu, à la situation et à l’environnement (Paulhan, Bourgeois, 1995). Une stratégie d’adaptation est considérée comme efficace lorsqu’elle permet à l’individu de retrouver son équilibre initial ou un nouvel équilibre tout en diminuant l’impact négatif sur son bien-être physique et psychique (Lazarus & Folkman, 1984).

Nous avons décidé d’utiliser la classification de Lazarus et Folkman (1984) même si elle date parce que le modèle transactionnel du stress qu’ils ont proposé en 1984 est encore d’actualité et est toujours utilisée comme cadre théorique dans l’évaluation psychoéducative (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec [OPPQ], 2014). Cette classification sert très souvent de référence dans la littérature récente lorsque le thème des stratégies de coping est abordé. Finalement, elle est claire et adaptée à la présente étude.

Santé mentale positive

Sur son site Internet (2022), l’Organisation mondiale de la santé définit la santé mentale comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d’être en mesure d’apporter une contribution à la communauté » Cette définition holistique propose que la santé mentale n’est pas l’absence de maladie, mais un état positif et global.

Dans la présente étude, la santé mentale positive fait référence au modèle à deux continuums selon lequel, la santé mentale et les troubles mentaux appartiennent à des continuums

distincts (Keyes, 2004). Ce modèle reconnaît que la santé mentale peut varier selon divers degrés et va bien au-delà de l'absence de maladie. Selon Keyes, le continuum de la santé mentale évolue entre une santé mentale optimale ou florissante, qui correspond à des niveaux élevés de bien-être émotionnel, psychologique et social et une santé mentale non optimale (modérée ou languissante), qui correspond à des niveaux de bien-être faibles. La présence ou l'absence de trouble mental s'inscrit parallèlement dans le continuum des troubles mentaux. La santé mentale est donc un état complet et il est nécessaire d'évaluer à la fois la psychopathologie et la santé mentale de la personne.

Objectifs de l'étude

Les objectifs de cette recherche sont d'explorer les stratégies d'adaptation (coping) utilisées par les adultes québécois en contexte de la première vague de la pandémie COVID-19 et identifier celles qui sont associées à la santé mentale florissante (ou optimale).

Méthode

Source des données

L'étude « Santé mentale positive au Québec au temps du coronavirus: État de la situation et recommandations » dirigée par Georgia Vrakas, Ph.D. s'est déroulée du 26 mai au 31 octobre 2020. Cette étude descriptive ciblait la population adulte du Québec.

L'échantillonnage est non aléatoire de convenance et les participants sollicités répondent une seule fois au questionnaire en ligne. La banque interactive de questions (BIQ) est un outil de création de questionnaires informatisés de l'Université du Québec à Trois-Rivières utilisé pour la collecte de données confidentielles ou la mise en place de sondages à grande échelle. Les données recueillies auprès des répondants sont sécurisées et répondent aux normes de confidentialité des données et des renseignements exigées dans le cadre des activités de

recherche. La participation est anonyme et confidentielle. Le questionnaire en ligne est disponible en français et en anglais et se décline comme suit :

La première partie du questionnaire est axée sur des informations d'ordre socioéconomiques. Ensuite des questions portent sur la santé mentale positive (questions du Mental Health Continuum Short-Form; Keyes, 2002) ; la résilience (questions du Brief Resilience Scale; Smith, Dalen, Wiggins, Tooley, Christopher *et al.*, 2008) ; la consommation de substances (questionnaire ASSIST; Organisation mondiale de la santé, 2010); les diagnostics reçus de problèmes de santé physique et mentale ; le niveau de stress et niveau de détresse ; et des questions ouvertes sur les impacts de la COVID-19 sur la personne et sur sa vie.

Une liste de ressources, pour la très grande majorité gratuite, en santé mentale (et les problématiques pouvant affecter celle-ci) est mise à la disposition des participant(e)s à la fin du questionnaire. Cette liste se trouve aussi sur le site web du projet.

Le recrutement a commencé dès l'approbation éthique du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières le 26 mai 2020 et s'est fait en continu jusqu'au 31 octobre 2020 à l'aide de divers moyens, tels que la création d'une page Facebook dédiée au projet; la création d'un site web bilingue dédié au projet (recrutement, ressources, diffusion des résultats); les pages Facebook des chercheuses; Twitter; LinkedIn; Instagram; la diffusion sur des listes d'envoi professionnelles (ex.: centre de recherche; organismes communautaires); la diffusion directement auprès d'organismes communautaires (via courriel ou téléphone); le bouche-à-oreille.

Questions ouvertes

Le questionnaire comprend également quatre questions ouvertes qui concernent les impacts de la pandémie sur la vie des personnes. Celles-ci sont : 1) quels sont vos comportements ou habitudes de vie qui ont changé depuis la COVID-19 ; 2) Quelles sont les choses que vous

faites pour vous aider à mieux composer avec/traverser la situation que vous vivez depuis la COVID-19 ; 3) La crise de la COVID-19 m'a permis de prendre conscience de ; 4) La crise de la COVID-19 m'a permis(e)/m'a obligé(e) de changer ces choses dans ma vie. La présente étude se concentre uniquement sur la deuxième question : quelles sont les choses que vous faites pour vous aider à mieux composer avec/traverser la situation que vous vivez depuis la COVID-19? Les réponses à cette question ont été étudiées en lien avec les résultats au questionnaire sur la santé mentale positive (Keyes, 2002; Doré *et al.*, 2017).

Participants

Au total, 624 personnes ont répondu au questionnaire. Ces personnes proviennent des régions sociosanitaires suivantes : Montréal, Capitale-Nationale, Mauricie, Centre-du-Québec, Montérégie. L'échantillon est constitué majoritairement de femmes (70%) et de francophones (80%). L'échantillon utilisé dans la présente étude comprend 428 répondants, soit ceux qui avaient répondu à la fois à la question ouverte numéro 2 (détalée ci-haut) et au Mental Health Continuum - Short Form (en anglais ou en français). Les participants n'ayant pas répondu à l'une ou à l'autre ont été exclus de la présente étude.

Instrument de mesure

La santé mentale positive a été évaluée avec le Mental Health Continuum Short-Form (Keyes, 2008). Le MHC-SF mesure trois dimensions du bien-être global. Le questionnaire est constitué de 14 items dont 3 mesurant le bien-être émotionnel, 5 le bien-être social et 6 le bien-être psychologique (Keyes, 2002). Les items sont cotés sur une échelle Likert à 6 points allant de « jamais » (0) à « tous les jours » (6). Le score global varie de 0 à 70 décliné de la façon suivante : 0 à 15 pour le bien-être émotionnel, 0 à 25 pour le bien-être social et 0 à 30 pour le bien-être psychologique. Plus le score moyen est élevé, plus le répondant possède un niveau élevé de santé mentale positive (Keyes, 2002a, 2007b).

