

Définir un cadre de référence sur la santé mentale des populations à l'intention de la santé publique

Juillet 2014

Note documentaire

Pour des connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé

Avec la publication de la stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, intitulée *Changer les orientations, changer des vies*, la Commission de la santé mentale du Canada a marqué « une étape déterminante pour faire sortir la maladie mentale “de l'ombre à la lumière” et reconnaître, en paroles et en actes, le fait indéniable que la santé mentale est une composante essentielle de la santé » (Commission de la santé mentale du Canada, 2012, p. 7). Cette stratégie propose une approche renouvelée en vue de prévenir la maladie mentale et d'améliorer l'état de santé mentale de l'ensemble de la population.

Cette approche renouvelée centrée sur un programme d'intervention global visant l'amélioration de la santé mentale gagne de l'ampleur et trouve sa place à l'ordre du jour de la santé publique. Ce nouvel élan repose sur la reconnaissance de la santé mentale comme une composante fondamentale de la santé. Il reconnaît le fardeau supplémentaire et disproportionné des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux porté par les personnes socialement et économiquement défavorisées. Enfin, il reconnaît l'importance d'améliorer l'état de santé mentale de l'ensemble de la population, y compris des personnes atteintes de troubles mentaux.

Une telle approche interpelle les praticiens de la santé publique à tous les niveaux. En effet, toutes les interventions de santé publique ont le potentiel d'affecter le bien-être des individus et des collectivités. On peut donc reconnaître que tous les acteurs de la santé publique, que ces derniers offrent des services cliniques de prévention, des soins, qu'ils travaillent à la

promotion, à la protection de la santé, à la surveillance de l'état de santé de la population, abordent des enjeux liés à la santé mentale touchant différentes clientèles et collectivités.

Par conséquent, quel serait le rôle de la santé publique dans l'optique de favoriser la santé mentale de la population? Comment pourrions-nous définir un cadre de référence de santé mentale des populations pour la santé publique? Cette note d'information répond à ces questions et propose un cadre de référence en santé mentale des populations (voir la figure 1).

La première section de cette note examine les concepts de santé mentale publique et de santé des populations afin de jeter les bases d'un cadre de référence en santé mentale des populations. La deuxième section traite des états de santé mentale qui peuvent être suivis par l'entremise du cadre. Pour ce faire, nous utilisons deux modèles qui explicitent les liens existant entre la santé mentale et les troubles mentaux. Dans la troisième section, nous résumons les connaissances sur les déterminants de la santé mentale, y inclut les facteurs de risque et les facteurs de protection, ainsi que les connaissances sur la double relation qui caractérise les liens entre la santé mentale et les inégalités sociales. Dans la quatrième section, nous présentons différentes interventions et politiques publiques qui peuvent être utilisées pour relier les déterminants de la santé mentale à des états de santé mentale. Enfin, dans la cinquième section, nous traitons des rôles que les acteurs de la santé publique, à différents niveaux de pratique, peuvent jouer au sein d'un tel cadre.



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

Institut national
de santé publique

Québec



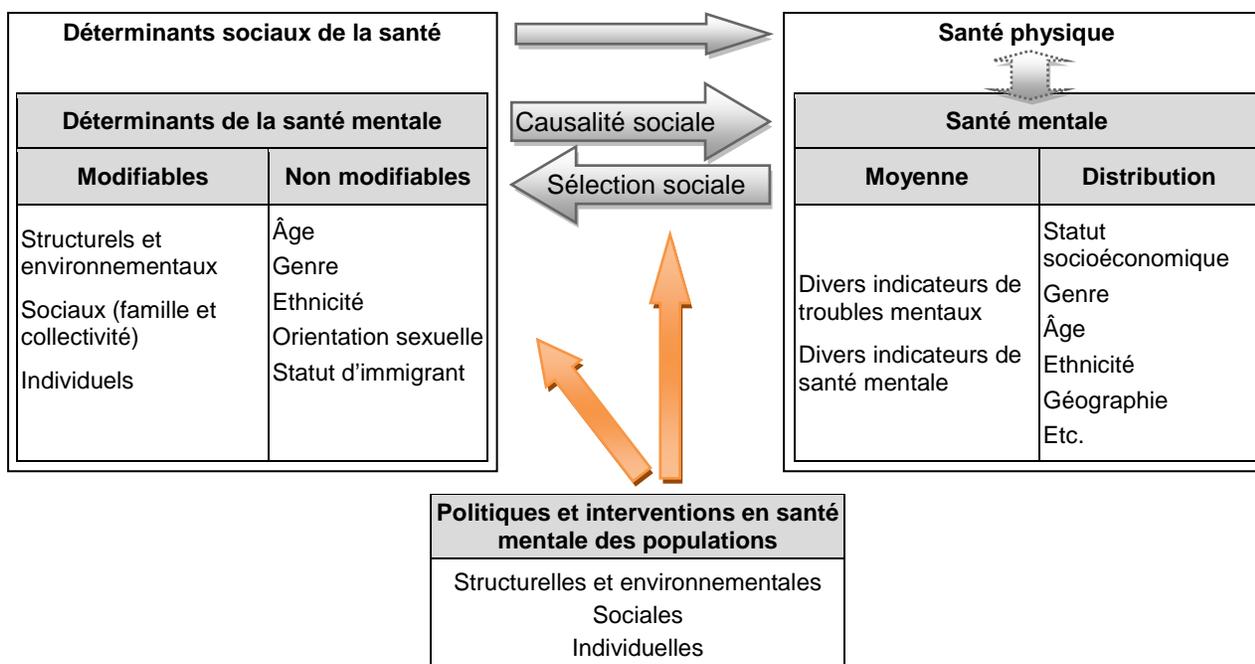


Figure 1 Cadre de référence en santé mentale des populations

Inspiré de Kindig et Stoddart, 2003 et blogue de David Kindig :

<http://www.improvingpopulationhealth.org/blog/about-this-blog.html>, consulté en ligne le 18 décembre 2013.

Section 1 Jeter les bases du cadre de référence en santé mentale des populations : santé mentale publique et santé des populations

La santé mentale publique, un domaine en plein essor, suit largement les contours de la santé publique et a été décrite comme « l'art, la science et la politique visant la création d'une société en bonne santé mentale » (Mental Health Foundation, 2005, p. 1; traduction libre). De façon générale, elle se préoccupe du maintien et de l'amélioration de la santé mentale, de la prévention des problèmes de santé mentale, ainsi que de l'amélioration des possibilités de rétablissement et de la qualité de vie des personnes ayant des problèmes de santé mentale (Mental Health Foundation, 2005).

Certains auteurs du domaine de la santé mentale publique accordent plus d'importance aux descriptions des psychopathologies à l'échelle de la population et à la prestation de services offerts aux personnes ayant des troubles mentaux (Eaton, 2012; Saraceno, Freeman et Funk, 2009). Ces auteurs sont alors davantage préoccupés par la

réduction de l'incidence, de la prévalence et des effets des troubles mentaux, bien qu'ils maintiennent l'objectif d'améliorer l'état de santé mentale des populations.

Cependant, beaucoup d'autres auteurs (Friedli, 2009a, 2009b; Huppert, 2005, 2009; Knifton et Quinn, 2013; Lavikainen, Lahtinen et Lehtinen, 2000, National Institute for Mental Health in England, 2005; Herrman, Saxena, et Moodie, 2005; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2013; World Health Organization [WHO] 2002, 2004, 2013) visent explicitement à améliorer la santé mentale et à prévenir les troubles mentaux de l'ensemble de la population, principalement par l'entremise de la promotion de la santé mentale et d'interventions de prévention. Dans ce contexte, la promotion de la santé mentale « est un terme générique qui comprend des mesures visant à promouvoir le bien-être mental, à prévenir les problèmes de santé mentale et à améliorer la qualité de vie des personnes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale » (Friedli, 2005, p. 7; traduction libre).

Au Canada, l'approche de la santé des populations représente la référence principale pour la santé publique. Cette approche adopte une perspective qui

étudie l'état de santé d'un groupe d'individus, la structuration des déterminants de la santé, de même que des politiques publiques et des interventions qui lient ces deux éléments (Kindig et Stoddart, 2003).

En nous appuyant sur la littérature en santé mentale publique et sur la définition de la santé des populations, nous présentons un cadre de référence en santé mentale des populations pour la santé publique. Ce cadre, inspiré de celui de santé des populations de Kindig et Stoddart (2003), est présenté en trois grandes sections (voir la figure 2). Il tient compte des états de santé mentale dans la population, ainsi que de leur distribution au sein des sous-groupes de la population. Il se préoccupe des déterminants de la santé mentale et de leur distribution dans la population. Enfin, il se concentre sur les politiques publiques et les interventions qui influencent la santé mentale par le biais des déterminants de santé mentale. Cela, dans le but de promouvoir le bien-être mental de la population et l'équité en matière de santé mentale.

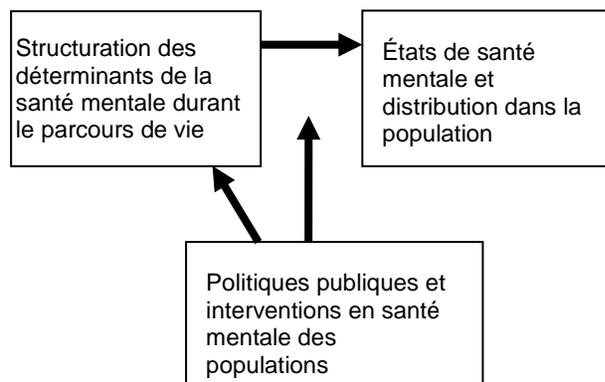


Figure 2 Santé mentale des populations (inspiré de Kindig et Stoddart, 2003)

Section 2 Que signifie examiner la santé mentale de l'ensemble de la population?

Lorsque nous considérons les états de santé mentale qui peuvent être surveillés au sein de la population, il est nécessaire d'établir clairement ce que nous entendons par *santé mentale*. Par le fait même, nous devons inévitablement situer la santé mentale par rapport aux *troubles mentaux*.

Bien qu'il n'y ait pas de consensus établi sur la définition des troubles mentaux, nous nous référerons, dans cette note, à l'ensemble des

troubles mentaux et des troubles du comportement répertoriés dans la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* de l'OMS ou du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) de l'American Psychiatric Association (APA). « Ils comprennent les troubles entraînant une charge de morbidité élevée comme la dépression, les troubles affectifs bipolaires, la schizophrénie, les troubles anxieux, la démence, les troubles liés à l'utilisation de substances, les déficiences intellectuelles, et les troubles du développement et du comportement qui apparaissent habituellement durant l'enfance et l'adolescence, y compris l'autisme » (OMS, 2013, p. 6). Les troubles mentaux « peuvent survenir en raison de la constitution génétique, biologique et psychologique des individus ainsi que des conditions sociales défavorables et des facteurs environnementaux » (WHO, 2013, p. 9; traduction libre).

