Complément C.1

« Trousse d'outils pour réduire les impacts psychosociaux des populations touchées par des événements météorologiques extrêmes »

- Méthode
- Questionnaire de validation

Auteure et contributeurs: Lily Lessard, Dominic Simard, Audrey Lafond

ARiCA

Amélioration de la réponse aux besoins psychosociaux des individus et communautés touchées par des aléas climatiques dans les régions de l'Est-du-Québec

Octobre 2020

Table des matières

Contexte *3*

Objectifs du volet 3 et ajustement du livrable à la fin 2018 ..... **4**

Méthode détaillée *8*

Démarche d'identification des interventions **8**

Évaluation et choix des interventions **10**

Validations des interventions **16**

Résumé du questionnaire en ligne : *18*

Références : *26*

Contexte

Les volets 1 et 2 ainsi que d'autres travaux consultés indiquent que les approches psychosociales en phase de rétablissement qui débute dans les jours, les semaines ou les mois suivants l'exposition à l'aléa sont souvent lacunaires et les ressources semblent alors insuffisantes pour répondre aux besoins critiques des individus et des communautés touchées (Laurendeau, Labarre et al. 2007, Malenfant 2013, Maltais 2015). La phase de rétablissement phase concorde avec le moment où les équipes d'urgence, les bénévoles et les médias se retirent et où commencent les deuils, la détresse psychologique et les premiers symptômes de problèmes de santé mentale pour les personnes touchées (Ehrenreich 2001, Maltais, Lachance et al. 2005, Laurendeau, Labarre et al. 2007, Amaratunga and O'Sullivan T.L. 2009, Maltais 2014). La détection et le soutien des personnes vivant des impacts mentaux, psychosociaux et sociaux ou à risque d'en développer reposent principalement sur les équipes de santé et de services sociaux locales; quant aux effets sociaux, personne ne semble spécifiquement désigné pour s'en occuper (Marchand, Brisson et al. 2014).

Cette situation s'avère particulièrement préoccupante dans les milieux éloignés des grands centres où la gamme de ressources et de services locaux est limitée et où les intervenants peuvent également avoir été touchés personnellement par les événements, les rendant moins disponibles pour offrir du soutien. De plus, le manque d'implication des intervenants de la santé et des services sociaux locaux lors des phases de prévention et de planification et le manque ou la méconnaissance de lignes directrices claires et adaptées permettant de guider leurs interventions lors de la phase de rétablissement occasionneraient une démobilisation des équipes locales une fois l'urgence passée. Or, les volets 1 et 2 indiquent bien que la détresse, les dysfonctionnements (personnels, sociaux, familiaux, etc.), les conflits sociaux, les troubles mentaux courants, tels les troubles anxieux, dont le stress post-traumatique, ou la dépression peuvent entraîner d'importants déficits fonctionnels à moyen et long terme chez les personnes touchées et leurs proches.

Dans le contexte des désastres associés aux changements climatiques, les responsables et intervenants des services de santé et des services sociaux peuvent toutefois ressentir d'importants défis pour favoriser le rétablissement en raison de situations complexifiées par la nature variée des catastrophes possibles (Kabish, Kunath et al. 2012), des impacts survenant à long terme (Volet 1) une réponse aux désastres coordonnée par des organisations autres que celles du secteur de la santé (INSPQ 2003), des approches insuffisamment arrimées entre elles (Marchand, Brisson et al. 2014) et la quête de nouveaux modèles autres que ceux uniquement fondés sur le débriefing qui peut parfois amener plus de tort que de bien (Rose, Bisson et al. 2001, van Emmerik, Kamphuis et al. 2002, Herbert and Sageman 2004, Devilly, Gist et al. 2006, Lilienfeld 2007, Roberts, Kitchiner et al. 2009).

Il importe donc que les intervenants locaux connaissent les impacts psychosociaux et sociaux et sur la santé mentale des populations touchées par des événements météorologiques extrêmes ainsi

que les critères de vulnérabilité et de capacité pour mieux anticiper leurs besoins lors des quatre phases d'intervention, et plus particulièrement lors de phase de rétablissement qui est plus négligée. Ils doivent aussi pouvoir identifier rapidement les populations à risque de problèmes de santé mentale ou d'impacts psychosociaux et sociaux dans les régions plus exposées aux aléas associés aux changements climatiques et qu'ils participent à la mise en place des moyens de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) visant à limiter les effets délétères associés à ces événements. Pour ce, ils doivent disposer d'outils, de mécanismes et de connaissances permettant de détecter plus efficacement ces impacts et de mieux prendre en charge les personnes touchées. Le volet 1 et 2 du projet ARICA visait une meilleure compréhension des processus en jeu à chacune de ces phases vers une meilleure adaptation des interventions au cours et après la catastrophe. Le risque et sa gestion (prévention et préparation) supposent la prise en compte des dimensions qui opèrent sur la perception du risque. La crise (intervention) mobilise des dimensions liées à la gestion de la catastrophe. La phase post-crise (rétablissement) concerne les processus liés à la fin de l'aléa et aux possibilités de relèvement et d'adaptation, tel que résumé à la figure 1.

Phases mesures d'urgence	Prévention →	Préparation →	Intervention →	Rétablissement
Objectifs pour la santé et du bien-être psychosocial	Éducation publique Évaluation des risques et des vulnérabilités	Plans mesures d'urgence Entraînement	Protection de la vie Soins de santé et psychosociaux de masse	Soutien au rétablissement des personnes
Ressources	Ressources santé et services sociaux locales	Équipes d'urgence externes et ressources santé et services sociaux locaux		Ressources santé et services sociaux locales

Fig. 1 Phases des mesures d'urgence en cas d'aléas du point de vue psychosocial

Objectifs du volet 3 et ajustement du livrable à la fin 2018

Le projet ARICA visait à prévenir ou réduire les problèmes de santé mentale et les impacts psychosociaux et sociaux des sinistres causés par des aléas naturels climatiques de type météorologiques ou géographiques pour les individus et les communautés en favorisant le déploiement rapide et efficace d'approches permettant de prévenir ou atténuer les effets de ces impacts, et de maximiser les capacités.

