



ASSOCIATION  
CANADIENNE DE  
SANTÉ PUBLIQUE

La voix de la santé publique

Une démarche de santé publique à l'égard du  
**BIEN-ÊTRE MENTAL  
DES POPULATIONS**

ÉNONCÉ DE POSITION | MARS 2021



# LA VOIX DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Porte-parole national indépendant et défenseur fidèle de la santé publique, **l'Association canadienne de santé publique** parle au nom des individus et des populations avec tous les ordres de gouvernement.

Nous préconisons l'équité en santé, la justice sociale et la prise de décisions éclairées par les données probantes. Nous misons sur le savoir, repérons et abordons les problèmes de santé publique, et relient diverses communautés de pratique. Nous faisons valoir la perspective et les données probantes de la santé publique auprès des chefs de gouvernement et des responsables des politiques. Nous sommes un catalyseur de changements qui améliorent la santé et le bien-être de tous.

Nous appuyons la passion, le savoir et les perspectives de nos membres dans

toute leur diversité par la collaboration, par de vastes débats et par le partage d'informations. Nous motivons les organisations et les gouvernements à appliquer un éventail de politiques et de programmes de santé publique qui améliorent les résultats sanitaires des populations dans le besoin.

## NOTRE VISION

Un monde de santé et de justice

## NOTRE MISSION

L'ACSP a pour mission de rehausser la santé des gens au Canada et de contribuer à un monde plus sain et plus équitable.

Pour plus de renseignements, veuillez contacter :

### **Association canadienne de santé publique**

1525, avenue Carling, bureau 404, Ottawa (Ontario) K1Z 8R9

Tél. : 613-725-3769 | [info@cpha.ca](mailto:info@cpha.ca)

[www.cpha.ca](http://www.cpha.ca)

# Une démarche de santé publique à l'égard du bien-être mental des populations

En 1942, l'Association canadienne de santé publique (ACSP) adoptait sa première résolution sur la santé mentale. Elle réclamait l'amélioration de la prestation des services de santé mentale à la population canadienne, l'accessibilité de ces services au pays étant limitée en raison de l'effort de guerre. Entre 1942 et 2003, la santé mentale et le bien-être mental ont fait l'objet, directement ou indirectement, de cinq autres résolutions et d'un document de travail. L'annexe 1 présente un résumé de ces initiatives. La « santé mentale » a par la suite été désignée comme un sujet à aborder lors du forum de réflexion de l'ACSP durant la conférence Santé publique 2013.

Le bien-être mental des populations (BEMP) est un thème qui sous-tend une grande partie des travaux récents de l'Association, qu'ils portent sur l'accès des enfants au jeu, la consommation de substances, les déterminants sociaux de la santé, la stigmatisation et le racisme, le principe de Jordan ou la santé sexuelle. Ainsi, l'Association reconnaît le croisement naturel entre la promotion de la santé, la santé publique et la santé et le bien-être mentaux des populations pour que chaque personne ait la capacité « ...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 [le bien-être mental] 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.<sup>1</sup> »

Il continue d'y avoir des avancées importantes, à l'échelle provinciale-territoriale, nationale et internationale, vers l'atteinte de cet objectif du point de vue de la santé mentale/du bien-être mental des populations, de la santé mentale et de la maladie mentale. Il est toutefois difficile de faire la distinction entre la santé et le bien-être mentaux des populations, la santé mentale et la maladie mentale et de comprendre les effets possibles des déterminants personnels, sociaux et écologiques de la santé sur le BEMP et les façons d'appliquer une démarche de santé publique à cet égard.

## Définitions

- Santé mentale – l'état de votre bien-être psychologique et émotionnel. La santé mentale est une ressource indispensable pour mener une vie saine et un élément essentiel de l'état de santé général. (ASPC)
- Maladie mentale – caractérisée par les altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement associées à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués (ASPC)
- Bien-être mental – l'état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté (OMS)
- Promotion de la santé mentale – programmes qui dirigent et appuient des activités de promotion d'une bonne santé mentale (ASPC)
- Santé mentale des populations – l'état de bien-être psychologique et émotionnel à l'échelle de la population et entre différents groupes de gens
- Bien-être mental des populations – un état de bien-être général dans lequel les membres de différentes populations peuvent se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de leur communauté

## À propos de la nomenclature

Dans la littérature actuelle sur le sujet, c'est principalement l'expression santé mentale qui est utilisée; d'autres expressions, comme bien-être mental et santé mentale des populations, le sont aussi de temps à autre. Pour la présente analyse, nous proposons l'expression bien-être mental des populations (BEMP) pour désigner le croisement entre la santé mentale et la santé publique et les activités qui sont fondées sur la pratique en santé publique et qui visent la santé mentale des populations. C'est l'expression employée dans le présent document, sauf si le texte analysé en emploie une autre.

## À propos des indicateurs et des données

Dans tout le document, nous avons tenté d'intégrer des données provenant d'indicateurs créés pour mesurer les aspects de la santé mentale (ou du bien-être mental) des populations. Il n'existe qu'une quantité limitée de telles données. C'est pourquoi, à l'occasion, nous y avons substitué des données provenant d'indicateurs mesurant la santé mentale individuelle (p. ex. le suicide et le stress).

## Remerciements

Les différentes sections du présent énoncé de position ont été élaborées selon un processus itératif par des bénévoles et des stagiaires, puis examinées des partenaires externes. L'Association les remercie tous et toutes de leur apport.

## Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé

Conformément à la politique administrative de l'ACSP, [une évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé](#) (en anglais) du présent énoncé de position a été menée avant l'approbation finale du document par le conseil d'administration de l'Association selon [la méthode](#) approuvée en décembre 2019. L'évaluation a été effectuée par un groupe de quatre bénévoles membres de l'ACSP qui n'ont pas participé à l'élaboration de l'énoncé. L'Association les remercie de la diligence avec laquelle ils ont mené l'évaluation.

## RECOMMANDATIONS

L'ACSP invite le gouvernement fédéral à travailler avec les provinces, les territoires, les municipalités, les collectivités, les communautés et gouvernements autochtones et les secteurs d'activité pour agir dans les domaines suivants :

### Stratégie nationale

- Poursuivre l'élaboration d'une stratégie nationale pour le bien-être mental des populations qui intègre les déterminants personnels, sociaux et écologiques de la santé et qui aborde les effets du racisme, du colonialisme et de l'exclusion sociale sur la santé et le bien-être mentaux, selon une démarche axée sur le parcours de vie;
- Appuyer cette stratégie nationale en décrivant sa démarche de mise en œuvre, en prévoyant un financement correspondant aux besoins actuels au moyen d'accords sur le bien-être mental avec les provinces, les territoires et les gouvernements autochtones et en soutenant des initiatives de proximité;
- Surveiller les progrès de la mise en œuvre de la stratégie nationale au moyen de mesures du rendement convenues faisant fond sur les activités de mesure du rendement actuelles<sup>2</sup>.

### Politiques et programmes

- Créer et mettre en œuvre une démarche d'élaboration de politiques et de programmes axée sur la santé/la santé mentale dans toutes les politiques;
- Établir une démarche culturellement appropriée axée sur le parcours de vie pour élaborer des programmes de bien-être mental, plus particulièrement sur :
  - La période périnatale, la période post-partum, les nourrissons, les enfants et les jeunes;
  - Les aînés;
  - Le genre;

- Les communautés LGBTQ2S+;
- Les communautés noires et racisées\*;
- Les réfugiés;
- Les sans-abri;
- Les peuples autochtones;
- Les personnes handicapées, y compris celles atteintes d'affections chroniques;

- Pour aborder la santé mentale, élaborer des démarches flexibles qui conviennent dans diverses situations;
- Rendre les programmes universels mais proportionnés, en les ciblant là où les besoins sont les plus grands;
- Offrir des services éducatifs et de garde à l'enfance [culturellement appropriés] universels, abordables, de haute qualité et adaptés au stade de développement;
- Élaborer des programmes de réduction de la pauvreté en les ciblant là où les besoins sont les plus grands;
- Poursuivre les efforts pour répondre aux besoins des peuples autochtones en donnant suite aux Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation et en appuyant des approches de bien-être mental fondées sur les forces qui incluent des modèles autochtones du bien-être mental;
- Appuyer l'élaboration à l'échelle provinciale, territoriale et régionale/locale d'activités de planification et de mesure des résultats en matière de BEMP;
- Reconnaître et élaborer des démarches en réponse à l'anxiété et à la tristesse résultant des changements climatiques, de la COVID-19 et de la crise des intoxications aux opioïdes;
- Poursuivre les efforts pour soutenir et améliorer les programmes de santé mentale en milieu de travail.