De la même manière, les éléments qui constituent la santé mentale sont également sujets à débat. Toutefois, il est communément accepté que celle-ci « va au-delà de la simple absence de troubles mentaux » (OMS, 2001, p. 5). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) la définit comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté » (2014).

Il existe deux principales conceptualisations décrivant la relation entre la santé mentale et les troubles mentaux, soit le modèle à continuum unique et le modèle à deux continuums. Nous allons présenter leurs différences, puis examiner la façon dont ces modèles peuvent être complémentaires au sein d'un cadre de référence en santé mentale des populations.

MODÈLE DU CONTINUUM UNIQUE

Dans le modèle du continuum unique, la santé mentale se situe sur le même axe que les troubles mentaux. Selon ce modèle, la santé mentale *constitue* l'absence de troubles mentaux, ce qui implique qu'une personne souffrant d'un trouble mental ne peut pas simultanément faire l'expérience d'un état de santé mentale.

MODÈLE DES DEUX CONTINUUMS

Selon le modèle des deux continuums, la santé mentale et les troubles mentaux appartiennent à des

continuums distincts. Le modèle des deux continuums rend possible la coexistence simultanée de ces deux états chez une même personne. Il reconnaît que la santé mentale va au-delà de l'absence de maladie et qu'elle peut varier à des degrés divers. Cela implique que l'absence de trouble mental ne signifie pas forcément une bonne santé mentale; et qu'une bonne santé mentale est compatible avec la présence d'un trouble mental. Les Canadiens ont été les premiers à établir cette distinction conceptuelle entre la santé mentale et les troubles mentaux, en 1988, dans un document de travail fondateur intitulé *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre* (Santé et Bien-être social Canada, 1988).

Corey Keyes (2002) a cependant été l'un des premiers, suivi par d'autres (Gilleard *et al.*, 2004; Huppert et Whittington, 2003), à démontrer de façon empirique cette distinction. Il a ainsi montré que les personnes qui satisfont aux critères de diagnostic de troubles mentaux du DSM peuvent vivre avec un trouble mental et, en même temps, connaître divers degrés de santé mentale.

Selon Keyes, le continuum de la santé mentale évolue d'un mauvais état de santé mentale, qu'il a nommé état « languissant », à un état modéré de santé mentale, jusqu'à un état optimal dit « florissant ». Parallèlement à cela, la présence ou l'absence d'un trouble mental s'inscrit dans le continuum des troubles mentaux.

Keyes a démontré que certaines personnes peuvent être atteintes d'un trouble mental et avoir une mauvaise santé mentale (languissante) ou, dans certains cas, avoir une santé mentale modérée ou florissante. De même, les personnes chez lesquelles aucun trouble mental n'a été diagnostiqué peuvent se situer dans un état de santé mentale languissant, modéré ou florissant.

Les personnes se trouvant dans un état de santé mentale florissant ne sont pas dépressives et ressentent des niveaux élevés de bien-être émotionnel, psychologique et social (Keyes, 2004). En revanche, les personnes dont l'état de santé mentale est languissant ressentent « un état de vide dans lequel [elles] n'éprouvent aucun bien-être émotionnel, psychologique et social, toutefois elles ne sont pas déprimées » (Keyes, 2004, p. 266; traduction libre). Ces personnes connaissent une diversité de conséquences négatives autant sur leur

fonctionnement social, affectif et cognitif que sur leur santé physique et leur qualité de vie.

PERSPECTIVE POPULATIONNELLE POUR LE MODÈLE À CONTINUUM UNIQUE ET LE MODÈLE À DEUX CONTINUUMS

La figure 3 illustre la distribution populationnelle de la santé mentale et des troubles mentaux. Elle indique que les troubles mentaux se situent à l'extrême gauche, ou à la queue, de la distribution et qu'ils sont suivis de l'état de santé mentale languissant (L), de l'état de santé mentale modéré (M) et de l'état de santé mentale florissant (F).

La distinction entre un état de santé mentale languissant (L) et les troubles mentaux (TM) consiste en un point de démarcation au-delà duquel les symptômes sont suffisamment présents pour qu'un diagnostic puisse être posé. Les personnes dans un état languissant présentent des symptômes qui ont une incidence réelle sur leur vie quotidienne, bien qu'elles ne répondent pas encore à un critère de diagnostic de trouble mental. Elles pourront éventuellement recevoir ce diagnostic et ainsi franchir la ligne vers la section TM de la courbe de distribution (Huppert, 2009; Rose, 1992).

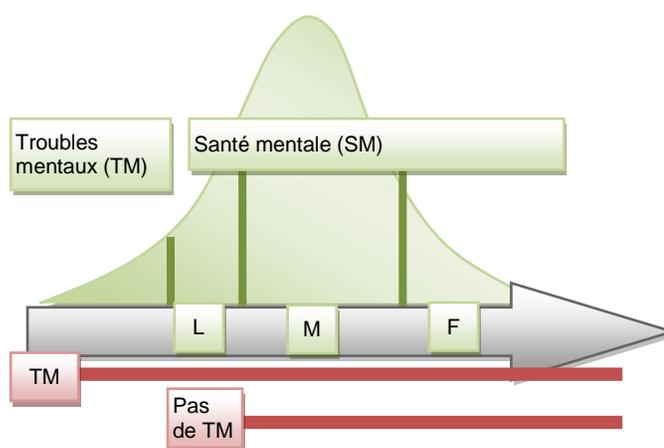


Figure 3 Modèles à continuum unique et à deux continuums et distribution de la santé mentale dans la population

Les deux longues lignes horizontales de la figure 3 (marquées TM et Pas de TM) illustrent l'ajout de la perspective du modèle à deux continuums à la distribution de la santé mentale dans la population. En effet, la distribution de la santé mentale dans la population pourrait donner l'impression que les personnes atteintes d'un trouble mental ne peuvent pas également jouir d'un certain degré de santé

mentale. En intégrant ces lignes dans le modèle, nous pouvons observer que, même si un trouble mental est présent (TM) ou absent (Pas de TM), il est possible néanmoins d'éprouver des niveaux variables de santé mentale, entre un état languissant et un état florissant.

À l'aide de cette distribution populationnelle, nous illustrerons, dans la section suivante, comment la promotion de niveaux plus élevés de santé mentale dans la population permet de déplacer la courbe vers la droite, et donc :

- de diminuer la prévalence des troubles mentaux dans la population;
- d'accroître le niveau d'épanouissement (état florissant) dans la population;
- d'offrir à tous les avantages d'une meilleure santé mentale, aussi bien à ceux qui ont reçu un diagnostic de trouble mental qu'à ceux qui n'en ont pas reçu.

Un cadre de santé mentale des populations qui considère à la fois l'état de santé mentale et les troubles mentaux représente la prise en compte complète de l'état de santé. Cette approche implique « la présence d'un état positif des capacités humaines et du fonctionnement humain ainsi que l'absence de maladie ou d'infirmité » (Keyes, 2007, p. 96; traduction libre).

Il existe de nombreuses conceptualisations de la santé mentale et des mesures d'évaluation qui en découlent. Celles-ci ne font pas l'objet de la présente note. Par exemple, Keyes (2007) utilise une échelle en trois dimensions qui évalue les émotions positives, le fonctionnement psychologique positif et le fonctionnement social positif. Ces dimensions sont représentées par 13 mesures ou indicateurs qui permettent de déterminer si une personne est dans un état de santé mentale languissant, modéré ou florissant.

En résumé, ce cadre de référence en santé mentale des populations propose d'utiliser des mesures et des indicateurs pour surveiller à la fois les troubles mentaux et la santé mentale positive, et cela, autant pour les résultats moyens de la population que des différents sous-groupes populationnels (voir la figure 1).

Section 3 Déterminants de la santé mentale

INTERACTION ENTRE LES INDIVIDUS, LES GROUPES ET LES ENVIRONNEMENTS

Comme McCubbin *et al.* l'expliquent dans un document de travail préparé pour le Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial (RCSM) en 2003 : « La santé mentale de la population dépasse la somme de ses parties individuelles. On ne peut expliquer les raisons pour lesquelles certaines collectivités sont en meilleure santé que d'autres en se contentant d'examiner les personnes qui la composent » (cité dans Lakaski 2008, p. 5). « Les collectivités présentent des dynamiques et des caractéristiques uniques qui favorisent, entravent ou conditionnent la santé mentale de ses membres. À ce titre, nous devons examiner ces caractéristiques lorsque vient le temps d'étudier les conditions qui définissent la santé mentale d'une collectivité » (Lakaski, 2008, p. 5).

La santé mentale résulte de l'interaction dynamique entre les individus, les groupes et l'environnement en général, tout au long de la vie. En ce sens, elle peut être considérée de la même manière que la santé physique et la maladie en général (Herrman et Jané-Llopis, 2005).

Les facteurs associés à la santé mentale sont classés en facteurs de risque et en facteurs de protection.¹ Ces facteurs agissent à plusieurs niveaux, tout au long du parcours de vie. Bien qu'il existe d'autres façons de classer les facteurs de risque et de protection (Barry et Friedli, 2008; Barry et Jenkins, 2007b; Herrman et Jané-Llopis, 2005; VicHealth, Clifford Beers Foundation, World Federation for Mental Health et The Carter Center, 2008; Keleher et Armstrong, 2005), nous les catégoriserons dans cette note selon qu'ils influencent la santé mentale sur le plan individuel, social ou structurel et environnemental (Herrman et Jané-Llopis, 2012).

¹ Il existe, dans la littérature, de nombreuses listes de ces facteurs sous-jacents et connexes à la santé mentale (Coggins *et al.*, 2007; Keleher et Armstrong, 2005; Lalani, 2011; Lavikainen *et al.*, 2000; Marshall Williams, Saxena et McQueen, 2005; Agence de la santé publique du Canada, 2006; VicHealth *et al.*, 2008).

« C'est principalement l'effet cumulatif de la présence de multiples facteurs de risque, de l'absence de facteurs de protection ainsi que l'interaction entre des situations de risque et de protection qui prédisposent les individus à passer d'un état de santé mentale à une vulnérabilité accrue, puis à un problème de santé mentale et, finalement, à un trouble mental caractérisé » (WHO, 2004, p. 20; traduction libre).

Les facteurs de risque augmentent la probabilité que les problèmes de santé mentale et les troubles mentaux se développent. Ils sont généralement associés à une mauvaise santé mentale et à des troubles mentaux (Barry, 2009; Keleher et Armstrong, 2005). Ils peuvent également accroître la durée et la gravité des troubles mentaux lorsqu'ils surviennent (Barry et Jenkins, 2007b). L'exposition à de multiples facteurs de risque peut entraîner un effet cumulatif dans le temps.

