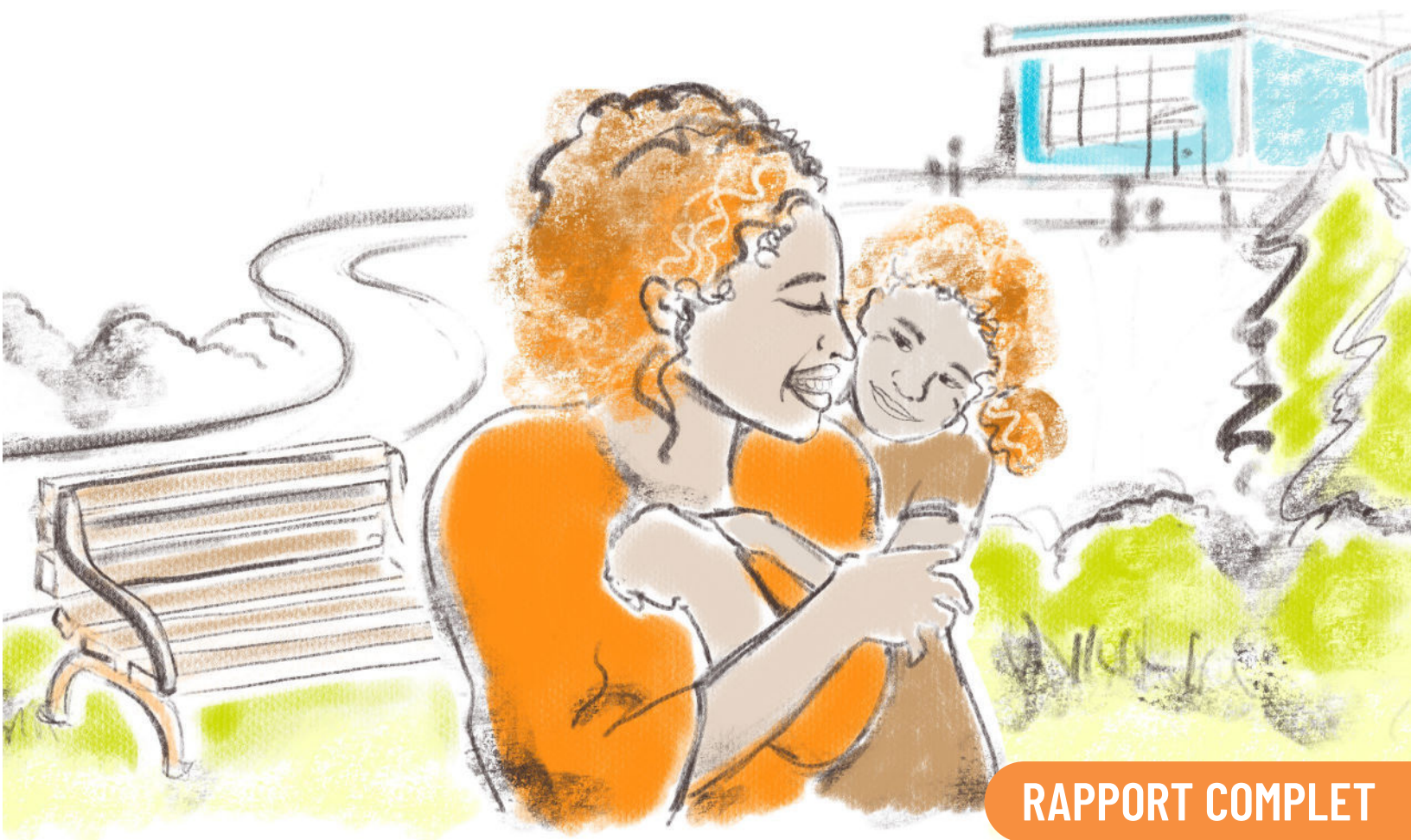


**Cohésion, collaboration, collectivité :**  
**Faire progresser la  
promotion de la santé  
mentale au Canada**



**RAPPORT COMPLET**

**Mai 2019**



Association canadienne  
pour la santé mentale  
*La santé mentale pour tous*



ans dans la  
communauté

## TABLE DES MATIÈRES

**01** Introduction

**07** Questions de recherche

**08** Définition du problème

**08** Cadre théorique

**11** Méthodologie

**13** Recommandations

**39** Conclusion : optimisation des retombées promises par la PSM

**41** Bibliographie

**51** Annexe : programme de promotion de la santé mentale

---

Fondée en 1918, l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) est l'organisme communautaire du secteur de la santé mentale le plus vaste et le mieux établi au Canada. Présente dans plus de 330 communautés réparties dans toutes les provinces et un territoire, l'ACSM œuvre en défense des droits et offre des ressources qui contribuent à prévenir les problèmes et les troubles de santé mentale, à soutenir le rétablissement et la résilience, afin de permettre à tous les Canadiens et Canadiennes de s'épanouir pleinement.

Pour obtenir de plus amples renseignements, visitez le [www.acsm.ca](http://www.acsm.ca).

---

**Pour en savoir plus, communiquez avec :**

**FARDOUS HOSSEINY**

Directeur national, recherche et politiques publiques  
fhosseiny@cmha.ca

**Pour les demandes des médias, communiquez avec :**

**KATHERINE JANSON**

Directrice nationale des communications  
kjanson@cmha.ca

# INTRODUCTION

**L**a promotion de la santé mentale (PSM) est un enjeu de plus en plus considéré au Canada. En effet, chaque année, une personne sur cinq sera atteinte d'un problème de santé mentale ou d'une maladie mentale<sup>1</sup>.

Les dépenses publiques et privées liées aux services et ressources en santé mentale ne cessent également d'augmenter. D'après la Commission de la santé mentale du Canada, les coûts directs attribuables aux problèmes de santé mentale et aux maladies mentales (soins, services sociaux, soutien du revenu) s'élevaient au moins à 42 milliards de dollars par année<sup>2</sup>. À titre de comparaison, on estime que les coûts directs liés aux soins contre le cancer, y compris les soins hospitaliers, étaient de 7,5 milliards de dollars en 2012<sup>3</sup>, et que ceux liés à l'insuffisance cardiaque sont de 2,8 milliards de dollars par année<sup>4</sup>. Ces coûts sont similaires à ceux enregistrés dans des pays présentant des conditions comparables, par exemple en Angleterre, ainsi qu'à l'échelle mondiale : selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les maladies mentales représenteraient 30 % du fardeau des maladies non mortelles de la planète, ainsi que 10 % du fardeau global des maladies, incluant les maladies mortelles et les incapacités<sup>5</sup>. On estime aussi que ces maladies auront coûté à l'économie mondiale 16 milliards de dollars entre 2010 et 2030<sup>6</sup>. Même si le traitement et l'accompagnement des personnes atteintes de maladies mentales ou de problèmes de santé mentale représentent un coût économique considérable, les experts estiment qu'on n'investit pas dans la santé mentale comme il se doit<sup>7</sup> : au Canada, seulement 7,2 % des dépenses publiques en santé sont destinées à la santé mentale<sup>8</sup>.

Compte tenu des données témoignant du coût non négligeable et croissant du traitement des maladies mentales et des problèmes de santé mentale<sup>i</sup>, se pencher davantage sur les démarches d'intervention précoce et en amont va de soi. Depuis les années 1990, les chercheurs et les praticiens en santé mentale préconisent d'aller plus loin que la prévention et le traitement du « trouble »<sup>9</sup>. Même si la plupart des travaux en santé mentale portent sur la gestion des symptômes ou le traitement des dépendances ou des maladies, la PSM est nécessaire. Cette dernière consiste à adopter une approche proactive, axée sur le développement précoce et continu d'une santé mentale positive.

La PSM vise à cultiver une santé mentale positive individuelle et collective par le recours à une combinaison d'interventions ciblées et globales tout au long de la vie, dans les milieux locaux, au travail et à l'école<sup>10</sup>. Elle diffère de la prévention, dont l'objectif est de réduire les symptômes et les taux de maladies mentales<sup>11</sup>, mais la rejoint en partie. Les initiatives de promotion favorisent les compétences individuelles, les environnements positifs et la résilience collective, qui sont autant de facteurs indispensables au développement de sociétés en bonne santé mentale<sup>12</sup>. Si elle est bien mise en œuvre, évaluée régulièrement et maintenue à long terme, la PSM peut réduire les dépenses publiques et privées engagées pour

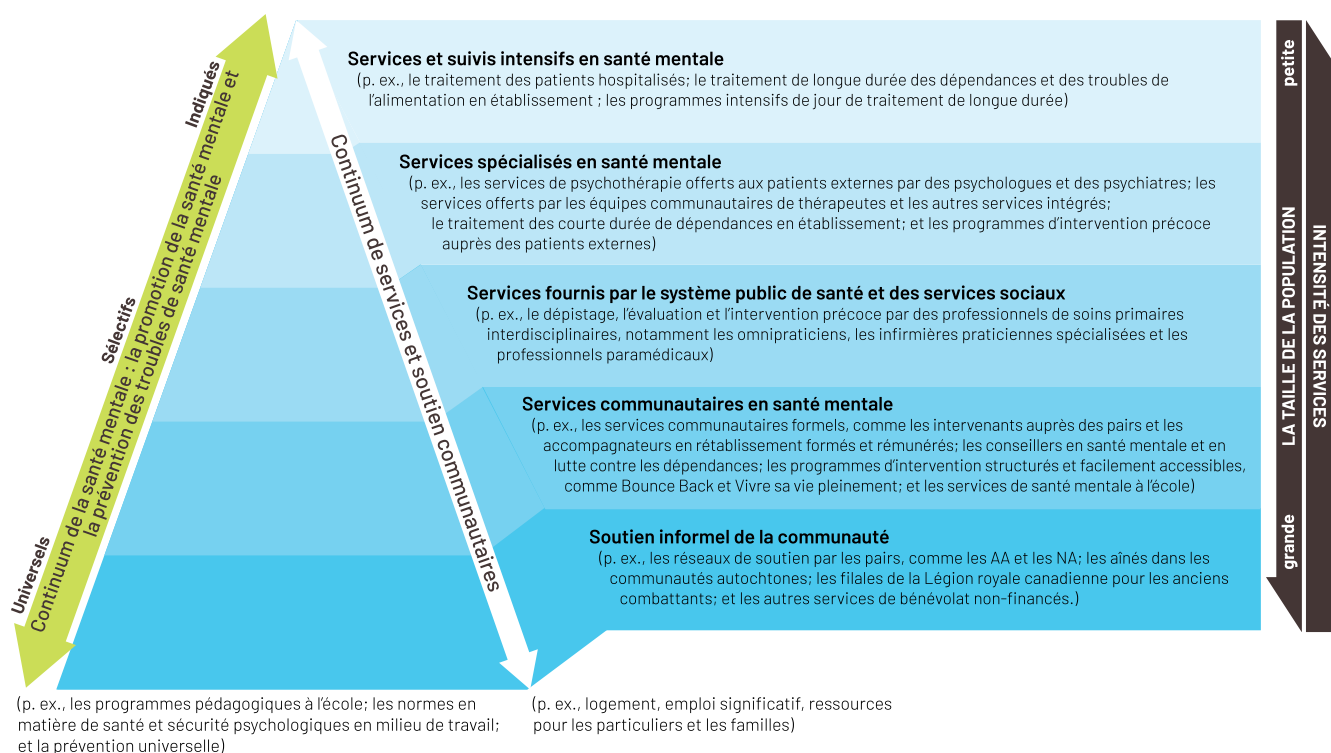
---

<sup>i</sup> Tout au long du présent document, quand il est question de santé et de maladie mentales, les problèmes liés à l'usage de substances, dont la dépendance et la toxicomanie, sont également pris en compte. De la même manière, les services de santé mentale mentionnés comprennent aussi l'ensemble du continuum de services liés à l'usage de substances, à la dépendance et à la toxicomanie, même lorsque ceux-ci ne sont pas explicitement mentionnés.

les soins et les traitements en santé mentale. Ce qui distingue cette stratégie, c'est qu'elle porte aussi bien sur les systèmes de santé et de services sociaux que sur la santé de la personne et des populations<sup>13</sup>.