L'objectif du volet 3 était plus précisement la production outils d'aide à la décision favorisant l'intersectorialité et l'interdisciplinarité (WHO 2008) pour améliorer des actions cliniques et

communautaires auprès des personnes et groupes à risque de vivre ou vivant des problèmes de santé mentale et des impacts psychosociaux et sociaux en lien avec des aléas associés aux changements climatiques dans les trois régions de l'Est-du-Québec. Ces outils doivent tenir compte des impacts, des facteurs d'influence, incluant les forces des personnes et des communautés mises en lumière dans les volets 1 et 2 du projet ARICA. Ils devaient également reposer sur les meilleures données disponibles et être adaptés aux réalités des régions non métropolitaines.

Initialement, il était prévu que les outils prennent la forme de :

- Des lignes directrices pour la pratique clinique incluant des recommandations à l'attention des intervenants de la santé et des services sociaux de première ligne visant à dépister, détecter, accompagner et prendre en charge les individus vivant ou susceptibles de vivre des problèmes de santé mentale ou des impacts psychosociaux ou sociaux liés aux inondations, érosion des berges, feux de forêt suivant des ÉME.
- Des recommandations d'approche populationnelle pour le secteur psychosocial et social des communautés (par ex. pour la santé publique et le milieu municipal) afin de faire en sorte que le continuum des mesures d'urgence bénéficie de meilleures décisions et d'une action concertée entre les différents secteurs dans le cas d'inondations, d'érosion des berges, et de feux de forêt suivant des ÉME.

Ces objectifs s'inscrivent dans la Priorité 26 du PACC 2013-2020 à l'effet de prévenir et limiter les maladies, les blessures, la mortalité et les impacts psychosociaux liés aux changements climatiques « Le gouvernement entend donc améliorer les mesures d'aide et de soutien psychosocial offertes à la population à la suite de tels évènements, telles le dépistage des problèmes de santé mentale chez les sinistrés et l'amélioration des outils et des méthodes d'information et de formation destinés au grand public, aux organismes, au personnel médical et aux élus. » (p.12)

Le développement des outils reposait alors à la fois sur des guides de pratiques et lignes directrices déjà reconnus pour réduire les problèmes de santé mentale et les impacts psychosociaux et sociaux des aléas climatiques, les impacts psychosociaux mis en évidence dans la recension d'écrits lors du volet 1 et une démarche d'évaluation et d'adaptation de ces guides au contexte québécois. Un processus systématique de sélection et d'adaptation des recommandations, soit ADAPTE 2.0 avait d'ailleurs été retenue (Fervers, Burgers et al. 2006, The ADAPTE Collaboration 2010, Fervers, Burgers et al. 2011). Les recherches avaient également été réalisées afin d'identifier les guides les plus prometteurs. Deux guides avaient alors été identifiés, soit celui produit par l'American Psychological Association, de Climate for Health et du EcoAmerica et intitulé *Mental Health and Our Changing Climate Impacts, implications and guidance* (Clayton, Manning, Krygsman et Speiser, 2017) et celui de l'Inter-Agency Standing Commitee (2007) intitulé *IASC Guidelines on Mental Health and Psychological Support in Emergency Settings*.

La présentation de ces outils et de la démarche d'adaptation lors de la rencontre du comité du 24 septembre 2018 avaient alors suscité des questionnements et préoccupations à l'idée qu'un nouveau guide de pratique, issues de cette adaptation, risquerait d'être tabletté pour les intervenants de la santé et des services sociaux, n'étant pas suffisamment concret. Des discussions qui s'ensuivirent avec les membres du comité de suivi (Larrivée et Gosselin), avec des membres du comité chercheurs/utilisateurs ayant une bonne expérience du terrain en situation de sinistre (Laplante et Malenfant) ont mené au choix de développer une boîte à outils d'intervention. Ces discussions et les résultats des volets 1 et 2 ont mis en évidence plusieurs besoins à tenir compte dans la planification de l'intervention:

- Proposer des outils applicables dans différents contextes, dont des milieux moins pourvus en ressources a également été souligné.
- Renforcer les actions lors des phases de prévention et de rétablissement
- Miser sur les facteurs de protection:
- Miser sur l'expérience et y donner du sens
- Accroître la préparation des individus et des communautés
- Favoriser la cohésion sociale
- Développer les résiliences des individus et familles, communautés et système de soins et de services
- Accroître l'intégration des approches entre les différents niveaux de services, dont ceux offerts par les CISSS et CIUSSS et ceux présents dans la communauté ainsi qu'entre les réseaux d'aide formels et informels.
- Tenir compte du contexte de changements climatiques
- Se fonder sur des approches scientifiquement reconnues

Les enjeux d'arrimage entre les services offerts par les CISSS et CIUSSS et ceux présents dans la communauté soulevés lors de ces échanges ont également conduit à la décision de ne produire qu'une seule boîte à outils combinant les approches cliniques et communautaires dans un souci de favoriser une meilleure intégration. La décision de développer une boîte à outils des meilleures pratiques d'interventions et approches cliniques et communautaires pour prévenir ou réduire les problèmes de santé mentale suivant un événement météorologique extrême.