Par ailleurs, les facteurs de protection contribuent à améliorer la santé mentale et à réduire la probabilité qu'un trouble se développe (Barry, 2009; Barry et Jenkins, 2007b). Les facteurs de protection améliorent la capacité des personnes à faire face efficacement aux événements et à jouir de la vie, et atténuent les effets associés aux événements négatifs.

Il existe des interactions variées et complexes entre les facteurs qui protègent ou ceux qui augmentent les risques, les comportements qu'ils peuvent favoriser (qui sont eux-mêmes des facteurs de protection ou de risque pour la santé mentale) et les impacts sur la santé mentale. De ce fait, la détermination du sens de la causalité est rarement simple (Barry et Friedli, 2008). Par exemple, l'intimidation chez les adolescents ou encore l'absence d'emploi ou un licenciement peuvent être associés à la perte d'estime de soi, éventuellement à la dépression, ainsi qu'à la consommation d'alcool et de drogues. Ces facteurs peuvent être associés à un

traumatisme routier, lequel pourrait engendrer une invalidité physique. Ces éléments seraient liés à une modification des capacités nécessaires à la scolarisation ou au travail dans des cadres réguliers, ce qui contribuerait encore à affecter négativement la santé mentale (Herrman et Jané-Llopis, 2005).

Le tableau 1 résume certains des plus importants déterminants de la santé mentale, y inclus les facteurs de risque et de protection, selon qu'ils se situent sur le plan individuel, social, ou structurel et environnemental.

Parmi ceux-ci, des catégories de déterminants sont définies comme ayant une influence particulière pour la santé mentale. Par exemple, pour Keleher et Armstrong (2005), il s'agit de l'inclusion sociale (les relations de soutien, la participation à des activités de groupe, l'engagement communautaire et civique), la protection contre la discrimination et la violence (la valorisation de la diversité, la sécurité physique, l'autodétermination, le contrôle de sa destinée) et l'accès aux ressources économiques (le travail, l'éducation, le logement, les ressources financières). Pour Cooke *et al.* (2011), le contrôle, la résilience et les atouts communautaires, la participation, ainsi que l'inclusion, sont les facteurs les plus importants pour protéger la santé mentale.

L'âge, le sexe, l'origine ethnique, le statut d'immigrant et l'orientation sexuelle sont également des déterminants de la santé mentale et sont associés à une exposition différenciée aux facteurs de risque et de protection. Bien entendu, ces caractéristiques ne sont pas modifiables par l'intervention (voir figure 1). Cependant, ils influent sur la manière dont la mauvaise santé mentale se manifeste en termes de prévalence et d'incidence (Barry et Friedli, 2008). En fonction des normes, des valeurs et des lois en vigueur dans un contexte local donné, certains individus et groupes de la société pourraient être exposés à des risques accrus d'éprouver des problèmes de santé mentale.

Tableau 1 Déterminants de la santé mentale

NIVEAU	FACTEURS DE PROTECTION	FACTEURS DE RISQUE
Individuel (caractéristiques psychologiques, comportements et santé physique)	<p>Cognitif : capacité de résoudre des problèmes, de gérer ses pensées, d'apprendre de ses expériences et de tolérer l'imprévisibilité de la vie; un style cognitif flexible, etc.</p> <p>Émotif : sentiment d'autonomie et de pouvoir décisionnel ou d'efficacité, estime de soi, émotions positives, etc.</p> <p>Social : Bonnes habiletés sociales (entregent, bonnes habiletés pour la communication, confiance en l'autre, etc.); sentiment d'appartenance, etc. Résilience, bonne santé physique, comportements sains, etc.</p>	<p>Cognitif : manque d'habiletés pour la résolution de problèmes, difficulté à tolérer les imprévus, style cognitif rigide, tempérament négatif, etc.</p> <p>Émotif : faible estime de soi, sentiment de perte de contrôle sur sa vie, émotions négatives, etc.</p> <p>Social : isolement, manque d'habiletés sociales (communication, confiance, etc.). Certains comportements, comme l'absence d'activités physiques, l'abus d'alcool et de drogues, une mauvaise santé physique. Événements indésirables de la vie, certains étant survenus dans la petite enfance, etc.</p>
Social (famille et communauté)	<p>Attachement confiant, relations parents-enfants positives, affectueuses et aidantes tout au cours de l'enfance et de l'adolescence, relations interpersonnelles sûres et satisfaisantes, soutien aux autres, capital social (ex. réciprocité, cohésion sociale, sentiment d'appartenance, capacité à prendre part à la société), etc.</p>	<p>Attachement non confiant, manque de relations parents-enfants positives, affectueuses et aidantes tout au cours de l'enfance et l'adolescence, manque ou absence de relations interpersonnelles, isolement, faible capital social, exclusion sociale, incapacité à prendre part à la société, maltraitance et violence familiale, etc.</p>
Structurel et environnemental	<p>Avantages socioéconomiques (haut niveau d'instruction, bon niveau de vie [logement, revenus, bonnes conditions d'emploi]), sécurité financière, absence de discrimination et d'oppression, peu d'inégalités sociales, reconnaissance juridique des droits, inclusion sociale, sécurité publique, accès à des moyens de transport adéquats, design d'environnement sécuritaire, accès à des espaces verts et à des installations récréatives, etc.</p>	<p>Désavantages socioéconomiques (faible niveau d'instruction, faible niveau de vie [chômage, mauvaises conditions de travail, logement inadéquat, itinérance]), insécurité financière et dettes, oppression et discrimination sociale et culturelle, guerre, pauvreté et inégalités sociales, exclusion, violence et criminalité dans le quartier de résidence, manque de moyens de transport accessibles et sécuritaires, design d'environnement déficient, manque d'espaces de loisir et d'espaces verts, etc.</p>

LIEN AVEC LA SANTÉ PHYSIQUE

En tant que partie intégrante de la santé générale, la santé mentale est intimement liée à la santé physique et en est inséparable.

Dans la pratique traditionnelle de santé publique, la santé mentale et la santé physique ont longtemps été prises en considération isolément. Cependant, l'axiome selon lequel « il n'y a pas de santé sans santé mentale » (Department of Health - UK, 2011; traduction libre) nous rappelle qu'elles sont inextricablement liées et qu'elles font toutes deux partie intégrante d'une conception holistique de la santé.

La santé physique et la santé mentale de même que les troubles mentaux s'influencent bien souvent réciproquement dans une relation bidirectionnelle. Cette relation est représentée à la figure 1 par la flèche en pointillé située entre les résultats de santé mentale et les résultats de santé.

D'une part, il a été démontré qu'une mauvaise santé physique est un déterminant de la santé mentale non optimale et du trouble mental. De nombreuses personnes vivant avec le VIH/sida, ainsi que leur famille, font l'objet de stigmatisation et de discrimination et souffrent de dépression, d'anxiété ou d'autres maladies mentales. La douleur persistante est également liée à la souffrance et à la perte de productivité. Il est également connu que d'autres maladies, telles que les cardiopathies, les cancers et le diabète, accroissent la probabilité de développer des problèmes de santé mentale et de dépression (Keyes, 2004; OMS, 2001; Herrman *et al.*, 2005).

D'autre part, la mauvaise santé mentale et les troubles mentaux sont associés à une augmentation des risques de maladies physiques. La dépression constitue un facteur de risque de maladies cardiovasculaires (Keyes, 2004). Le stress est lié au développement du rhume et retarde la cicatrisation des plaies. La mauvaise santé mentale joue un rôle important dans l'affaiblissement de la fonction immunitaire, le développement de certaines maladies, les comportements malsains et risqués ainsi que la mort prématurée (Herrman *et al.*, 2005).

En outre, la mauvaise santé mentale est associée aux comportements à risque, à toutes les périodes de la vie. Chez les jeunes, la dépression est associée au tabagisme, à la consommation d'alcool,

aux troubles alimentaires et aux pratiques sexuelles non sécuritaires. Chez les personnes plus âgées, elle est associée à l'isolement, au tabagisme, à l'alcoolisme et à la toxicomanie (Herrman et Jané-Llopis, 2005). Le lien entre la santé physique et la santé mentale est également d'une importance capitale chez les personnes âgées.

Enfin, l'absence de santé mentale positive augmente la probabilité de mortalité pour toutes causes confondues, à tous les âges, autant pour les hommes que pour les femmes (Keyes et Simoes, 2012).

Par ailleurs, indépendamment d'une mauvaise santé mentale ou de troubles mentaux, il est établi que le bien-être émotionnel constitue une variable prédictive de la santé physique, à tous les âges. Le bien-être émotionnel a un effet salutaire sur la santé et la survie (Danner, Snowdon et Friesen, 2001; Huppert et Whittington, 2003). Un style émotif positif ou une bonne disposition (Cohen, Alper, Doyle, Treanor et Turner, 2006; Cohen, Doyle, Turner, Alper et Skoner, 2003b) ainsi que la sociabilité (Cohen, Doyle, Turner, Alper et Skoner, 2003a) ont été associés à la résistance au rhume, à la réponse immunitaire au vaccin contre l'hépatite B (Marsland, Cohen, Rabin et Manuck, 2006), de même qu'à une réponse cardiovasculaire plus rapide en situation de stress. En outre, les émotions positives sont susceptibles d'atténuer les réactions psychologiques et physiologiques persistantes qu'engendrent les émotions négatives (Fredrickson, Mancuso, Branigan et Tugade, 2000).

Cet aperçu sur les facteurs de protection et de risque associés à la santé mentale illustre que la santé mentale est fondamentalement liée à l'ensemble des déterminants sociaux de la santé. Cependant, certains de ceux-ci ont une importance particulière pour la santé mentale. En conséquence, tout comme la distribution inégale des déterminants de la santé dans la société entraîne des inégalités en matière de santé (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008), la distribution inégale des déterminants de la santé mentale est également associée à des inégalités en matière de santé mentale. De plus, les inégalités sociales et les états de santé mentale se renforcent mutuellement.

INÉGALITÉS ET SANTÉ MENTALE

« La façon dont fonctionne la société à tous les niveaux influe sur la façon dont les gens se perçoivent. Et la façon dont les gens se sentent influe sur le bon fonctionnement de la société. » (Public Mental Health Project, Scottish Development Centre for Mental Health Services, 1999, cité dans Department of Health – Royaume-Uni, 2001, p. 15; traduction libre).

La mauvaise santé mentale et les troubles mentaux constituent à la fois une cause et une conséquence des inégalités sociales. Ils sont le reflet de la défavorisation et y contribuent (Barry et Friedli, 2008).

Deux théories des inégalités peuvent servir à étayer la double relation entre la santé mentale et les inégalités sociales (voir figure 1). La première est la théorie de la causalité sociale, selon laquelle les problèmes de santé mentale sont engendrés par la société et sont par conséquent plus répandus chez les individus qui occupent une position inférieure sur l'échelle sociale. La seconde est la théorie de la sélection sociale, selon laquelle les problèmes de santé mentale ainsi que les troubles mentaux contribuent aux inégalités sociales et aux inégalités de santé en poussant les individus vers le bas de l'échelle sociale.