Il existe de nombreuses approches de PSM, qu'on peut classer en cinq grandes catégories : diffusion de l'information, campagnes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination, évaluation du mieux-être ou des risques pour la santé, changement du mode de vie ou du comportement et contrôle de l'environnement. Elles peuvent être universelles (destinées à tous), sélectives (destinées à un groupe, aux personnes à risque par exemple) ou ciblées (destinées aux personnes manifestant des signes ou des symptômes précoces de problèmes mentaux)<sup>14</sup>. L'objectif des initiatives de promotion est

de favoriser une santé mentale positive chez toutes les personnes, qu'elles soient ou non atteintes de maladie mentale. Même si une personne sur cinq au Canada sera atteinte de problèmes de santé mentale ou de maladie mentale, cinq personnes sur cinq ont une santé mentale qu'il faut protéger et promouvoir. La PSM s'inscrit donc dans la lignée du modèle de soins par étapes, selon lequel les interventions locales de faible intensité (à l'école, au travail) sont plus économiques et peuvent éviter le recours à des interventions plus coûteuses et chronophages. Le modèle de soins par étapes repose sur un continuum de services de PSM et de prévention des maladies mentales, dans la mesure où il met à profit les interventions universelles, sélectives et ciblées accessibles dans le cadre du soutien communautaire (voir figure 1)<sup>15</sup>.



**FIGURE 1** : Modèle national de soins par étapes de l'ACSM (source : Ministry of Health Services et Ministry of Children and Family Development de la Colombie-Britannique, 2010).

Quand elle est déployée à l'échelle individuelle, la PSM porte sur le développement personnel et social et les habiletés fondamentales comme les stratégies d'adaptation, la capacité à s'adapter, les aptitudes de communication et de recherche d'aide, le sentiment d'efficacité personnelle, la résilience et les compétences parentales. Les interventions individuelles visent à réduire les facteurs de risque et à augmenter les facteurs de protection, de façon à améliorer les enjeux comportementaux et de santé mentale, quel que soit leur lien avec la maladie mentale.

Les milieux de vie sont aussi des espaces propices à la PSM, car ils favorisent les relations et l'intégration sociales, qui font partie des principaux déterminants sociaux de la santé mentale. Les démarches qui y sont menées ciblent plusieurs populations (les nouveaux parents et les aînés, par exemple) et ont souvent pour objectif d'aider les groupes et organismes locaux militant pour la santé mentale à intégrer la PSM dans leurs activités, tout en incitant d'autres à faire de même<sup>16</sup>. Actuellement, 60 % des Canadiens font partie de la population active. Tout porte également à croire, comme il sera démontré dans ce document, que les interventions pour la santé physique et le bien-être au travail portent leurs fruits. Les lieux de travail sont donc aussi des environnements favorables à la PSM<sup>17</sup>. Depuis quelques années, les organisations se rendent compte qu'il est primordial de miser sur la santé mentale (et physique) de leurs employés pour améliorer leur productivité, réduire l'absentéisme et le présentéisme<sup>ii</sup>, respecter les modifications législatives et réduire les coûts des soins de santé<sup>18</sup>.

ii D'après l'ACSM de l'Ontario, le présentéisme est le fait, pour un employé, de venir au travail alors que sa santé ne le permet pas et, par conséquent, de travailler dans des conditions non optimales. Pour en savoir plus, consulter la page <https://tinyurl.com/y4vpxnr3>.

Certaines organisations visionnaires ont commencé à changer leur philosophie pour promouvoir la santé mentale et le bien-être<sup>19</sup>.

La PSM repose sur des démarches favorisant plusieurs conséquences positives possibles sur la santé mentale, qui vont de l'échelle individuelle à l'échelle sociétale : capacité à profiter de la vie (sentiment d'utilité, foi en l'avenir); capacité à surmonter les aléas de la vie; respect de la culture, de l'équité, de la justice sociale et de la dignité personnelle; bien-être émotionnel; bien-être spirituel et liens sociaux<sup>20</sup>. Ces effets escomptés concordent avec le cadre du mieux-être autochtone, qui décrit quatre trajectoires orientant la réflexion sur la notion de mieux-être mental chez ces communautés : le but dans la vie quotidienne (que ce soit par l'éducation, l'emploi, la prestation de soins ou d'autres démarches culturelles); l'espoir, reposant sur l'identité, l'esprit et les valeurs autochtones; le sentiment d'appartenance et d'attachement (à la famille, à la communauté et à la culture); ainsi que le sentiment que la vie a un sens, concordant avec la conscience des liens qui existent avec la création et l'histoire<sup>21</sup>.

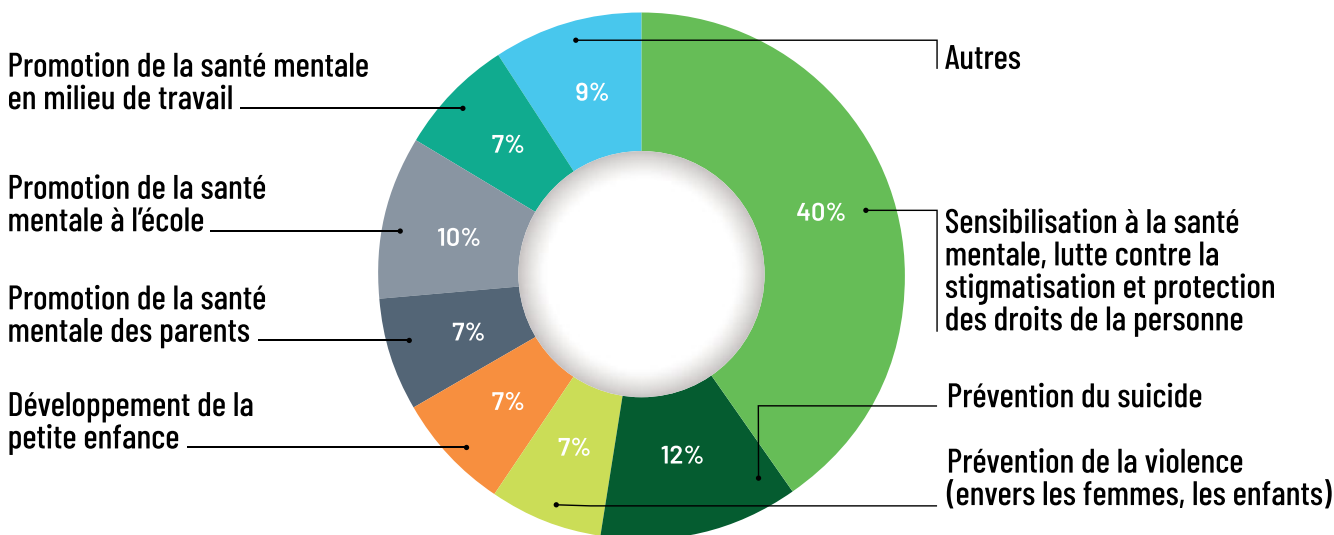
Les programmes et initiatives de PSM sont comparables à des interventions déjà fermement établies visant à favoriser et à améliorer la santé des populations, notamment par la prévention du suicide et la prévention de l'usage problématique de substances. Si ces initiatives ont vu le jour, c'est parce que des programmes coordonnés pour compléter les services individualisés de prévention des maladies mentales étaient nécessaires. Ils sont guidés par des modèles de prévention et de promotion reposant sur l'adaptation sociale, qui tiennent compte de l'importance des actions individuelles et sociétales pour faire évoluer les conditions locales et environnementales.<sup>22</sup>



Depuis quelques années, les études sur la PSM se multiplient. Selon ces dernières, une distinction conceptuelle et concrète s'impose entre *prévention* des maladies mentales et *PSM*, même si les deux termes sont souvent utilisés de manière interchangeable. Les interventions de prévention précèdent généralement l'apparition d'un « épisode de signes cliniques » et ont pour but de réduire « l'incidence, la prévalence ou la gravité de problèmes mentaux précis<sup>23</sup> ». Quant à elles, les interventions de promotion visent à favoriser la santé mentale positive à long terme. Dans le présent rapport, cette distinction terminologique a son importance, car pour « faire valoir le bien-fondé de la PSM positive, il faut démontrer que les résultats ne tiennent pas uniquement à l'absence de maladie mentale, mais qu'ils sont attribuables, en tout ou en partie, aux aspects de la santé mentale positive<sup>24</sup> ».

La PSM repose également sur deux principes essentiels : premièrement, que la santé mentale et la santé physique se renforcent mutuellement<sup>25</sup>; et deuxièmement, que la santé mentale et la maladie

mentale s'inscrivent dans un continuum. Selon le premier principe, la mauvaise santé mentale est un facteur de risque de problèmes physiques chroniques : les personnes ayant un problème mental grave présentent un risque élevé de souffrir d'un problème physique chronique, et les personnes atteintes d'un problème physique chronique courent le risque d'avoir une mauvaise santé mentale<sup>26</sup>. Selon le deuxième principe, les démarches de promotion reposent sur le modèle de santé mentale complémentaire ou « à deux continuums » de Corey Keyes, dans lequel « l'absence de maladie mentale n'est pas synonyme de santé mentale, et l'absence de santé mentale n'est pas synonyme de maladie mentale<sup>27</sup> ». D'après Keyes, si on se concentre uniquement sur les maladies mentales, on ne parviendra sans doute pas à influencer positivement la PSM, et si on réduit le nombre de cas de maladie mentale, on n'aboutira pas forcément à une population en meilleure santé mentale. Pour l'auteur, il faut non seulement s'employer à prévenir les maladies, mais aussi promouvoir « l'épanouissement ».



**FIGURE 2.** Répartition des programmes de promotion et de prévention en santé mentale (source : *Mental Health Atlas de 2017 de l'OMS*).

Le potentiel et les retombées des activités et des programmes de PSM font leur chemin dans divers milieux : recherche universitaire, défense des intérêts, éducation, analyse et mise en œuvre de politiques. Les pouvoirs publics fédéraux et provinciaux du Canada, de l'Australie et des États-Unis ont montré l'exemple en amorçant des travaux d'élaboration de politiques, de stratégies et de programmes nationaux s'inspirant des objectifs et de la terminologie de la PSM, en particulier dans les services et secteurs publics (comme l'éducation)<sup>iii</sup>. D'après le *Mental Health Atlas* de 2017 de l'OMS, qui fait état de la présence de politiques et de plans autonomes sur la santé mentale<sup>iv</sup>, la PSM fait de plus en plus partie de ces travaux : « 123 pays [...], ou 63 % de tous les pays membres de l'OMS, possèdent au moins deux programmes nationaux et multisectoriels fonctionnels de promotion et de prévention en santé mentale », et « sur les près de 350 programmes fonctionnels signalés, 40 % visent à améliorer les connaissances en santé mentale ou à lutter contre la stigmatisation et la discrimination, et 12 %, à prévenir le suicide »<sup>28</sup>. Ci-dessous est présentée la répartition des programmes de PSM (voir **figure 2**).


De récentes études ont fourni des preuves convaincantes en faveur du passage de la théorie à la pratique : selon elles, lorsque les interventions de PSM sont bien mises en œuvre, elles ont des « effets positifs durables sur plusieurs enjeux sociaux et de santé<sup>29</sup> ». Vu l'augmentation du fardeau des maladies à l'échelle mondiale et les coûts associés aux maladies mentales, les chercheurs estiment que le traitement seul n'aura sans doute pas d'effet notable

iii Parmi les exemples notables, mentionnons le Center for School-based Mental Health (États-Unis), The Mental Health Education Integration Consortium (États-Unis) et le Centre for School Mental Health (Canada).

iv Selon le *Mental Health Atlas* de l'OMS, 81 % des pays répondants, en moyenne, se sont dotés d'une politique ou d'un plan autonome sur la santé mentale.

sur les taux croissants de maladies mentales<sup>30</sup>. Ce constat a donné lieu à une priorisation de la santé mentale des populations, plus précisément des interventions permettant aux gens de protéger leur santé mentale. D'après les récentes évaluations économiques sur la santé, investir en PSM serait rentable à court et à long terme, comme le montrent des essais cliniques randomisés (ECR) sur les programmes<sup>31</sup>, des évaluations de programmes<sup>32</sup>, des revues systématiques et des méta-analyses<sup>33</sup>. Qui plus est, des analyses coût-avantage et coût-efficacité des travaux de PSM ont été menées dans le cadre de récentes analyses de politiques<sup>34</sup> portant sur l'incidence potentielle de ces travaux sur les coûts économiques des maladies mentales ou le rendement économique du capital investi potentiel de ces interventions. Si une telle incidence est possible, c'est parce que les travaux de promotion sont axés sur l'ensemble de la communauté et traitent des déterminants sociaux de la santé, qui sont souvent liés aux problèmes mentaux et aux maladies mentales<sup>35</sup>.

Cela dit, les programmes de PSM ne reçoivent toujours pas des fonds publics suffisants, stables et durables, pour une mise en œuvre globale à l'école, au travail et dans les milieux de vie<sup>36</sup>. D'après le *Mental Health Atlas* de l'OMS, comme le montre la figure ci-dessus, la majorité des travaux de PSM visent la sensibilisation et la conscientisation, et très peu d'entre eux comprennent les programmes sur le terrain qui sont nécessaires pour transformer la sensibilisation en comportements et en changements systémiques. Cette frilosité à l'égard des investissements politiques et financiers, et l'intérêt limité que suscitent les avantages à long terme dans le contexte politique cyclique sont peut-être attribuables au flou entourant les effets à long terme de la PSM<sup>37</sup>.