Cette boîte s'intitule "Trousse d'outils pour réduire les impacts psychosociaux des populations touchées par des événements météorologiques extrêmes" et sa version PDF a été envoyée avec ce rapport. Les mots Trousse d'intervention ont été préférés à Boîte à outils pour éviter toutes confusions avec la boîte à outil en surveillance de la santé post-sinistre de l'INSPQ (Canuel, Gosselin, et al. 2018).

L'introduction de la trousse reprend les principes ayant guidé son développement et le mode d'emploi. Suit chaque intervention présentée sous la forme de fiche où les personnes peuvent se

familiariser avec les interventions, où l'on retrouve des suggestions pour les mettre en œuvre ainsi qu'une série de ressources et références. En annexe, une courte section sur les vulnérabilités est présentée ainsi qu'un résumé de la méthode ayant permis de développer la trousse dans un forme adaptée au grand public.

Dans ce rapport, nous proposons d'exposer cette méthode de manière plus détaillée. Il est indiqué dans le document de la trousse que la méthode détaillée se retrouve dans le rapport final d'ARICA remis à Ouranos et qui sera éventuellement disponible sur leur site.

Méthode détaillée

La méthode inclut la démarche de repérage des outils d'intervention, la méthode utilisée pour choisir les interventions et l'exercice de validation du contenu de la trousse auprès d'un comité d'experts.

Démarche d'identification des interventions

Le repérage des outils d'aide à la décision et les interventions a été réalisé, dans un premier temps, à partir de la littérature scientifique et la littérature grise. Une stratégie de recherche documentaire systématique de recherche s'inspirant de la méthode « *Scoping review* ».

1.Effets / impacts	**2.Contexte**	**3.Interventions**
Impacts santé mentale / psychologiques	*Aléas climatiques naturels*	*Interventions psychosociales*
"Santé mentale" OU "Psych*". OU "Stress" OU "Psychologique" OU "Dépression" OU "Trouble dépressif" OU "Comportement" OU "Humeur" OU "Affect" OU "Troubles du stress" OU "Post-traumatique" OU "Troubles mentaux" OU "Mentaux*". OU "Anxiété" OU "Toxicomanie" OU "Troubles liés substances" OU "Suicide «Mental health» OR «Psych*» OR «Stress» OR «Psychological» OR «Depression» OR «Depressive disorder» OR «Behavior» OR «Mood» OR «Affect» OR «Stress disorders» OR «Post-traumatic» OR «Posttraumatic» OR «Mental disorders» OR «Mental*» OR «Anxiety» OR «Substance abuse» OR «Substance-related disorders» OR «Suicide"	"Événements météorologiques extrêmes" OU "Changement climatique" OU "Catastrophe*" OU "Catastrophe naturelle" OU "Inondations*" OU "Incendies" OU "Feux de forêt" OU "Feux de friches" OU "Érosion côtière" OU "Post-désastre" OU "Vagues de chaleur". «Extreme weather events» OR «Climate change» OR «Disaster*» OR «Natural disaster» OR «Flood*» OR «Fires» OR «Forest fires» OR «Wildfires» OR «Coastal erosion» OR «Postdisaster» OR "Heat waves"	"Rétablissement" OU "Prévention" OU "Intervention" OU "Aide" OU "Soutien" OU "Aide" OU "Réponse "Recovery" OR "Prevention" OR "Intervention" OR "Help" OR "Support" OR "Aid" OR "Response"

Les bases de données explorées sont Google Scholar Academic Search Complete; CINAHL; ERIC ; Medline; Psychology & Behavioral Sciences Collection; SocINDEX; Pascal & Francis; International Bibliography of te Social Sciences (IBSS); PILOTS; Dissertation & Thesis Global (ProQuest); Social Services Abstracts, Sociological Abstracts; PsycInfo and PsyArticles; Érudit; The Cochrane Library ; The Campbell Collaboration Online Library. Pour la littérature « grise », les sites web d'organisation (ex. : https://www.nctsn.org/), de municipalités, d'organisations, du milieu de l'éducation et de la santé ont été consultés.

Pour chaque outil ou intervention répertorié, les informations suivantes étaient saisies :

- Titre : titre du document répertorié
- Année : année de publication du document.
- Repérage : Google, BD, consultation de références, etc.
- Intervention : Nom de l'intervention
- Formations ou matériel préalables : Indication qu'une intervention requiert une formation ou du matériel particulier (coût-bénéfice).
- Type d'événements : Indication dans le cas de désastres particuliers (inondations, guerre, etc.) ou plus général.
- Contexte/pays/lieu : Si l'information est disponible, contexte ou pays ou lieu où est survenu le (ou les) désastre(s).
- Niveau d'intervention *:
    1. Mise en œuvre par les individus et la communauté, incluant les premiers répondants (ex. pompiers, bénévoles, acteurs municipaux, proches aidants, etc.).
    2. Mise en œuvre par du personnel de santé et services sociaux des services généraux et de première ligne (non spécialisé en santé mentale).
    3. Mise en œuvre par du personnel de santé et services sociaux des services généraux et de première ligne spécialisée en santé mentale
    4. Mise en œuvre par du personnel spécialisé en santé mentale (Psychologue, psychiatre, hospitalisation pour des raisons de santé mentale, etc.)
- Intervenants : Qui sont ceux qui offrent l'intervention?
- Public cible : Ceux visés par l'intervention.
- Niveau d'évidence : Plus haut niveau d'évidence en fonction du classement hiérarchique du groupe Cochrane https://consumers.cochrane.org/cochrane-and-systematic-reviews qui correspond à
    1 Revue systématique d'études randomisées contrôlées
    2 Résultats d'une ou plusieurs études randomisées contrôlées de grande qualité
    3 Résultats d'études avec groupe contrôle non randomisées
    4 Résultats d'études non expérimentales (descriptives, rétrospectives, de cas …)
    5 Opinions d'experts

*Les niveaux 2 et 3 ont été fusionnés dans la trousse

Évaluation et choix des interventions

59 types interventions ont été répertoriés et classés en fonction d'un système de cotation pour déterminer leur pertinence (A : fréquent et pertinent nommé 5 fois et plus, B : Parfois nommé et pertinent, C : nommé une seule fois et pertinent et D : nommé une seule fois et anecdotique). Les interventions classées A et B ont été conservées nous permettant de cibler 19 interventions. Nous y avons ajouté 2 interventions supplémentaires jugées pertinentes pour la connaissance du public : SOLAR et Art-thérapie en contexte post-traumatique (interventions à surveiller). Donc un total de 21 interventions à partir desquelles des fiches synthèses ont été rédigées et des recherches documentaires supplémentaires ont été réalisées pour valider leur pertinence.