Causalité sociale

Les inégalités sociales impliquent que les individus les moins favorisés sur l'échelle sociale sont plus susceptibles de souffrir du stress chronique associé à l'appauvrissement.

En ce sens, les états de santé mentale, tout comme les états de santé (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008), sont le reflet de la défavorisation et de l'oppression (McGibbon, 2012). En d'autres termes :

- les groupes défavorisés sont beaucoup plus exposés aux risques associés au développement d'un problème de santé mentale ou d'un trouble mental;
- une partie très importante des problèmes de santé mentale ou des troubles mentaux peut être attribuable à des niveaux élevés de stress et à un manque de ressources.

En ce sens, la santé mentale représente un déterminant intermédiaire entre les déterminants sociaux de la santé et l'état de santé. Elle constitue une clé pour comprendre l'impact des inégalités sociales sur la santé, mais également sur des fonctionnements dans différents domaines (Friedli, 2009b).

En outre, les pays riches dont les inégalités de revenus au niveau national sont élevées ont été associés à une mauvaise santé mentale et à une prévalence plus élevée de troubles mentaux (Pickett, James et Wilkinson, 2006; Pickett et Wilkinson, 2010). On sait que les sociétés inégalitaires exacerbent la concurrence en matière de statut social, ainsi que l'insécurité liée au statut social dans tous les groupes et parmi les adultes et les enfants (Friedli, 2009b; Pickett et Wilkinson, 2010), ce qui est préjudiciable à la santé mentale.

Ainsi, l'approche de santé mentale des populations envisagée sous l'angle de la causalité sociale se soucie d'intervenir sur les inégalités sociales qui agissent sur la santé mentale, c'est-à-dire sur la distribution inégale des déterminants de la santé mentale dans la population (voir la figure 1).

Sélection sociale

Une mauvaise santé mentale et des troubles mentaux affectent le fonctionnement de la personne. Ils réduisent les chances de succès en ce qui a trait à la maturité scolaire et à l'éducation, à la capacité d'insertion professionnelle et aux possibilités d'emploi, ainsi qu'en ce qui concerne le fonctionnement social positif. Ils augmentent les risques pour la santé physique (par exemple, la maladie cardiaque et les conséquences négatives de la maladie). Ils ont un impact négatif sur la relation aux services de santé, y compris l'accès et l'utilisation, et enfin, ils affectent la capacité et la motivation pour des comportements sains, etc. (Friedli, 2011).

En d'autres termes :

- la mauvaise santé mentale et les troubles mentaux poussent les individus vers le bas de l'échelle sociale;
- la position socioéconomique des individus se détériore à mesure que leur santé mentale décline.

Envisagée sous l'angle de la sélection sociale, l'approche de santé mentale des populations se soucie de briser le cercle vicieux de l'appauvrissement social et économique qui découle des troubles mentaux et de la mauvaise santé.

Section 4 Interventions de santé publique visant à améliorer la santé mentale de la population

Comme nous l'avons vu, la santé mentale fait partie intégrante de la santé. La santé mentale et les troubles mentaux sont également des états interdépendants qui se chevauchent. Sur cette base, cette section illustrera que promouvoir la santé mentale dans la population est effectivement devenu un élément central de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, ainsi qu'un moyen de réduire le fardeau grandissant des problèmes de santé mentale (Barry, 2007; Fledderus, Bohlmeijer, Smit et Westerhof, 2010). À ce titre, promouvoir la santé mentale au sein de la population s'intègre dans la santé publique en tant qu'élément fondamental des politiques et des pratiques et permet :

- de contribuer à réduire la prévalence et l'incidence de certains troubles mentaux;
- d'accroître la prévalence de l'état florissant dans la population;
- de favoriser l'atteinte d'un niveau de santé mentale supérieur pour tous.

Des niveaux de santé mentale supérieurs sont associés à l'amélioration du fonctionnement général (affectif, social et physique) de l'ensemble de la population, y compris des personnes atteintes de troubles mentaux.

Cette section illustrera tout d'abord les avantages liés à l'amélioration de la santé mentale dans la population à l'aide d'un modèle de santé publique connu. Elle clarifiera par la suite les moyens envisagés pour améliorer la santé mentale dans la population par l'intermédiaire de la promotion de la santé mentale des populations. Dans un troisième temps, elle identifiera différentes interventions pour promouvoir la santé mentale de la population et précisera des cibles d'action prioritaires. Une quatrième section proposera des mises en garde pour les approches populationnelles de santé mentale des populations. Enfin, des interventions ne

visant pas directement la santé mentale seront discutées dans une cinquième section.

UN MODÈLE CONNU DE SANTÉ PUBLIQUE

Pour illustrer les avantages liés à l'amélioration de la santé mentale de la population, on peut utiliser un modèle connu en santé publique (Huppert, 2005; 2009), fondé sur les travaux de Geoffrey Rose (1992). Ce modèle emploie la terminologie qu'a élaborée Keyes pour qualifier la santé mentale, laquelle va de l'état « languissant » à « florissant ».

Selon l'approche populationnelle de Rose, les personnes comprises dans la queue de la distribution populationnelle, où l'on retrouve les cas de troubles mentaux (c'est-à-dire à l'extrême gauche de la courbe de distribution dans la figure 4), sont un reflet des caractéristiques de la population générale dans laquelle ils vivent. En d'autres termes, il existe une relation entre le nombre moyen de symptômes dans une population et le nombre de cas pouvant être diagnostiqués. Cette relation a pu être établie pour de nombreuses affections physiques et mentales (Huppert, 2005; 2009).

En recourant à la distribution populationnelle de la santé mentale et des troubles mentaux, Huppert démontre comment il est possible de déplacer la courbe populationnelle de la santé mentale dans un sens positif en augmentant le niveau de santé mentale dans la population (voir la figure 4) (Huppert, 2005; 2009).

Une légère amélioration de la santé mentale moyenne de la population (c'est-à-dire un léger déplacement de la courbe vers la droite) abaissera le nombre de personnes comprises dans la queue de la distribution du côté du trouble mental ainsi que le nombre de personnes languissantes (extrême gauche du graphique), et accroîtra le nombre de personnes comprises dans la queue de la distribution du côté de l'état florissant (extrême droite du graphique).

En termes simples, s'il y a moins de symptômes psychologiques dans la population (des symptômes de mauvaise santé mentale), le nombre de personnes atteintes de troubles mentaux dans la population va décroître, tandis que le nombre de personnes en bonne santé mentale va s'accroître.

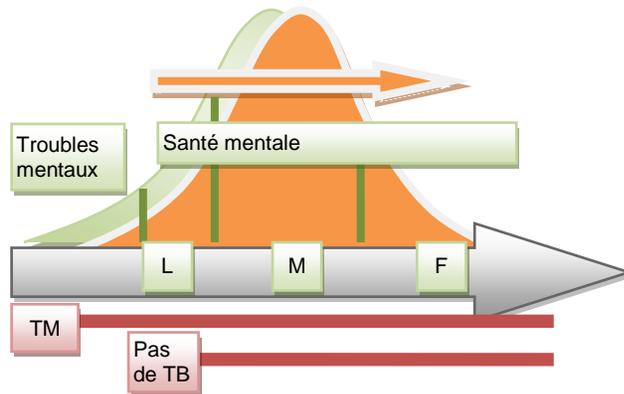


Figure 4 Modèle de santé publique pour la santé mentale des populations (adapté de Huppert, 2005)

Selon ce modèle, améliorer l'état de santé mentale de la population en général peut s'avérer plus efficace pour réduire les problèmes de comportement et de santé mentale courants que de se concentrer exclusivement sur les stratégies ciblant le traitement et la prévention des troubles mentaux (Huppert, 2005; 2009).

En effet, en recourant uniquement à des approches individuelles (traitement) ou ciblées (prévention) (voir la figure 5), il y aurait peu d'effet sur l'éventuelle réduction du nombre global de personnes atteintes de troubles, puisque ces dernières continueront de se renouveler. En outre, on n'observerait aucun impact sur la santé mentale des individus dans la population générale, ni sur le potentiel d'amélioration des fonctionnements sociaux physiques, émotifs et cognitifs des personnes de la population générale, lesquels sont associés aux états de santé mentale.

Une légère amélioration des niveaux de santé mentale dans l'ensemble de la population serait profitable à tous (Friedli, 2009b; Keyes, 2007).

Certaines personnes vivant avec un trouble mental et ayant un état de santé mentale languissant pourraient connaître une transition et vivre avec un trouble mental tout en ayant un état de santé mentale florissant. Chez les personnes atteintes de troubles mentaux, un état florissant améliore les possibilités de mener une vie satisfaisante et productive.

Un état de santé mentale florissant chez les personnes ne souffrant pas de troubles mentaux, c'est-à-dire les individus jouissant d'une bonne santé mentale, entraîne un niveau supérieur de

fonctionnement. Cela se traduit par une diminution de l'absentéisme au travail, un niveau minime de limitations de santé qui entravent les activités de la vie quotidienne, une diminution des maladies et des affections physiques chroniques, une moins grande utilisation du système de soins de santé et des niveaux supérieurs de fonctionnement psychologique.

Enfin, un accroissement du niveau de la santé mentale agit de manière à réduire les risques d'apparition de troubles mentaux (Keyes, Dhingra et Simoes, 2010) et de suicide chez les jeunes (Keyes *et al.*, 2012). Un accroissement de l'état de santé mentale florissant dans la population a été associé à une réduction des problèmes sociaux, de la délinquance, de la maltraitance des enfants, du taux de décrochage scolaire, du nombre de jours de travail perdus, etc. (Keyes, 2007).

Par conséquent, chez les populations cliniques (qui ont reçu un diagnostic de trouble mental) et non cliniques (qui n'ont pas reçu de diagnostic), une amélioration des niveaux de santé mentale, même si elle est modeste, contribue à l'amélioration de la santé physique, de la productivité et de la qualité de vie, et réduit les risques de troubles mentaux et de suicides (National Institute for Mental Health in England, 2005; Keyes, *et al.*, 2010; Keyes *et al.*, 2012).

PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE DES POPULATIONS

Promouvoir la santé mentale dans la population « passe par des actions tendant à créer des conditions de vie et un environnement qui favorisent la santé mentale et permettent d'adopter et de conserver un mode de vie sain. Il existe ainsi un large éventail de mesures visant à augmenter la probabilité de voir plus de gens jouir d'une bonne santé mentale. Un contexte garantissant le respect et la protection des droits civils, politiques, socioéconomiques et culturels fondamentaux est indispensable pour promouvoir la santé mentale. Sans la sécurité et la liberté apportées par ces droits, il est très difficile de conserver une bonne santé mentale » (OMS, 2014).