Analyse qualitative

La méthode d'analyse des données qualitatives a été faite à partir des 428 réponses recueillies à la question suivante : « Quelles sont les choses que vous faites pour vous aider à mieux composer avec/traverser la situation que vous vivez depuis la COVID-19 ? ».

L'analyse des réponses des participants a permis de dégager différents thèmes se déclinant en différentes stratégies d'adaptation. Nous avons regroupé ces stratégies en fonction des deux grandes catégories de Lazarus et Folkman (1984) : les stratégies centrées sur le problème et celles centrées sur l'émotion. Par exemple : « Courir, faire du yoga, cuisiner, écouter des séries, faire des activités avec mon copain » (Participant 3388070) a été considérée comme une stratégie centrée l'émotion et « Porter le masque et nettoyer mes mains » (Participant 3426774) est ici interprétée comme une stratégie centrée sur le problème. Ensuite, une analyse exhaustive des 428 réponses a été effectuée afin d'identifier les récurrences, les regrouper par thèmes et créer la grille de codification. Huit stratégies différentes ont été identifiées dans les propos des répondants. L'échelle construite par Lazarus et Folkman (1984) « *The ways of coping checklist* » composée de 67 items répartis en 8 sous-échelles (résolution du problème, recherche d'information, confrontation du problème, prise de distance, réévaluation positive, fuite-évitement, recherche d'un soutien social et maîtrise de soi) a servi de base pour guider la catégorisation des stratégies d'adaptation. Sur le plan des stratégies centrées sur l'émotion les différentes catégories qui ont émergées de notre analyse sont : (1) se distraire/s'occuper (2) communiquer, soutien social (3) relativiser/recherche de sens (4) recherche d'aide (5) fuite/évitement et (6) maîtrise de soi. Les stratégies centrées sur le problème sont : (7) recherche d'information/plan d'action et (8) agir sur le problème (c'est à dire le virus ou l'infection par celui-ci). Les catégories de stratégies et la codification ont été validées par une deuxième personne, la chercheuse principale du projet (GV).

Résultats

Une grille de codification mixte a été utilisée pour analyser et réunir les données. Puis une analyse a été menée pour étudier la relation entre les différentes stratégies de coping et les scores

de santé mentale positive (questions du Mental Health Continuum ShortForm, de Keyes) soit santé mentale optimale et non optimale (tableau 1). À partir de la même grille, les stratégies ont par la suite été réunies en deux grandes catégories ; centrées sur le problème et centrées sur l'émotion. Les scores ont été rassemblés afin d'en dégager des résultats (tableau 2).

Tableau 1

Stratégies	Se	Communiquer,	Relativiser,	Recherche	Évitement,	Maîtrise	Agir sur	Recherche
coping	distraire,	soutien social	recherche	d'aide	fuite	de soi	le	d'information
	s'occuper		sens				problème	plan d'action
total	240	140	34	6	45	99	17	3
SM-OP ⁶	112	68	17	6	18	57	5	1
SM- NOP ⁷	128	72	17	0	27	42	12	2

Le tableau 1 présente l'ensemble des stratégies utilisées classées dans les catégories correspondantes. Les stratégies sont identifiées dans chacune des réponses à la question ouverte numéro 2 du questionnaire. Par exemple, dans la réponse « Éviter les nouvelles. Parler avec des vrais amis » (Participant 3461396). Deux stratégies sont utilisées soit l'évitement et le soutien social et sont donc comptabilisées dans le tableau dans deux catégories différentes. Ensuite, pour chacune des stratégies utilisées, les scores de santé mentale optimale ou non optimale sont identifiés chez les répondants. La lecture des résultats nous permet de constater que la stratégie *se distraire, s'occuper* est la plus utilisée avec un total de 240 réponses. Vient ensuite *communiquer, soutien social* avec 140 réponses, *maîtrise de soi* avec 99 réponses. L'*évitement* et la *recherche de sens* ont respectivement des scores de 45 et 34 réponses au total. Finalement, la stratégie

⁶ Score de santé mentale optimale

⁷ Score de santé mentale non optimale

centrée sur le problème *agir sur le problème* a été utilisée par 17 répondants, la stratégie *recherche d'aide* 6 fois et la *recherche d'information, plan d'action* par 3 personnes.

Sur le plan qualitatif, les activités qui sont les plus mentionnées dans la stratégie *se distraire, s'occuper* sont le sport, les activités créatives telles le dessin, tricot, la musique. Le jardinage et la cuisine sont très populaires ainsi que regarder des séries, Netflix, des films et lire. La marche en nature semble faire également des adeptes. Plusieurs mentionnent le fait que d'avoir continué à travailler leur a permis de rester occupés et a été bénéfique pour eux. La catégorie *communiquer, soutien social* inclut les stratégies de communication avec les proches ou d'autres personnes. Communiquer par téléphone, rencontre Zoom, passer plus de temps en famille, sortir marcher avec des amis, parler à mon entourage sont des stratégies mentionnées très souvent.

Quelques répondants ont nommé faire un effort conscient pour relativiser et trouver du sens, par exemple: « Je ne vois plus les personnes qui ne sont pas si importantes pour moi. Je prends le temps de prendre soin de moi et de ralentir mon mode de vie. Bref, vivement la décroissance ! Certains ont dit réévaluer la situation : « Prendre une journée à la fois (...) J'essaie de ne pas trop m'en faire pour les petits riens » (Participant 3455478)

D'autres personnes vont fuir et éviter leurs émotions négatives avec de l'alcool et les drogues (cannabis et antidépresseurs, anxiolytiques), mais une majorité dit éviter des situations anxiogènes comme les nouvelles, les endroits publics ou les personnes qu'elles jugent négatives. Un répondant a dit « Ce qui m'aide c'est de ne plus écouter les campagnes de peur des médias. Je n'écoute plus la radio trop d'annonce qui nous rappelle sans arrêt que nous sommes en pandémie je pense qu'on le sait après 8 mois » (Participant 3437103).

La catégorie *maîtrise de soi*, comprend les répondants qui disent faire un travail sur eux-mêmes soit par un plan d'action afin de maintenir une routine quotidienne, mettre en place de

saines habitudes de vie, travailler sur eux-mêmes, développer des compétences ex : « ... j'ai recommencé à m'entraîner (...) je suis dans l'action, ça me permet de mieux gérer les difficultés » (Participant 3460526) ; « J'ai cessé l'alcool » (Participant 3465119) ; « Arrêter de penser négativement » (Participant 3461388).