Dans un contexte social où la dépression est maintenant la première cause d'invalidité à l'échelle mondiale<sup>38</sup>, les politiques et programmes de PSM ou de prévention des maladies mentales ne peuvent plus rester ignorées en ce qui concerne la prévention primaire. Il est urgent de les faire connaître et adopter davantage pour anticiper et mieux gérer la hausse de la demande de services. Au Canada et ailleurs, on a accordé peu d'attention aux effets sociaux et au rendement économique du capital investi des programmes et initiatives de PSM. Cela a donc difficilement permis de valider le bien-fondé des investissements en la matière (et de justifier par le fait même l'augmentation des fonds destinés aux services de santé mentale). Par conséquent, les objectifs du présent rapport sont les suivants :

- Faire le point, en analysant la littérature des milieux universitaires et la littérature grise, sur la recherche et les politiques actuelles visant la PSM au Canada et dans des pays présentant des conditions comparables.
- Faire le point sur les programmes de PSM tout au long de la vie au Canada et dans des pays présentant des conditions comparables .
- Évaluer, en étudiant des analyses nationales et internationales, le rendement économique et social du capital investi des programmes et des interventions de PSM.

- Déterminer comment coordonner les programmes de PSM avec les déterminants sociaux de la santé et faire en sorte qu'ils répondent aux nouveaux problèmes socioéconomiques du Canada.
- Présenter une réponse stratégique fondée sur des données probantes concernant la planification, l'élaboration et la mise en œuvre de la PSM.

Cette étude sur la PSM a été nourrie par le récent document d'orientation de l'ACSM, intitulé *L'équité pour la santé mentale : mettre fin à la disparité en santé au Canada*, dans lequel l'Association demande la création d'une loi nationale sur la parité en santé mentale pour que les services de santé mentale soient sur un pied d'égalité avec les services de santé physique. Dans ce document, l'ACSM présente cinq stratégies qui, si elles sont prises en compte dans la loi en question, permettraient à la santé mentale d'avoir une place proportionnelle et équitable dans le système de santé canadien<sup>39</sup>. L'une de ces stratégies consiste à investir en promotion, prévention et intervention précoce. Le présent rapport vise en partie à développer cette stratégie pour que les décideurs puissent concrétiser la PSM dans les milieux de vie, les lieux de travail, les organismes et les administrations gouvernementales.



# QUESTIONS DE RECHERCHE

**L**a présente analyse a été guidée par les questions suivantes :

- Quelle est la situation actuelle de la recherche et des politiques visant la PSM, et plus particulièrement des programmes en la matière? Dans quels milieux l'élaboration et la mise en œuvre de programmes sont-elles les plus efficaces?
- Que nous apprennent les données sur les retombées sociales et économiques des programmes et initiatives de PSM? Quels sont les impacts identifiés sur les personnes, les systèmes de santé gouvernementaux et communautaires, les systèmes sociaux, les systèmes d'éducation et les lieux de travail? Les retombées et les résultats des programmes sont-ils cohérents avec les données recensées dans les études déjà publiées?
- Quelles analyses sur la recherche et les politiques ont été menées pour mesurer le rendement économique et social du capital investi des programmes de PSM?
- Les programmes de PSM peuvent-ils répondre aux futures tendances sociales et économiques liées aux maladies mentales au Canada? Si oui, comment?

# DÉFINITION DU PROBLÈME

**D**'après les analyses actuelles menées dans le milieu universitaire et le milieu politique, la PSM peut se traduire par des retombées positives et des économies. Cela dit, vu le contexte canadien, il faut procéder à des investissements sociaux stratégiques pour harmoniser la promotion, mesurer ses effets et ses progrès, et finalement accroître son adoption. Pour ce faire, il faut parvenir à une définition commune du concept de PSM, concentrer les efforts manifestés à travers ces différents programmes et favoriser la coordination des travaux en améliorant la collaboration intersectorielle.

## CADRE THÉORIQUE

**L**a présente analyse traite des programmes de PSM avec une approche écologique<sup>40</sup>.


En plus des facteurs psychologiques, biologiques et neurologiques, la santé mentale et les maladies mentales sont déterminées par des facteurs individuels, sociaux, culturels, collectifs, organisationnels, économiques et environnementaux<sup>41</sup>. Ceux-ci devraient donc, par extension, être pris en compte dans les démarches de promotion et le développement d'une santé mentale positive. Bien que certaines initiatives de promotion soient fondées sur le modèle à deux continuums de Keyes, celui-ci peut difficilement servir de cadre d'analyse, puisqu'il s'applique essentiellement à l'échelle individuelle. Qui plus est, il ne tient pas vraiment compte des facteurs sociaux et économiques et ne permet pas l'étude de la santé mentale dans les mécanismes collectifs et sociaux.

En revanche, le recours à un modèle écologique permet de faire état des liens entre les répercussions des maladies mentales et les déterminants individuels, organisationnels et sociaux de la santé mentale (voir **tableau 1**). Les experts en PSM, notamment les chercheurs et les décideurs, recommandent donc d'adopter une approche écologique pour analyser les travaux de promotion et mesurer leur efficacité<sup>42</sup>.

Outre les facteurs de protection et de risque, les déterminants sociaux de la santé influent aussi sur la santé mentale. Ils cadrent avec les facteurs mentionnés plus haut, en particulier à l'échelle structurelle et environnementale. Pour améliorer la santé physique et mentale et prévenir les maladies mentales, il est impératif de tenir compte de ces déterminants sociaux et de cultiver des environnements sains.

Échelle	Facteurs de protection	Facteurs de risque
<b>INDIVIDUELLE</b> (caractéristiques psychologiques, comportements et santé physique)	<p><b>Cognitifs</b> : capacité à résoudre des problèmes, à gérer ses pensées, à apprendre de ses expériences, à tolérer les imprévus, à adopter un style cognitif souple; maîtrise de la langue du pays choisi; grande estime de soi et bon concept de soi; lien avec la culture originale (s'il y a lieu); etc.</p> <p><b>Émotifs</b> : sentiment d'autonomie et de pouvoir décisionnel ou d'efficacité; émotions positives; estime de soi; etc.</p> <p><b>Sociaux</b> : bonnes aptitudes sociales (communication, confiance en l'autre, etc.); sentiment d'appartenance; etc.</p> <p>Résilience; bonne santé physique; comportements sains; etc.</p>	<p><b>Cognitifs</b> : difficulté à résoudre des problèmes; difficulté à tolérer les imprévus, style cognitif rigide; tempérament négatif; etc.</p> <p><b>Émotifs</b> : faible estime de soi; sentiment de perte de contrôle sur sa vie; émotions négatives; etc.</p> <p><b>Sociaux</b> : isolement; mauvaises aptitudes sociales; exposition à la violence; etc.</p> <p>Certains comportements, comme l'absence d'activité physique, l'usage problématique de substances, et la mauvaise santé physique.</p> <p>Épreuves de la vie, notamment durant la très petite enfance, et vulnérabilité génétique aux maladies mentales.</p>
<b>FAMILIALE ET COLLECTIVE</b>	<p>Attachement émotionnel fort; relations parents-enfants positives, chaleureuses et aidantes tout au long de l'enfance et de l'adolescence; relations sécurisantes et satisfaisantes; communication régulière; soutien aux autres; capital social élevé (réciprocité, cohésion sociale, sentiment d'appartenance, capacité à prendre part à la société); etc.</p>	<p>Attachement faible durant l'enfance; manque de relations parents-enfants positives, chaleureuses et aidantes tout au long de l'enfance et de l'adolescence; relations insécurisantes ou inexistantes; isolement; faible capital social; faible sentiment d'appartenance; exclusion sociale; incapacité à prendre part à la société, maltraitance; violence familiale; séparation familiale; maladie physique ou mentale des parents; etc.</p>
<b>STRUCTURELLE ET ENVIRONNEMENTALE</b>	<p>Avantages socioéconomiques (haut niveau d'instruction, bon niveau de vie [logement, revenu, bonnes conditions d'emploi]); sécurité financière; absence de discrimination et d'oppression; peu d'inégalités sociales; reconnaissance juridique des droits; intégration sociale; sécurité publique; accès à des moyens de transport adéquats; aménagement urbain sécuritaire; accès à des espaces verts et à des installations récréatives; etc.</p>	<p>Désavantages socioéconomiques (faible niveau d'instruction, faible niveau de vie [logement inadéquat, itinérance, chômage, mauvaises conditions de travail]); insécurité financière et dettes; oppression sociale et culturelle; colonisation et discrimination; guerre; pauvreté et inégalités sociales; exclusion; violence et criminalité locales; manque de moyens de transport accessibles et sécuritaires; mauvais aménagement urbain; manque d'espaces verts et d'installations récréatives; etc.</p>

📌 **TABLEAU 1** : Déterminants sociaux de la santé mentale dans un cadre de référence sur la santé mentale des populations (sources : Raphael, 2016; Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2014; et Les soins aux enfants néo-canadiens [Société canadienne de pédiatrie, s.d.].)



Depuis des dizaines d'années, les experts en promotion de la santé et en santé des populations insistent sur la pertinence du modèle écologique pour traiter des questions de santé<sup>43</sup> et y ont recours pour mieux décrire, par exemple, les effets de la culture sur la santé des femmes<sup>44</sup>, les répercussions des troubles musculo-squelettiques sur les employés de bureau<sup>45</sup> et la violence envers les femmes handicapées<sup>46</sup>.

L'approche écologique est souvent employée dans les études et les stratégies liées à la santé mentale<sup>47</sup>. Dans ce contexte, elle tient compte des facteurs à petite échelle (individuelle), à moyenne échelle (organisationnelle et collective) et à grande échelle (sociétale et environnementale) qui influent sur un phénomène donné ou une expérience individuelle.

Cette approche permet de constater que les maladies mentales « devraient être considérées comme étant en interaction constante avec les conditions sociales et environnementales<sup>48</sup> ». Selon l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), les facteurs individuels, familiaux, collectifs et sociaux exercent tous une influence sur la santé mentale<sup>49</sup>. Si on l'applique à la santé, aussi bien mentale que physique, ce modèle vient répondre à la nécessité de mener une action cohérente à l'échelle individuelle, collective et sociétale, comme l'indiquent des documents phares comme la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, la *Déclaration de Jakarta* et la *Charte de Bangkok*<sup>50</sup>.

**P**our réaliser cette analyse, nous avons étudié les publications évaluées par les pairs et la littérature grise portant sur les principaux facteurs individuels, organisationnels et sociétaux qui influencent la conceptualisation de la PSM et l'élaboration des programmes en la matière.


En utilisant des mots-clés liés à la PSM, la prévention des maladies mentales, les programmes de promotion et les notions connexes comme la lutte contre l'intimidation et la prévention du suicide et de la violence, nous avons consulté des bases de données universitaires recensant des publications à évaluées par les pairs et de la littérature grise (Google Scholar, EBSCO, ProQuest, PsycINFO, Cochrane Library) ainsi que des politiques et des lignes directrices d'instituts comme l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Organisation mondiale de la Santé, le Trimbos Institute (Pays-Bas), l'Institut de recherche en services de santé (IRSS), la Commission de la santé mentale du Canada et l'Institute for Health Economics (IHE).

Nous avons essentiellement rassemblé et analysé des études sur les programmes de PSM dont la conception était de haute qualité (p. ex., les essais cliniques randomisés, ou ECR). Néanmoins, vu le nombre limité d'études de ce type, il a fallu en inclure d'autres qui présentaient des conclusions raisonnables et fiables sur la PSM, comme des études expérimentales, des études avant-après et des évaluations. Comme la recherche sur le rendement économique du capital investi de la promotion est embryonnaire, nous avons aussi analysé des études qui portaient sur le rendement social du capital investi, même si les avantages qui y sont présentés sont difficiles à mettre en pratique et à reproduire. Qui plus est, nous avons examiné des études comprenant une évaluation économique de la santé,

qui se rapproche de l'évaluation du rendement du capital investi puisqu'elle s'appuie sur le rapport coût-efficacité et le rapport coût-avantages.

À la suite de cette revue de la littérature, nous avons réalisé une analyse du contexte. Ce type d'analyse permet d'étudier un grand nombre de données et, grâce à elles, de relever éventuellement des points forts, des points communs, des tendances et des lacunes, tout en formulant des recommandations de changements et de décisions. Le choix des administrations visées par l'analyse s'est porté sur des membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ou du G7. Pour que l'analyse porte bien sur des politiques et programmes pertinents, nous avons privilégié les pays convenant le plus, selon la littérature, à la PSM : écoles, lieux de travail et milieux de vie. Pour faire la synthèse des constatations, nous avons recouru à des méta-analyses, à des examens de la portée et à des revues systématiques de la littérature menées sur la PSM. En complément, nous avons épluché manuellement des listes de référence pour trouver des sources qui ne figuraient pas dans les résultats de notre recherche. Enfin, nous avons aussi étudié des trousseaux, des guides et des programmes pour recenser les démarches de PSM.