La promotion de la santé mentale reconnaît que l'interdépendance entre les individus, les familles, les collectivités et la société en général promeut la santé mentale ou nuit à celle-ci. Elle estime par conséquent qu'exercer une influence sur les

principaux déterminants de la santé mentale constitue un objectif d'action pertinent (Barry, 2009).

Cependant, comme la promotion de la santé mentale des populations est également, ainsi que nous l'avons indiqué au début de cette note, « un terme générique qui comprend des mesures visant à promouvoir le bien-être mental, à prévenir les problèmes de santé mentale et à améliorer la qualité de vie des personnes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale » (Friedli, 2005, p. 7; traduction libre), les stratégies de promotion de la santé mentale et de prévention des problèmes de santé mentale seront mises en place pour l'ensemble de la population et des communautés. Cela inclut les personnes à risque, les personnes présentant des symptômes et n'ayant pas reçu de diagnostic, de même que les personnes atteintes de troubles mentaux (Barry et Jenkins, 2007b; Institut canadien d'information sur la santé, 2009; Joubert, 2009; Marshall Williams *et al.*, 2005).

À la figure 5, nous superposons certaines des populations cibles habituelles de la santé publique (populations atteintes de troubles, présentant des symptômes, à risque et en bonne santé) et les stratégies d'intervention (traitement, prévention et promotion) en l'appliquant au continuum populationnel de la santé mentale et des troubles mentaux.

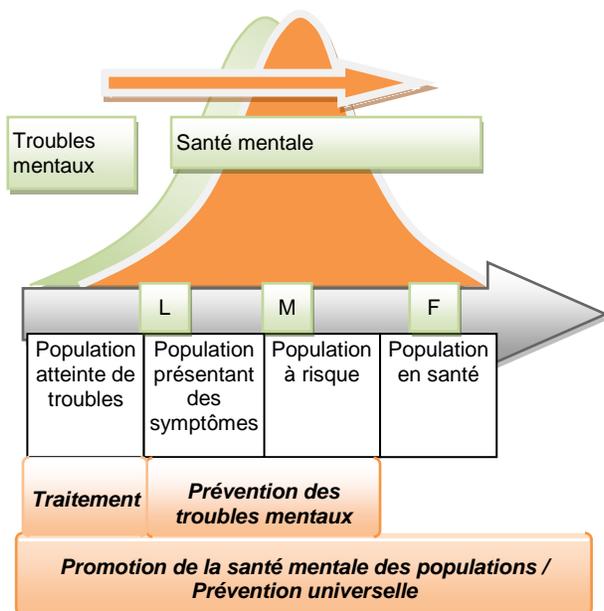


Figure 5 Promotion de la santé mentale des populations (inspiré de Barry, 2001)

Cette illustration aide à associer les stratégies d'intervention aux groupes de la population visés et, plus important encore, elle montre explicitement que la promotion de la santé mentale concerne tous les groupes de la population. À la différence du modèle de réduction des risques, qui sert généralement de fondement aux activités de prévention, la promotion de la santé mentale appuie plutôt une perspective de renforcement des compétences ciblant l'ensemble de la population (Barry et Jenkins, 2007b).

Le cadre de référence de santé mentale des populations pour la santé publique présenté ici est inspiré par les principes fondamentaux de la promotion de la santé mentale ou de la promotion de la santé en général. Il véhicule les valeurs de la promotion de la santé et élabore sa pratique d'intervention en se fondant sur les valeurs et les idées issues de la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* (Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, 1986). Ces valeurs et ces idées ont été reprises, puis complétées dans la charte intitulée *The Melbourne Charter for Promoting Mental Health and Preventing Mental and Behavioural Disorders* (VicHealth *et al.*, 2008) et dans la charte intitulée *Perth Charter for the Promotion of Mental Health and Wellbeing* (Clifford Beers Foundation et Mentally Healthy Western Australia, 2012).

Il existe suffisamment de données probantes aujourd'hui pour soutenir l'application de nombreuses interventions politiques et pratiques visant à promouvoir la santé mentale de la population sur différents plans. Celles-ci améliorent la santé physique et mentale, améliorent les résultats scolaires, réduisent les taux de décrochage scolaire, accroissent la productivité des travailleurs et leurs revenus, améliorent les relations au sein des familles et les conditions de développement des enfants, réduisent la criminalité et créent des milieux de vie plus sécuritaires (Herrman *et al.*, 2005). Elles contribuent aussi à la réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie ainsi que les rapports sexuels non protégés (Moodie et Jenkins, 2005). Elles ont également le potentiel de diminuer les taux de suicides et de certains troubles mentaux. Ces résultats ne sont pas seulement la conséquence de l'absence de troubles mentaux, mais sont associés à la présence d'une santé mentale positive accrue (Friedli, 2009a).

INTERVENTIONS POPULATIONNELLES VISANT LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE

Tout comme les déterminants de la santé mentale peuvent être regroupés en trois niveaux d'influence sur la santé mentale, les interventions, incluant les politiques publiques, peuvent également être appliquées à divers niveaux. Elles peuvent en effet être destinées aux niveaux individuel, social et structurel et environnemental (Barry et Friedli, 2008; Department of Health – Victoria, Aus., 2012; Huppert, 2005).

Les interventions visant le niveau individuel sont orientées vers la promotion de l'estime de soi, du sentiment d'efficacité personnelle, de la capacité d'adaptation aux aléas de la vie, de la résilience, des processus de pensée positifs, des compétences sociales, etc. Elles ciblent également des modes de vie qui améliorent et protègent la santé mentale, tels que l'activité physique, la saine alimentation, la consommation modérée d'alcool, le maintien de réseaux sociaux, etc.

Les interventions visant le niveau social accroissent la qualité des relations tant au sein de la famille que dans la communauté. Elles comprennent les interventions et les politiques publiques qui améliorent les relations entre les parents et leurs enfants, de la petite enfance à l'adolescence. Les capacités parentales ont été reconnues comme l'un des facteurs les plus importants pour assurer un bon départ dans la vie et, par conséquent, la santé mentale et la santé tout au long de la vie (Barry et Friedli, 2008; Barry, 2009; Herrman et Jané-Llopis, 2012). Les interventions au niveau social favorisent également le soutien social, les réseaux d'entraide, de meilleurs liens entre les gens, le bénévolat, l'inclusion et la participation sociale, etc.

Les interventions visant les niveaux structurel et environnemental promeuvent des milieux de vie sains, ainsi que des structures, des systèmes politiques, une culture et des normes favorables à la santé mentale.

Certaines interventions visant les milieux et les conditions de vie sont associées à des améliorations de la santé mentale. Par exemple, celles qui ciblent l'alimentation et la sécurité alimentaire; l'accès à l'éducation; le travail sécuritaire et les conditions de travail; les logements sécuritaires et adéquats; la sécurité et la qualité des écoles et des garderies; etc. (Hosman et Jané-Llopis, 2005).

L'école est considérée comme une ressource communautaire fondamentale afin de promouvoir la santé mentale au moyen d'approches scolaires globales (des approches axées non seulement sur la réussite scolaire, mais sur des objectifs plus généraux d'éducation tels que le développement d'habiletés sociales et émotionnelles permettant aux jeunes de s'épanouir). Les données probantes suggèrent que les programmes complets dans les écoles constituent l'approche dont l'efficacité est la plus constante pour influencer sur le développement et le comportement des enfants (Jané-Llopis, Barry, Hosman et Patel, 2005), lorsqu'ils sont mis en œuvre de façon efficace et complète (Weare et Nind, 2011).

Les milieux de travail constituent un autre secteur dans lequel se déploie une activité intensive en matière de promotion de la santé mentale (Barry et Friedli, 2008; Barry, 2009; Herrman et Jané-Llopis, 2012; McDaid, 2008).

Aussi, de nombreuses interventions communautaires qui ont porté sur le renforcement de la capacité communautaire et sur la construction d'un sentiment d'appartenance et de responsabilité sociale ont également donné des résultats positifs sur le plan de la santé mentale et sur le plan social (Jané-Llopis *et al.*, 2005; Mathieson, Ashton, Church et Quinn, 2013).

Dans la plupart des cas, les données soutiennent de manière suffisamment probante le lien entre certains déterminants structurels et la santé mentale, ce qui suggère de manière plausible que des politiques publiques pourraient être efficaces dans ces domaines. Par exemple, les données indiquent que de plus hauts niveaux de scolarisation, de meilleures conditions de vie, une vie sans discrimination, de faibles niveaux de pauvreté et d'inégalités sont associés à des niveaux supérieurs de santé mentale.

À partir de ces constats, il est possible de cibler un certain nombre d'interventions politiques qui pourraient avoir des effets positifs sur la santé mentale et être considérées comme des politiques publiques favorables à la santé mentale (PPFSM) (Mantoura, 2014). Parmi celles-ci on pourrait retrouver, par exemple : les politiques publiques favorisant les suppléments de revenu, l'emploi, la construction de nouvelles routes, l'amélioration des transports, la revitalisation des milieux, l'urbanisme; les politiques publiques qui influencent la culture et les normes vers plus de tolérance et d'acceptation; celles qui réduisent les inégalités de revenu, etc.

Toutefois, davantage de travail sera nécessaire afin de recueillir des données probantes supplémentaires concernant l'efficacité, les avantages, les effets néfastes et les coûts de ces politiques publiques par rapport à la santé mentale (Barry, 2009; Petticrew, Chisholm, Thomson et Jané-Llopis, 2005).

Cibles d'action prioritaires

Les sections précédentes indiquent que les interventions de santé mentale des populations concernent tout le monde. Elles visent divers niveaux d'influence et doivent être développées selon une approche fondée sur le parcours de vie.

Les preuves scientifiques ont démontré des avantages accrus lorsque certains milieux spécifiques et certaines étapes de la vie sont visés. Il s'agit de :

- la petite enfance, y compris les interventions parentales axées sur les mères pendant la grossesse et la période périnatale;
- les enfants, les adolescents et les jeunes adultes, par l'intermédiaire de visites à domicile, d'interventions familiales et d'interventions en milieu scolaire ou en milieu collégial ou universitaire;
- les adultes et les personnes âgées, par l'intermédiaire d'interventions en milieu de travail et d'interventions communautaires favorisant, entre autres, les relations sociales et un mode de vie actif.

Par ailleurs, Internet est de plus en plus considéré comme un cadre (un milieu virtuel) pour mener des actions de promotion de la santé mentale chez les jeunes, et auprès de l'ensemble de la population. Il peut également, avec d'autres appareils de communication (par exemple, les téléphones cellulaires), être considéré comme un moyen de diffuser de l'information et des techniques visant à améliorer le bien-être du public en général (Huppert, 2005), ainsi que différentes techniques et interventions de soutien (thérapies virtuelles pour l'anxiété et la dépression, programmes de soutien aux jeunes en difficulté, aux parents, etc.) (Jacka *et al.*, 2013; Herrman et Jané-Llopis, 2012 ; Mental Health Commission of Canada, 2014).