Les six répondants ayant utilisé *la recherche d'aide* ont fait appel à de l'aide extérieure (psychologue, intervenant, psychiatre, groupe de soutien) pour mieux gérer leurs difficultés. La stratégie *agir sur le problème* concerne des actions concrètes pour tenter d'agir sur le problème ou la menace. L'application des mesures de protection, la désinfection de l'environnement, le port du masque sont les moyens qui reviennent le plus souvent. « Suivre la plupart des consignes de la santé publique me rassure » (Participant 3436941). Cette stratégie est nommée comme la seule ou la principale utilisée chez les 17 répondants.

« M'impliquer, m'informer, chercher les faits » (Participant 3625187) sont les propos qui sont récurrents chez ceux qui utilisent principalement la *recherche d'information/plan d'action* comme stratégie de coping. Enfin, quelques personnes mentionnent ne rien faire soit parce qu'ils gèrent déjà bien la situation ou parce qu'ils ne savent pas quoi faire pour s'aider : « je ne vois pas de solution » (Participant 3436959) ou « rien de significatif, car je n'en ressens pas le besoin » (Participant 3499484).

Sur le plan des scores de SMP, les résultats ne présentent pas de différences significatives dans la plupart des catégories sauf la recherche d'aide (n=6) et agir sur le problème (n=17). En effet, 100% des répondants ayant utilisé *la recherche d'aide* ont un score de santé mentale optimale. Il y a également une majorité de personnes (70%) ayant utilisé la stratégie *agir sur le problème* qui ont une santé mentale non optimale.

Tableau 2

Totaux	Stratégies centrées sur l'émotion	Stratégies centrées sur le problème	Aucune stratégie
428 réponses	392	20	16
SM-optimale	183	5	11
Total : 199			
SM-non-optimale	209	15	5
Total :229			

Le tableau 2 présente le total des réponses regroupées selon les stratégies centrées sur le problème, sur l'émotion ou aucune. Puis, réparties selon le score de SMP. Le total des réponses est également réparti selon les scores de SMP ce qui correspond aux scores globaux de santé mentale optimale et non optimale.

Stratégies de coping et scores de SMP

Le tableau 2 montre que 392 des personnes ont utilisé des stratégies centrées sur l'émotion. Ce score représente 91,5% de l'ensemble des répondants. Dans ce groupe, 47% des personnes ont un score de santé mentale optimale et 53% ont un score de santé mentale non optimale. Seulement 20 personnes ont répondu utiliser des stratégies centrées sur le problème ce qui représente 4,6% de l'ensemble des répondants. Dans ce groupe, 25% des personnes ont un score de santé mentale optimale et 75% ont un score de santé mentale non optimale. Il y 20 personnes qui ont répondu n'avoir utilisé aucune stratégie, soit 3,73% de l'échantillon total. Soixante-neuf pour cent (69%) des personnes de cette catégorie ont une santé mentale optimale et 31% non-optimale.

Scores de SMP et stratégies de coping

Sur le total des 428 répondants, 199 (46%) ont un score de santé mentale optimale et 229 (54%) non-optimale. Parmi les répondants ayant un score de santé mentale optimale, 183 ont utilisé des stratégies centrées sur l'émotion ce qui représente 92% des personnes. Toujours dans la catégorie des personnes ayant une santé mentale optimale, 5 répondants ont utilisé des stratégies centrées sur le problème ce qui représente 2,5% des répondants de cette catégorie. Enfin, les onze répondants avec un score de santé mentale optimale et n'ayant utilisé aucune stratégie correspondent à 5,5 % de cette catégorie.

Parmi les personnes ayant un score de santé mentale non optimale, 209 ont utilisé des stratégies centrées sur l'émotion ce qui représente 91% des personnes. Quinze personnes ont répondu avoir utilisé des stratégies centrées sur le problème ce qui correspond à 6,5% des personnes ayant un score de santé mentale non optimale. Cinq répondants n'ont utilisé aucune stratégie et représentent 2,1% de ce groupe.

Analyses statistiques

Test-t

Un test-t a été effectué afin de comparer les deux groupes (santé mentale optimale et non optimale) sur les stratégies de coping utilisées. Les résultats démontrent qu'il y a une différence statistiquement significative ($t(404) = -2,28$; $p<0,05$) entre les deux groupes concernant l'utilisation des stratégies centrées sur les émotions. Plus précisément, les répondants ayant un score de santé mentale optimale utilisent un plus grand nombre de stratégies centrées sur l'émotion ($M=1,41$; $é.t. = 0,805$) comparativement à ceux qui ont un score de santé mentale non optimale ($M=1,24$; $é.t. = 0,732$). Nous n'avons pas effectué un test-t pour comparer les deux groupes sur l'utilisation des stratégies d'adaptation centrées sur le problème puisque le nombre

total de personnes (n=20) ayant utilisé ce type de stratégie était trop faible pour faire des analyses statistiques.

Discussion

Les objectifs de cette étude étaient d'explorer les stratégies de coping que les adultes québécois ont utilisé dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 et d'identifier celles qui sont associées à la santé mentale florissante (c.-à-d., optimale). Bien qu'à la lumière des résultats il ne semble pas possible d'attribuer l'utilisation d'une stratégie en particulier à une santé mentale optimale, plusieurs constats peuvent cependant être relevés.

Tout d'abord, la grande majorité des répondants a utilisé des stratégies centrées sur l'émotion. Ce résultat est cohérent avec la pensée de Marx et Shultz (1991) selon laquelle le coping centré sur le problème serait pertinent pour réduire l'anxiété dans les événements contrôlables, mais aurait tendance à augmenter l'anxiété lorsque la situation est incontrôlable. La pandémie étant une situation incontrôlable, elle est plus favorable à l'utilisation de ce type de stratégie. Nos résultats montrent également que le deux tiers des répondants ayant comme principales stratégies celles centrées sur le problème ont une santé mentale non optimale ce qui aussi cohérent avec cette théorie. Le recours à ce type de stratégie, que l'on pourrait également qualifier de vigilant, puisqu'il dirige l'attention sur le problème pour le prévenir ou le contrôler, peut permettre de diminuer la détresse émotionnelle tout en facilitant le contrôle de la situation (Paulhan, 1992). Mais le contexte de pandémie peut difficilement être contrôlé et le coping vigilant (ou centré sur le problème) risque d'augmenter l'intensité de l'émotion quand la recherche d'information révèle que les choses sont pires que l'on pensait ou quand rien ne peut être fait pour changer la situation (Chabrol, 2013).