\* Dans le présent document, nous avons tenté d'employer un langage non stigmatisant en phase avec la pratique courante. Ce langage pourrait changer avec le temps et l'évolution des pratiques sociales et culturelles. Le langage du présent énoncé pourrait donc un jour sembler dépassé à la lumière de la pratique qui aura cours à ce moment-là.

## Interventions d'urgence

- Élaborer et mettre en œuvre des programmes et des processus pour répondre aux problèmes de BEMP qui se manifestent durant les interventions d'urgence;
- Élaborer et soutenir des interventions de rétablissement des populations après un événement grave.

## Recherche, surveillance et évaluation

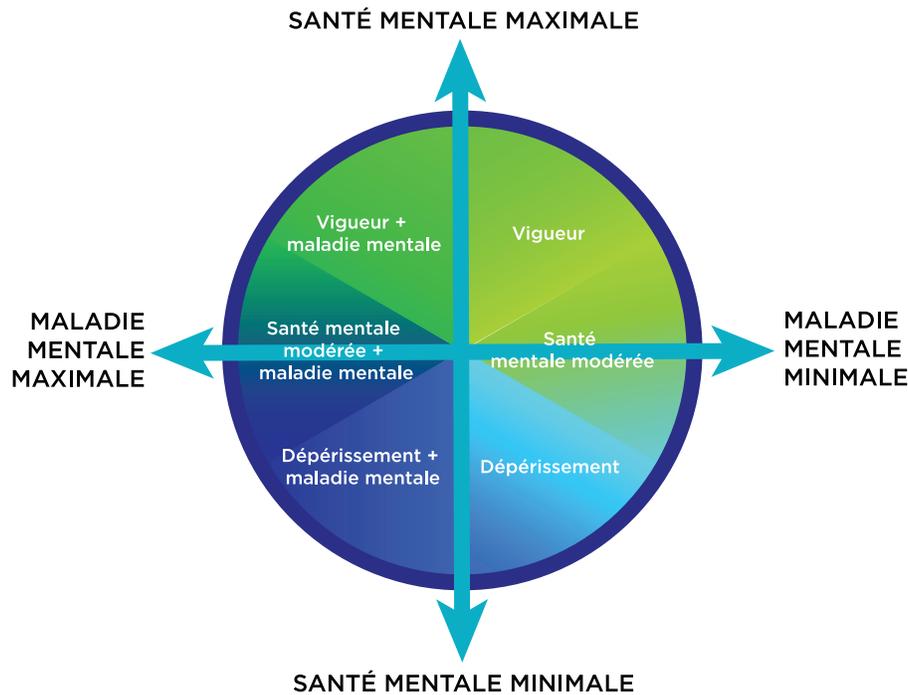
- Soutenir la surveillance et la recherche en lien avec les déterminants du bien-être mental des populations et élaborer des approches pour combler les lacunes;
- Élaborer et mettre en œuvre des méthodes de suivi-évaluation pour tous les programmes.

## CONTEXTE

La Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)<sup>3</sup> définit la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » et reconnaît que la santé est un droit humain fondamental. Elle reconnaît aussi, entre autres, qu'une intégration des facteurs sociaux, écologiques et personnels est nécessaire pour que chaque personne puisse cultiver la résilience devant le stress, les revers et l'adversité et donner sa pleine mesure. Une quarantaine d'années après la ratification de la Constitution de l'OMS, l'honorable Jake Epp, alors ministre de la Santé et du Bien-être social du Canada, publiait l'article « La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre<sup>4</sup> », qui offre une plus grande clarté dans le contexte canadien en définissant la « santé mentale » comme étant :

*« la capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'interagir les uns avec les autres d'une manière qui suscite un bien-être subjectif, le développement optimal et l'utilisation des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), l'atteinte des buts individuels et collectifs justes et la réalisation et la préservation de conditions d'égalité fondamentale. »*

L'article décrit ensuite une série de principes directeurs et analyse les difficultés d'atteindre l'objectif d'une bonne « santé mentale ». La nécessité d'une stratégie pour aborder la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale est décrite dans un rapport du Sénat<sup>5</sup> publié en 2006, et la première stratégie de santé mentale du Canada paraît en 2012<sup>6</sup>. Le budget fédéral de 2017 prévoit l'octroi de fonds sur une période de 10 ans pour aborder, en partie, l'accès aux services liés à la santé mentale et aux troubles de consommation de substances (toxicomanie) dans les provinces et les territoires<sup>7</sup>.



**Figure 1.** Le modèle des deux continuums de la santé mentale et de la maladie mentale<sup>13</sup>.

L'OMS a affirmé récemment qu'« il n'y a pas de santé sans santé mentale », et que les politiques nationales de santé mentale doivent à la fois aborder les troubles mentaux qui existent dans un pays et promouvoir la santé mentale de la population<sup>8</sup>. Il est reconnu qu'un éventail de facteurs socioéconomiques, biologiques et environnementaux affectent la santé mentale, et qu'il est possible de favoriser, de protéger et de restaurer la santé mentale des populations (et leur bien-être mental) au moyen de stratégies et d'interventions sanitaires et intersectorielles efficaces économiquement.

## DÉFINITIONS DE LA SANTÉ MENTALE ET DE LA MALADIE MENTALE

La **santé mentale** est « votre état de bien-être psychologique et émotionnel. C'est une ressource indispensable pour mener une vie saine et un

élément essentiel de l'état de santé général<sup>9</sup> ». La **maladie mentale**, toutefois, est « [caractérisée] par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement associées à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués. Exemples de maladies mentales : troubles de l'humeur, dont dépression majeure et trouble bipolaire; schizophrénie; trouble anxieux; troubles de la personnalité; troubles de l'alimentation; jeux de hasard et jeu pathologique; et consommation problématique de substances.<sup>10</sup> » La santé mentale et la maladie mentale sont des problèmes distincts mais interdépendants, comme on le voit dans le modèle des deux continuums (figure 1)<sup>11,12</sup>.

Le modèle des deux continuums montre qu'il est possible d'avoir une santé mentale vigoureuse tout en étant atteint de maladie mentale, ou une santé mentale qui dépérit sans avoir de maladie mentale. Cette relation est encore plus complexe, car la présence d'une santé mentale vigoureuse peut atténuer

certaines aspects de la maladie mentale<sup>14</sup>. S'ajoute à cette relation la notion de « rétablissement », qui « fait référence à la possibilité de mener une vie satisfaisante, valorisante et nourrie par l'espoir en dépit des inconvénients causés par les maladies et les problèmes en lien avec la santé mentale. Le processus de rétablissement s'inspire des forces de la personne, de sa famille, de sa culture et de sa collectivité. Il peut être favorisé par de nombreux types de services, de mesures de soutien et de traitements<sup>15</sup> ».

À la base de ces deux continuums, il y a l'influence sur la santé mentale des déterminants sociaux<sup>16</sup>, de l'environnement<sup>17</sup>, des relations personnelles (y compris la violence dans les fréquentations)<sup>18,19</sup> et de l'intersectionnalité de ces trois notions. Ces rapports mutuels confirment aussi l'utilité d'un modèle écologique social\* pour mieux les définir<sup>20</sup>, et de l'expression « bien-être mental des populations » pour décrire l'influence que les interventions en population peuvent avoir sur la perception de la santé mentale et sur l'atténuation de la maladie mentale. De tels modèles ont été créés pour expliquer les rapports mutuels qui tempèrent, par exemple, le développement de l'enfant<sup>21</sup>, la violence<sup>22</sup> et le suicide<sup>23</sup>.

## LA SITUATION CANADIENNE

### Bien-être mental perçu

Au Canada, des cadres et des indicateurs de santé et de bien-être mentaux des populations ont été créés par la Commission de la santé mentale du Canada<sup>6,24</sup> et par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC)<sup>25,26</sup>. Le cadre de l'ASPC présente aussi des

moyens de mesurer les résultats positifs en matière de santé mentale et les déterminants individuels, communautaires et sociaux<sup>27</sup>. Des éléments de ces cadres ont servi à évaluer le bien-être mental perçu des Canadiens. Plus précisément, le cadre et les indicateurs de l'ASPC reposent sur des informations concernant la santé mentale et le bien-être mental autoévalués, dont le bonheur, la satisfaction à l'égard de la vie, le bien-être psychologique et le bien-être social. Ces informations sont présentées dans un [portail](#) sur la santé mentale des personnes vivant au Canada<sup>28</sup>.