Cette démarche de recherche a été guidée par le groupe de travail sur les politiques publiques de l'ACSM, composé d'experts en politiques représentant les filiales, régions et divisions provinciales de l'Association partout au Canada, en consultation



avec le Conseil national des personnes ayant une expérience vécue (CNPEV), le Conseil de direction pancanadienne et le Conseil d'administration national.

Les données rassemblées dans ce document dressent un portrait détaillé – sans être exhaustif – des mesures, de la recherche et des politiques sur la PSM. Elles portent essentiellement sur les programmes de promotion tout au long de la vie, et visent entre autres à faire le point sur les démarches de promotion, à recenser les retombées des programmes et les problèmes rencontrés, ainsi qu'à relever les lacunes à combler en matière de politiques pour améliorer la situation dans le domaine. Par contre, il y a sans doute beaucoup d'autres politiques et programmes (réduction de la pauvreté, activité physique en milieu scolaire, etc.) qui ont des effets

positifs sur la santé mentale, mais qui dépassent le champ d'application de ce projet. Nous avons exclu de l'analyse les initiatives de promotion de la santé en général car, même si elles ont des bienfaits sur la santé mentale, il ne s'agit pas de leur vocation première.

Les données étudiées ici sont présentées sous l'angle du « parcours de vie », qui reflète une réalité où les risques pour la santé mentale peuvent se manifester tôt dans la vie et resurgir aux étapes charnières (entrée à l'université, passage à l'âge adulte, départ à la retraite)<sup>61</sup>. Cet angle nous permet aussi de constater que, bien que l'intervention précoce soit essentielle à la PSM, l'intervention à l'âge adulte l'est tout autant.



# RECOMMANDATIONS

À l'issue de la revue de la littérature universitaire, des politiques publiques nationales et internationales, des trousseaux et des guides sur la PSM, les données semblent déterminer que cette dernière approche permet un bon rendement économique et social du capital investi et qu'elle constitue une démarche prometteuse qui aurait besoin d'un meilleur financement pour gagner en homogénéité.

Il faudrait ainsi investir davantage dans la recherche pour améliorer la qualité des données et augmenter la durée de collecte de ces dernières, mieux soutenir la mise en place de programmes inclusifs et efficaces, et axer les stratégies et les politiques nationales sur les principes de prévention et d'intervention précoces qui sous-tendent la PSM. L'objectif de nos recommandations est d'encourager les investissements dans les infrastructures nécessaires à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de qualité, systémiques et culturellement appropriés visant la PSM.

**Les recommandations que nous proposons sont les suivantes :**

## RECOMMANDATION

- 1** Mettre en œuvre de manière prioritaire une stratégie nationale de PSM dotée d'un mandat clair et prévoyant des politiques officielles. Celle-ci pourrait par exemple comprendre des normes de qualité pour l'élaboration, l'administration et la mise en œuvre de programmes de PSM, ainsi que la création d'un cadre d'analyse qui, de manière prospective et rétrospective, favoriserait la prise en compte des répercussions sur la santé mentale de l'ensemble des politiques et des programmes fédéraux.

Au Canada, des accords de financement récemment conclus entre les administrations fédérales, provinciales et territoriales visent en priorité à accroître les fonds destinés aux soins de santé mentale et de traitement des dépendances, en améliorant entre autres les traitements locaux<sup>52</sup>. L'ACSM milite sans relâche en faveur de tels investissements dans ses démarches de mobilisation et d'élaboration de politiques<sup>53</sup>, car elle estime qu'ils sont essentiels pour répondre aux besoins et réduire les obstacles à l'accès. Par contre, il est tout aussi indispensable de mener une action stratégique délibérée à l'échelle fédérale sur les mesures en amont pour atteindre les objectifs à long terme d'amélioration de la santé des populations, offrir des soins de santé de qualité et de maintenir le financement public d'un budget gouvernemental à l'autre.

L'amélioration de la santé des populations passe par des initiatives et des programmes visant à améliorer la nutrition, à favoriser l'activité physique, à accroître l'accès aux soins médicaux, à améliorer l'hygiène et à donner accès à de l'eau potable. Pourtant, les bienfaits sur la santé que procurent ces initiatives et ces programmes ne se font pas sentir de la même manière partout. Les problèmes de santé physique et de santé mentale de la population canadienne sont en grande partie attribuables aux facteurs socioéconomiques et environnementaux<sup>54</sup>. La « répartition inégale des accidents, du stress,

des polluants environnementaux » et les autres formes d'inégalités (dont la stigmatisation, traitée plus loin) influent aussi sur la prévalence des problèmes mentaux<sup>55</sup>. De nombreuses populations subissent encore des iniquités fortes et persistantes en santé, notamment en santé mentale : Autochtones, personnes issues de minorités visibles, personnes atteintes de maladies mentales, personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle, personnes vivant dans la pauvreté, personnes vivant en milieu rural, personnes en situation d'itinérance, jeunes vulnérables et personnes âgées.

En 1988, Santé et Bien-être social Canada a publié un rapport phare intitulé *La Santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*, souvent considéré comme une stratégie nationale de PSM. Ce rapport présente, dans une optique nationale, une vision sociale, positive et globale de la santé mentale. S'appuyant sur des mécanismes de promotion de la santé (autogestion de la santé, entraide, qualité de l'environnement) et sur des stratégies de mise en œuvre (participation des gens, services de santé locaux de qualité, politiques publiques adéquates), le rapport décrit des principes directeurs sur l'élaboration, l'évaluation et la mise en œuvre de politiques et de programmes de PSM : instaurer l'égalité des droits et l'émancipation des personnes atteintes de maladies mentales. Ces dernières comprennent le fait de renforcer les modèles de bénévolat et de soutien par les pairs, de donner des moyens d'action aux personnes ayant une expérience concrète et de les placer au cœur du processus décisionnel, d'établir des partenariats entre les professionnels de la santé mentale et les communautés, d'accorder des ressources aux communautés pour qu'elles puissent se donner les moyens de promouvoir la santé mentale, de faire appel aux études et connaissances les plus

pertinentes pour surmonter les problèmes dans différents secteurs, et de coordonner les politiques entre tous les acteurs concernés (secteur public, secteur du commerce et industriel, éducation et secteur à but non lucratif)<sup>56</sup>. Malgré le caractère prometteur de la vision avancée dans le document, elle n'a pas été concrétisée en raison du manque d'investissements. Trente ans plus tard, le manque de financement et de ressources chronique est encore un frein majeur à la mise en œuvre complète d'une stratégie de PSM au Canada.

Dans la *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*, parue en 2005, la PSM figurait parmi les priorités citées, aux côtés de la réduction de l'obésité, la prévention des blessures et la réduction des iniquités en santé. Même s'il y a eu par la suite des démarches de PSM à l'échelle nationale, ce mouvement s'est temporairement essoufflé, puisque la Stratégie n'a pas fait l'objet de comptes-rendus depuis 2008. En 2012, la Commission de la santé mentale du Canada a publié le rapport *Changer les orientations, changer des vies*, la première stratégie canadienne sur la santé mentale. Bien qu'il ne porte pas exclusivement sur la PSM, le rapport précise qu'il faut « préconiser la PSM pour toute la population et prévenir la maladie mentale le plus possible ». Le document mentionne également que « nous ne pouvons nous permettre d'attendre plus longtemps avant de mettre en œuvre de tels programmes partout où cela est possible<sup>57</sup> ». La Commission invoque l'accumulation des données probantes sur l'efficacité de la PSM et estime elle aussi que l'école, le milieu de vie, le chez-soi et le lieu de travail sont les endroits les plus propices à cette promotion. Dans ce domaine, qui constitue la première orientation stratégique du document, elle présente quatre priorités accompagnées de recommandations : **1) accroître la sensibilisation quant aux moyens de promouvoir la santé mentale;**

2) accroître la capacité de PSM et d'intervention précoce chez les enfants en bas âge et les jeunes; 3) créer des milieux de travail propices au maintien d'une bonne santé mentale; et 4) accroître la capacité de PSM et d'intervention précoce chez les aînés<sup>58</sup>. La stratégie se penche de très près sur les liens entre les différents aspects de la santé (promotion, prévention, traitement et rétablissement) et l'identité, la vie sociale et les droits de la personne<sup>59</sup>.

Même s'il a énormément fait progresser la cause de la PSM au Canada, le rapport *Changer les orientations, changer des vies* ne propose pas de lignes directrices sur la mise en œuvre d'interventions et d'activités en la matière dans les endroits nommés. Plus précisément, bien que chaque priorité mentionnée soit accompagnée de recommandations visant le renforcement du soutien, le déploiement des initiatives et l'élargissement de l'accès aux programmes, le rapport ne contient pas de stratégie de mise en œuvre. Par conséquent, et comme l'ont déjà constaté d'autres acteurs et organisations, le Canada ne dispose toujours pas d'une stratégie nationale officielle de PSM.

Une stratégie nationale de PSM actuelle et à jour pourrait contribuer à réduire les iniquités de santé mentale attribuables au statut socioéconomique, à l'emplacement géographique, à l'isolement social et à la marginalisation, car elle peut partir de la promotion pour favoriser l'intégration sociale, le respect de la différence et la création de milieux de vie sûrs et unis. Malgré les efforts implicites ou explicites qui ont été faits au cours des 30 dernières années afin de créer une stratégie nationale qui répondrait aux enjeux de PSM, aucune stratégie n'a encore été vraiment appliquée. Il est donc temps pour le Canada de remettre cette idée au goût du jour et de se nourrir des tentatives passées pour mettre en œuvre une stratégie de promotion nationale dont l'exécution, l'évaluation et l'application

(qui pourrait être étendue à d'autres contextes stratégiques, comme celui de la justice) seraient également financées.


Ces 10 dernières années, la PSM a gagné du terrain au sein des politiques sociales et des stratégies politiques au Canada. Par exemple, les trois piliers de la *Mental Health and Substance Use Strategy 2017-2020* [Stratégie 2017-2020 sur la santé mentale et l'usage de substances] de la Colombie-Britannique sont la promotion, la prévention et l'intervention précoce<sup>60</sup>. La prévention et l'intervention précoce constituent aussi le premier axe stratégique du cadre 2016-2021 des Territoires du Nord-Ouest, intitulé *Mind and Spirit: Promoting Mental Health and Addictions Recovery in the Northwest Territories*<sup>61</sup> [Le mental et l'esprit : promouvoir la santé mentale et le traitement des dépendances aux Territoires du Nord-Ouest »], et de la *Stratégie relative à la santé mentale et à la toxicomanie (2016-2026)*<sup>62</sup> de l'Île-du-Prince-Édouard. Dans *Esprit ouvert, esprit sain*, la stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances de l'Ontario publiée en 2011, la PSM n'est pas nommée explicitement, mais on y fait mention de son importance pour la santé mentale des « collectivités saines, résilientes et accueillantes »<sup>63</sup>. Cette notion est reprise dans le Plan stratégique de Santé publique Ottawa 2015-2018, *Faire d'Ottawa une ville plus saine*. La Municipalité régionale de Waterloo, en Ontario, a quant à elle lancé en 2016 un rapport directement sur le sujet, intitulé *Mental Health Promotion: Let's Start Speaking the Same Language* [PSM : et si on parlait la même langue?], qui porte sur tous les aspects de la promotion, décrit ses liens avec les déterminants sociaux de la santé et insiste sur l'importance de bien cerner la question. Partout au Canada, la PSM et la prévention des maladies mentales sont de plus en plus considérées comme complémentaires et essentielles à la culture de communautés saines et résilientes.



Plusieurs pays présentant des contextes similaires à celui du Canada se sont dotés de stratégies nationales de PSM, mais elles ont tendance à se heurter aux mêmes obstacles quand il s'agit de les mettre en œuvre. Prenons l'exemple de la Nouvelle-Zélande (Aotearoa), qui, en 2002, a publié *Building on Strengths* [Miser sur les points forts], une stratégie nationale de PSM. Celle-ci prévoyait la création d'une plateforme pour l'amélioration de la santé mentale et décrivait comment sa promotion pouvait contribuer à promouvoir la santé en général et répondre aux priorités stratégiques en la matière<sup>64</sup>. Elle visait à renforcer la résilience et la capacité d'adaptation des personnes, favoriser la cohésion et la sécurité collectives et exploiter la force des partenariats pour réduire les obstacles structurels entravant l'accès à la santé mentale, notamment par l'emploi, l'éducation et le logement. Cette stratégie a servi de tremplin à plusieurs initiatives, entre autres en ce qui concerne des programmes d'emploi destinés aux jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale, des programmes locaux de justice environnementale portant sur la santé mentale et des actions de soutien en faveur de Te Rau Ora, un organisme māori dont la vocation est d'améliorer la

santé et le bien-être des Māoris<sup>65</sup>. Malgré cette stratégie et les autres qu'elle a déployées, la Nouvelle-Zélande a lancé en 2018 une enquête sur la santé mentale et les dépendances, intitulée *He Ara Oranga*, dans laquelle elle milite en faveur d'un changement de paradigme dans les services et l'élaboration de politiques en santé mentale<sup>66</sup>.