Ces résultats vont dans le même sens qu'une étude récente menée auprès d'un échantillon de 10 464 de participants sud-coréens et qui indique que « ceux qui respectaient le mieux les comportements préventifs présentaient une plus grande diminution du bien-être, tandis que ceux

qui utilisaient davantage l'évaluation cognitive et les stratégies comportementales maintenaient leur bien-être au fil du temps » (Kim, Shim, Choi , I., & Choi, E., 2022, p.321). Ces auteurs mentionnent que les mesures préventives, bien qu'efficaces pour protéger sa santé, peuvent avoir un impact négatif sur son bien-être. Ils avancent une explication possible selon laquelle les personnes ayant une plus grande peur de l'infection peuvent être plus susceptibles de mettre en œuvre des comportements préventifs, ce qui, à son tour, peut entraîner une diminution du bien-être. Hartmann (2008) mentionne également que dans une situation de stress sur laquelle nous n'avons pas de contrôle (comme la pandémie), les stratégies centrées sur le problème sont moins efficaces.

À ce propos, la stratégie de coping utilisée le plus fréquemment par les répondants (toutes catégories confondues) est celle de *se distraire, s'occuper* (autodistraction). Même s'il ne semble pas avoir de lien entre l'utilisation de cette stratégie en particulier et le niveau de santé mentale positive, sa popularité auprès des répondants nous renseigne sur leurs habitudes de vie et leur capacité de résilience. En effet, plusieurs réponses traduisent une capacité à modifier consciemment les affects négatifs par l'engagement dans des activités plaisantes. Des réponses telles que « J'essaie de nouvelles recettes. Je regarde des séries télé, des films. Je lis, exercice, nutrition, nettoyage du domicile » (Participant 3437771) et « Je fais du sport, je marche tous les jours, je fais des activités pour me distraire » (Participant 3440372) sont représentatives de l'état d'esprit des personnes utilisant cette stratégie donc la majorité. Dans un monde où le divertissement prend une grande place, il n'est pas surprenant qu'il fasse partie des stratégies utilisées pour tenter de modifier l'attention en la détournant de la source de stress. Le fait de s'engager dans des activités de substitution comportementales ou cognitives (activités sportives, jeux, relaxation, loisirs) permet à l'individu de prendre une distance de la situation stressante et ainsi liquider la tension émotionnelle et se sentir mieux. Les stratégies *de fuite et d'évitement* qui permettent aussi de se distancer de la source de stress et offrir un répit à court terme sont toutefois associées à l'apparition de divers troubles de santé mentale (Orpana *et al*, 2016 ; Chabrol, 2013). Cette stratégie a été assez peu utilisée dans notre échantillon.

La stratégie de *communication, soutien social* est également populaire et son utilisation nous renseigne sur l'importance accordée aux liens sociaux qui ont été gravement affectés durant cette crise. En effet, contrairement aux catastrophes naturelles dans lesquelles les membres de la communauté se rassemblent, physiquement et socialement, avec un objectif commun, l'épidémie de COVID-19, impose la « séparation » comme un impératif de survie afin de ne pas être infecté (Pollizi, Lynn et Perry, 2020). Sachant que le soutien social est un déterminant essentiel au bien-être et à la santé mentale positive (Orpana *et al*, 2016), il est intéressant de voir que cette stratégie arrive en deuxième place parmi celles les plus utilisées et que les gens se sont adaptés malgré les contraintes pour maintenir et même renforcer les liens. Un exemple parlant est : « J'organise une fois par semaine des rencontres virtuelles avec des amis pour jouer à des jeux. Je fais des appels-vidéos à mes parents et beaux-parents avec les enfants presque à chaque jour » (Participant 3392926).

Autre constat intéressant, la stratégie *maîtrise de soi* est la seule dont le nombre d'utilisateurs ayant une santé mentale optimale est supérieur. Ceci peut s'expliquer par ce que Hartmann qualifie de coping proactif :

Le coping devient une gestion de buts plutôt qu'une gestion de risques. Les individus initient des actions constructives et créent des opportunités pour évoluer, amener du sens à leur vie, apportant progrès et qualité de fonctionnement. Le stress est interprété comme un « eustress » (stress positif) produisant excitation et énergie vitale. Comme le coping préventif, le coping proactif suppose le développement de compétences, l'accumulation de ressources, et la planification à long terme. Ces stratégies presupposent la poursuite obstinée de buts ambitieux (Hartmann, 2008, p.288).

Ceci rappelle l'approche eudémonique qui réfère au bien-être psychologique et social, ceux-ci étant des composantes de la santé mentale positive (Ryff, 1989 ; Keyes, 2008). Nos résultats démontrent que les personnes ayant une SM optimale utilisent un nombre plus important

de stratégies centrées sur l’émotion que ceux ayant une SM non optimale. Ceci peut être expliqué par l’idée que les émotions positives multiples seraient les éléments essentiels d’un fonctionnement optimal (Folkman et Moskowitz, 2000). Ainsi, les émotions positives, comme l’enthousiasme et l’excitation, le plaisir de ce qui a été accompli ou l’amour pour celui dont on prend soin aideraient à motiver les gens à initier le coping en situation difficile. Nous pouvons supposé qu’une diversité dans les stratégies centrées sur les émotions donne accès à une diversité d’émotions et, par conséquent, apporte du soulagement et du répit face au stress et permet de reconstituer les ressources diminuées par le stress (Hartmaan, 2008). Cependant, notre étude ne permet pas de savoir si l’utilisation de ce type de stratégie a contribué à améliorer la santé mentale des gens ou bien si c’est le fait d’avoir une santé mentale optimale à la base qui fait en sorte que les gens utilisent davantage des stratégies centrées sur l’émotion. Plus de recherche à ce sujet serait nécessaire pour mieux comprendre le lien entre les deux

Enfin, malgré la différence entre les deux groupes sur le nombre de stratégies centrées sur l’émotion, il faut tenir compte du fait que la majorité de l’échantillon (peu importe leur statut de santé mentale) a utilisé ce type de stratégie comparativement aux stratégies centrées sur le problème. Ceci suggère que d’autres facteurs ont un impact sur la santé mentale des répondants. Afin de comprendre mieux ce qui différencie l’état de santé mentale de ces deux groupes face à la pandémie, il faudra s’attarder sur l’ensemble des données colligées dans l’enquête de Vrakas et collègues (ex. : déterminants socio-économiques; la résilience; la consommation de substances; présence de diagnostics de problèmes de santé physique et mentale; le niveau de stress et niveau de détresse des répondants).