Les informations du présent article sont fondées sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)<sup>†</sup>, qui fournit, dans le cadre de son analyse, un résumé des opinions des Canadiens sur leur santé mentale qui vient étayer le cadre de l'ASPC (notons cependant qu'elle n'inclut pas d'informations concernant les adultes et les jeunes des Premières Nations vivant dans les réserves). Pour la période 2017-2018, environ 61 % des Canadiens jugeaient que leur **santé globale** était très bonne ou excellente. Sur la même période, la proportion de Canadiens qui jugeaient que leur **santé mentale** était très bonne ou excellente était de 69 %. Ce niveau est plus faible que pour la période 2015-2016 (72 %). À l'inverse, 7 % des répondants de l'ESCC pensaient que leur santé mentale était mauvaise ou très mauvaise en 2017-2018, soit plus qu'en 2015-2016 (5,4 %). En 2017-2018, une plus grande proportion d'hommes (71,9 %) que de femmes (67 %) ont jugé que leur santé mentale était excellente ou très bonne. La perception d'avoir une excellente ou une très bonne santé mentale était la plus élevée dans la tranche d'âge des 12 à 17 ans (75 %), suivie des 65 ans et plus (72 %), puis des 35 à 49 ans (69 %) et des 50 à 64 ans (66 %). Les 18 à 34 ans présentaient la plus faible proportion (66,3 %) de

\* Un [modèle écologique social](#) étudie la formation des comportements d'après les caractéristiques individuelles, communautaires, nationales et de niveaux intermédiaires. Dans les années 1970, Urie Bronfenbrenner en a fait un « modèle écologique du développement humain » qui est utilisé depuis pour aborder les problèmes de santé publique en comblant l'écart entre les considérations comportementales personnelles, axées sur les petits milieux, et les considérations communautaires ou systémiques.

† L'ESCC est [une enquête transversale](#) qui recueille des renseignements sur l'état de santé, l'utilisation des soins de santé et les déterminants de la santé de la population canadienne. Elle est conçue pour fournir des estimations fiables à l'échelle de la région sociosanitaire tous les deux ans.

répondants disant avoir une santé mentale très bonne ou excellente. Les membres des Premières Nations vivant hors des réserves disaient être en mauvaise santé mentale 1,9 fois plus souvent que les personnes non autochtones, et les Métis, 1,5 fois plus souvent<sup>29</sup>.

Des informations concernant les perceptions autodéclarées de la santé, dont la santé mentale, des membres des Premières Nations vivant dans les réserves sont recueillies dans l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERLSPN)<sup>30</sup>. Les adultes membres des Premières Nations ont déclaré que leur santé mentale était excellente ou très bonne 50,5 % du temps et mauvaise 13 % du temps, tandis que les jeunes ont déclaré que leur santé mentale était de très bonne à excellente 55,5 % du temps et mauvaise 11,6 % du temps. Pour les jeunes de 12 à 14 ans, 62,1 % ont déclaré une santé mentale de très bonne à excellente, mais les 15 à 17 ans ont déclaré ce niveau de santé mentale 49,9 % du temps, et les 18 à 29 ans, 50,9 % du temps.

L'ESCC et l'ERLSPN recueillent toutes les deux d'autres informations sur la santé et le bien-être mentaux autodéclarés qui reflètent l'état actuel de la santé mentale des personnes vivant au Canada. Parmi les indicateurs de l'ESCC, le sentiment d'appartenance à la communauté est révélateur. Selon les résultats de l'enquête de 2017-2018, c'est dans la population des 12 à 17 ans que le sentiment d'appartenance à la communauté était le plus fort, et il tombait à son niveau le plus bas chez les 18 à 34 ans. Il augmentait ensuite avec chaque tranche d'âge subséquente.

En outre, selon l'ESCC de 2017-2018, plus de 6,6 millions de Canadiens (environ 21 % de la population) ont déclaré de hauts niveaux de stress, les taux les plus élevés étant présents chez les 35 à 49 ans, suivis des 18 à 34 ans et des 50 à 64 ans. Les adultes de plus de 65 ans ont déclaré les plus bas niveaux de stress. Les femmes ont déclaré en général de plus hauts niveaux que les hommes dans chaque tranche

d'âge. Selon les résultats de l'ERLSPN, les membres adultes des Premières Nations vivant dans les réserves ont dit être « très/extrêmement stressés » au quotidien 12,9 % du temps et « pas du tout stressés » 16,2 % du temps, tandis que les jeunes ont dit être « très/extrêmement stressés » 15,9 % du temps et « pas du tout stressés » 20,2 % du temps.

Les autres facteurs qui, selon les données de l'ESCC, influençaient l'attribution de la note « très bon » ou « excellent » au bien-être mental des populations étaient :

- la province de résidence (les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador présentaient le plus haut niveau de bien-être psychologique perçu, et les Manitobains, le plus bas niveau);
- le fait de vivre à la campagne ou en ville (les ruraux déclaraient de plus hauts niveaux de satisfaction que les citadins);
- le revenu (les personnes ayant un revenu de la tranche supérieure de 20 % disaient être en meilleure santé mentale que les personnes de la tranche inférieure de 20 %).

Un indicateur supplémentaire, bien qu'à contre-courant, du bien-être mental des populations pourrait être le nombre de suicides au Canada. Chaque année, environ 4 000 personnes (en moyenne 11 par jour) meurent par suicide. Les groupes les plus à risque sont<sup>31,32</sup> :

- les hommes et les garçons, chez qui le taux est environ trois fois celui des femmes et des filles;
- les personnes purgeant des sentences fédérales;
- les survivants d'une perte par suicide ou d'une tentative de suicide;
- les 45 à 59 ans, la tranche d'âge qui compte le tiers des décès par suicide;
- les jeunes et les jeunes adultes (15 à 34 ans), chez qui le suicide est la deuxième cause de mortalité;
- les résidents de toutes les régions inuites.

Les pensées et les comportements suicidaires sont beaucoup plus fréquents chez les jeunes LGBTQ2S+ que chez leurs pairs ne faisant pas partie de la communauté LGBTQ2S+. Cela comprend les jeunes s'identifiant comme étant lesbiennes, gais, bisexuels, transgenre, bispirituels ou queer/en questionnement<sup>28</sup>.

Le taux de suicide chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves est particulièrement préoccupant. Selon les données de l'ERLSPN, 16,1 % des adultes et 16 % des jeunes avaient eu des idées suicidaires au cours de leur vie, et 11,3 % des adultes et 10,3 % des jeunes avaient fait des tentatives de suicide au cours de leur vie. Des tentatives de suicide au cours de la vie ont été déclarées par 7,1 % des jeunes de 12 à 14 ans, 13 % des jeunes de 15 à 17 ans, 12,7 % des jeunes adultes de 18 à 29 ans, 12,4 % des adultes de 30 à 49 ans et 8,3 % des adultes de plus de 50 ans.

Deux autres populations méritent une attention plus poussée. Un rapport publié en 2016 estimait que 235 000 personnes au Canada avaient déjà vécu le sans-abrisme; de ces personnes, 30 à 35 % étaient atteintes de maladie mentale, 20 à 25 % éprouvaient des troubles concomitants (maladie mentale et trouble de consommation de substances), et jusqu'à 75 % des femmes ayant vécu le sans-abrisme étaient atteintes de maladie mentale<sup>33</sup>.

Selon un autre rapport, les réfugiés au Canada présentent des taux accrus de stress post-traumatique et de dépression, et le fait d'être réfugié constitue un facteur de risque de psychose. De même, les enfants réfugiés présentent des taux accrus de troubles mentaux<sup>34</sup>. Une démarche ciblée, sensible aux traumatismes et culturellement appropriée permettrait d'aborder les obstacles spécifiques au bien-être mental dans ces deux populations.

## Effet économique

En 2015, environ 13,9 % des Canadiens de plus de 12 ans ont consulté un professionnel de la santé au sujet de leur bien-être mental, les taux les plus élevés étant observés chez les 18 à 34 ans et chez les 35 à 49 ans. De plus, environ 21,4 % des membres de la population active ont éprouvé des troubles mentaux et des maladies mentales pouvant nuire à leur productivité<sup>35</sup>. Les femmes ont été plus susceptibles de consulter que les hommes. Environ le tiers des séjours à l'hôpital au Canada ont été dus à des troubles mentaux<sup>36</sup>, et environ 500 000 Canadiens par semaine ont été incapables de travailler en raison de troubles mentaux<sup>37</sup>. Dans ces chiffres, il est difficile de séparer l'effet d'une santé mentale/d'un bien-être mental qui dépérit de celui de la maladie mentale; le fardeau économique de toutes les maladies mentales était cependant estimé à 51 milliards de dollars par année en 2011<sup>38</sup>, ce qui représentait 2,8 % du produit intérieur brut du Canada cette année-là<sup>39</sup>.