La PSM a également été intégrée aux politiques de santé dans les administrations étudiées. En Irlande, la politique nationale de santé mentale *A Vision for Change* [Une vision pour le changement] propose plusieurs recommandations en faveur d'une réforme en santé mentale. Selon elle, l'intervention précoce, offerte dans le cadre des services de santé mentale, joue un rôle indispensable dans la prévention des maladies mentales et dans toutes les sphères du système de santé mentale<sup>67</sup>. Dans *A Vision for Change*, l'Irlande propose d'intégrer la PSM à tous les services de santé, y compris de santé mentale, par l'intermédiaire d'agents spécialisés<sup>68</sup>. Au Queensland, en Australie, a récemment été publié un plan stratégique intitulé *Shifting Minds* [Changement de mentalité], qui prévoit le renforcement des environnements propices à la santé mentale par le développement d'infrastructures locales de PSM<sup>69</sup>. En Suède, la prévention et la promotion constituent la première priorité de la stratégie nationale en santé mentale<sup>70</sup>. Au Danemark, la PSM passe entre autres par des visites à domicile effectuées par des agents de santé publique, notamment pour repérer les cas de dépression postpartum<sup>71</sup>. En Islande, la PSM, sous forme d'actions visant à favoriser les environnements positifs et à lutter contre l'intimidation, fait partie des démarches de promotion de la santé du pays dans les écoles et de son plan d'action en santé mentale<sup>72</sup>.



Malgré les travaux d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation de la PSM menés depuis plus de 10 ans au Canada et ailleurs, ainsi que toutes les stratégies en santé mentale citées plus haut, les experts du domaine estiment encore que la PSM devrait être *systématiquement* mise en œuvre, comme c'est le cas pour la santé physique<sup>73</sup>. Selon eux, si ce n'est pas encore chose faite, c'est parce que les professionnels de la santé mentale et publique ne disposent pas d'un « cadre simple et concret pour faciliter la mise en œuvre », contrairement au domaine de la santé physique<sup>74</sup>. C'est peut-être aussi parce que les services de santé mentale sont, d'une part, séparés des services de santé physique, et d'autre part, isolés au sein du système de santé mentale, où l'échange d'information et la constituent un défi<sup>75</sup>.

En revitalisant sa stratégie nationale officielle de PSM, le Canada s'engagerait à promouvoir la santé mentale au même titre que la santé en général. Cette stratégie pourrait permettre la création d'une définition commune mais rassembleuse de la PSM, prévoir des lignes directrices pour l'établissement des priorités et des objectifs, démontrer clairement que les besoins varient d'une population à l'autre, aider les établissements à offrir des programmes adaptés à la diversité de la population (origine ethnique, orientation sexuelle, âge, genre, aptitudes et handicaps, géographie, accès aux technologies, statut socioéconomique, niveau d'instruction, etc.), permettre la production de plans pour la mise en œuvre de modèles de conception et d'adaptation des programmes, et favoriser l'uniformité de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion dans divers milieux. Pour résumer, une stratégie de ce type pourrait structurer ce que la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII) a qualifié en 2011 de « mosaïque disparate de politiques, d'approches et de mesures de soutien en santé mentale au pays<sup>76</sup> ».

Même si ce n'est pas immédiatement flagrant, les décisions entérinées les pouvoirs publics, en santé ou dans d'autres domaines ont des effets sur la santé mentale. Pourtant, les décideurs ne sont pas toujours disposés à tenir compte de ces effets s'ils n'ont pas les procédures, les outils ou le cadre pour le faire. La stratégie nationale de PSM devra non seulement orienter clairement la mise en œuvre et l'évaluation des initiatives en la matière au Canada, mais elle devra aussi prévoir l'élaboration d'un cadre d'évaluation des effets sur la santé mentale, grâce auquel toutes les politiques seraient abordées sous l'angle de la santé mentale. Si ce cadre était à la fois rétrospectif et prospectif, il pourrait permettre, d'une part, d'étudier les effets des politiques existantes sur la santé mentale et, d'autre part, de prévoir les effets des futures politiques sur la santé mentale et le bien-être. Bien que l'idée ait été proposée au Canada et appliquée ailleurs<sup>77</sup>, elle n'a pas encore été traitée ni concrétisée à l'échelle fédérale.

Un cadre d'évaluation des effets sur la santé mentale pourrait contribuer à intégrer et mettre la santé mentale au premier plan, tout comme le cadre d'analyse comparative entre les sexes plus (ACS+) du gouvernement fédéral a récemment favorisé l'intégration des questions d'égalité entre les sexes dans les politiques gouvernementales. L'ACS+ part du principe que les répercussions des politiques varient en fonction de la situation sociale, et qu'il faut donc considérer l'expérience des gens pour comprendre quelles sont ces répercussions selon le genre, mais aussi selon l'origine ethnique, la classe économique, l'orientation sexuelle et les aptitudes ou handicaps, entre autres axes identitaires<sup>78</sup>.

Le cadre d'évaluation des effets sur la santé mentale inciterait tous les paliers de gouvernement et leurs collaborateurs à tenir compte des effets sur la santé mentale dans le cadre des décisions

concernant des politiques, des projets, des programmes et des lois. Ces décisions devront impérativement se prendre en concertation avec la population, et plus spécifiquement avec les communautés autochtones, les chercheurs et les fournisseurs de soins en santé mentale afin de refléter et incorporer la variété des expériences dans la prise de décision et l'identification des priorités qui font la promotion et protègent la santé mentale de la communauté entière.



La mise en lumière des effets néfastes ou potentiellement néfastes des décisions publiques sur la santé mentale a plusieurs avantages. Grâce à elle, les décideurs peuvent identifier de quelle manière la santé mentale dépend clairement des déterminants sociaux de la santé (éducation, sécurité, intégration sociale, logement, emploi)<sup>79</sup>. Avec un cadre d'évaluation des effets sur la santé mentale dans la lignée de l'ACS+, émergerait la possibilité de sonder des enfants, des jeunes, des femmes, des hommes et des personnes de diverses identités de genre, issus d'horizons différents, pour recenser leurs

besoins, priorités, expériences, intérêts et opinions sur la santé mentale<sup>80</sup>. Ce cadre permettrait aussi d'imposer la prise en compte des facteurs influant sur la santé mentale individuelle et collective dans les programmes, les travaux de recherche et les politiques pour que ceux-ci soient favorables à la santé mentale de l'ensemble de la population canadienne.

## RECOMMANDATION

**2** À court terme, étoffer les données probantes dont dépend l'élaboration de politiques de PSM en soutenant les travaux de recherche reposant sur l'analyse économique et l'évaluation des programmes. À moyen et long terme, accroître le financement destiné à la recherche pour favoriser la collecte et l'analyse de données épidémiologiques et économiques et définir ainsi les grandes priorités des programmes de promotion de la santé.

Faire la PSM requiert d'évaluer simultanément les coûts engendrés par les maladies mentales et les problèmes de santé mentale tout en mesurant les effets de l'intervention précoce sur la santé mentale des populations. À cet égard, les travaux axés sur l'évaluation des résultats présentent un intérêt certain, car les données qu'ils fournissent permettent de favoriser la responsabilisation, de repérer les programmes efficaces, d'assurer le suivi des programmes et d'aider les décideurs et les bailleurs de fonds à déterminer la valeur des programmes<sup>81</sup>. À l'heure actuelle, l'évaluation des programmes, l'analyse des tendances d'utilisation des ressources,



l'analyse coût-avantages et la modélisation économique sont des outils souvent employés pour évaluer les effets économiques et sociaux des programmes de PSM.

Le nombre grandissant de données probantes issues de diverses sources (ECR, analyses coût-avantage) qui témoignent de l'efficacité des programmes de PSM laisse entrevoir les retombées prometteuses tout au long de la vie. Au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie et aux Pays-Bas, par exemple, des experts ont produit quantité de données convaincantes qui vantent les mérites économiques de la PSM, en montrant qu'elle permet un rendement du capital investi en matière de rapport coût-efficacité et d'évitement des coûts<sup>82</sup>. Globalement, au Canada, nous connaissons mal le rapport coût-efficacité de la PSM à l'école, malgré la mise en œuvre de nombreux programmes au pays. D'après une des premières études canadiennes sur la question, l'intervention parentale en milieu de vie et l'intervention en milieu clinique permettent toutes deux de réduire le risque de trouble du comportement chez l'enfant, mais la première est six fois plus efficace que la deuxième par rapport à leur coût respectif, car elle touche plus de parents<sup>83</sup>.

On constate mieux les effets de la PSM dans d'autres pays présentant des contextes similaires à celui du Canada. Aux États-Unis, une méta-analyse des études économiques sur les programmes de visites à domicile s'adressant aux mères à risque a été menée en 2003. À l'issue de cette analyse, on a constaté que ces programmes avaient un bénéfice net de 2:1, soit de 6 000 \$ par mère<sup>84</sup>. Un ECR effectué aux Pays-Bas visait à comparer un modèle de soins par étapes pour prévenir la dépression chez les aînés et un modèle de soins primaires intermédiaires chez la même population; il s'est avéré que le premier modèle était aussi efficace (réduisant de moitié l'incidence de la

dépression et de l'anxiété) qu'économique, puisqu'il a permis d'économiser 4 367 € par année sans que les niveaux d'anxiété et de dépression n'aient augmenté (un participant sur huit ayant gagné une année sans symptôme de dépression et d'anxiété)<sup>85</sup>. Aux États-Unis, une étude récente portant sur les interventions d'apprentissage socio-émotionnel menées de la maternelle au secondaire a établi un rapport coût-efficacité moyen de 7:1<sup>86</sup>. À l'issue d'une analyse récente sur KiVa, un programme de lutte contre l'intimidation d'origine finlandaise, il a été constaté qu'à chaque fois qu'1 £ était investi, 1,58 £ était récupéré<sup>87</sup>. Enfin, d'après une récente analyse coût-avantages utilisant les données de 663 étudiants suédois pour évaluer les effets d'une intervention d'apprentissage socio-émotionnel sur leur consommation de drogues, on a constaté que le programme coûtait 540 \$ US par étudiant à mettre en œuvre, mais qu'il générerait un bénéfice net de 7 510 \$ par rapport aux dépenses liées à l'usage problématique de substances chez les jeunes actuellement engagées dans le système de santé, le système de justice pénale et le système judiciaire des États-Unis<sup>88</sup>.

Cela dit, il est encore difficile d'évaluer précisément le rendement économique du capital investi en raison de problèmes de méthodologie, des ressources limitées pour effectuer des mesures dans certains milieux et du manque de données longitudinales. Dans l'ensemble, il n'y a pas assez de données démographiques fiables sur les taux de participation et les effets des programmes, si bien qu'il n'est pas facile de déterminer avec certitude le rendement économique et social du capital investi des programmes de PSM. Autrement dit, même s'il existe beaucoup d'évaluations de programmes précis témoignant de leur efficacité, il y a très peu d'évaluations critiques sur leurs effets à long terme.

Un manque de mesures ou de méthodes normalisées pour déterminer le réalisme et l'efficacité des programmes nuit également à l'utilisation de ces données<sup>89</sup>. Par exemple, certaines études consistent à faire tenir un registre à des enseignants, d'autres à faire remplir un questionnaire aux élèves, et d'autres encore à faire des observations<sup>90</sup>. Qui plus est, en raison des contraintes financières, il n'est pas chose aisée d'entreprendre des évaluations ou des ECR rigoureux et indépendants à l'école ou dans un milieu de vie<sup>91</sup>. Pour les chercheurs et les professionnels de la santé publique, il est impératif de mener ce type d'évaluation, entre autres longitudinale, afin de faire avancer les choses<sup>92</sup>.