La littérature sur le sujet établit les priorités d'action suivantes pour les prochaines années :

- les conditions « sociales, culturelles et économiques qui appuient la vie familiale et communautaire;
- l'éducation qui prépare les enfants à s'épanouir à la fois sur les plans économique et émotionnel;
- les possibilités d'emploi, les conditions de travail et les conditions salariales qui favorisent et protègent la santé mentale;
- les partenariats entre le secteur de la santé et d'autres secteurs visant à cibler les problèmes sociaux et économiques qui constituent des catalyseurs pour la détresse psychologique; [et]
- la réduction des obstacles politiques et environnementaux aux relations sociales » (Friedli, 2009b, p. iv; traduction libre).

MISES EN GARDE POUR LES APPROCHES POPULATIONNELLES DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE : CONSIDÉRER L'ÉQUITÉ EN SANTÉ MENTALE

Le champ de la santé mentale a été décrit comme un problème vicieux (Hannigan et Coffey, 2011). Les problèmes vicieux sont particulièrement complexes, sont associés à de nombreux facteurs causaux, ainsi qu'à d'autres problèmes vicieux connexes (Morrison, 2013). Lorsqu'une solution est proposée pour tenter de régler ce type de problèmes, il est probable que des conséquences imprévues et négatives à d'autres problèmes connexes se manifestent. Ainsi, les approches populationnelles visant à promouvoir la santé mentale, tout comme les approches populationnelles visant la santé en général (Frohlich et Potvin, 2008), pourraient par inadvertance augmenter les inégalités en santé mentale. Bien que les interventions populationnelles de santé mentale puissent procurer de nombreux avantages pour la santé mentale moyenne de la population, elles auront également des effets potentiellement plus efficaces et plus rapides sur les personnes qui ont accès à plus de ressources. En ce sens, la santé mentale de certains groupes sera améliorée plus efficacement et plus rapidement que celle d'autres groupes.

Les interventions populationnelles pour promouvoir la santé mentale doivent donc être envisagées dans une perspective d'équité, au moyen d'une « paire de lunettes métaphorique qui assure que l'on se demandera "qui en bénéficiera?" » (Lalani, 2011, p. 3; traduction libre). Cette perspective d'équité sera appliquée à l'ensemble du continuum de

l'intervention, de la planification, à la mise en œuvre jusqu'à l'évaluation.

Prendre en considération l'équité au sein d'approches populationnelles pour promouvoir la santé mentale implique également de se soucier largement des déterminants fondamentaux qui exposent les personnes « à des risques plus élevés de risques » (Frohlich et Potvin, 2008, p. 218; traduction libre) d'avoir une plus faible santé mentale tout au long de leur vie. Cela signifie qu'il est nécessaire d'accorder une attention toute spéciale aux populations vulnérables qui, en raison de leur position sociale, peuvent être exposées tout au long de leur vie à une plus grande concentration de facteurs de risque pour la santé mentale et à peu bénéficier de facteurs de protection. Au Canada, les populations vulnérables ont en commun des caractéristiques sociales telles qu'un statut socioéconomique défavorable, une ascendance autochtone, un faible niveau d'instruction, etc. (Frohlich et Potvin, 2008).

Finalement, il importe également de considérer les intersections de vulnérabilités populationnelles et les inégalités qu'elles créent (Canadian Mental Health Association Ontario, 2014; Bowleg, 2012). Considérons par exemple une personne qui vit avec un trouble mental, défavorisée sur les plans économique et social en plus d'être une femme d'origine autochtone. Toutes ces caractéristiques d'une même personne l'exposent à des vulnérabilités, produites et maintenues socialement, qui s'enchevêtrent pour créer un faisceau d'effets tout au long et au gré de sa trajectoire de vie. Prendre en compte ces complexités représente un défi supplémentaire pour la santé mentale des populations.

Une approche de santé mentale des populations suppose :

- une perspective qui considère le parcours de vie,
- l'objectif de promouvoir la santé mentale au sein de l'ensemble de la population, et
- l'intention délibérée de remédier aux inégalités en matière de santé mentale; celles qui affectent le développement de problèmes de santé mentale et celles qui découlent de problèmes et de troubles de santé mentale.

INTERVENTIONS ET POLITIQUES NE VISANT PAS DIRECTEMENT À AMÉLIORER LA SANTÉ MENTALE

La santé mentale peut également être appuyée indirectement par l'intermédiaire d'un éventail d'activités, dans une multitude de domaines. Dans ces cas, l'amélioration de la santé mentale constitue une retombée secondaire.

Nombre d'activités et de programmes peuvent promouvoir la santé mentale indirectement, par exemple ceux qui sont conçus pour prévenir le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie, réduire les dangers liés aux rapports sexuels non protégés, améliorer les relations entre les enseignants et les élèves, atténuer les problèmes sociaux comme la criminalité ou la violence conjugale, prévenir la violence en général, accroître la pratique d'activité physique, améliorer les résultats scolaires, etc. (Department of Health – Victoria, Aus., 2012; Herrman et Jané-Llopis, 2012).

En outre, de nombreuses initiatives qui ont un impact sur la santé mentale ne sont souvent pas évaluées sur cet aspect. Parmi les exemples, on compte l'amélioration du logement, les allocations pour enfants à charge, les revenus d'aide sociale, l'accès aux services de garde ou au transport, etc. Tenir compte de ces interventions et évaluer leurs impacts sur la santé mentale fait partie intégrante d'une approche globale et intégrée visant la promotion de la santé mentale à l'échelle de la population (Barry et Jenkins, 2007b). Une façon d'intégrer cette conception consiste à utiliser des évaluations d'impact sur la santé mentale ou sur le bien-être mental (Lalani, 2011; Cooke *et al.*, 2011).

Section 5 Quels sont les rôles des différents acteurs de santé publique?

Cette nouvelle dynamique entourant la santé mentale conduit progressivement les facteurs qui influent sur la santé mentale à être intégrés aux préoccupations de santé publique courantes (Friedli, 2009a). À ce titre, la santé mentale de la population devient, de plus en plus, une préoccupation pour tous les praticiens de la santé publique. Elle pose un défi aux promoteurs de la santé qui n'œuvrent pas formellement dans le domaine de la santé mentale. Elle touche également les praticiens de santé et de santé mentale qui peuvent ne pas être impliqués dans la promotion de la santé mentale. Elle rassemble les praticiens de la santé publique

traditionnels ainsi que les décideurs politiques dans tous les domaines, bien qu'ils ne soient pas habituellement touchés par la promotion de la santé mentale de la population. Enfin, on peut observer une mobilisation croissante de la population, préoccupée de renverser les tendances qui menacent le bien-être, telles que les difficultés liées à la conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée, la dégradation de l'environnement, la négligence envers les enfants et les personnes âgées ainsi que la pauvreté (Friedli, 2005).

PROMOTEURS DE LA SANTÉ

Beaucoup de promoteurs de la santé exercent déjà une profonde influence sur le bien-être et la santé mentale, laquelle n'est pas toujours reconnue. En effet, ils travaillent déjà à l'amélioration des milieux de vie quotidiens (le domicile, les écoles, les hôpitaux, les communautés, les milieux de travail) qui sont essentiels à la santé mentale. Ils soutiennent également déjà les caractéristiques individuelles fondamentales pour la santé mentale ou tentent de promouvoir des modes de vie qui favorisent la santé mentale. Pour eux, accorder une attention formelle aux impacts de leurs activités, à la fois sur la santé physique et la santé mentale, ou se préoccuper des déterminants de la santé mentale dans le cadre de leurs pratiques devrait être un changement naturel et facile à opérer.

Ce changement naturel deviendra vraisemblablement plus fréquent puisque, comme nous avons pu l'observer, les outils d'intervention visant l'amélioration de la santé mentale de la population reposent sur le même ensemble de principes fondamentaux que celui de la promotion de la santé mentale et de la promotion de la santé en général. Cependant, la mise en œuvre des activités de promotion de la santé a été largement confinée aux domaines relatifs à la santé physique et à la prévention des blessures. Pour cette raison, il sera peut-être nécessaire de renforcer les capacités et d'affecter davantage de ressources (en termes de compétences et de connaissances supplémentaires) afin que les promoteurs de la santé (ou d'autres praticiens) puissent poursuivre leur travail en mettant un accent plus explicite sur la promotion de la santé mentale, y compris la prévention de la mauvaise santé mentale et des troubles mentaux.

PRATICIENS DE LA SANTÉ MENTALE

Pour les praticiens de la santé mentale, la promotion de la santé mentale constitue une intervention clé

pour soulager les troubles mentaux et favoriser le rétablissement des personnes atteintes de troubles mentaux. Cette intervention permet le développement et le maintien de la santé mentale pour les personnes vivant avec un trouble mental. Les personnes atteintes d'un trouble mental ciblent unanimement la stigmatisation, la discrimination, l'isolement et l'exclusion comme des obstacles à leur santé mentale, à leur état de santé général et à leur qualité de vie. Ces exclusions peuvent concerner, entre autres, l'emploi, la scolarisation, un logement de qualité, la participation sociale et la possibilité d'exercer un contrôle et une influence sur la façon dont les services sont conçus et offerts. Ces éléments affectent l'identité des personnes et leur capacité à remplir leurs rôles en tant que membres de la société.

La promotion de la santé mentale tient compte de l'individu tout entier et se soucie des besoins des individus sur les plans mental, spirituel, social, émotionnel et physique en vue d'améliorer la santé et la qualité de vie. Par ailleurs, il appert que les personnes souffrant d'un trouble mental sont moins susceptibles de se voir offrir des examens médicaux annuels, d'avoir un accès adéquat à un médecin de famille, ou d'être soutenues par des interventions de promotion de la santé, en dépit de leurs besoins pour ce qui est de ces interventions et services. La recherche montre que, bien souvent, les infirmiers et infirmières dans la pratique clinique ne sont pas portés à considérer la promotion de la santé mentale comme une tâche importante ou, dans certains cas, ils n'ont pas conscience du rôle qu'ils peuvent activement jouer dans le renforcement des aspects positifs de la santé mentale du patient, par exemple. Ils se concentrent plutôt sur la réduction et le soulagement de la maladie.

Par conséquent, l'adoption d'une approche axée sur la promotion de la santé mentale implique une approche plus globale de la prestation des services, laquelle doit répondre aux besoins globaux des utilisateurs de services de santé et de leur famille (Barry et Jenkins, 2007a; Svedberg, Hansson et Svensson, 2009; Funk, Gale, Grigg, Minoletti et Yasamy, 2004). Cette approche inclut, par exemple :

- l'intégration des services de santé mentale et d'intervention de promotion de la santé mentale au sein de services généraux de santé et de services sociaux;
- des interventions dans et sur les milieux de vie;

- le soutien à la scolarisation, à l'emploi et à d'autres formes d'autonomisation et d'insertion sociale;
- la facilitation d'activités de la vie quotidienne;
- l'inclusion spécifique et le soutien aux familles des personnes qui vivent avec un trouble mental;
- enfin, la prise en compte de la personne en tant que partenaire du processus de rétablissement, et l'inclusion de pairs aidants dans le processus de rétablissement.