Limites

Les limites de cette étude doivent être prises en compte lors de l’interprétation des résultats. Premièrement, l’échantillon est non aléatoire donc non représentatif de la population québécoise. En effet, les hommes sont sous-représentés dans l’échantillon, ainsi que les communautés autochtones et anglophones. C’est aussi le cas de certaines régions sociosanitaires. Le recrutement en ligne a aussi fait en sorte que nous n’avons pas pu rejoindre certains groupes

de la population qui ont moins accès à internet ou sont moins à l'aise avec les enquêtes en ligne. Notre classification des stratégies d'adaptation n'a peut-être pas été optimale dans la mesure où nous avons ciblé le coronavirus ou la COVID-19 comme étant le problème en supposant que cela représente un stress pour tous. Cependant, d'autres problèmes découlant de la pandémie tels que l'isolement, le stress financier, peuvent représenter une inquiétude plus importante pour certains participants. Une analyse plus fine des stratégies de coping utilisées pour faire face aux diverses problématiques nommées par les participants serait pertinente. Enfin, l'étude ne concerne que la période du premier confinement et plusieurs vagues d'infection ont eu lieu depuis ainsi que de nouvelles mesures restrictives et événements liés à la pandémie (ex. : confinements, interdiction de se regrouper, division sociale, vaccination, port du masque obligatoire, etc.). Ceci a pu affecter la santé mentale des gens ainsi que le types de stratégies de coping utilisées par ceux-ci. La même enquête refaite aujourd'hui, plus de deux ans après le début de la pandémie, ne produirait probablement pas les mêmes résultats.

Conclusion

En résumé, près de la moitié des 428 répondants ayant répondu à la question sur les stratégies d'adaptation ont une santé mentale optimale et presque tous les répondants, peu importe leur niveau de santé mentale, utilisent des stratégies centrées sur l'émotion. Nos analyses ont démontré que les personnes ayant une SM optimale utilisent un plus grand nombre de stratégies centrées sur l'émotion que celles ayant une SM non optimale. Il existe donc un lien entre l'utilisation de stratégies centrées sur les émotions et la santé mentale positive dans le contexte de notre étude. Cependant, on ne peut pas connaître la direction du lien à ce stade-ci. Ceci suggère la pertinence de poursuivre la recherche afin de déterminer quelles stratégies ont favorisé davantage la santé mentale optimale en temps de pandémie afin de mieux comprendre comment nous pourrons les utiliser pour favoriser la SMP dans un contexte similaire.

Plusieurs recherches identifient les stratégies centrées sur le problème comme étant les plus efficaces (Hartmann, 2008). Le développement des recherches sur les émotions apporte un autre regard sur le coping émotionnel, en insistant sur la fonction adaptative des émotions. Ces

recherches mettent en lumière l'importance des affects positifs en situation de stress (Affleck et Tennen, 1996; Folkman et Moskowitz, 2000).

Notre recherche a permis de dégager les stratégies principales utilisées par des adultes québécois lors du premier confinement. Nos résultats fournissent des indications sur les types de stratégies d'adaptation qui semblent être associées à la santé mentale positive pendant cette pandémie. Cependant il est nécessaire d'effectuer de nouvelles recherches afin de déterminer la nature de ces associations. De plus, il serait pertinent d'étudier les stratégies d'adaptation des Québécois à travers les différentes vagues de la pandémie. Effectivement, les résultats pourraient être très différents après deux ans de pandémie. Aujourd'hui, on nous dit qu'il est essentiel pour nous d'apprendre à vivre avec le virus⁸. Il serait d'autant plus pertinent d'examiner les stratégies utilisées par les gens afin de s'adapter à cette « nouvelle normalité ».

⁸ Score de santé mentale optimale

⁸ Score de santé mentale non optimale

Références

- Affleck, G., Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality* 64, 899–922.
- Chabrol, H., & Callahan, S. (2013). Mécanismes de défenses et de coping: 2e édition entièrement revue et actualisée. Paris, France: Dunod.
- Chew, Q., Wei, K., Vasoo, S., Chua, H. et Sim, K. (2020). Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: practical considerations for the COVID-19 pandemic. *Singapore Medical Journal*.
- Choi KR, Heilemann MV, Fauer A, Mead M. (2020) A Second Pandemic : Mental Health Spillover From the Novel Coronavirus (COVID-19). *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 26(4):340-343.
- Doré, I. C., J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants., & Santé mentale au Québec, 125–145.
- Doré, I., O'Loughlin, J. L., Sabiston, C. M., & Fournier, L. (2017). Psychometric Evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form in French Canadian Young Adults. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 62(4), 286–294. <https://doi.org/10.1177/0706743716675855>
- Folkman, S., Moskowitz, J., 2000. Positive affect and the other side of coping. *The American Psychologist* 55, 647–654.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., 1980. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior* 21, 219–239.
- Grech, P. G. a. R. (2020). COVID-19 in Malta: The Mental Health Impact. *Psychological Trauma: Theory, Research*. 12 (5). 534-535.
- Hartmann, A. (2008) Les orientations nouvelles dans le champ du coping, *Pratiques Psychologiques*, Volume 14, Issue 2.Pages 285-299. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1269176308000254>)
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et les effets du contexte de la pandémie sur la santé mentale et mesures à mettre en place pour contrer ces effets. Québec, Qc : INESSS; 2020. 22 p.
- Keyes, C. L., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A. et van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum–short form (MHC–SF) in setswana speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), 181-192.
- Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222.

- Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95–108.
- Kim, JH., Shim, Y., Choi, I., Choi, E. (2022) The Role of Coping Strategies in Maintaining Well-Being During the COVID-19 Outbreak in South Korea. *Social Psychological and Personality Science*. No.13(1):320-332. doi:10.1177/1948550621990595
- Koleck, M., Bruchon-Schweitzer,M,Bourgeois, M.L.(2003) Stress et coping : un modèle intégratif en psychologie de la santé, *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*,Volume 161, Issue 10,Pages 809-815,https://doi.org/10.1016/j.amp.2003.10.005.
- Lazarus, R.S., Folkman, S., 1987. Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality* 1, 141–169.
- Lazarus, R. S., et Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2014) *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation. Lignes directrices*. Montréal.
- Orpana, H., Vachon, J., Dykxhoorn, J., McRae, L., et Jayaraman, G. (2016). 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 recherche, politiques et pratiques*, 36(1), 1–11.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Paulhan Isabelle. Le concept de coping. In: *L'année psychologique*. 1992 vol. 92, n°4. pp. 545-557; doi : <https://doi.org/10.3406/psy.1992.29539>
- Polizzi, C., Lynn, S. J., et Perry, A. (2020). Stress and coping in the time of COVID-19: Pathways to resilience and recovery. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 17(2), 59–62.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
- Smith, B.W., Dalen, J., Wiggins, K., Christopher P., Bernard, J. (2008) The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *Int. J. Behav. Med.* 15, 194–200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>.
- Suls, J., & Fletcher, B. (1985). L'efficacité relative des stratégies d'adaptation évitantes et non évitantes : une méta-analyse. *Psychologie de la santé*, 4 (3), 249-288. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.249>

Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada ; [mise à jour le 10 septembre 2013, consultation le 2 septembre 2020]. En ligne à : <http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/pub/5015-fra.htm>

Taha, S. Matheson, K. Cronin, T. Anniston , H. (2014) Intolerance of uncertainty, appraisals, coping, and anxiety:the case of the 2009 H1N1 pandemic. *Br J Health Psychol.* 19:592-605.