Différentes modifications ont été apportées au classement de ces interventions à la lumière de concertation d'équipe, de consultation d'intervenants du milieu et d'experts.

- Retrait de la pharmacothérapie, car réservée spécifiquement au domaine médical.
- Fusion de certaines interventions de type cognitivo-comportementales.
- Retrait de la thérapie de groupe pour la modifier en Groupe de soutien et d'entraide.
- Division de l'intervention Former et soutenir les répondants en 2 interventions distinctes.
- Ajout de l'Intervention psychosociale en contexte de sécurité civile des CISSS et CIUSSS.
- Ajout de l'intervention Cultiver et promouvoir une santé mentale positive.
- Ajout de l'intervention Écouter et aider les enfants et les jeunes à retrouver leur bien-être psychologique.
- Intégration de la thérapie d'exposition à la Thérapie cognitivo-comportementale et la Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme.
- Fusion des interventions Débriefing psychologique et Gestion du stress en situation critique (Critical Incident Stress Management).
- Intégration de l'attachement culturel dans l'intervention Renforcer le soutien social et création de l'intervention Maintenir l'attachement à son milieu physique.
- Ajout de la fiche Autosoins en santé mentale (suite à l'exercice de validation)
- Ajout de la fiche Soins et services de première ligne en santé mentale (suite à l'exercice de validation)

Donc une trousse finale incluant 20 fiches ainsi qu'une intervention à considérer avec prudence (Débriefing psychologique) et deux interventions à surveiller (SOLAR et Art-thérapie en contexte post-traumatique).

Il importe toutefois d'indiquer que la majorité des interventions retenues reposent sur des études rétrospectives ou de cohortes sans groupe contrôle ou des opinions d'experts. Les recherches pour en démontrer leur efficacité doivent donc se poursuivre.

Le tableau à la fin de cette section présente les 59 types d'interventions répertoriés et les cotes ayant servi à leur sélection. On y retrouve également les phases et niveaux de services impliqués, les intervenants et le public-cible pour chacune d'elle. Le tableau Y présente ensuite les 23 interventions constituant la trousse, les niveaux d'intervention et les phases concernées. Finalement, une représentation graphique des informations de ce tableau est présentée à la figure suivante.

Tableau Classification des 59 types d'intervention répertoriés (légende présentée à la fin du tableau)			
Cote	**Phase**	**Niveau services**	**Nom de l'intervention**
A	R	IV	Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)
A	R	IV	Eye Movement Desentitization and Reprocessing (EMDR)
A	R	IV	Thérapie cognitivo-comportementale/Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
A	PIR	II-III-IV	Soutien, formation et supervision pour les aidants
A	P-I-R	II-III-IV	Intervention pour développer la résilience personnelle et communautaire
A	RP	II-III-IV	Interventions pour accroître son niveau de préparation personnelle et communautaire
A	PIR	II-III-IV	Renforcer les réseaux de soutien social
A	PIR	I-II-III-IV	Maintenir l'attachement au milieu et à sa culture
A	IR	II et III	Psychological First AID (PFA)
A	IR	I	Pleine conscience/Mindfulness
A	I	IV	Psychological Debriefing
A	IR	IV	Pharmacothérapie
B	P-R	I-II	Actions bénéfiques pour l'environnement et la santé mentale
B	R	III et IV	Thérapie en groupe
B	IR	III	La relance psychosociale
B	R	I-IV	Supported computerised trauma-focused CBT
B	R	IV	Exposure Therapy
B	R	IV	Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools (CBITS)
B	P et I	IV	Critical Incident Stress Management (CISM), group-based intervention: involves training before the events and debriefing after
C	R	II	School Therapeutic Enhancement Program (STEP)
C	R	II	Pratique tenant compte des traumatismes
C	R	III	Non-specialized group interventions: psychoeducation or psychosocial support: school interventions for children and adolescents
C	R	III	Skills for psychological recovery
C	IR	III	Brief supportive therapy
C	IR	III	Calming/Distraction Activities by Developmental Level- Pour aider le professionnel à faire son évaluation (département de l'urgence)
C	IR	III	Trauma-Informed approach- Pour aider le professionnel à faire son évaluation (département de l'urgence)
C	RP	II	Biologically based approach (Community Wellness Skills)
C	P	II	Urban Design
C	PIR	II et III	Suicide Prevention Program (link between suicide and warmer temperatures)
C	IR	III	L'Intervention Psychosociale Transitoire (IPT)
C	I	III	L'Intervention Psychosociale Immédiate (IPI)
Cote	**Phase**	**Niveau services**	**Nom de l'intervention**