Au Canada, le manque de données démographiques exhaustives et de méthodes normalisées empêche d'effectuer de bonnes analyses du rendement économique et social du capital investi<sup>93</sup>. Par conséquent, d'autres mesures ont vu le jour. De la maternelle au secondaire, le *School Mental Health Quality Assessment Questionnaire* [questionnaire d'évaluation sur la qualité de la santé mentale à l'école] a notamment été créé. Celui-ci permet

d'évaluer les progrès des démarches en santé mentale à l'école et d'améliorer les pratiques en la matière<sup>93</sup>. Les experts se tournent aussi vers le Système de comptabilité nationale de l'ONU, un ensemble de recommandations collectives internationales destinées à compiler les mesures d'activité économique, en admettant toutefois que pour adopter ces mesures, il faut d'abord améliorer la qualité des données canadiennes sur l'utilisation des soins de santé mentale dans les structures externes et les milieux de vie<sup>94</sup>.

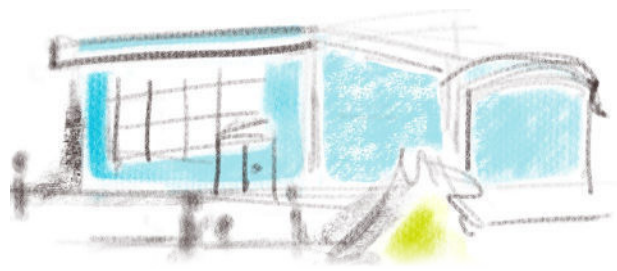
Afin de mesurer le rendement économique du capital investi dans les démarches de PSM, des analyses de données synthétiques, de la modélisation économique, de la modélisation d'interventions et de la modélisation par arbre décisionnel ont été utilisées. Les évaluations qui indiquent des résultats positifs concernent généralement des interventions à court terme ou ponctuelles, ce qui montre que les études de modélisation ont aussi un horizon limité<sup>95</sup>. Dans le cadre des structures de subvention et de financement, les évaluations à grande échelle, à long terme et couvrant plusieurs projets sont souvent irréalisables. Selon les modèles économiques en vigueur, les coûts et la gestion du programme sont à la charge de l'entité visée (école, milieu de travail), d'un bailleur de fonds ou d'un organisme subventionnaire. La modélisation économique permet donc d'étudier les effets des programmes de promotion sur différents paramètres, comme l'accès aux services de santé mentale, la participation au secteur structuré de l'emploi, la poursuite des études et la réduction du taux de violence et de criminalité, et ce en les comparant aux données longitudinales nationales sur l'éducation, l'emploi, la prévalence des maladies et le taux d'incarcération<sup>96</sup>. Il est toutefois difficile de déterminer avec exactitude et précision l'influence d'une intervention à court terme sur

v Certains calculs permettent de déterminer la valeur économique d'un traitement selon l'augmentation du nombre d'années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAQ) gagnées ou d'années de vie ajustées en fonction de l'incapacité (AVAI). Le présent document n'a pas pour objet de décrire en détail le fonctionnement de ces mesures dans le contexte de la promotion de la santé mentale. Celles-ci sont très répandues, quoique moins au Canada, mais elles sont aussi critiquées : en effet, elles attribuent une valeur élevée (et donc un financement élevé) aux traitements qui prolongent le plus la durée de vie, excluant du coup d'autres traitements utiles, et elles désavantagent les personnes handicapées, qui ont peu de chances d'atteindre une qualité de vie « maximale ». On leur reproche aussi leur incapacité à déterminer si les économies recensées correspondent à une utilisation efficace des ressources de santé par rapport aux autres utilisations possibles, qui ne sont pas prises en compte simultanément. Pour en savoir plus sur le recours aux AVAQ et aux AVAI au Canada, consulter : Philip Jacobs, Francine Knoops et Alain Lesage, « Mesurer les coûts agrégés liés à la santé mentale au Canada : un examen de la question », *Revue canadienne de santé mentale communautaire* 6, no 4 (2018) : 1-17.

le comportement d'un participant (ou d'une population) à long terme et l'influence positive ou négative d'autres facteurs ou interventions<sup>97</sup>. Parmi les autres problèmes de méthodologie, mentionnons la très mince possibilité d'inclure un groupe témoin dans une intervention pour les besoins d'une étude<sup>98</sup>. Par exemple, la plupart des administrations qui œuvrent en PSM ne déclarent pas les dépenses engagées et ne disposent peut-être pas des mesures pour le faire<sup>99</sup>. Même s'il est difficile de déterminer précisément la valeur économique des interventions de promotion, les analyses économiques montrent les retombées de ces interventions sur la santé mentale individuelle ou collective, de même que leur capacité à contre-balancer les frais des systèmes de santé mentale, de justice et de soins primaires.

Pour déterminer la valeur et les retombées sociales d'un programme de PSM, on évalue généralement s'il a eu les effets escomptés sur les participants ou les bénéficiaires. Ce type d'évaluation permet d'en savoir plus sur la mise en œuvre et l'efficacité des interventions dans différents milieux. Par exemple, à l'issue d'un ECR mené dans le cadre d'un programme néerlandais de PSM reposant sur la thérapie comportementale et la pleine conscience, on a établi que, par rapport aux membres du groupe témoin sur liste d'attente, les participants rapportaient ressentir un meilleur bien-être émotionnel et psychologique après l'intervention. Par la suite, ils ont aussi déclaré avoir gagné en souplesse psychologique, un effet semblable à celui découlant d'une santé mentale positive<sup>100</sup>. Zippy's Friends, un programme d'origine danoise grâce auquel on enseigne aujourd'hui des compétences sociales et stratégies d'adaptation à plus d'un million d'enfants dans plus de 25 pays développés et en développement, a été évalué en profondeur, notamment au moyen d'ECR, dont des ECR par grappes réalisés au Canada<sup>101</sup>. D'après les

principales constatations de cette évaluation, le programme a des effets positifs non négligeables sur les stratégies et capacités d'adaptation des enfants, ainsi que sur leurs aptitudes sociales et affectives, et réduit les difficultés ou problèmes de santé mentale provoqués par les situations stressantes<sup>102</sup>. Après évaluation de programmes comparables, comme *Strong Start*, la réduction du stress par la pleine conscience (RSPC) et RALLY, une amélioration des capacités d'adaptation et de gestion du stress et des fonctions psychologiques des élèves participants a été constatée<sup>103</sup>.



Ont aussi été recensées des retombées sociales et pédagogiques générales, surtout en Norvège, où la RSPC a amélioré le climat social en classe, réduit les cas d'intimidation et permis aux élèves participants de renforcer leurs compétences scolaires<sup>104</sup>. Comme des pays en développement sont maintenant visés par des travaux de PSM, ceux-ci commencent à être évalués. Au Liban, par exemple, le programme Qaderoon – qui consiste à inculquer des compétences reliées aux relations interpersonnelles, en communication et en résolution de problèmes aux enfants d'un camp de réfugiés palestiniens de Beyrouth – a fait l'objet d'une évaluation, à l'issue de laquelle on a constaté que même si le taux de participation était peu élevé (38 % à 54 %), plus de 90 % des enfants se sont dits très satisfaits des activités<sup>105</sup>. Ces chiffres témoignent des retombées importantes qu'ont les initiatives de PSM dans toutes sortes de milieux et toutes sortes de contextes.

Néanmoins, d'importants problèmes sociopolitiques sont associés à la collecte de données probantes sur le rendement économique et social du capital investi des programmes de promotion. Loin de produire des « données incontestables », les ECR et les autres outils du même type (revues systématiques de la littérature, méta-analyses statistiques) présentent certains risques sur les plans méthodologique et idéologique<sup>106</sup>, car ils prennent racine dans des principes rigides concernant la définition des données probantes, la collecte de ces données et les résultats diffusés. Bien que la diversité de la population canadienne soit en hausse, les programmes de promotion ciblant exclusivement ou entre autres les minorités ne représentent qu'une fraction des programmes et sont « limités en nombre et en typologie et mal répartis dans le pays », puisqu'ils sont essentiellement offerts dans les grandes régions métropolitaines<sup>107</sup>. L'évaluation risque donc de privilégier l'expérience d'un type précis de participants. Par ailleurs, il existe peu de méthodes permettant de classer les résultats selon des axes identitaires comme le genre ou l'origine ethnique, et il est difficile de déterminer la validité interculturelle d'un programme, c'est-à-dire la mesure dans laquelle les effets positifs recensés sont valables pour les participants des populations vulnérables<sup>108</sup>. La dépendance aux données quantitatives élude le fait que les cultures possèdent des formes de données qui leur sont propres : des « cadres d'interprétation, notions d'autorité et normes de vérité<sup>109</sup> ». Les données ne sont ni produites ni appliquées de manière égale : « la biomédecine et la psychiatrie sont aussi des traditions qui véhiculent non seulement des connaissances scientifiques, mais aussi des systèmes entiers de valeurs et de pratiques culturelles » desquels les visions autochtones ou non occidentales sont exclues<sup>110</sup>. Au Canada, notamment, les problèmes d'évaluation sont amplifiés, car

de nombreuses communautés autochtones se méfient encore du processus de recherche, après les séquelles physiques, culturelles et spirituelles laissées par les méthodes occidentales tout au long de l'histoire moderne<sup>111</sup>. Avant d'investir à court terme dans la PSM, il faut donc améliorer la recherche sur les évaluations et l'analyse économique en y intégrant le vécu, les données et la vision des minorités.

Parallèlement, il est indispensable d'investir à long terme dans l'analyse économique, notamment pour aboutir à des analyses tenant compte des effets sur les populations et les communautés. Des études sur les évaluations et des analyses économiques ont été menées dans d'autres administrations, comme nous l'avons vu plus haut, mais au Canada, ces démarches se font rares, malgré le fort volume de travaux sur la PSM. À l'heure actuelle, la majorité des évaluations de la promotion portent sur les effets individuels, car ces derniers sont moins complexes à évaluer et peuvent montrer directement le taux de rendement (p. ex., les effets de la gestion du stress sur l'absentéisme et la productivité des employés)<sup>112</sup>. Enfin, à moyen et long terme, il est important de recueillir et d'analyser des données épidémiologiques et économiques afin de mesurer les bienfaits pour la population et les communautés et d'établir des priorités pour la reproduction et l'adaptation des programmes. Dans ce cas, il est primordial de transformer ces données en initiatives, en pratiques cliniques et en prestation de services<sup>113</sup>.

Enfin, les données issues des interventions de PSM, notamment auprès des populations défavorisées, peuvent nous aider à mieux comprendre les effets de ces interventions. En accédant rapidement à ces données, nous pouvons prendre plus facilement les décisions qui s'imposent pour améliorer les programmes, l'octroi des ressources et la prestation des services. Ajoutons que d'après les chercheurs,

malgré la multitude des programmes et des initiatives de promotion qui existent actuellement, il est impératif d'établir des lignes directrices et des indicateurs clés sur la collecte de données pour repérer les programmes réalistes au taux de participation et de rétention élevé<sup>114</sup>. Ce travail peut se faire en collaboration entre les pouvoirs publics, le milieu de la recherche universitaire, le secteur de l'éducation et le système de santé.

## RECOMMANDATION


**3** **Soutenir durablement le secteur de la santé mentale en faisant passer de 7,2 % à 9 % le financement qui lui est octroyé; réserver des fonds fédéraux à l'amélioration et à l'harmonisation des programmes de PSM, ainsi qu'à l'établissement de partenariats intersectoriels et inter-administrations en la matière.**

Pour favoriser le développement de facteurs de protection individuels et collectifs contribuant à une bonne santé mentale, et améliorer ainsi le bien-être des gens atteints ou non d'une maladie mentale, des investissements considérables sont nécessaires. Pourtant, dans la plupart des pays développés ou en développement, dont le Canada, la santé mentale est sous-financée<sup>115</sup>. Avec seulement 7,2 % de son budget de santé, le Canada est parmi les pays du G7 qui dépensent le moins en santé mentale<sup>116</sup>. Il dépense également moins que les pays mentionnés précédemment : en Angleterre, d'après des estimations récentes, de 12 % à 18 % de toutes les dépenses du National Health Service sont liées à la santé mentale et au bien-être, ce qui représente environ 1 £ par tranche de 8 £ investie dans les

problèmes de santé de longue durée. Cela dit, d'après la récente analyse de l'OCDE sur les dépenses en santé mentale dans le monde, il se peut que même cet investissement soit modeste par rapport au fardeau total des maladies du pays<sup>117</sup>. Au Canada, c'est dans les services communautaires que le sous-financement traditionnel de la santé mentale s'est historiquement le plus fait sentir, là où les services de counselling, de psychologie, de travail social et de soutien spécialisé par les pairs ne sont pas couverts par le système de santé « universel »<sup>118</sup>.

Parallèlement à ce sous-financement chronique des soins primaires et communautaires en santé mentale, qui entrave en permanence l'accès aux services, un sous-financement des initiatives de prévention et d'intervention précoce persiste. Pourtant, les mesures en amont et d'intervention précoce sur lesquelles repose la PSM, comme la création d'environnements favorables à l'intégration socioéconomique<sup>119</sup>, peuvent avoir des effets considérables sur la santé mentale individuelle et collective en réduisant les dépenses en la matière<sup>120</sup>. Même si ces mesures font l'objet de plus en plus de publications et d'attention sur la scène politique, la plupart des organismes et des établissements propices à la PSM (comme l'éducation) sont sous-financés, ce qui compromet la mission de promotion dans son ensemble.