Vinkers, C. H. (2020). Stress resilience during the coronavirus pandemic. *European Neuropsychopharmacology*, 35, 12-16.

Yamaguchi, K., Takebayashi, Y., Miyamae, M., Komazawa, A., Yokoyama, C., & Ito, M. (2020). Role of focusing on the positive side during COVID-19 outbreak: Mental health perspective from positive psychology. *Psychological trauma :theory, research, practice and policy*, 12(S1), S49-S50.

Yu, Y., & Lin, Y. (2020). Cross-lagged analysis of the interplay between meaning in life and positive mental health during the COVID-19 epidemic. *Asian journal of psychiatry*, 54, 102278.

Chapitre 3

Conclusion générale

L'année 2020 marquera l'Histoire pour avoir accueilli un bouleversement mondial qui a touché tous les êtres humains sur la planète. Nous avons relevé les effets négatifs, mais aussi positifs de cette crise sur les populations partout dans le monde puis, nous nous sommes attardés au vécu de d'une partie de la population québécoise afin de mieux nous connaître en contexte de pandémie. L'objectif de la présente recherche était d'identifier les stratégies de coping qui favorisent un niveau de santé mentale optimale pendant la crise pandémique. De façon générale, les niveaux de santé mentale optimale et non optimale sont répartis de façon quasi égale chez les répondants de l'étude (53% non optimale pour 47% optimale). Nous avons cependant identifié une différence significative entre les deux groupes quant à l'utilisation des stratégies centrées sur l'émotion. En effet, les personnes ayant une santé mentale florissante (optimale) utiliseraient plus de stratégies basées sur les émotions que les personnes ayant une santé mentale modérée ou languissante (non optimale). La santé mentale positive est un concept complexe et multidimensionnel qu'il serait pertinent d'investiguer sous d'autres angles avec les données recueillies dans cette étude. En effet, outre les stratégies de coping, quels sont les facteurs qui influencent le bien-être en contexte de pandémie ?

Bien que les résultats ne permettent pas de confirmer un lien précis entre une stratégie d'adaptation spécifique et un niveau de santé mentale florissante, ils illustrent tout de même les stratégies adoptées par 428 individus vivant au Québec lors du premier confinement. Les stratégies centrées sur l'émotion occupent une place de premier rang et ce peu importe le niveau de bien-être des participants. Cependant, les répondants ayant une santé mentale optimale semblent en utiliser davantage que ceux qui ont une santé mentale non optimale. Cela est tout à fait logique en contexte de menace incontrôlable comme l'épidémie et ses conséquences et s'inscrit en cohérence avec la littérature qui indique que dans une situation de stress sur laquelle nous n'avons pas de contrôle, les stratégies centrées sur le problème sont moins efficaces à court terme (Hartmann, 2008). À cet effet, nous observons également que le peu de répondants qui ont nommé utiliser comme principale stratégie l'action sur le problème (application des mesures sanitaires, tentatives pour éviter ou contrôler la menace d'infection) ont un niveau de santé

mentale non optimal. Ces résultats correspondent également à ce qui a été observé par Kim *et al.* (2022) dont l'étude a révélé que :

Les effets associés à une peur accrue de l'infection suggèrent en outre que l'utilisation de certaines stratégies d'adaptation peut être préjudiciable et entraîner une diminution plus importante du bien-être. (...) Par conséquent, les individus doivent apprendre à gérer efficacement leur peur de l'infection grâce à d'autres stratégies d'adaptation telles que l'adaptation centrée sur les émotions, qui peuvent leur permettre d'accéder à une plus grande variété de stratégies d'adaptation (Kim *et al.*, 2022, p.328).

Le lien entre l'utilisation d'une diversité de stratégies centrées sur les émotions et le niveau de bien-être mérite d'être approfondi car la recherche a révélé une hausse de troubles mentaux associée à la pandémie au cours des 2 dernières années (Généreux et Landaverde, 2022). Dans le contexte actuel, il serait pertinent d'orienter la population vers des stratégies visant à réduire les effets négatifs des mesures et des conséquences liées à la pandémie (Blasco *et al.*, 2022). Nos résultats datent de la première vague et nous sommes aujourd'hui au milieu d'une septième et dans l'incertitude quant aux mesures qui s'appliqueront à l'automne 2022. Des études devraient se poursuivre afin de mieux cibler les stratégies d'adaptation efficaces en cas de situation de crise commune et les appréhender avec les dimensions du bien-être émotionnel, social et psychologique.

Cette étude a permis d'apporter un certain éclairage sur l'adaptation et l'utilité des stratégies centrées sur l'émotion en situation incontrôlable. Ces informations nous aideront certainement à mieux orienter nos interventions en santé mentale dans ce type de contexte et supporter les personnes les plus touchées ainsi que prévenir les problèmes à venir. L'approfondissement de ces aspects et des interventions à privilégier actuellement est primordial afin de favoriser la santé mentale de la population durement éprouvée et dont la guérison ne fait que commencer.

Contribution de ce mémoire à la psychoéducation

L'adaptation est un concept qui concerne toutes les disciplines mais occupe une place centrale dans le champ de la psychoéducation. En effet, le rôle du psychoéducateur étant d'évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre, rétablir et développer les capacités adaptatives de la personne ainsi que contribuer au développement des conditions du milieu dans le but de favoriser l'adaptation optimale de l'être humain avec son environnement (OPPQ, 2014). Le présent travail a effleuré l'idée du potentiel adaptatif des stratégies centrées sur les émotions. Cette perspective pourrait aider le psychoéducateur à identifier des pistes d'intervention dans l'accompagnement des personnes en difficultés car la capacité d'une personne à modifier consciemment ses affects réfère à ses capacités internes et à son potentiel adaptatif personnel.