C	I	III	La séance d'intervention psychosociale (SIP)
C	I	III	Approche Twin-Track
C	IR	II et III	Psychoeducation to parents
C	RP	I-III	Early Adolescents Skills for Emotions (EASE)
C	R	I-III	Step-by-Step (online)
C	IR	I-III	Self Help Plus
C	R	IV	Individual psychological intervention in preference to group intervention
C	R	IV	Attachment, Self-Regulation and Competency ARC (youth and families)
C	R	IV	Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)
C	R	IV	Preschool PTSD Intervention
C	R	IV	Cognitive Therapy
C	R	IV	Acupuncture (potential intervention for PTSD for people non responding to trauma-focussed psychological therapy or pharmacotherapy)
C	R	II-III	Art activities
D	R	I	Zones of regulation (une approche cognitivo-comportementale)
D	R	II	School-based test Anxiety Intervention
D	R	I	HeartMath
D	R	IV	Stress Inoculation Training (SIT)
D	I	III	Crisis Counseling Program (CCP)
D	R	IV	Psychodynamic psychotherapy
D	R	IV	Massage therapy (thérapie spécifique)
D	R	IV	Play therapy (thérapie spécifique)
D	P-I	I	Personal monitor (intervention for older adults)
D	I	I	Wearing lighter clothing and taking cool showers or baths (intervention for older adults)
D	I	I	Fans (interventions for older adults)
D	IR	I-III	Problem Management Plus
D	R	III	Controlled community field study (school-based intervention)
D	IR	III-IV	Cognitive restructuring
D	R	IV	Imagery Rehearsal Therapy (IRT)

Légende :
Cotes : A=fréquent et pertinent (5 fois et +), B=parfois nommé et pertinent, C=nommé une seule fois et pertinent, D=nommé une seule fois et anecdotique
Phases : P =Préparation, I= Intervention, R= Rétablissement
Niveaux de services : I=Niveau individus, II=Niveau communauté, III=Niveau services 1L, IV= Niveau services SM

Liste des 23 interventions constituant la trousse

Tableau 1 : Classement des interventions en fonction des phases d'un sinistre et des niveaux de services et de soins

Niveaux de services et de soins	Activités ou interventions	Phases				Attention prudence	Interventions prometteuses
		Promotion/ prévention	Intervention	Rétablissement	Préparation		
Individus, familles, communauté, école	Cultiver et promouvoir une santé mentale positive	X					
	Apprendre à vivre au moment présent	X					
	Renforcer le réseau de soutien social	X					
	Agir pour l'environnement et la santé mentale	X					
	Maintenir l'attachement à son milieu et à sa culture	X					
	Premiers secours psychologiques en cas de désastre		X X	X X			
	Autosoins en santé mentale		X	X			
	Écouter et aider les enfants et les jeunes à retrouver leur bien-être psychologique		X	X			
	Soutenir les répondants, les bénévoles et les intervenants		X X	X X			
	Groupes de soutien			X	X		
	Développer la résilience en milieu scolaire			X	X		
	Accroître le niveau de préparation des individus, des familles et de la communauté				X		
	Former les répondants et les intervenants				X		
	SOLAR : *Skills for life adjustment and resilience* (intervention à surveiller)						X
Première ligne santé et services sociaux	Interventions psychosociales en contexte de sécurité civile des CISSS et CIUSSS		X	X			
	Relance psychosociale			X			
	Soins et services de première ligne en santé mentale		X	X			
Services spécialisés en santé mentale	Thérapie cognitivo-comportementale			X			
	Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme			X			
	Intervention cognitivo-comportementale en milieu scolaire axée sur le traumatisme			X			
	Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires			X			
	Débriefing psychologique (PRUDENCE)					X	
	Art-thérapie en contexte post-traumatique (intervention à surveiller)						X