Pour améliorer et protéger la santé mentale de la population canadienne, il faudra impérativement accroître les dépenses globales d'au moins 2 %. Cette augmentation est primordiale pour offrir aux gens les services accessibles, adaptés et appropriés dont ils ont besoin, mais une portion de ces 2 % devra être réservée à l'amélioration, à l'harmonisation et à l'évaluation rigoureuse des services de PSM dans les différents milieux (école, milieu de vie, foyer, lieu de travail). D'une part, cela permettra de déployer



des initiatives de promotion là où il n'y en a pas à l'heure actuelle, et d'autre part, cela permettra aussi de favoriser la durabilité des programmes qui sont efficaces ou prometteurs. (L'annexe 1 contient une liste des programmes de promotion créés ou mis en œuvre dans les différentes entités de l'ACSM, les instituts de recherche et les bureaux de santé publique du Canada, ainsi qu'à travers plusieurs programmes internationaux.)

En augmentant durablement le financement consacré à la PSM, on appuierait les interventions de toutes les ressources nécessaires, entre autres pour leur évaluation et leur perfectionnement, leur permettant ainsi de valider les efforts de mobilisation et les politiques sociales concernées. Cette augmentation permettrait notamment de soutenir les initiatives s'adressant aux populations vulnérables dans les écoles et les milieux de vie en utilisant les bons modèles, les bonnes stratégies de mise en œuvre et les bonnes mesures d'évaluation. Faire de la promotion dans les milieux de vie constitue un défi, car ceux-ci sont complexes, variés et chevauchent d'autres milieux, comme les écoles. Les organismes communautaires, par exemple, estiment recevoir « des fonds limités et irréguliers, qui les obligent à amputer leurs projets et leurs programmes », entre autres parce qu'ils n'ont pas les moyens de recruter du personnel multilingue, de faire traduire leurs documents et de faire appel à des interprètes professionnels<sup>121</sup>. Les services ethnoculturels constatent également que les bénéficiaires se heurtent à des obstacles : programmes peu accessibles, barrières linguistiques, coûts, méfiance à l'égard des services traditionnels et stigmatisation de la recherche d'aide.

De la maternelle au secondaire et dans les milieux de vie, le « scénario normatif » consiste à faire la PSM avec des « fonds limités et sans structure

de recherche officielle<sup>122</sup> ». Souvent, les écoles n'ont pas les moyens de bien former, superviser et accompagner leur personnel, de déployer des stratégies pour évaluer et améliorer les services et de consigner les résultats obtenus, ce qui favoriserait la durabilité des initiatives et influencerait sur les politiques<sup>123</sup>. Qui plus est, comme ces initiatives sont cantonnées à la salle de classe ou au milieu scolaire, elles ne profitent pas à ceux qui en bénéficieraient le plus, comme les jeunes ayant décroché de l'école, les jeunes présentant un haut taux d'absentéisme, les enfants recevant un enseignement à la maison et les jeunes en transition<sup>124</sup>. La plupart du temps, les écoles sont en mesure d'offrir un programme de PSM quand elles reçoivent des subventions ponctuelles ou de recherche. Cela dit, il est difficile pour les enseignants d'organiser toutes les activités dans le temps imparti et d'obtenir l'adhésion des parents, surtout concernant l'évaluation, étant donné la stigmatisation entourant la maladie mentale et la question de l'âge auquel aborder ce sujet. Au Canada, le manque de soutien fédéral est l'un des grands obstacles qui empêchent tout progrès substantiel dans la PSM à l'école. À cause de ce manque de soutien, les démarches ne dépassent pas l'échelle provinciale, ce qui crée une mosaïque disparate de programmes variant énormément en durée, en portée, en structure et en orientation, et disposant de moyens limités pour le suivi et l'évaluation<sup>125</sup>. Lorsqu'il n'y a plus de ressources, la qualité et la durabilité de ces programmes sont mises à mal. Étant donné qu'en investissant dans la PSM, d'autres enjeux de santé se trouvent positivement impactés, comme la réduction des comportements à risque (tabagisme, usage de substances, relations malsaines) et la persévérance scolaire<sup>126</sup>, il est impératif de renforcer les capacités de mise en œuvre. Les enseignants connaissent bien les élèves et leur manière d'obtenir de l'aide, mais pour pouvoir promouvoir la santé



mentale, ils doivent avoir l'occasion de développer leurs compétences professionnelles à cet égard. Cela dit, comme la plupart d'entre eux ne sont pas formés en santé mentale ou en pédagogie de la santé, la mise en pratique reste un casse-tête. Par ailleurs, il est primordial que les agences de santé publique contribuent au travail des écoles, surtout en ce qui concerne l'évaluation<sup>127</sup>. Ajoutons que tout investissement devra se faire dans le cadre de démarches intentionnelles, coordonnées et harmonisées permettant, d'un côté, d'aider financièrement les établissements (écoles, commissions scolaires) et de l'autre, de renforcer les capacités de PSM (accompagnement des enseignants)<sup>128</sup>.

Les investissements en PSM devraient aussi permettre d'établir des partenariats intersectoriels et inter-administrations entre les employeurs, les établissements d'enseignement et les organismes communautaires. En effet, dans le cas des populations vulnérables ou défavorisées (jeunes, aînés, nouveaux arrivants), plusieurs secteurs pourraient être concernés (éducation, santé, services sociaux). La collaboration intersectorielle peut permettre de faire le pont entre les services, l'expertise et le contexte pour concevoir des démarches, des interventions et des évaluations adaptées. Pour l'instant, il y a peu, voire aucun, contacts entre les écoles et les ressources locales en santé mentale, ou entre les lieux de travail et les ressources locales, ce qui empêche de créer des programmes là où vivent les gens<sup>129</sup>. Cette situation entrave aussi l'évaluation et l'analyse coût-avantages des programmes, car si l'on ne peut pas ou presque pas accéder aux données issues de points de contact, il est difficile de mesurer les effets de la PSM sur l'utilisation des services ou encore sur les coûts pour le système de santé (ou d'autres

systèmes). En rapprochant les écoles ou les lieux de travail des services de santé mentale, on peut faire ressortir des questions et des priorités transversales sur la santé mentale et ainsi concevoir des politiques et des programmes axés sur la promotion<sup>130</sup>. De tels partenariats peuvent aussi faciliter l'exécution des programmes dans les milieux qui sont sous-financés ou défavorisés pour des raisons géographiques, financières ou autres. Il est toutefois impératif de tisser ces partenariats dans une optique de pérennité pour favoriser l'harmonisation et la continuité des démarches<sup>vi</sup>.

## RECOMMANDATION

**4 Reproduire, mettre à l'échelle et pérenniser des programmes communautaires qui ont été jugés accessibles, culturellement appropriés et intersectionnels, et qui tiennent compte des déterminants sociaux de la santé mentale.**

Au cours des 10 dernières années, la recherche issue de pays industrialisés et en voie de développement a prouvé hors de tout doute que la PSM atténuait les facteurs de risque de troubles mentaux et comportementaux, renforçait les facteurs de protection du mieux-être et aurait un impact positif sur des domaines reliés à la santé (études, emploi, santé physique, etc.)<sup>131</sup>. Malgré ce constat, les investissements nationaux en PSM demeurent

vi Par exemple, le réseau international INTERCAMHS, qui compte plus de 300 membres, permettait de coopérer à l'échelle planétaire sur la santé mentale des élèves, mais en raison d'un manque de fonds, il a cessé ses activités en 2013. En 2014, il a fallu créer un autre consortium, le School Mental Health International Leadership Exchange (SMHILE), pour pouvoir échanger connaissances et information d'un pays à l'autre.

limités, et il est toujours difficile de maintenir l'efficacité d'un programme lorsqu'il est appliqué à grande échelle. Certaines critiques font valoir que l'éparpillement des efforts de PSM et de mise en place d'initiatives de promotion a malheureusement engendré, dans de nombreux cas, une fragmentation et un dédoublement plutôt qu'une coordination des efforts. Si l'on désire que le travail de promotion s'avère efficace à long terme, il faudra que le gouvernement fédéral augmente son financement pour en soutenir la centralisation, complétée par l'implantation de programmes inclusifs fondés sur des données probantes partout au Canada. L'investissement est nécessaire en ce qui concerne la reproduction et la mise à l'échelle de programmes de PSM (efficaces et fondés sur des données probantes) pour simplifier le travail et réduire les dédoublements. Ce type d'investissement permettrait aussi de collaborer à améliorer leur inclusivité et leur intersectionnalité pour tous les peuples et communautés du pays. Présentement, le système de santé mentale peine à bien servir les communautés autochtones, les nouveaux arrivants, les réfugiés, les minorités religieuses et les personnes issues de minorités visibles.

Porter attention à l'identité et au contexte, permet à la fois préconiser et respecter l'intersectionnalité dans l'élaboration, la mise en place et l'évaluation des programmes, un concept dont les chercheurs en santé<sup>132</sup> et décideurs du secteur public<sup>133</sup> soulignent de plus en plus l'importance. L'intersectionnalité est un cadre reconnaissant que les expériences des personnes appartenant à plus d'une minorité (comme les femmes racisées et les femmes vivant avec un handicap) sont cumulatives, un fait ignoré par les structures traditionnelles, comme les lois, qui tendent à isoler les différents axes identitaires et qui ne considèrent donc pas plusieurs catégories

d'expérience en même temps<sup>134</sup>. Des approches intersectorielles sont actuellement utilisées pour intégrer la multiplicité et les recouvrements des catégories identitaires dans l'élaboration de programmes, de formations et de politiques.



La santé mentale est un phénomène multidimensionnel « déterminé et constitué par le contexte social dans lequel les individus et les groupes évoluent<sup>135</sup> ». Conséquemment, les expériences et appartenances identitaires se manifestent dans l'état de santé, et les approches de PSM les plus transformatrices sont celles qui adoptent ou adopteront des cadres ou approches tenant compte des « traits identitaires des individus, de leurs milieux de vie et des personnes qu'ils côtoient<sup>136</sup> ». Agir en ce sens est essentiel à la réconciliation avec les peuples autochtones et à l'amélioration de l'égalité sociale pour les groupes traditionnellement sous-représentés. Souvent, les interventions en matière de santé sont mises au point sans égard au « contexte social, politique et culturel de la santé dans les populations autochtones » et les autres groupes minoritaires<sup>137</sup>. Il faudrait donc reproduire, mettre à l'échelle et pérenniser les projets de PSM qui, par une approche intersectionnelle, voient la santé mentale comme un phénomène centré d'abord sur l'individu, mais teinté directement par le

contexte social et systémique immédiat. Pour ce faire, il est nécessaire de consolider les programmes fondés sur des données probantes qui sont ou seraient efficaces pour des communautés diversifiées, lorsqu'élargies à toute la population canadienne, notamment les Autochtones, les nouveaux arrivants (immigrants et réfugiés), les filles et les femmes (dont celles qui sont enceintes et les nouvelles mères), les personnes âgées, les membres de la communauté LGBTQ2+, les personnes sans emploi et les personnes vivant avec un handicap.

Pour atteindre les communautés minoritaires, vulnérables ou désavantagées à plusieurs égards, la PSM doit être accessible, économiquement, culturellement et linguistiquement appropriée, porter attention aux différents axes identitaires, et enfin prendre en considération la situation socioéconomique<sup>138</sup>. L'intégration de l'intersectionnalité dans la conception, la mise en place et l'évaluation des programmes de promotion a un potentiel transformateur qu'il ne faut pas sous-estimer. Avec la persistance des iniquités en santé et l'augmentation progressive de la diversité au Canada, la conception et l'évaluation de services et de programmes qui reconnaissent la multiplicité des axes identitaires et en tiennent compte doivent être une priorité<sup>139</sup>. Cela dit, pour que cet idéal se concrétise, le concept d'intersectionnalité devra faire « de grandes avancées dans la transformation de la recherche et des politiques en santé<sup>140</sup> ». La définition d'un cadre intersectionnel de PSM pourra aider à créer, à intégrer et à mettre en place des projets qui appliquent les principes d'équité, d'inclusivité et de réconciliation. Soutenir le travail de PSM qui utilise l'intersectionnalité et intégrer le concept là où il ne l'est pas encore garantira l'atteinte des objectifs de transformation : que le travail qui prend comme point de départ l'identité, la culture et la vision du monde puisse servir à

lutter contre les inégalités sociales et structurelles nuisant à la santé mentale. Depuis longtemps, les approches d'intervention précoce (incluant la PSM) sont critiquées, puisque celles-ci miseraient majoritairement sur des interventions individuelles au détriment des changements environnementaux et sociaux, même si les problèmes de santé mentale sont plus souvent causés par des inégalités environnementales ou sociales (p. ex., pauvreté, discrimination, chômage)<sup>141</sup>. En effet, lorsque la PSM est axée sur la culture majoritaire, elle peine à générer des changements puisqu'elle n'a pas les outils nécessaires pour tenir compte de la multiplicité et des recoupements des obstacles culturels, linguistiques et systémiques auxquels les populations vulnérables du Canada font face<sup>142</sup>. Ainsi, il est crucial d'investir dans les programmes qui sont ou peuvent être intersectionnels.