Réciproquement, le traitement amélioré de la dépression chez les Canadiens employés pourrait potentiellement injecter jusqu'à 32,3 milliards de dollars par année dans l'économie du pays, et le traitement amélioré de l'anxiété, jusqu'à 17,3 milliards de dollars par année<sup>40</sup>. Plus près de nous, le rendement du capital investi (RCI) potentiellement associé aux activités de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie mentale est estimé à 7 \$ en réductions des coûts des soins de santé et à 30 \$ en réduction des pertes de productivité et des coûts sociaux pour chaque dollar investi<sup>41</sup>. Une autre étude, menée en Grande-Bretagne et citée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), a évalué le RCI de différentes interventions<sup>42</sup>. Chaque type d'intervention a produit un RCI différent, mais celles qui semblaient avoir la meilleure valeur économique étaient :

- les programmes de formation au rôle parental et les programmes visant la petite enfance (RCI de 14,3);

- les programmes d'apprentissage tout au long de la vie, comme la promotion de la santé dans les écoles et l'éducation permanente (RCI de 83,7);
- les interventions en milieu de travail (RCI de 9,69);
- les programmes de santé mentale positive, par exemple axés sur les habitudes de vie et le soutien social (RCI de 7,9);
- les interventions communautaires – des améliorations de l'environnement aux mesures de sécurité prises sur les ponts (RCI de 10).

Le même rapport indique aussi qu'une approche axée sur « la santé dans toutes les politiques\* » pourrait être efficace pour obtenir la meilleure amélioration possible du bien-être mental et de la prévention de la maladie mentale à l'échelle des populations. Une approche axée sur « la santé mentale dans toutes les politiques » a aussi été étudiée par l'Union européenne<sup>43</sup>.

Au Canada, un rapport a souligné la nécessité de stratégies de santé publique pour améliorer le bien-être mental des enfants du pays. Il met l'accent sur les avantages du développement du jeune enfant, mais en note aussi les effets potentiellement limités sur la santé mentale et le manque de financement dont de tels programmes peuvent bénéficier<sup>44</sup>.

Malgré ces avantages économiques potentiels, la part du budget des soins de santé du Canada consacrée à la santé mentale n'est que d'environ 7,2 %, et le gros de ces fonds semble axé sur les programmes de traitement plutôt que sur la prévention et la promotion. Ce dernier élément est difficile à

confirmer, car les médecins de famille offrent environ les deux tiers des services de santé mentale aux personnes vivant au Canada<sup>45</sup>. En outre, les conseillers en troubles de consommation de substances, les psychologues, les travailleurs sociaux et les pairs aidants spécialisés offrent la majeure partie des services en santé mentale et en maladie mentale, mais ces services ne reçoivent qu'un soutien limité du système de soins de santé. Les psychologues, par exemple, sont souvent rémunérés par les assurances privées, et il y a de longues listes d'attente pour accéder aux services de santé mentale subventionnés par l'État. Ainsi, les personnes qui n'ont pas accès à une assurance privée ou qui sont de faible statut socioéconomique peuvent avoir du mal à obtenir ces services. Par conséquent, il est estimé que les Canadiens dépensent près d'un milliard de dollars (950 millions) par année en services de consultation, et que 30 % de ce montant est payé de leur poche<sup>46</sup>.

## UNE DÉMARCHE DE SANTÉ PUBLIQUE À L'ÉGARD DU BIEN-ÊTRE MENTAL DES POPULATIONS

### La perspective canadienne

La santé publique est une démarche de maintien et d'amélioration de la santé des populations fondée sur les principes de la justice sociale, des droits de la personne et de l'équité, sur des politiques et des pratiques éclairées par des données probantes et sur la prise en compte des déterminants de la santé sous-jacents. Une telle démarche met la promotion et la protection de la santé, la surveillance de la santé des populations et la prévention des décès, des maladies, des traumatismes et des invalidités au cœur de toutes les initiatives connexes. Elle s'appuie sur de longues années de succès dans les domaines de la prévention des maladies et de la promotion de la santé<sup>47</sup>, et elle

\* La santé dans toutes les politiques est « une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé. » Elle met notamment l'accent sur les conséquences des politiques publiques sur les systèmes de santé et sur les déterminants de la santé et du bien-être. (Organisation mondiale de la santé, [Health in All Policies, Helsinki Statement Framework for Action](#), 2014.)

est employée pour améliorer la santé et le bien-être mentaux des populations, mais pourrait aussi réduire les coûts de traitement de la maladie mentale<sup>48</sup>.

La santé publique repose sur les déterminants sociaux et écologiques de la santé, la justice sociale et l'équité en santé. Ces piliers mettent en évidence le gradient social qui fait que les gens dont la position socioéconomique est défavorisée sont en moins bonne santé (et vivent moins longtemps) que les gens aisés<sup>49</sup>. Le sexe, l'identité de genre, la race, l'âge, le capacitisme et le statut social influencent la position d'une personne sur le gradient. Au Canada, ce gradient est apparent en ce qui a trait à la mortalité par suicide, à la santé mentale autoévaluée et aux hospitalisations pour maladies mentales, tandis que les logements de qualité inférieure ou le sans-abrisme, l'insécurité alimentaire et l'insécurité financière des ménages sont les facteurs structurels qui entraînent des problèmes de bien-être mental. Les autres domaines où le gradient social est très apparent sont le tabagisme et la forte consommation d'alcool. Le plus préoccupant est l'influence de ces facteurs sur le développement des jeunes enfants, dont le niveau de vulnérabilité au bas du gradient social est près du double de celui au haut du gradient. Pour renforcer la résilience et favoriser la bonne santé mentale des enfants, il est important d'offrir des services éducatifs et de garde à l'enfance universellement abordables, de haute qualité et adaptés au stade de développement des enfants.

Dans un rapport publié en 2018<sup>50</sup>, l'Agence de la santé publique du Canada et le Réseau pancanadien de santé publique indiquent que les démarches suivantes peuvent atténuer ces problèmes :

- Adopter une approche axée sur les droits de la personne pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé;
- Intervenir à travers le parcours de vie grâce à des politiques fondées sur des données probantes et à

des services sociaux et de santé appropriés sur le plan culturel;

- Intervenir à la fois sur les déterminants en aval et en amont de la santé et de l'équité en santé;
- Déployer une combinaison d'interventions ciblées et d'interventions ou de politiques universelles;
- S'occuper des processus socioculturels de pouvoir, de privilège et d'exclusion et des conditions de vie, de travail et environnementales qu'ils influencent;
- Mettre en œuvre une approche plaçant « la santé/la santé mentale dans toutes les politiques »;
- Effectuer une surveillance et une évaluation continues.

L'Association canadienne de santé publique a élaboré des énoncés de position qui tiennent compte des conséquences pour le bien-être mental des services éducatifs et de garde à l'enfance<sup>51</sup>, du racisme et de la santé publique<sup>52</sup>, de l'accès des enfants au jeu libre<sup>53</sup> et du principe de Jordan<sup>54</sup>, et la Coalition canadienne pour la santé publique au 21<sup>e</sup> siècle a publié des énoncés sur la sécurité du logement<sup>55</sup> et le revenu de base<sup>56</sup>. Les recommandations de ces énoncés sont en phase avec les recommandations ci-dessus.

## Les peuples autochtones

Le bien-être mental des peuples autochtones est particulièrement préoccupant; en raison du racisme, de la colonisation, du génocide culturel et de la violence structurelle, les Premières Nations, les Inuits et les Métis ont été séparés de leurs terres, de leur culture, de leur spiritualité, de leurs langues et de leurs systèmes économiques et gouvernementaux traditionnels, ce qui a mené à l'érosion de leurs structures familiales et sociales. En particulier, les pensionnats et externats ont entraîné, entre autres, une violence physique, psychologique, émotionnelle et sexuelle envers certains enfants. Ces événements

ont causé un traumatisme intergénérationnel et accru la susceptibilité future aux maladies. Ils laissent aussi certains survivants non préparés à devenir eux-mêmes parents, ce qui nuit aux capacités parentales et à la dynamique familiale et fait que certaines personnes continuent de vivre avec un trouble de consommation de substances et avec les effets de la violence physique et sexuelle. De même, l'application continue de la *Loi sur les Indiens* et l'instauration du système des réserves ont exacerbé ces effets sur les peuples des Premières Nations. Une description de l'effet de ce racisme envers les peuples autochtones du Canada est présentée dans le rapport de la Commission de vérité et réconciliation<sup>57</sup> et les Appels à l'action associés<sup>58</sup>. L'effet de ces iniquités sur la génération actuelle d'enfants autochtones peut être vu, en partie, dans les démarches en cours pour aborder le principe de Jordan<sup>52</sup>.

Les organismes autochtones, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux prennent des mesures pour améliorer le bien-être mental des peuples autochtones. Le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations décrit un point de vue et des méthodes propres aux Premières Nations pour améliorer leur bien-être mental selon une démarche fondée sur les forces<sup>59</sup>; les Inuits ont quant à eux préparé un plan d'action en réponse à leurs besoins de bien-être mental<sup>60</sup>. L'annexe 2 contient une liste des plans d'action provinciaux et territoriaux à l'appui du bien-être mental des peuples autochtones.