Ceci est particulièrement utile dans le contexte actuel de pandémie où l'environnement est source de difficultés. Il sera pertinent pour le psychoéducateur d'aider les individus à trouver et appliquer des stratégies afin de mobiliser leurs ressources personnelles et ainsi, minimiser les impacts de cette crise sanitaire et de ses conséquences sur leur bien-être. La mise sur pied de programmes psychoéducatifs visant la réappropriation et/ou l'acquisition d'un sentiment de contrôle et d'auto efficacité dans la population pourront permettre d'améliorer sa résilience et nos résultats démontrent que l'utilisation de plusieurs stratégies de coping centrées sur les émotions pourraient être intéressantes à explorer dans ce contexte d'accompagnement psychoéducatif.

Références

- Aiello, A., Young-Eun Khayeri, M., Raja, S., Peladeau, N., Romano, D., Leszcz, M., Bernard Schulman, R. (2011). Resilience training for hospital workers in anticipation of an influenza pandemic. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 31(1), 15-20.
- Affleck, G., Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality* 64, 899–922.
- Anil Kakunje, R. M., M. Kishor. (2020) Emotional Well - being, Mental Health Awareness and Prevention of Suicide: Covid-19 Pandemic and Digital Psychiatry. Amhs journal. Page : 2
- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., & Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet* (London, England), 395(10224), e37–e38. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3)
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale." [The satisfaction scale: Canadian-French validation of the Satisfaction with Life Scale]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(2), 210–223. <https://doi.org/10.1037/h0079854>
- Blasco-Belled, A., Tejada-Gallardo, C., Fatsini-Prats, M., & Alsinet, C. (2022). Mental health among the general population and healthcare workers during the covid-19 pandemic: a meta-analysis of well-being and psychological distress prevalence. *Current Psychology* (New Brunswick, N.j.), 1-12, 1–12. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02913-6>.
- Chabrol, H., & Callahan, S. (2013). Mécanismes de défenses et de coping: 2e édition entièrement revue et actualisée. Paris, France: Dunod.
- Chadi, N., Ryan, N. C., & Geoffroy, M.-C. (2022). Les impacts de la pandémie de la covid-19 sur la santé mentale des jeunes : données émergentes des études longitudinales. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique*, 113(1), 44–52. <https://doi.org/10.17269/s41997-021-00567-8>
- Chew, Q., Wei, K., Vasoo, S., Chua, H. et Sim, K. (2020). Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: practical considerations for the COVID-19 pandemic. *Singapore Medical Journal*. 61(7), 350–356. <https://doi.org/10.11622/smedj.2020046>
- Choi KR, Heilemann MV, Fauer A, Mead M.(2020) A Second Pandemic : Mental Health Spillover From the Novel Coronavirus (COVID-19). *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 26(4):340-343.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). "Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains": Correction to Deci and Ryan (2008). *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 49(3), 262. <https://doi.org/10.1037/0708-5591.49.3.262>
- Doré, I. & Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125–145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>.
- Doré, I., O'Loughlin, J. L., Sabiston, C. M., & Fournier, L. (2017). Psychometric Evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form in French Canadian Young Adults. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 62(4), 286–294. <https://doi.org/10.1177/0706743716675855>
- Dubé, E., Hamel, D., Rochette, L., Dionne, M., Tessier, M. I., Roberge, M.-C. (2020). COVID-19 — Pandémie, bien-être et santé mentale. Québec, INSPQ. Repéré à : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3037-sondage-sante-mentale-covid19.pdf>.
- Folkman, S., Moskowitz, J., 2000. Positive affect and the other side of coping. *The American Psychologist* 55, 647–654.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., 1980. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior* 21, 219–239.
- Findlay, L. C., Arim, R., & Statistique, C. (2020). Les Canadiens perçoivent leur santé mentale comme étant moins bonne pendant la pandémie de COVID-19. Repéré à https://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly_acquisitions_list-ef/2020/20-17/publications.gc.ca/collections/collection_2020/statcan/45-28/CS45-28-1-2020-3-fra.pdf
- Généreux, M., Landaverde, E. (2022) Psychological symptoms associated with self-reported events of COVID-19 contact, symptoms, or diagnosis: a large community-based survey among adults in Quebec, Canada. *Can J Public Health*. Jun;113(3):394-404. doi: 10.17269/s41997-022-00637-5. Epub 2022 Apr 18. PMID: 35437697; PMCID: PMC9014973.
- Guo, C., Tomson, G., Guo, J., Li, X., Keller, C. et Söderqvist, F. (2015). Psychometric evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in Chinese adolescents—a methodological study. *Health and quality of life outcomes*, 13(1), 1.
- Grech, P. G. a. R. (2020). COVID-19 in Malta: The Mental Health Impact. *Psychological Trauma: Theory, Research*. 12 (5). 534-535.
- Hartmann, A. (2008) Les orientations nouvelles dans le champ du coping, *Pratiques Psychologiques*, Volume 14, Issue 2.Pages 285-299. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1269176308000254>)
- Hawke, L. D., Barbic, S. P., Voineskos, A., Szatmari, P., Cleverley, K., Hayes, E., et Henderson, J. L. (2020). Impacts of COVID-19 on Youth Mental Health, Substance Use, and Well-

being: A Rapid Survey of Clinical and Community Samples: Répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale, l'utilisation de substances et le bien-être des adolescents: Un sondage rapide d'échantillons cliniques et communautaires. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(10), 701-709.

Hoay Khoo, V.-P., Morsillo, J., & Zhang, L. (2020). Achieving Positive Mental Health and Wellbeing on the COVID-19 frontline. *The Innovation*, 100 024. <https://doi.org/10.1016/j.xinn.2020.100024>

INESSS. (2020) COVID-19 et les effets du contexte de la pandémie sur la santé mentale et mesures à mettre en place pour contrer ces effets.

INSPQ- Comité en prévention et en promotion — thématique santé mentale. (2020). La résilience et la cohésion sociale des communautés pour favoriser la santé mentale et le bien-être. 19 p.

INSPQ (2021) Pandémie, bien-être émotionnel et santé mentale - 12 janvier 2021. Repéré à : <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/sondages-attitudes-comportements-quebecois/sante-mentale-janvier-2021-le-18-04-2022>.

James, PB, Wardle J, Steel A, Adams J. (2019) Post-Ebola psychosocial experiences and coping mechanisms among Ebola survivors: a systematic review. *Trop Med Int Health*. 24:671-91.

Karaś, D., Cieciuch, J. et Keyes, C. L. (2014). The Polish adaptation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Personality and Individual Differences*, 69, 104-109.

Keyes, C. L. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 121-140.

Keyes, C. L., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A. et van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum—short form (MHC-SF) in setswana speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), 181-192.

Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.

Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95–108.