Les organismes communautaires représentent un partenaire considérable pour les praticiens dans la promotion de la santé mentale. En effet, ils représentent une main-d'œuvre indispensable alors qu'ils procurent plusieurs sources de soutien dans les milieux de vie, autant aux personnes qui vivent avec un problème de santé mentale qu'à leur famille. Ils contribuent largement à faciliter le rétablissement et la santé mentale.

AUTRES PRATICIENS DE LA SANTÉ PUBLIQUE

« Il a été suggéré qu'un système de santé mentale efficace requiert un investissement autant en promotion qu'en traitement » et que « la promotion de la santé mentale doit être intégrée en tant qu'élément important de la politique afin de lui donner le statut et l'orientation stratégique qu'elle nécessite pour être mise en place avec succès » (Funk *et al.*, 2004, p. 216, traduction libre). Autant le traitement des troubles mentaux que la promotion de la santé mentale sont des éléments complémentaires du continuum de stratégies requises pour améliorer la santé mentale des populations (Funk *et al.*, 2004).

Toutefois, alors que les activités de promotion de la santé mentale de la population ne sont pas l'unique responsabilité du secteur de la santé mentale et comme la plupart des déterminants relatifs à la santé mentale des populations se trouvent hors du domaine de la santé, les praticiens de la santé publique n'ont pas toujours les moyens d'apporter les changements nécessaires pour améliorer la santé mentale. Cependant, ils disposent de l'information nécessaire pour renseigner les autorités en dehors du secteur de la santé et ont la responsabilité de communiquer avec les responsables afin de les persuader de prendre en considération les impacts sur la santé mentale (Saraceno *et al.*, 2007). « Une politique de santé mentale pourrait avoir pour rôle de conseiller les autres secteurs sur les façons de promouvoir la

santé mentale » (Funk *et al.*, 2004, p. 216, traduction libre). Par exemple, l'augmentation du prix de l'alcool au moyen de taxes peut contribuer à la réduction du risque de cirrhose, de psychose alcoolique et de suicide (Edwards *et al.*, 1994, tel que cité dans Herrman et Jané-Llopis, 2005).

Ainsi, les praticiens de la santé publique jouent un rôle déterminant pour le plaidoyer et en tant que conseillers (Herrman et Jané-Llopis, 2012). En fait, un objectif des stratégies de promotion de la santé mentale au niveau local consiste à intégrer la santé mentale dans la politique publique locale, en vue de créer des politiques publiques favorables à la santé mentale (Coggins *et al.*, 2007).

En tant que préoccupation relevant de la responsabilité de nombreux secteurs de la politique publique, la santé mentale des populations passe par le développement de partenariats entre et parmi un éventail d'organismes, d'organisations et de secteurs (Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, 2005). Elle est favorisée par des approches intersectorielles, pangouvernementales et visant l'ensemble de la société. La responsabilité s'étend dans toutes les disciplines et les ministères. Par ailleurs, la participation du public est nécessaire afin de faire progresser le programme politique et d'inclure la santé mentale dans toutes les politiques.

Conclusion

Dans cette note, nous avons présenté un cadre de référence sur la santé mentale des populations pour la santé publique. Notre cadre conceptuel repose sur une approche de santé des populations et est influencé par les principes de santé mentale publique. Il propose des interventions et des politiques publiques visant à promouvoir la santé mentale dans l'ensemble de la population et à prévenir les troubles mentaux. Il met également l'accent sur la réduction des inégalités sociales qui mènent à des problèmes de santé mentale ou qui en résultent. Ces interventions et politiques publiques se concentrent sur les déterminants sociaux qui influent sur la santé mentale aux niveaux individuel, social, structurel et environnemental. Ce cadre de référence considère la santé mentale de manière holistique. Cela implique qu'il la conçoit comme étant indissociable de la santé physique et propose par ailleurs de prendre en compte autant des indicateurs de santé mentale que des indicateurs de troubles

mentaux. Par conséquent, la santé mentale se place au rang des priorités de santé publique et implique une préoccupation à tous les niveaux des politiques publiques et des pratiques.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*. Consulté en ligne sur le site web de l'Agence de la santé publique du Canada à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/index-fra.php>
- Barry, M. et Friedli, L. (2008). *Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. State-of-Science Review: SR-B3. The influence of social, demographic and physical factors on positive mental health in children, adults and older people*. Londres : The Government Office of Science. Consulté en ligne à : http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20121212135622/http://www.bis.gov.uk/assets/foresight/docs/mental-capital/sr-b3_mcw.pdf
- Barry, M. M. (2001). Promoting positive mental health: Theoretical Frameworks for practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 3(1), 25-34.
- Barry, M. M. (2007). Generic principles of effective mental health promotion. *International Journal of Mental Health Promotion*, 9(2), 4-16.
- Barry, M. M. (2009). Addressing the determinants of positive mental health: concepts, evidence and practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4-17.
- Barry, M. M. et Jenkins, R. (2007a). Mental health promotion within mental health services. Dans *Implementing mental health promotion* (p. 255-302). Oxford : Churchill Livingstone, Elsevier.
- Barry, M.M. et Jenkins, R. (2007b). *Implementing mental health promotion*. Oxford : Churchill Livingstone Elsevier.
- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality - an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267-1273.
- Canadian Mental Health Association Ontario. (2014). *Advancing equity in Ontario: Understanding key concepts*. Toronto : Canadian Mental Health Association Ontario. Consulté en ligne à : <http://ontario.cmha.ca/files/2014/05/Advancing-Equity-In-Mental-Health-Final1.pdf>
- Clifford Beers Foundation et Mentally Healthy Western Australia. (2012). *Perth Charter for the Promotion of Mental Health and Wellbeing*. Perth, Australie. Consulté en ligne le 15 mai 2014 sur le site web de Seventh world conference on the promotion of mental health and prevention of mental and behavioural disorders à : <http://www.perth2012.org/Perth%20Charter%20plus%20Background.pdf>
- Coggins, T., Cooke, A., Friedli, L., Nicholls, J., Scott-Samuel, A. et Stansfield, J. (2007). *Mental well-being impact assessment: A Toolkit. A living and working document*. Hyde, Cheshire : Care Services Improvement Partnership (CSIP). North West Development Centre.
- Cohen, S., Alper, C. M., Doyle, W. J., Treanor, J. J. et Turner, R. B. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or influenza A virus. *Psychosomatic Medicine*, 68(6), 809-815.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Turner, R. B., Alper, C. M. et Skoner, D. P. (2003a). Sociability and susceptibility to the common cold. *Psychological Science*, 14(5), 389-395.

- Cohen, S., Doyle, W. J., Turner, R. B., Alper, C. M. et Skoner, D. P. (2003b). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 652-657.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Consulté en ligne le 16 septembre 2013 sur le site web de la Commission de la santé mentale du Canada à : <http://strategie.commissionsantementale.ca/pdf/strategie-text-fr.pdf>
- Commission des déterminants sociaux de la santé. (2008). *Comblent le fossé en une génération : Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé – Rapport final*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Consulté en ligne à : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf?ua=1
- Cooke, A., Friedli, L., Coggins T., Edmonds, N., Michaelson, J., O'Hara, ..., Scott-Samuel, A. (2011). *Mental well-being impact assessment. A toolkit for well-being*, 3^e éd. Londres : National MWIA Collaborative. Consulté en ligne à : <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=95836>
- Danner, D. D., Snowdon, D. A. et Friesen, W. V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 804-813.
- Department of Health - UK. (2001). *Making it Happen: A Guide to delivering mental health promotion*. Consulté en ligne sur le site web du Department of Health - UK à : http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/makin_githappen.pdf
- Department of Health - UK. (2011). *No health without mental health: a cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages*. Consulté en ligne sur le site web du Department of Health - UK à : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213761/dh_124058.pdf
- Department of Health - Victoria, Aus. (2012). *Using policy to promote mental health and wellbeing - A guide for policy makers*. Melbourne : Prevention and Population Health Branch, Victorian Government. Consulté en ligne à : [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/CF6408DF588418D3CA257A5A0015241A/\\$FILE/Using%20policy%20to%20promote%20mental%20health%20and%20wellbeing%20-%20A%20guide%20for%20policy%20makers.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/CF6408DF588418D3CA257A5A0015241A/$FILE/Using%20policy%20to%20promote%20mental%20health%20and%20wellbeing%20-%20A%20guide%20for%20policy%20makers.pdf)
- Eaton, W. W. (2012). *Public mental health*. New York : Oxford University Press.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Smit, F. et Westerhof, G. J. (2010). Mental health promotion as a new goal in public mental health care: A randomized controlled trial of an intervention enhancing psychological flexibility. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2372. doi : 10.2105/AJPH.2010.196196.
- Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C. et Tugade, M. M. (2000). The Undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion*, 24(4), 237-258.
- Friedli, L. (2005). Co-operation and working together. *Promoting mental health in the CAWT Region: A strategic review*. Consulté en ligne à : <http://www.cawt.com/Site/11/Documents/Publications/Mental%20Health/strategicreviewfinalfinal.pdf>.
- Friedli, L. (2009a). Future directions in mental health promotion and public mental health. A Textbook of principles and practice. Dans I. Norman et I. Ryrie (dir.), *The Art & Science of Mental Health Nursing*, 2^e éd. (p. 43-61). Maidenhead, Berkshire : Open University Press. Consulté en ligne à : <http://mcgraw-hill.co.uk/openup/chapters/9780335222933.pdf>
- Friedli, L. (2009b). *Mental health, resilience and inequalities*. WHO Europe. Consulté en ligne à : <http://www.euro.who.int/document/e92227.pdf>