## Une perspective internationale

Des éléments semblables à ceux mentionnés dans les rapports canadiens ont été reconnus à l'étranger<sup>61</sup>. Il est admis que les personnes au bas et au milieu du gradient social sont démesurément affectées par les problèmes de bien-être mental (de santé mentale), et qu'il importe d'agir pour améliorer les conditions de la vie quotidienne (réduire l'insécurité du revenu, du logement et de l'alimentation, par exemple). Il

est indiqué qu'il faut agir pour améliorer le bien-être mental tout au long du parcours de vie, en accordant une attention particulière au développement des jeunes enfants (y compris en offrant un appui en période périnatale et après l'accouchement), car c'est en offrant aux enfants le meilleur départ dans la vie que l'on récolte les plus grands bienfaits économiques, sociétaux et sur le plan de la santé mentale<sup>62</sup>. Les mesures pour aborder ces motifs de préoccupation devraient s'adresser à toute la population, mais en proportion des besoins, pour réduire le gradient social, et elles devraient aborder les motifs de préoccupation à l'échelle de la communauté, du pays et des systèmes. De récentes enquêtes font aussi état d'un lien entre le bien-être des populations et la croissance économique<sup>63</sup>. La structure sous-jacente d'une économie fondée sur le bien-être devrait :

- favoriser la mobilité ascendante et améliorer les vies;
- traduire l'amélioration sociale en résultats sur le plan du bien-être pour tous les segments de la population;
- réduire les inégalités;
- favoriser la durabilité environnementale et sociale.

Ces résultats se sont avérés réalisables par : l'instruction et le développement des compétences; la prestation de soins de santé physique et mentale; la protection et les mesures d'aide sociales; la redistribution pour favoriser la résilience socioéconomique; les communautés inclusives; et l'égalité des sexes.

## Les déterminants du bien-être mental

Comme les interventions de proximité sont influencées par l'environnement à chaque niveau du modèle écologique social, pour qu'elles soient efficaces, il faut intervenir dans la sphère personnelle, sociale et environnementale<sup>64</sup>. De même, l'efficacité des interventions de proximité à l'échelle individuelle

peut varier selon la génétique, les modes de comportement et les facteurs personnels. Il importe donc d'améliorer le bien-être mental des populations tout en maintenant la capacité d'une communauté d'aborder les risques pour la santé mentale de ses membres<sup>65</sup>. L'effet des conditions personnelles, sociales et environnementales sur l'expression génique est à la base de ces considérations. Ces effets épigénétiques sont les plus manifestes chez les enfants et les jeunes; ces tranches d'âge devraient donc recevoir le plus d'attention<sup>66,67</sup>.

En plus des influences susmentionnées, les changements généralisés de l'environnement (changements climatiques, extraction des ressources, situations de crise, etc.) influent sur le bien-être mental<sup>68</sup>. L'une des préoccupations constantes est l'effet des changements climatiques<sup>69</sup>, car la tristesse associée à la perte anticipée de notre environnement actuel et l'anxiété liée aux futurs changements de l'écosystème sont manifestes<sup>70,71</sup>. De même, les changements de l'écosystème qui résultent du développement des ressources affectent le bien-être mental des populations en perturbant localement les déterminants environnementaux et sociaux. Cet effet est le plus manifeste dans le Nord avec la perte d'activités culturelles traditionnelles, la perturbation des activités fondées sur le territoire et les changements des mouvements migratoires des animaux qui affectent la chasse et la sécurité alimentaire<sup>72</sup>. De tels changements affectent aussi la qualité et la longévité des routes d'hiver, ce qui réduit l'accès aux aliments et aux biens de consommation. Les dommages aux écosystèmes locaux et la perte des cultures et des normes traditionnelles entraînent une perte d'identité, un dépérissement de la santé mentale et des maladies mentales, tandis que les mouvements migratoires des populations humaines (comme les travailleurs temporaires venant de l'extérieur) affectent les structures sociales et les déterminants de la santé au palier local.

Les catastrophes naturelles, les phénomènes météorologiques exceptionnels et les éclosions de maladies infectieuses survenues récemment se sont aussi traduits par du stress, de la tristesse et de l'anxiété. Selon une étude, les personnes subissant des traumatismes psychologiques durant les catastrophes naturelles seraient 40 fois plus nombreuses que les personnes blessées physiquement<sup>73</sup>. En outre, selon une étude menée en 2014, moins de la moitié (45 %) des personnes qui subissent les séquelles émotionnelles ou psychologiques d'une catastrophe se rétablissent en moins d'un an; pour 23 % d'entre elles, le rétablissement prend plus d'un an<sup>74</sup>.

La pandémie de COVID-19 est un exemple frappant de l'influence d'une situation de crise sur les déterminants sociaux de la santé et de son effet ultérieur sur les populations vulnérables. Dans bien des cas, le soin et le soutien des personnes dans le besoin se sont renforcés, mais la pandémie et les mesures prises pour la réprimer ont aussi causé des préjudices. Les Nations Unies ont publié des notes de synthèse\* sur les répercussions de la pandémie sur les femmes<sup>75</sup> et les enfants<sup>76</sup> dans une perspective internationale. Ses répercussions immédiates sur les femmes sont notamment les pertes économiques, la perte d'accès aux services de santé et les augmentations de la violence sexiste. Ses répercussions sur les enfants sont notamment le basculement dans la pauvreté, l'exacerbation de la crise de l'apprentissage, les menaces à la survie et à la santé et les risques pour la sécurité. De tels préjudices ont des effets immédiats sur le bien-être mental.

Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer les capacités personnelles et communautaires de réagir aux crises sanitaires en développant la résilience

\* Des liens vers d'autres notes de synthèse connexes préparées par le système des Nations Unies, notamment sur la santé mentale, sont [accessibles en ligne](#).

individuelle\* et collective†. Pour cela, les gens doivent pouvoir s'adapter aux situations stressantes et y réagir; une telle capacité s'acquiert le plus facilement durant l'enfance et la jeunesse, mais elle peut être renforcée toute la vie. Une saine adaptation repose sur un cadre fondé sur les forces, dont l'autorégulation émotionnelle, de solides interrelations personnelles (le soutien de la famille et des amis) et la capacité de comprendre et d'expliquer ce que l'on ressent<sup>77</sup>, qui favorisent l'endurance psychologique. L'intégration de ces capacités par les particuliers donne les moyens aux communautés de réagir aux situations de crise et de s'en remettre. Les éléments de base de la résilience collective sont les gens, la pensée systémique, l'adaptabilité, la transformabilité, la durabilité et le courage<sup>78</sup>. Les caractéristiques de la résilience qui sont plus spécifiques aux peuples autochtones sont la spiritualité, l'holisme, la résistance et le pardon, tandis que les obstacles à surmonter pour acquérir une résilience sont le phénomène de la codépendance, le manque de confiance et le refus de l'autorité<sup>79</sup>. Ces caractéristiques reposent sur les concepts de l'identité culturelle et, pour la résilience collective, sur la capacité des membres de la communauté et des familles d'être eux-mêmes résilients.

## CONSIDÉRATIONS DE GOUVERNANCE

La *Loi constitutionnelle de 1867* confie aux gouvernements des provinces (et aujourd'hui des territoires) la responsabilité de la prestation des services de santé au Canada, mais le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de coordination et de direction à l'appui d'activités d'intérêt commun<sup>80</sup>. Un autre facteur qui joue dans ces relations est la mise

\* La [résilience individuelle](#) désigne les comportements, les pensées et les gestes qui favorisent le bien-être et la santé mentale d'une personne. Les gens peuvent développer leur capacité de supporter le stress et l'adversité, de s'y adapter et de s'en remettre — et préserver ou retrouver un état de bien-être mental en utilisant des stratégies d'adaptation efficaces.

† La [résilience collective](#) est un indicateur de la capacité soutenue d'une communauté d'utiliser les ressources disponibles pour réagir à l'adversité, la supporter et s'en remettre.

en œuvre continue de l'autonomie gouvernementale autochtone. Un aperçu récent des systèmes et des façons d'aborder le bien-être mental au Canada montre la complexité du système actuel<sup>81</sup>. C'est dans ce contexte que l'Agence de la santé publique du Canada a compilé des données, des stratégies et des revues systématiques axées sur la promotion de la santé mentale<sup>1</sup>. Sont inclus dans ce travail des cadres d'indicateurs de surveillance pour les jeunes (12 à 17 ans)<sup>25</sup> et les adultes (18 ans et plus)<sup>26</sup> qui appuient un cadre conceptuel de surveillance de la santé mentale positive au Canada<sup>82</sup>.