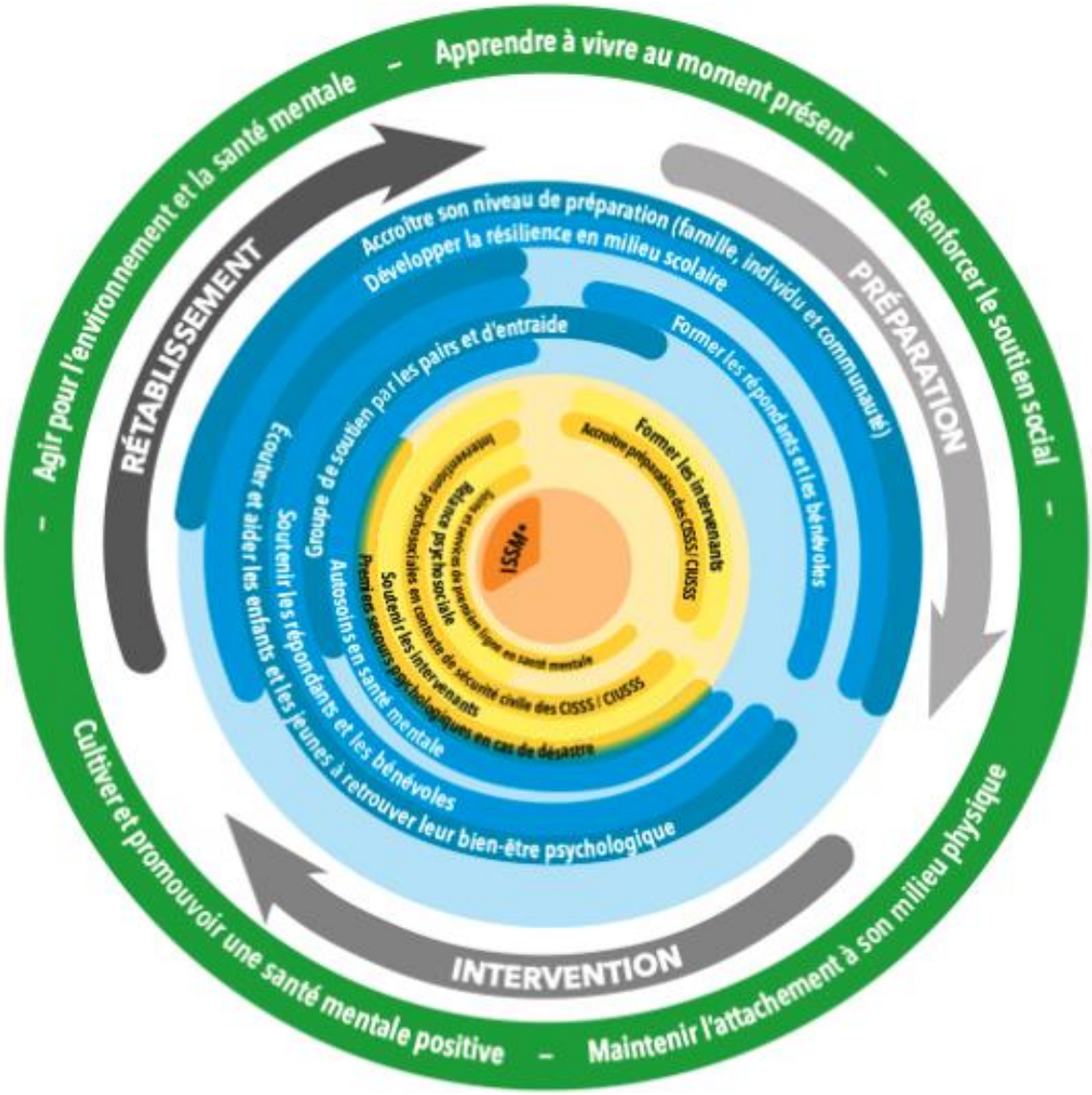


Figure Z Figure intégratrice des interventions, des phases de l'intervention et des niveaux de services.

Validations des interventions

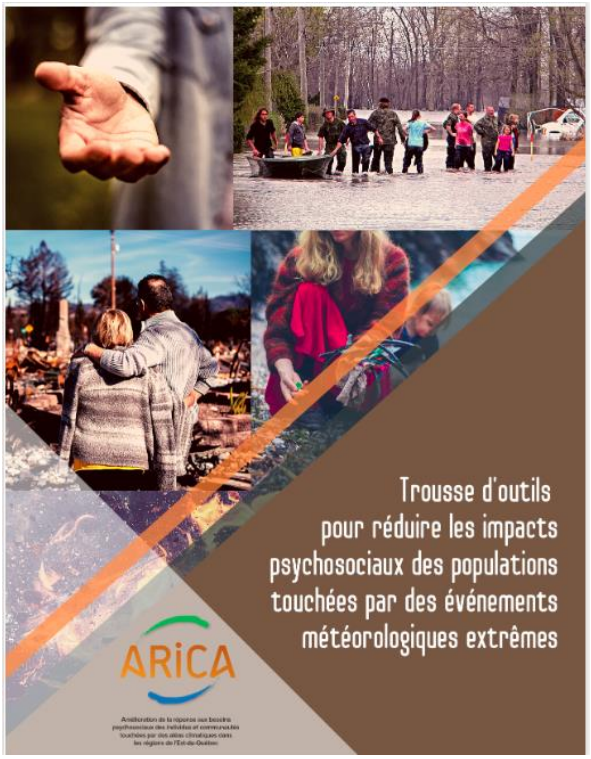
Des acteurs clés, dont plusieurs futurs utilisateurs de la boîte à outils, ont été invités à valider le contenu de la trousse à l'été 2020. Ceux-ci (voir page des auteurs au début de la trousse) provenaient de différents milieux et domaines:

- Groupes de recherche psychosociale (adultes ou jeunes)
- Ministère de la Santé et Services sociaux
- Interventions psychosociales en contexte d'urgence
- Santé des enfants et des jeunes
- Milieu scolaire
- Milieux municipaux ayant expérimenté des EME
- Organisme communautaire
- Organisme de bassin versant
- Travail social
- Psychologie
- Sciences infirmières
- Médecine d'urgence
- Psychiatrie
- Sciences cliniques
- Santé publique et santé communautaire

Un questionnaire de validation en ligne créé à partir de LimeSurvey afin de faciliter le processus de validation invitant les personnes de l'équipe de validation à prendre connaissance et à se prononcer sur l'introduction et chacune des interventions. Le résumé des questions et un aperçu du questionnaire utilisé pour validation figurent en annexe. Le questionnaire été envoyé à 31 personnes rempli par 28 d'entre-elles, en plus de membres de l'équipe, ont complété l'exercice de validation de la trousse en fonction de ces expertises et domaines d'intérêt. Leurs commentaires et leurs suggestions de modifications ou bonifications ont été considérés dans la version finale de la trousse. De plus, suivant cet exercice, il a notamment été décidé, suite à cet exercice de validation, d'ajouter deux nouvelles fiches (Autosoins et Services de première ligne généraux en santé mentale) qui ont été développées au cours de l'été et automne 2020 constatant que les interventions concernant la première ligne générale étaient lacunaires. Deux nouvelles personnes se sont ajoutées à l'équipe de validation pour ces deux nouvelles fiches et une relecture complète de la trousse permettant d'apporter les derniers ajustements. L'équipe de validation compte donc 30 personnes qui sont présentées à la page des auteurs de la version PDF de la trousse.

« Trousse d'outils pour réduire les impacts psychosociaux des populations touchées par des événements météorologiques extrêmes »

Document PDF et site web : www.arica.uqar.ca



Résumé du questionnaire en ligne :

Validation Trousse Intervention santé mentale et évènements météorologiques extrêmes

Message d'accueil du Questionnaire en ligne :

Avant de débuter, voici quelques informations et consignes :

- Toutes les personnes impliquées dans la validation doivent lire les pages introductives et répondre aux questions concernant cette partie.