Keyes, C. L. (2010). The next steps in the promotion and protection of positive mental health. *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)*, 42(3), 17–28

Keyes, C. L., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2366–2371

Kim JH, Shim Y, Choi I, Choi E. (2022) The Role of Coping Strategies in Maintaining Well-Being During the COVID-19 Outbreak in South Korea. *Social Psychological and Personality Science*,;13(1):320-332. doi:10.1177/1948550621990595

Koleck, M., Bruchon-Schweitzer,M,Bourgeois, M.L. (2003) Stress et coping : un modèle intégratif en psychologie de la santé, *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*,Volume 161, Issue 10,Pages 809-815,https://doi.org/10.1016/j.amp.2003.10.005.Lamers, S. M. (2012). Positive mental Heath : measurement, relevance and implications. Enschede : University of Twente

Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99–110. https://doi.org/10.1002/jclp.20741

Lamers, S. M., Bolier, L., Westerhof, G. J., Smit, F., & Bohlmeijer, E. T. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: a meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*, 35(5), 538–547. https://doi.org/10.1007/s10865-011-9379-8.

Lazarus, R.S., Folkman, S.(1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality* 1, 141–169.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company.

Leung GM, Lam TH, Ho, LM, Ho, SY, Chan, BH, Wong, IO, Hedley, AJ.,(2003). The impact of community psychological responses on outbreak control for severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *J Epidemiol Community Health* Nov;57(11):857-63. doi: 10.1136/jech.57.11.857

McCauley M, Minsky S, Viswanath K. (2013) The H1N1 pandemic:media frames, stigmatization and coping. *BMC Public Health*. 13:116.

Orpana, H., Vachon, J., Dykxhoorn, J., McRae, L., et Jayaraman, G. (2016). 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 recherche, politiques et pratiques*, 36(1), 1–11.

Pavot, W. et Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3(2), 137-152.

Peng EY, Lee MB, Tsai ST, et al. (2010) Population-based post-crisis psychological distress:an example from the SARS outbreak in Taiwan. *J Formos Med Assoc*. 109:524-32.

Pfefferbaum, B., Schonfeld, D., Flynn, B. W., Norwood, A. E. Dodgen, D.Kaul, R.E. Ruzek, J. I. (2012). The H1N1 Crisis: A Case Study of the Integration of Mental and Behavioral Health in Public Health Crises. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*.

- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. In: *L'année psychologique*. vol. 92, n°4. pp. 545-557; doi : <https://doi.org/10.3406/psy.1992.29539>
- Polizzi, C., Lynn, S. J., & Perry, A. (2020). Stress and coping in the time of COVID-19: Pathways to resilience and recovery. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 17(2), 59–62.
- Rogers, M., Windle, A., Wu, L., Taylor, V., & Bale, C. (2022). Emotional well-being, spiritual well-being and resilience of advanced clinical practitioners in the united kingdom during covid-19: an exploratory mixed method study. *Journal of Nursing Management*, (20220323). <https://doi.org/10.1111/jonm.13577>
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
- Schwerdtle PM, De Clerck, V., Plummer, V. (2017) Experiences of Ebola survivors:causes of distress and sources of resilience. *Prehosp Disaster Med.*32:234-9.
- Sim K, Chua HC.(2004). The psychological impact of SARS: a matter of heart and mind. *CMAJ*.170:811-2.
- Smith, B.W., Dalen, J., Wiggins, K. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *Int. J. Behav. Med.* 15, 194–200 .<https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
- Suls, J., & Fletcher, B. (1985). L'efficacité relative des stratégies d'adaptation évitantes et non évitantes : une méta-analyse. *Psychologie de la santé*, 4 (3), 249-288. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.249>
- Statistique Canada.(2013). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada ; [mise à jour le 10 septembre 2013, consultation le 2 septembre 2020]. En ligne à : <http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/pub/5015-fra.htm>
- Stelnicki, A. M., Carleton, R. N., & Reichert, C. (2020). Nurses' Mental Health and Well-Being: COVID-19 Impacts. *Canadian Journal of Nursing Research*, 52(3), 237–239. <https://doi.org/10.1177/0844562120931623>
- Tircher P. , Zorn N. (2020), « Inégaux face au coronavirus : constats et recommandations », Montréal, Observatoire québécois des inégalités.
- Taha, S. Matheson, K. Cronin, T. Anniston , H. (2014) Intolerance of uncertainty, appraisals, coping, and anxiety:the case of the 2009 H1N1 pandemic. *Br J Health Psychol.* 19:592-605.

- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R. et al. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health Qual Life Outcomes* 5, 63 (2007). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>
- Vinkers, C. H. (2020). Stress resilience during the coronavirus pandemic. *European Neuropsychopharmacology*, 35, 12-16.
- Waterman, A., Schwartz, S., Conti, R. (2008). The Implications of Two Conceptions of Happiness (Hedonic Enjoyment and Eudaimonia) for the Understanding of Intrinsic Motivation. *Journal of Happiness Studies*. 9. 41-79. Doi: 10.1007/s10902-006-9020-7.
- Yamaguchi, K., Takebayashi, Y., Miyamae, M., Komazawa, A., Yokoyama, C., & Ito, M. (2020). Role of focusing on the positive side during COVID-19 outbreak: Mental health perspective from positive psychology. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 12(S1), S49-S50.
- Yu, Y., & Lin, Y. (2020). Cross-lagged analysis of the interplay between meaning in life and positive mental health during the COVID-19 epidemic. *Asian journal of psychiatry*, 54, 102278.

APPENDICE A

Normes de soumission de la revue Santé mentale au Québec

Article scientifique (5 000 mots) avec 2 formats possibles :

- Résultats de recherches sur la base d'un devis quantitatif, qualitatif ou mixte ;
- Revue de littérature s'appuyant sur une méthode (p. ex. méta-analyse, examen de la portée, revue systématique, métasynthèse qualitative). Une revue de littérature dans laquelle l'objectif, les bases de données consultées, les critères d'inclusion et d'exclusion des études ainsi que la procédure de rejets/retenues des articles soutenue par un diagramme de processus ne sont pas explicites, sera refusée d'office.

Critères : L'article doit être soumis sur traitement de texte (Word) à double interligne, en Times New Roman. Le nombre de mots autorisés est de **5 000**, excluant le résumé, l'abstract, les tableaux, les figures et les références. Le nombre de tableaux et/ou figures est au **maximum de 5**. Il est préférable que le nombre de références se situe autour de **40**. La structure de l'article comprend les parties suivantes : Titre, Résumé (et mots clés), Titre en anglais, *Abstract (et keywords)*, Introduction (incluant les objectifs), Méthode, Résultats, Discussion et Conclusion (brève).