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) a créé des [synthèses](#) (jusqu'en 2017) des stratégies provinciales et territoriales de santé mentale<sup>83</sup>, des stratégies autochtones de santé mentale ou de mieux-être<sup>84</sup> et des stratégies de prévention du suicide<sup>85</sup>. Ces synthèses comportent aussi des liens vers des documents récents qui abordent les démarches de santé mentale des populations au Canada. L'annexe 3 présente une liste actualisée des stratégies provinciales et territoriales disponibles.

## À L'HORIZON

Le croisement entre la santé mentale des populations et la santé publique est bien attesté (même si les ressources et la mise en œuvre ne suivent pas), et les actions menées à l'échelle des communautés et des systèmes ont des effets positifs à l'échelle individuelle. La difficulté consiste à traduire ce potentiel en actions cohérentes, efficaces et mesurables, à tous les ordres de gouvernement, pour répondre aux besoins de toutes les personnes qui vivent au Canada. Dans le rapport *Promoting Mental Health* publié par l'OMS en 2004, il est indiqué que des programmes sociaux et de santé publique efficaces peuvent promouvoir la santé mentale, et qu'ils devraient se concentrer sur :

- les interventions auprès des jeunes enfants;
- le soutien social aux populations âgées;

- la promotion de la santé mentale à l'école et au travail;
- les politiques de logement;
- la prévention de la violence;
- les programmes de développement de proximité;
- les programmes qui ciblent les groupes vulnérables<sup>86</sup>.

Dernièrement, l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) a présenté des recommandations semblables<sup>87</sup> :

- Mettre en œuvre de manière prioritaire une stratégie nationale de promotion de la santé mentale, avec des normes de qualité et un financement suffisant;
- Adopter une démarche de santé mentale dans toutes les politiques;
- Soutenir la recherche, l'analyse économique et l'évaluation des programmes;
- Financer adéquatement la promotion de la santé mentale;
- Reproduire, mettre à l'échelle et pérenniser des programmes communautaires accessibles, culturellement appropriés, intersectionnels et qui tiennent compte des déterminants sociaux de la santé;
- Financer des initiatives de marketing social qui sensibilisent la population à la santé mentale et luttent contre la stigmatisation;
- Accroître les dépenses dans les programmes sociaux pour favoriser l'inclusion sociale,

l'élimination de la violence et de la discrimination et l'égalité des chances du point de vue économique.

Beaucoup de ces recommandations s'inscrivent dans les rôles et les responsabilités des organismes de santé publique, qui peuvent ou non être suffisamment financés pour se charger de ce travail. En Ontario, par exemple, des mesures semblables ont été prises avec la mise en œuvre de lignes directrices concernant la promotion de la santé mentale<sup>88</sup>. Des progrès sont donc accomplis pour répondre à beaucoup de ces préoccupations à l'échelle provinciale, territoriale et communautaire/régionale, mais il faut en faire plus pour élaborer une stratégie nationale éclairée par les données probantes qui :

- puisse être appliquée équitablement à l'échelle provinciale, territoriale et communautaire/régionale;
- soit soutenue par des ressources adéquates;
- fournisse des indicateurs d'efficacité clairs à l'appui de l'évaluation et de l'apport d'ajustements.

Dans la stratégie, il faut prévoir un appui universel à une démarche axée sur le parcours de vie et concentrée sur les programmes pour la période périnatale, les nourrissons, les enfants et les jeunes, proportionnels aux besoins de chaque enfant. Des éléments similaires sont nécessaires pour répondre aux besoins des peuples autochtones du Canada.

## ANNEXE 1

### Résolutions sur la santé mentale de l'Association canadienne de santé publique

#### Résolutions qui abordent la santé mentale

- 1942 Santé mentale. Limiter le surpeuplement des installations existantes et soutenir la construction de nouveaux bâtiments selon les besoins.
- 1970 Logement. Promouvoir des installations convenablement conçues et équipées pour la santé, l'éducation, les loisirs et d'autres services sociaux dans les logements multifamiliaux.
- 1983 Santé des personnes âgées. Sensibiliser le public à la qualité de vie de la population âgée et défendre les intérêts des personnes âgées en la matière.
- 1993 Frais modérateurs et *Loi canadienne sur la santé*. Interdire toute modification ou interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* qui compromettrait l'universalité des soins de santé par l'adoption de frais modérateurs.
- 2003 Prévention du suicide. Soutenir l'élaboration d'une stratégie canadienne pour la prévention du suicide et améliorer les connaissances du public sur le suicide en tant que problème de santé publique.

#### Document de travail qui aborde la santé mentale

- 1996 Document de travail sur l'impact du chômage sur la santé. 14 pages.

## ANNEXE 2

### Plans d'action pour le bien-être mental des populations autochtones

Lieu	Nom	Organisme	Année	Progrès	Thèmes
BC	A Path Forward: BC First Nations and Aboriginal People's Mental Wellness and Substance Use Ten Year Plan	First Nations Health Authority	2013		CI, IEA, PJ, PSPE, RCS, SBEF
AB	Alberta Aboriginal Mental Health Framework	Gouvernement de l'Alberta	2009		DP, RC
AB	Honouring Life: Aboriginal Youth and Communities Empowerment Strategy (AYCES)	Gouvernement de l'Alberta, Alberta Health Services	2009		BEJ, IEA, PJ, RC
SK	First Nations Suicide Prevention Strategy	Groupe de travail technique sur la santé mentale de la Federation of Sovereign Indigenous Nations	2018		BEJ, DP, RCS
MB	Manitoba First Nations Health & Wellness Strategy Action Plan: A 10 Year Plan For Action 2005-2015	Assembly of Manitoba Chiefs	2006		CI, DP, RC
YT	Yukon First Nations Wellness Framework	Conseil des Premières Nations du Yukon	2015		CI
NU	Stratégie de prévention du suicide du Nunavut	Gouvernement du Nunavut; Nunavut Tunngavik Inc.; Conseil Saisis la vie; Gendarmerie royale du Canada	2010	2015	DP, PJ, PSPE
NU	Résilience intérieure : Un plan d'action pour la prévention du suicide au Nunavut 2016/2017	Gouvernement du Nunavut; Nunavut Tunngavik Inc.; Conseil Saisis la vie; Gendarmerie royale du Canada	2016		BEJ, IEA, PJ
NU	Inuusivut Anninaqtuq : Plan d'action 2017-2022	Gouvernement du Nunavut; Nunavut Tunngavik Inc.; division V de la Gendarmerie royale du Canada; Conseil Saisis la vie	2017		BEJ, CI, DP, PJ, PSPE, RCS
Inuit Nunangat	Alianait Inuit Mental Wellness Action Plan	Alianait Inuit-specific Mental Wellness Task Group	2007		CI, DP, PJ, RC, SBEF
Inuit Nunangat	National Inuit Suicide Prevention Strategy	Inuit Tapiriit Kanatami	2016	2018, 2019	BEJ, CI, PSPE, SBEF

BEJ : bien-être des jeunes

CI : construction identitaire

DP : développement de proximité

IEA : inclusion et enseignements des aînés

PJ : perspectives pour la jeunesse

PSPE : programmes et services à la petite enfance

RC : renforcement des capacités

RCS : réduction de la consommation de substances

SBEF : santé et bien-être de la famille

## ANNEXE 3

### Plans d'action provinciaux et territoriaux

#### Contexte

Le tableau de la page suivante énumère les plans d'action en santé mentale des gouvernements provinciaux et territoriaux pour la population générale. Nous les avons examinés pour répertorier les éléments d'action mesurables, les objectifs et les plans qui concordent avec la création et le maintien de hauts niveaux de bien-être mental des populations. Nous avons recensé les thèmes communs suivants :

- Les éléments d'action, les objectifs et les plans liés aux domaines suivants n'étaient pas inclus : accès, disponibilité, transition, délais d'attente des services de santé mentale et d'aide aux toxicomanes;
- Adaptation aux différences culturelles des programmes de traitement et de réadaptation liés aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie;
- Prévention du suicide et programmes de soutien;
- Services de soutien aux familles venant en aide à un proche atteint d'un trouble de santé mentale ou d'une dépendance.