- Le corps du document inclut 21 fiches d'interventions réparties en 6 sections : Cliquez ici pour consulter la liste des fiches d'interventions et la logique de classification.

-Vous n'avez pas à évaluer toutes les fiches. Le questionnaire vous permet de choisir celles que vous voulez consulter et valider. Vous pouvez aussi quitter le questionnaire et y revenir ultérieurement en utilisant le lien dans le courriel qui vous est attribué. Assurez-vous toutefois d'avoir cliqué « Suivant » au bas de la page pour que le contenu de la page soit enregistré. Vous pourrez y revenir plus tard et la modifier au besoin. Lorsque vous aurez terminé la validation, cliquez sur « Soumettre » pour que vos réponses nous soient transmises.

-Le temps moyen pour lire et compléter les questions de validation est estimé à environ 10 minutes par fiche (sauf la fiche 13 qui est plutôt d'une vingtaine de minutes).

- L'exercice de validation vise à déterminer si, selon vous, l'intervention ou l'approche présentée vise le bon public, qu'elle est bien résumée et correctement appuyée sur des sources crédibles et que les ressources suggérées sont pertinentes. Notez qu'il s'agit d'une validation de contenu : la révision linguistique et l'infographie du document seront réalisées à la suite de cet exercice.

COVID 19 : En plus de cette version visant à faire face aux changements climatiques, nous envisageons adapter le document afin de faire face à la situation de pandémie liée à la COVID-19. Nous sommes donc intéressés à connaître votre avis concernant la pertinence des interventions que vous validerez au contexte de cette urgence sanitaire.

Merci à l'avance pour votre précieuse contribution.

INTRODUCTION ET CONTEXTE DE LA TROUSSE

***Après avoir pris connaissance des pages d'introduction (cliquez ici pour les consulter), veuillez indiquer votre opinion par rapport aux énoncés suivants**

	Tout à fait en accord	En accord	En désaccord	Tout à fait en désaccord
Les principes évoqués sont pertinents pour guider les interventions visant à réduire les impacts négatifs sur la santé mentale des populations touchées par des événements météorologiques extrêmes en contexte de changement climatique	○	○	○	○
Cette vision accroît l'intégration entre les différents niveaux de services	○	○	○	○
Le texte et les figures permettent de bien comprendre les principes qui soutiennent les interventions	○	○	○	○

***Avez-vous des commentaires ou éléments à partager en lien avec les pages d'introduction?**

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ◉ Oui
- ○ Non

Inscrivez vos commentaires ici

SECTION 1

PROMOUVOIR LE BIEN-ETRE PSYCHOLOGIQUE DES INDIVIDUS, DES FAMILLES ET DES COMMUNAUTES

Les approches et interventions figurant dans cette section contribuent à une meilleure santé mentale en générale. Elles agissent un peu comme un filet de sécurité lorsque surviennent des événements difficiles.

Elles s'adressent à tous, peuvent être mise en place ou encouragées à tous les niveaux de soins et de services à commencer par les individus eux-mêmes, les familles et les collectivités.

Les actions comprises à ce niveau sont :

Fiche 1 : Cultiver et promouvoir une santé mentale positive

Fiche 2 : Apprendre à vivre au moment présent

Fiche 3 : Renforcer le réseau de soutien social

Fiche 4 : Actions bénéfiques pour l'environnement et la santé mentale

Fiche 5 : Maintenir l'attachement à son milieu et à sa culture

***Souhaitez-vous évaluer des fiches dans cette section ou passer à la section suivante?**

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ○ OUI, je souhaite évaluer des fiches de cette section
- ○ NON, je désire passer à la section suivante

***Voici la Fiche 1: Cultiver et promouvoir une santé mentale positive. Cliquez ici pour la consulter.**

Souhaitez-vous évaluer cette fiche?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- (●) Oui
- ( ) Non

Après la lecture de la fiche, veuillez indiquer votre opinion par rapport aux énoncés suivants:

	Tout à fait en accord	En accord	En désaccord	Tout à fait en désaccord	Sans réponse
Les personnes visées par cette intervention sont bien ciblées (voir encadré dans la fiche).	○	○	○	○	●
Les personnes pouvant mettre en œuvre l'intervention sont correctement identifiées (voir encadré dans la fiche).	○	○	○	○	●
Les informations permettent d'avoir une compréhension générale de l'intervention.	○	○	○	○	●
Les informations rapportées me semblent exactes.	○	○	○	○	●
Les sources bibliographiques et les références scientifiques dans le texte sont pertinentes.	○	○	○	○	●
Les ressources et liens proposés à la fin de la fiche sont pertinents.	○	○	○	○	●

*Avez-vous des suggestions d'autres sources scientifiques pouvant bonifier le contenu des informations pour cette intervention?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ○ Oui
- ○ Non

*À votre connaissance, y a-t-il des ressources supplémentaires pertinentes pouvant être ajoutées en lien avec cette intervention (site web, fiches informatives, dépliants, organismes, formations, guides, etc.)? présentées dans cette section (coordonnées, liens internet, etc.)?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ○ Oui
- ○ Non

Selon vous, cette intervention est-elle pertinente pour réduire les impacts sur la santé mentale de la pandémie liée à la COVID-19?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ○ Oui
- ○ Non
- ● Sans réponse

Avez-vous d'autres commentaires à nous partager en lien avec cette fiche?

APPRÉCIATION GLOBALE

Suite à la lecture de l'introduction et de certaines fiches, quels sont , selon vous, les groupes qui bénéficieraient le plus du contenu figurant dans ce document?