- Friedli, L. (2011). *Mental health, resilience and inequalities: some reflections on the challenges of equity, effectiveness and ethics*. WHO Collaborating Centre for Mental health promotion, Helsinki. Consulté en ligne à : <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/7f197ee0-6774-448c-8698-fbb025fa41bc>
- Frohlich, K. L. et Potvin, L. (2008). The inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. (Transcending the known in public health practice). *American Journal of Public Health*, 98(2), 216-221. doi : 10.2105/AJPH.2007.114777.
- Funk, M., Gale, E., Grigg, M., Minoletti, A. et Yasamy, M.T. (2004). Mental Health Promotion: An important component of national mental health policy. Dans H. Herrman, S. Saxena, et R. Moodie (dir.), *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*, (p. 216-225). Genève : OMS. Consulté en ligne à : http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf
- Gilleard, C., Pond, C., Scammell, A., Lobo, R., Simporis, K. et Rawaf, S. (2004). Well-being in Wandsworth: a public mental health audit. *Journal of Public Mental Health*, 4(2), 14-22.
- Hannigan, B. et Coffey, M. (2011). Where the wicked problems are: The case of mental health. *Health Policy*, 101(3), 220-227.
- Herrman, H. et Jané-Llopis, E. (2012). The Status of mental health promotion. *Public Health Reviews*, 34(2), 121.
- Herrman, H. et Jané-Llopis, E. (2005). Mental health promotion in public health. *Promotion and Education, Suppl 2*, 42-46.
- Herrman, H., Saxena, S. et Moodie, R. (dir.). (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in Collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and University of Melbourne. Genève : OMS. Consulté en ligne à : http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- Hosman, C.M.H. et Jané-Llopis, E. (2005). The evidence of effective interventions for mental health promotion. Dans H. Herrman, S. Saxena, & R. Moodie (dir.), *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*, (p. 169-188). Genève : OMS. Consulté en ligne à : http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf
- Huppert, F. A. (2005). Positive mental health in individuals and populations. Dans F. A. Huppert, N. Baylis, et B. Keverne (dir.), *The science of well-being*, (p. 307-342). Oxford : Oxford University Press.
- Huppert, F. A. (2009). A New approach to reducing disorder and improving well-being. *Perspectives on Psychological Science*, 4(1), 108-111.
- Huppert, F. A. et Whittington, J. E. (2003). Evidence for the independence of positive and negative well-being: Implications for quality of life assessment. *British Journal of Health Psychology*, 8, 107-122.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2009). *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé. Consulté en ligne à : https://secure.cihi.ca/fr/ee_products/mh_report_13Feb2009_f.pdf
- Jacka, F. N., Reavley, N. J., Jorm, A. F., Toumbourou, J. W., Lewis, A. J. et Berk, M. (2013). Prevention of common mental disorders: What can we learn from those who have gone before and where do we go next? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(10), 920-929.
- Jané-Llopis, E., Barry, M. M., Hosman, C. et Patel, V. (2005). Mental health promotion works: a review. *Promotion & Education*, 12(2 suppl), 9-25.
- Joubert, N. (2009). *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive*. Article complémentaire sur le rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé. Consulté en ligne à : https://secure.cihi.ca/free_products/Complementary_Joubert_Final_Fr_20Feb2009.pdf

- Keleher, H. et Armstrong, R. (2005). *Evidence-based mental health promotion resource*, Report for the Department of Human Services and VicHealth, Melbourne. Consulté en ligne à : http://www.gwhealth.asn.au/data/mental_health_resource.pdf
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2004). The nexus of cardiovascular disease and depression revisited: the complete mental health perspective and the moderating role of age and gender. *Aging & Mental Health*, 8(3), 266-274.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108.
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. et Simoes, E. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *Mental Health Promotion and Protection*, 100(12), 2366-2371.
- Keyes, C. L. M. et Simoes, E. (2012). To Flourish or not: Positive mental health and all-cause mortality. *American Journal of Public Health*, 102(11), 2164-2172.
- Keyes, C. L. M., Eisenberg, D., Perry, G. S., Dube, S., Kroenke, K. et Dhingra, S. (2012). The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students. *Journal of American College Health*, 60(2), 126-133.
- Kindig, D. et Stoddart, G. (2003). What is population health? *American Journal of Public Health*, 93(3), 380-383.
- Knifton, L. et Quinn, N. (2013). *Public Mental Health: Global Perspectives*. Maidenhead, Berkshire : Open University Press.
- Lakaski, C. (2008). *Des collectivités en bonne santé mentale : une exploration*. Dans Institut canadien d'information sur la santé, (dir.), *Des collectivités en bonne santé mentale : Un recueil d'articles*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé. Consulté en ligne à : https://secure.cihi.ca/free_products/mentally_healthy_communities_fr.pdf
- Lalani, N. (2011). *Mental Well-Being Impact Assessment: A primer*. Consulté en ligne le 16 septembre 2013 sur le site du Wellesley Institute à : http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/02/MWIA_Lalani.pdf
- Lavikainen, J., Lahtinen, E. et Lehtinen, V. (2000). *Public health approach on mental Health in Europe*. Saarijärvi : National Research and Development Centre for Welfare and Health, STAKES Ministry of Social Affairs and Health. Consulté en ligne à : http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/promotion/fp_promotion_1998_frep_11_c_en.pdf
- Mantoura, P. (2014). *Cadre de référence pour des politiques publiques favorables à la santé mentale*. Montréal : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Consulté en ligne à : http://ccnpps.ca/docs/PPFSM_FR_Gabarit.pdf
- Marshall Williams, S., Saxena, S. et McQueen, D. V. (2005). The Momentum for mental health promotion. *Promotion & Education*, 12(2 suppl), 6-9.
- Marsland, A. L., Cohen, S., Rabin, B. S. et Manuck, S. B. (2006). Trait positive affect and antibody response to hepatitis B vaccination. *Brain, Behavior, and Immunity*, 20(3), 261-269.
- Mathieson, J., Ashton, J., Church, E. S. J. et Quinn, N. (2013). Community development, regeneration and mental health. Dans L. Knifton et N. Quinn (dir.), *Public Mental Health: Global Perspectives*, (p. 12-21). Maidenhead, Berkshire : Open University Press.

- McDaid, D. (2008). *Consensus Paper: Mental health in workplace settings*. Luxembourg : European Commission. Consulté en ligne à : http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_workplace_en.pdf
- McGibbon, E. (2012). Oppression and mental Health. Pathologizing the outcomes of injustice. Dans *Oppression: A Social Determinant of Health*, (p. 123-137). Halifax et Winnipeg : Fernwood Publishing.
- Mental Health Commission of Canada. (2014). *E-Mental Health in Canada: Transforming the Mental Health System Using Technology*. Ottawa : Mental Health Commission of Canada. Consulté en ligne à : http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/MHCC_E-Mental_Health-Briefing_Document_ENG.pdf
- Mental Health Foundation. (2005). *Choosing mental health: A policy agenda for mental health and public health*. Londres : Mental Health Foundation. Consulté en ligne à : http://www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/choosing_mental_health.pdf?view=Standard
- Moodie, R. et Jenkins, R. (2005). I'm from the government and you want me to invest in mental health promotion. Well why should I? *Promotion & Education*,(Suppl 2), 37-41.
- Morrison, V. (2013). *Les problèmes vicioux et les politiques publiques*. Montréal : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Consulté en ligne à : http://www.ccnpps.ca/docs/ProblVicieux_FicheInfo_CCNPPS.pdf
- National Institute for Mental Health in England. (2005). *Making it possible: improving mental health and well-being in England*. Londres : National Institute for Mental Health in England. Consulté en ligne à : <http://www.google.ca/url?sa=t&trct=jetq=etesrc=setfrm=1&etsource=web&etcd=6&etved=0CGUQFjAFeturl=http%3A%2F%2Fwww.apho.org.uk%2Fresource%2Fview.aspx%3FRID%3D70037&etei=IndVUu35G4fD4AOJ5IGYDwet&usq=AFQjCNFXxO8fBWrpSokAMXxLonBCK8G6Aetsig2=7i3J9FuCTTLvbWgCqrMfRwe&tvm=bv.53760139,d.dmg>
- Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe. (1986). *Charte d'Ottawa – promotion de la santé*. Copenhague : OMS. Consulté en ligne à : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe. (2005). *Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions*. Copenhague : OMS. Consulté en ligne à : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf?ua=1
- Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : OMS. Consulté en ligne à : http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf?ua=1
- Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Genève. OMS. Consulté en ligne à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *La santé mentale : renforcer notre action. Aide-mémoire n 220*. Mise à jour en avril 2014. Consulté en ligne le 15 mai 2014 sur le site web de l'OMS à : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
- Petticrew, M., Chisholm, D., Thomson, H. et Jané-Llopis, E. (2005). Evidence: The Way Forward. Dans H. Herrman, S. Saxena, et R. Moodie (dir.), *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*, (p. 203-214). Genève : OMS. Consulté en ligne à : http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf
- Pickett, K. E., James, O. W. et Wilkinson, R. G. (2006). Income inequality and the prevalence of mental illness: a preliminary international analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(7), 646-647.
- Pickett, K. E. et Wilkinson, R. G. (2010). Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. *The British Journal of Psychiatry*, 197(6), 426-428.

- Rose, G. (1992). *The strategy of preventive medicine*. Oxford, Angleterre : Oxford University Press.
- Santé et Bien-être social Canada. (1988). *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services.
- Saraceno, B., Freeman, M. et Funk, M. (2009). Public mental health. Dans *Oxford Textbook of Public Health*, 5^e ed. (p. 1081-1100). Consulté en ligne à : http://cursos.campusvira.org/pluginfile.php/13851/mod_resource/content/1/Public_mental_healthSaraceno.pdf
- Svedberg, P., Hansson, L. et Svensson, B. (2009). The attitudes of patients and staff towards aspects of health promotion interventions in mental health services in Sweden. *Health Promotion International*, 24(3), 269-276.
- VicHealth, Clifford Beers Foundation, World Federation for Mental Health & The Carter Center. (2008). *The Melbourne Charter for promoting mental health and preventing mental and behavioural disorders*. Consulté en ligne le 15 mai 2014 sur le site web de VicHealth à : http://www.vichealth.vic.gov.au/~media/ProgramsandProjects/Publications/Attachments/Melbourne_%20Charter_final.aspx
- Weare, K. et Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promotion International*, 26(suppl 1), i29-i69.
- World Health Organization. (2002). *Prevention and promotion in mental health*. Genève : WHO. Consulté en ligne à : http://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf
- World Health Organization. (2004). *Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options*. Summary report. Genève : WHO. Consulté en ligne à : http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf
- World Health Organization. (2013). *Investing in mental health: Evidence for action*. Consulté en ligne le 15 mai 2014 sur le site web de World Health Organization à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf

Juillet 2014

Auteur : Pascale Mantoura, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé
Soutien à l'édition : Alima Alibhay, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

COMMENT CITER CE DOCUMENT

Mantoura, P. (2014). *Définir un cadre de référence sur la santé mentale des populations à l'intention de la santé publique*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

REMERCIEMENTS

Le CCNPPS tient à remercier Margaret Barry, Jessica Patterson, Christopher Mackie, de même que Marie-Claude Roberge et Florence Deplanche, pour leurs commentaires sur une version préliminaire de ce document.

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de la santé publique du Canada. Répartis à travers le Canada, chacun des centres de collaboration se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le réseau des centres agit autant comme une structure de diffusion des contributions spécifiques des centres que de lieu de production conjointe des projets communs. Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par le biais du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada. Le CCNPPS tient à souligner la contribution des cinq autres centres de collaboration nationale en santé publique qui ont participé à la production et diffusion de ce document dans le cadre d'un projet collectif.

N° de publication : XXXX

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au : www.ccnpps.ca.

An English version of this paper is also available at www.nchpp.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