P/T	Nom	Organisme	Année	Progrès	Thèmes
AB	Valuing Mental Health: Next Steps	Gouvernement de l'Alberta, Santé Alberta	2017	2019	BEME, PCC, RE
BC	Healthy Minds, Healthy People: A Ten-Year Plan to Address Mental Health and Substance Use in British Columbia	Gouvernement de la Colombie-Britannique	2010	2012	BEME, PCC, SBEF, SBMA, SMT
BC	B.C.'s Mental Health and Substance Use Strategy 2017-2020	Gouvernement de la Colombie-Britannique	2017		BEME, FMH, PEP, SMT
BC	Mental Health and Addictions: 2018/19-2020/21 Service Plan	Gouvernement de la Colombie-Britannique, Santé mentale et toxicomanies	2018	2019	BEA, BEME
BC	A Pathway to Hope: A Roadmap for Making Mental Health and Addictions Care Better for People in British Columbia	Gouvernement de la Colombie-Britannique	2019		BEA, BEME, FW, PEP, SMT
SK	Working Together for Change: A 10 Year Mental Health and Addictions Action Plan for Saskatchewan	Gouvernement de la Saskatchewan	2014	2017-2019	BEME, SBEF
MB	Improving Access and Coordination of Mental Health and Addiction Services: A Provincial Strategy for all Manitobans	Gouvernement du Manitoba	2018		BEA, BEME, PCC, SMT
ON	Esprit ouvert, esprit sain : Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances	Gouvernement de l'Ontario	2011		CBEM, SBEF
ON	Meilleure santé mentale, meilleure santé en général	Gouvernement de l'Ontario	2015		BEA, PL
ON	Aller de l'avant : Meilleure santé mentale, meilleure santé en général	Gouvernement de l'Ontario	2016		BEME, PCC, PSPE, SBEF
ON	Réaliser la vision : Meilleure santé mentale, meilleure santé en général	Gouvernement de l'Ontario	2017		FPC, PCC, PSPE
ON	Lignes directrices concernant la promotion de la santé mentale	Gouvernement de l'Ontario	2018		BEME, CBEM, FPC, PSPE, SBEF, SBMA

P/T	Nom	Organisme	Année	Progrès	Thèmes
QC*	Faire ensemble et autrement : plan d'action en santé mentale 2015-2020	Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux	2015		BEME, SMT
NB	Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018	Gouvernement du Nouveau-Brunswick	2011	2015	BEME, CBEM, FPC, PCC, SBMA, TMS
NS	Ensemble pour réussir : Plan d'amélioration des soins pour les Néo-Écossais aux prises avec des problèmes de santé mentale et de dépendance	Gouvernement de la Nouvelle-Écosse	2012	2016	BEME, CBEM, FPC, SMT
NL	The Way Forward - Towards Recovery: The Mental Health and Addictions Action Plan for Newfoundland and Labrador	Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, ministère de la Santé et des Services communautaire	2017	2017	BEA, BEME, FPC, PL, STP, TMS
PE	Moving Forward Together: Prince Edward Island's Mental Health and Addictions Strategy 2016-2026	Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard	2016		BEME, SMT
NT	Tête et esprit : Encourager le rétablissement en santé mentale et en lutte contre les dépendances aux Territoires du Nord-Ouest - Plan d'action sur le mieux-être psychologique et le traitement des dépendances	Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, ministère de la Santé et des Services sociaux	2017		OSBE
NT	Plan d'action sur le mieux-être mental des enfants et des jeunes de 2017-2018 à 2021-2022	Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, ministère de la Santé et des Services sociaux	2017		BEME, CBEM, FPC, PSPE, TMS
YT	Avancer ensemble : Stratégie yukonnaise du mieux-être mental 2016-2026	Gouvernement du Yukon, ministère de la Santé et des Services sociaux	2016	2016-2019	BEA, BEME
NU	Stratégie de prévention du suicide du Nunavut	Gouvernement du Nunavut	2010		BEA, CBEM, FPC, SBEF

\* En projet

BEA : bien-être autochtone  
 BEME: bien-être mental des étudiants (programmes et mesures d'aide au)  
 CBEM : curriculum de bien-être mental  
 FPC : financement/soutien des programmes communautaires  
 OSBE: outils de suivi du bien-être (développement d')  
 PCC : pôles/centres communautaires  
 PEP : programmes d'éducation parentale  
 PL : plan de logement  
 PSPE : programmes et services à la petite enfance  
 RE : recherche et enseignement  
 SBEF : santé et bien-être de la famille  
 SBMA : santé et bien-être mentaux des aînés  
 SMT: santé en milieu de travail  
 STP : santé dans toutes les politiques  
 TMS: technologie/campagnes de marketing social

## RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. « [Promotion de la santé mentale. Promouvoir la santé mentale, c'est promouvoir le meilleur de nous même](#) », 2014.
- Commission de la santé mentale du Canada. [Mesurer les progrès : ressources pour créer un cadre de mesure du rendement sur la santé mentale et les dépendances au Canada](#), Santé Canada, 2018.
- Organisation mondiale de la santé. [Constitution](#), 1948.
- Epp, J. « [La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre](#) », *Rev can santé publique*, vol. 79, no 5 (1988), p. 327-349.
- Kirby, J.L., et W.J. Keon. « [Promotion de la santé mentale et prévention de la maladie mentale](#) », chapitre 15 de l'ouvrage *De l'ombre à la lumière, faits saillants et recommandations, rapport final du Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, Ottawa, 2006.
- Commission de la santé mentale du Canada. [Changer les orientations. changer des vies : stratégie en matière de santé mentale pour le Canada](#), Calgary, la Commission, 2006.
- Canada. [Un énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé](#).
- Organisation mondiale de la santé. « [La santé mentale: renforcer notre action](#) », 2018.
- Agence de la santé publique du Canada. « [À propos de la santé mentale](#) », 2015.
- Agence de la santé publique du Canada. « [Maladie mentale](#) », 2019.
- Westerhof, G.J., et C.L.M. Keyes. « [Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan](#) », *J Adult Dev* (2010). DOI 10.1007/s10804-009-9082-y.
- Keyes, C.L.M. « [The mental health continuum: from languishing to flourishing in life](#) », *J Health Soc Behav*, vol. 43, no 2 (2002), p. 207-222.
- Keyes, C.L.M. « [The next steps in the promotion and protection of positive mental health](#) », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 42, no 3 (2010), p. 17-28.
- Keyes, C.L.M., S.S. Dhirga et E.J. Simoes. « [Change in level of positive mental health as a predictor of future risk on mental illness](#) », *Am J Public Health*, vol. 100, no 12 (2010), p. 2366-2371.
- Commission de la santé mentale du Canada. « [Qu'est-ce que le rétablissement](#) », Ottawa, Santé Canada, 2020.
- Allen, J., R. Balfour, R. Bell et M. Marmot. « [Social determinants of mental health](#) », *International Review of Psychiatry*, vol. 26, no 4 (2014), p. 392-407.
- Centres de collaboration nationale en santé publique et Centres de collaboration nationale en santé environnementale et des déterminants de la santé. [Influences de l'environnement sur la promotion de la santé mentale des populations chez les enfants et les jeunes](#), 2017.
- Mental Health Foundation. [Relationships in the 21<sup>st</sup> Century: The Forgotten Foundation of Mental Health and Wellbeing](#), la Fondation, 2016, p. 45.
- Office of Disease Prevention and Health Promotion. « [Mental health and mental disorders](#) », 2020.
- Reupert, A. « [A socio-ecological framework for mental health and well-being](#) » (éditorial), *Advances in Mental Health*, vol. 15, no 2 (2017), p. 105-107.
- Kemp, G.N., D.A. Langer et M.C. Thompson. « [Childhood mental health: an ecological analysis of the effects of neighbourhood characteristics](#) », *J Community Psychol*, vol. 44, no 8 (2016), p. 962-979.
- Centers for Disease Control. « [The social ecological model: a framework for prevention](#) », 2020.
- Cramer, R.J., et N.D. Kapusta. « [A socio-ecological framework of theory, assessment and prevention of suicide](#) », *Front Psychol*, vol. 8 (2017), p. 1756.
- Commission de la santé mentale du Canada. [Tracer la voie de l'avenir : indicateurs de la santé mentale pour le Canada](#), Ottawa, 2015.
- Agence de la santé publique du Canada. [Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive- Statistiques rapides, jeunes \(12 à 17 ans\)](#), Canada, édition 2017.
- Agence de la santé publique du Canada. [Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive- Statistiques rapides, adultes \(18 ans et plus\)](#), Canada, édition 2016.
- Statistique Canada. « [Caractéristiques de la santé, estimations annuelles](#) », 2019.
- Agence de la santé publique du Canada. « [Portail canadien des pratiques exemplaires : santé mentale et bien-être](#) ».
- Agence de la santé publique du Canada. [Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national](#), 2018.
- Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. [National Report of the First Nations Regional Health Survey Phase 3: Volume 2](#), Ottawa, le Centre, 2018.
- Canada. « [Suicide au Canada](#) », 2019.
- Statistique Canada. « [Données sur le suicide au Canada](#) », 2020.
- Gaetz, S., E. Dej, T. Richter et M. Redman. [The State of Homelessness in Canada 2016, COH Research Paper #12](#), Toronto, Canadian Observatory on Homelessness Press, 2016.
- Agic, B., K. McKenzie, A. Tuck et M. Antwi. [Appuyer la santé mentale des réfugiés au Canada](#), Commission de la santé mentale du Canada, 2016.
- Commission de la santé mentale du Canada. [Pourquoi investir en santé mentale contribue à la prospérité économique du Canada et à la pérennité de notre système de soins de santé](#), 2012.
- Roberts, G., et K. Grimes. [Rendement du capital investi : promotion de la santé mentale et prévention de la maladie mentale](#), Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2011.
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. « [Mental illness and addiction: facts and statistics](#) », 2020.
- Smetanin, P., et coll. [The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada: 2011-2041](#), préparé pour la Commission de la santé mentale du Canada, Toronto, RiskAnalytica, 2011.
- Commission de la santé mentale du Canada. [La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada](#), 2016.
- Conference Board du Canada. [Healthy Brains at Work. Estimating the Impact of Workplace Mental Health Benefits and Programs](#), Ottawa, le Conference Board, 2016, 54 p.
- Coalition canadienne pour la santé publique au 21<sup>e</sup> siècle. [La santé publique, un excellent retour sur investissement](#), Ottawa, la Coalition, 2013.
- Roberts, G., et K. Grimes. [Rendement du capital investi : promotion de la santé mentale et prévention de la maladie mentale](#), Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2011.
- Union européenne. [Joint Action on Mental Health and Well-being. Mental Health in All Policies. Situational Analysis and Recommendations for Action](#), 2014, 104 p.
- Waddell, C., K. McEwan, C. Shepherd, D.R. Offord et J.M. Hua. « [A public health strategy to improve the mental health of Canadian children](#) », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 50, no 4 (2005), p. 226-33. DOI 10.1177/070674370505000406.
- Collège des médecins de famille du Canada. [Guide conseil pratique : Soins en santé mentale et en médecine des toxicomanies axés sur le rétablissement dans le Centre de médecine de famille](#), octobre 2018.