Cochez la ou les réponses

- [ ] Les citoyens d'une communauté
- [ ] Les décideurs au niveau municipal
- [ ] Les intervenants communautaires
- [ ] Les équipes de santé publique
- [ ] Le personnel scolaire
- [ ] Les bénévoles
- [ ] Les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux
- [ ] Les psychologues spécialisés en état de stress post-traumatique
- [ ] Les chefs de programmes des CISSS ou CIUSSS
- [ ] Les médecins généralistes
- [ ] Les psychiatres
- [ ] Les chercheurs dans le domaine de la santé et des services sociaux
- [ ] Les politiciens au niveau provincial
- [ ] Autre :

Selon vous, y a-t-il d'autres éléments ou interventions qui devraient être ajoutées à ce document?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ○ Oui
- ○ Non
- ● Sans réponse

Il est prévu d'intituler le document : « Réduire les impacts sur la santé mentale des populations touchées par des événements météorologiques extrêmes en contexte de changements climatiques-Trousse d'interventions »

Ce titre correspond-il, selon vous, à ce que vous avez lu et validé? Sinon, quelles sont vos suggestions?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ○ Oui
- ○ Non
- ● Sans réponse

QUELQUES QUESTIONS POUR COMPLÉTER

Avez-vous déjà été touché personnellement par un évènement météorologique extrême?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ○ Oui
- ○ Non
- ● Sans réponse

Avez-vous déjà été impliqué professionnellement auprès d'une population ou de décideurs ayant vécu un événement météorologique extrême ou autres catastrophes d'envergure populationnelle?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ○ Oui
- ○ Non
- ● Sans réponse

Décrivez en trois mots-clés votre domaine d'expertise ou d'intérêt (ex: soutien aux familles).

Tous autres commentaires ou suggestions au sujet de ce document et de son utilisation potentielle sont les bienvenus

Message de fin :

Nous vous remercions pour votre participation. Vos suggestions et commentaires seront pris en considération dans la préparation de la version finale du document.

Références :

Amaratunga, C. A. and O'Sullivan T.L. (2009). In the path of disaster medecine. *Catastrophes : Profil des tendances et enjeux*. *R. St-John, Berry, P. et al.* . Ottawa, Santé Canada**:** 149-155.

Devilly, G. J., R. Gist and P. Cotton (2006). "Ready! Fire! Aim! The status of psychological debriefing and therapeutic interventions: in the work place and after disasters." Review of General Psychology **10**: 27.

Ehrenreich, J. (2001). Coping with Disasters : A guidebook to psychosocial intervention. Old Westbury, NY, State University of New York.

Fervers, B., J. S. Burgers, M. C. Haugh, J. Latreille, N. Mlika-Cabanne, L. Paquet, M. Coulombe, M. Poirier and B. Burnand (2006). "Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure." Int J Qual Health Care **18**(3): 167-176.

Fervers, B., J. S. Burgers, R. Voellinger, M. Brouwers, G. P. Browman, I. D. Graham, M. B. Harrison, J. Latreille, N. Mlika-Cabane, L. Paquet, L. Zitzelsberger, B. Burnand and T. A. Collaboration* (2011). "Guideline adaptation: an approach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation." BMJ Quality & Safety **20**(3): 228-236.

Herbert, J. D. and M. Sageman (2004). First do no harm": Emerging guidelines for the treatment of posttraumatic reactions. Posttraumatic Stress Disorder: issues and controversies. G. M. Rosen. West Sussex, Wiley**:** 213-232.

INSPQ (2003). Cadre de référence de gestion du risque. Québec, QC, Institut national de santé publique du Québec.

Kabish, S., A. Kunath, P. Scheweizer-Ries and A. Steinführer (2012). Vulnerability, Risks, and Complexity: Impacts of Global Change on Human Habitats. Göttingen, Germany, Hogrefe Publishing.

Laurendeau, M., L. Labarre and G. Senecal (2007). "La dimension psychosociale des interventions en situation d'urgence dans les services sociaux et de santé." Open Medicine **1**(2): 6.

Lilienfeld, S. O. (2007). "Psychological Treatments That Cause Harm." Perspect Psychol Sci **2**(1): 53-70.

Malenfant, P.-P. (2013). Le rétablissement psychosocial. L'intervention sociosanitaire en contexte de sécurité civile, Ministère de la Santé et des Services sociaux. **Module 7**.

Maltais, D. (2014). Les impacts des catastrophes sur la santé et le bien-être des individus et des intervenants psychosociaux. 18e Journées annuelles de santé publique, Montréal, QC, Institut national de santé publique du Québec.

Maltais, D. (2015). Situation de crise, de tragédie ou de sinistre : le point de vue des professionnels de l'intervention sociale. Québec, QC, Presses de l'Université Laval.

Maltais, D., L. Lachance, A. Brassard and M. Dubois (2005). "Soutien social et santé psychologique de victimes d'inondations." Sciences Sociales et Santé **23**(3): 33.

Marchand, D., G. Brisson and S. Plante (2014). L'apport des sciences sociales à la gestion de problèmes environnementaux. Regards croisés de la psychologie environnementale. D. Marchand, S. Depeau and K. Weiss. Paris, FR, Éditions In Press**:** 199-232.

Roberts, N. P., N. J. Kitchiner, J. Kenardy and J. Bisson (2009). "Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder." Cochrane Database Syst Rev(3): CD006869.

Rose, S., J. Bisson, R. Churchill and S. Wessely (2001). "Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)." Cochrane Database Syst Rev(3): CD000560.

The ADAPTE Collaboration (2010). The ADAPTE Process: Ressource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0.

van Emmerik, A. A., J. H. Kamphuis, A. M. Hulsbosch and P. M. Emmelkamp (2002). "Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis." Lancet **360**(9335): 766-771.

WHO (2008). Integrating mental health into primary care: A global perspective. World Health Organization. Geneva, WHO.