46. Association canadienne pour la santé mentale. [L'équité pour la santé mentale : mettre fin à la disparité en santé au Canada](#), l'Association, 2018, 28 pages.
47. Association canadienne de santé publique. [La santé publique : un cadre conceptuel](#), Ottawa, l'Association, 16 p.
48. Mantoura, P. [Population Mental Health in Canada: Summary of Emerging Needs and Orientations to Support the Public Health Workforce, note d'information](#), Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2017.
49. Institute of Health Equity. « [Social gradient](#) », 2014.
50. Agence de la santé publique du Canada et Réseau pancanadien de santé publique. [Les principales inégalités en santé au Canada – Sommaire exécutif](#), Ottawa, l'Agence, 2018, 11 pages.
51. Association canadienne de santé publique. [Des services éducatifs et de garde à l'enfance pour le Canada](#), Ottawa, l'Association, 2016.
52. Association canadienne de santé publique. [Racisme et santé publique](#), Ottawa, l'Association, 2018.
53. Association canadienne pour la santé publique. [Le jeu libre des enfants](#), Ottawa, l'Association, 2019.
54. Association canadienne de santé publique. [Le principe de Jordan et la santé publique](#), Ottawa, l'Association, 2017.
55. Coalition canadienne pour la santé publique au 21<sup>e</sup> siècle. [Besoins impérieux de logement](#), Ottawa, la Coalition, 2017.
56. Coalition canadienne pour la santé publique au 21<sup>e</sup> siècle. [Le revenu de base](#), Ottawa, la Coalition, 2017.
57. Commission de vérité et réconciliation. [Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada](#), 2015.
58. Commission de vérité et réconciliation. [Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action](#), 2015.
59. Thunderbird Partnership Foundation. [Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations](#), 2015.
60. Alianait Inuit-specific Mental Wellness Task Group. [Alianait Inuit Mental Wellness Action Plan](#), 2007.
61. Allen, J., R. Balfour, R. Bell et M. Marmot. « [Social determinants of mental health](#) », *International Review of Psychiatry*, vol. 26, no 4 (2014), p. 392-407.
62. Organisation mondiale de la santé et Calouste Gulbenkian Foundation. [Social Determinants of Mental Health](#), Genève, l'Organisation, 2014, 54 pages.
63. Nozal, A.L., N. Martin et F. Murtin. [The Economy of Well-being: Creating Opportunities for People's Well-being and Economic Growth](#), OECD Statistics Working Papers 2019/02, 2019.
64. Eriksson, M., M. Ghazinour et A. Hammarstrom. « [Different uses of Bronfenbrenner's ecological theory in public mental health research: what is their value for guiding public mental health policy and practice?](#) », *Social Theory and Health*, vol. 16 (2018), p. 414-433.
65. Stokols, D. « [Establishing and maintaining healthy environments: toward a social ecology of health promotion](#) », *American Psychologist*, vol. 47, no 1 (1992), p. 6-22.
66. National Scientific Council on the Development of the Child. [Early Experiences Can Alter Gene Expression and Affect Long-Term Development, Working Paper No. 10](#), Boston, Harvard University, 2010.
67. National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. [Fostering Healthy Mental, Emotional and Behavioral Development in Children and Youth: A National Agenda](#), Washington, D.C., 2019.
68. Association canadienne de santé publique. [Les changements globaux et la santé publique : qu'en est-il des déterminants écologiques de la santé?](#), Ottawa, l'Association, 2015.
69. Association canadienne de santé publique. [Les changements climatiques et la santé humaine](#), Ottawa, l'Association, 2019.
70. Cunsolo, A. « [Ecological grief as a mental health response to climate change-related loss](#) », *Nature Climate Change*, vol. 8 (2018), p. 275-281.
71. Association canadienne pour la santé mentale. « [L'éco-anxiété : la montée du désespoir](#) », Toronto, blogue de l'Association, 2019.
72. Aalhus, M., Oke, B., Fumerton, R., 2018. [The social determinants of health impacts of resource extraction and development in rural and northern communities: A summary of impacts and promising practices for assessment and monitoring](#), Northern Health and the Provincial Health Services Authority.
73. Association canadienne pour la santé mentale. [Plus forts ensemble : rapport d'impact 2019](#), Toronto, 2019.
74. Ibrahim, D. « [Les expériences des Canadiens liées aux situations d'urgence et aux catastrophes, 2014](#) », Statistique Canada, 2016.
75. Nations Unies. [Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Women](#), 9 avril 2020, 21 pages.
76. Nations Unies. [Note de synthèse: L'impact de la COVID-19 sur les enfants](#), 15 avril 2020, 17 pages.
77. Grych, J., S. Hamby et V. Banyard. « [The resilience portfolio model: understanding healthy adaptation in victims of violence](#) », *Psychology of Violence*, vol. 5, no 4 (2015), p. 343-354.
78. Lerch, D. [Six Foundations for Building Community Resilience](#), Santa Rosa (Californie), Post Carbon Institute, 2015, 46 pages.
79. Tousignant, M., et N. Sioui. « [Resilience and Aboriginal communities in crisis: theory and interventions](#) », *Journal of Aboriginal Health*, vol. 5, no 1 (2009), p. 43-61.
80. Association canadienne de santé publique. [La santé publique dans le contexte du renouvellement du système de santé au Canada](#), Ottawa, l'Association, 2019.
81. Mantoura, P. [Santé mentale des populations au Canada : un aperçu du contexte, des parties prenantes et des initiatives au soutien des actions en santé publique](#), Montréal, INSPQ et CCNPPS, 2017.
82. Orpana, H., J. Vachon, J. Dykxhoorn, I. McRae et G. Jayaraman. « [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*, vol. 36, no 1 (2016).
83. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. [Stratégies provinciales et territoriales de santé mentale](#), Montréal, INSPQ et CCNPPS, 2017.
84. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. [Stratégies autochtones de santé mentale ou de mieux-être](#), Montréal, INSPQ et CCNPPS, 2017.
85. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. [Stratégies reliées à la prévention du suicide](#), Montréal, INSPQ et CCNPPS, 2017.
86. Organisation mondiale de la santé. [Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence and Practice](#), Genève, l'Organisation, 2004.
87. Association canadienne pour la santé mentale. [Cohésion, collaboration, collectivité : faire progresser la promotion de la santé mentale au Canada, rapport sommaire et rapport complet](#), Toronto, l'Association, 2019.
88. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Division de la santé de la population et de la santé publique. [Lignes directrices concernant la promotion de la santé mentale](#), 2018, 29 pages.





ASSOCIATION  
CANADIENNE DE  
SANTÉ PUBLIQUE

La voix de la santé publique

Porte-parole national indépendant et  
défenseur fidèle de la santé publique,  
**l'Association canadienne de santé publique**  
parle au nom des individus et des populations  
avec tous les ordres de gouvernement.

Pour plus de renseignements, veuillez contacter :

**Association canadienne de santé publique**

1525, avenue Carling, bureau 404, Ottawa (Ontario) K1Z 8R9

Tél. : 613-725-3769 | [info@cpha.ca](mailto:info@cpha.ca)

[www.cpha.ca](http://www.cpha.ca)