Pour les communautés autochtones canadiennes, les visions traditionnelle et contemporaine de la santé incluent la santé mentale<sup>143</sup>. Cependant, les violences subies par ces communautés ont fait du tort non seulement à leurs systèmes culturels et sociaux, mais aussi à la santé mentale et spirituelle de leurs membres<sup>vii</sup>. Les origines historiques du colonialisme européen et les répercussions contemporaines de celui-ci sur les Autochtones du Canada ont été amplement décrites. Les politiques d'assimilation forcée dès les premiers contacts ont rapidement imposé une oppression

---

vii La détérioration de la santé sociale, psychologique et physique peut se manifester par les éléments suivants, sans s'y limiter : incidence accrue de maladies chroniques; augmentation du taux de mortalité, suicides compris; taux accru d'incarcération; violence familiale et sexuelle; perte de la garde des enfants. Pour en savoir plus sur les conséquences de la répression culturelle et de l'assimilation forcée sur la santé mentale des Autochtones du Canada, consulter Laurence Kirmayer, Cori Simpson et Margaret Cargo, « Healing traditions: Culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples », *Australasian Psychiatry* 11, no suppl. 1 (2003) : S15-S23.

culturelle qui persiste toujours. Les missionnaires ont tenté de « sauver » et de « civiliser » ces peuples en les convertissant, notamment en les forçant à abandonner leurs langues, leurs systèmes de croyances et leurs pratiques alimentaires et culturelles, et en séparant les familles. Les politiques économiques et commerciales ont été établies sans consulter les Autochtones ni même tenir compte de leurs valeurs ou de leur rapport à la terre<sup>144</sup>. Leur vie reste d'ailleurs largement surveillée et encadrée par les politiques gouvernementales telles que la *Loi sur les Indiens*<sup>145</sup>. Ces facteurs expliquent pourquoi ces communautés présentent aujourd'hui plus de facteurs de risque, moins de facteurs de protection et des retombées plus défavorables que le reste de la population sur le plan de la santé physique et mentale<sup>146</sup>. La « crise de santé mentale qui a cours dans de nombreuses communautés autochtones est en partie exacerbée par la sous-utilisation des services de santé mentale par les Autochtones<sup>147</sup> ». En plus des problèmes couramment soulevés de l'accès et du temps d'attente, les services s'inscrivent souvent dans une perspective épistémologique de la santé et de la biomédecine occidentales plutôt que d'intégration de la conception qu'ont les Premières Nations de la santé et de la relation d'aide. La PSM pourrait répondre aux besoins non satisfaits de ces communautés, mais elle doit s'accompagner d'efforts de réconciliation et de décolonisation, ce qu'encouragent ses assises liées aux déterminants sociaux de la santé (puisque'elle est issue de la promotion de la santé) et son objectif premier de créer les conditions nécessaires à ce que chacun prenne en charge et améliore sa propre santé<sup>148</sup>. Les campagnes de PSM auxquelles seront exposés des Autochtones doivent : prendre en compte les traditions locales; exister dans la langue autochtone régionale ou couramment parlée; respecter le cadre du mieux-être des Premières Nations; reconnaître

les us et coutumes de ces peuples, tels que le respect et la non-ingérence; être menées autant que possible par des Autochtones et des non-Autochtones; et aller chercher puis intégrer concrètement le point de vue des aînés et des jeunes<sup>149</sup>. Or, malgré l'existence de lignes directrices sur l'intégration des individus, des enseignements et des valeurs des communautés autochtones dans la PSM (et la promotion de la santé en général), l'exploration de leurs modes de résilience et les assertions voulant que leur culture puisse à elle seule améliorer la santé mentale<sup>150</sup>, les exemples de programmes faisant une PSM décolonisée sont encore peu nombreux. Dans ce qui est l'une des premières revues de la PSM chez les jeunes Autochtones, Lewis Williams et Zubia Mumtaz ont écrit :

*[...] compte tenu des iniquités socioéconomiques, culturelles et de pouvoir associées aux disparités de santé mentale et de mieux-être entre les Autochtones et les non-Autochtones du Canada [...] la conceptualisation de la PSM ne doit pas se limiter au simple respect des construits que sont l'équité, la culture et la justice sociale. Les définitions et pratiques doivent plutôt contribuer à les construire, par des activités de PSM ayant pour objectif ultime de corriger les iniquités dans les structures, la cause originelle des différences d'état mental entre ces deux groupes<sup>151</sup>.*

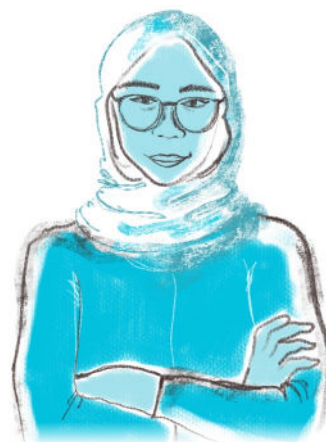
En plus de reconnaître les facteurs de risque et de protection issus de l'expérience du colonialisme par les peuples autochtones et de l'iniquité systémique qu'ils ont vécue, le travail de PSM doit être ouvert à la diversité et prendre en considération les différentes conceptions qu'ont ces peuples de la santé et du mieux-être.

Depuis la revue de Williams et Mumtaz, plusieurs interventions culturellement adaptées aux valeurs


et enseignements de communautés autochtones canadiennes ont été mises sur pied. Reclaiming our Ancestral Footsteps [Reprendre les traces de nos ancêtres], un programme de PSM chez les jeunes Mi'kmaq et Malécites de la Première Nation d'Elsipogtog, encourage l'adoption de stratégies favorisant la santé mentale chez les jeunes Wabanakis en s'ancrant dans leur culture et leurs valeurs. Caring for the Circle Within [Prendre soin de son cercle intérieur] est un programme de guérison rattaché à la terre destiné aux adultes de la Première Nation des Kwanlin Dün aux prises avec un traumatisme intergénérationnel qui combine les approches cliniques occidentales et les méthodes de guérison des Premières Nations. Trois évaluations portant sur l'initiative ont donné des taux de satisfaction élevés et indiqué une résilience accrue<sup>152</sup>. Parmi les programmes du genre, un des plus efficaces est possiblement Listening to One Another to Grow Strong [Se fortifier par l'écoute mutuelle], qui vise à renforcer l'identité culturelle, à accroître la communication et le soutien familiaux, à développer les aptitudes de résolution de problèmes et à améliorer la régulation émotionnelle chez les jeunes de 10 à 14 ans et leurs parents. Financé par l'ASPC et adapté du Programme de renforcement des familles, qui n'est pas spécialement conçu pour les Autochtones, Listening to One Another to Grow Strong a grandement amélioré les aptitudes de gestion de la colère chez beaucoup de participants, en plus d'améliorer la communication au sein des familles et l'implication parentale auprès des adolescents<sup>153</sup>. En cinq ans, il a été culturellement adapté à 14 communautés représentant 5 Premières Nations, qui sont en train de l'évaluer.

La marginalisation sociale et économique affecte aussi la santé mentale des personnes issues de minorités visibles et des membres d'autres groupes vulnérables au Canada. La pauvreté et le racisme

systemique continuent de modeler les expériences de ces personnes et ont des effets négatifs démontrés sur la santé mentale, surtout chez les enfants et jeunes canadiens de première génération<sup>154</sup>. Le racisme systemique peut aussi nuire à la disponibilité de services de santé mentale adéquats ; considérant que les délais d'attente sont déjà longs et que les services culturellement appropriés souffrent d'un sous-financement chronique<sup>155</sup>, la situation s'aggrave lorsque des minorités visibles font face à des obstacles supplémentaires à la santé ou vivent des complications<sup>156</sup>.



Le Canada est la terre d'accueil d'un nombre croissant de nouveaux arrivants, immigrants et réfugiés. La migration et l'acculturation peuvent être difficiles et traumatisantes, et donc néfastes pour la santé mentale. Pour les réfugiés plus particulièrement, la migration peut avoir limité l'accès à de la nourriture et à un abri, nécessité la traversée d'endroits périlleux, séparé des familles et des proches et interrompu le développement personnel, toutes des expériences susceptibles d'avoir une grande incidence sur la santé mentale<sup>157</sup>. Le processus d'acculturation pose aussi son lot de difficultés qui risquent de compromettre la santé mentale. Par exemple, les nouveaux arrivants qui étaient avancés dans leur carrière avant de migrer peuvent connaître une détérioration de leur situation



socioéconomique pour plusieurs raisons : chômage, déqualification, diminution du revenu, discrimination à l'emploi<sup>158</sup>. Ces situations peuvent faire naître un sentiment d'isolement, d'exclusion, de détresse ou d'impuissance nuisant à la santé mentale<sup>159</sup>. Le racisme, dans son omniprésence, influence aussi considérablement l'état mental, et peut pousser certaines personnes à remettre en question leur acceptation dans les cercles sociaux et réseaux économiques du Canada ainsi que dans la société<sup>160</sup>. Malgré tout, de nombreux professionnels de la santé mentale sont dépourvus quant à limiter les effets du racisme et de l'oppression systémique chez leur clientèle. Et même si de nombreuses formations sur la lutte contre l'oppression leur sont offertes, il faudra travailler davantage à renforcer le rôle de cette lutte dans l'adaptation et la mise en œuvre de programmes de PSM.

Lorsqu'elle repose sur la reconnaissance identitaire et les principes de sécurité culturelle et d'accessibilité, la PSM peut favoriser le rétablissement complet des valeurs d'une culture et un sentiment d'identité culturelle et sociale sécurisante. L'exercice demande une révision des approches et des programmes de sorte à y intégrer des visions non occidentales de la santé et de la santé mentale, qui constituent en elles-mêmes des cadres légitimes et n'ont pas été validés par les cadres dominants. Le travail de promotion devra constamment se réaligner sur les valeurs et besoins des populations vulnérables et traditionnellement sous-représentées, ce qui passera nécessairement par l'engagement et l'autonomisation des communautés qui en bénéficieront.

Les Autochtones et les personnes issues de minorités visibles, particulièrement les jeunes Autochtones (le groupe dont la croissance est la plus rapide au Canada<sup>161</sup>), doivent prendre part aux processus décisionnels de haut niveau sur la recherche et les

pratiques relatives à la PSM, justement parce qu'ils en ont été exclus jusqu'à maintenant<sup>162</sup>. La participation des groupes traditionnellement sous-représentés contribue à l'autonomie des communautés, que Laurence Kirmayer et ses collaboratrices décrivent comme « un principe fondamental de la promotion de la santé [qui] demande de passer d'une approche descendante dans la conception et la mise en place de programmes de santé ciblés à des processus visant à faire participer les membres de la communauté aux décisions qui influenceront sur leur vie au quotidien<sup>163</sup> ». Pour ce faire, il pourrait falloir trouver et soutenir les initiatives « dont on n'a pas de trace écrite et auxquelles trop peu de ressources sont allouées », et qui font la PSM sans être officiellement reconnues comme telles<sup>164</sup>. Pourtant, si la PSM commençait par faciliter et stimuler le développement d'un sentiment de sécurité par rapport à la culture et à la vision du monde, chez les peuples autochtones par exemple, les divers groupes de personnes issues de minorités visibles auraient accès à des moyens culturellement appropriés pour s'exprimer, ce qui est considéré comme essentiel à la santé mentale et à l'autodétermination<sup>165</sup>. De façon générale, l'inclusion significative des personnes issues de minorités visibles fait en sorte que les interventions de PSM cernent et combinent les besoins des utilisateurs « plus efficacement[ , ] selon les capacités et ressources locales<sup>166</sup> ».

Faire progresser la promotion intersectionnelle de la santé mentale ne nécessite pas d'investir dans des programmes précis ou inédits, mais plutôt d'intégrer l'intersectionnalité aux programmes déjà efficaces – c'est-à-dire dans leur planification, leur exécution et leur évaluation. Les stratégies individualisées visant à enseigner la régulation émotionnelle, à encourager la recherche d'aide et à développer la résilience chez les populations vulnérables ne



peuvent pas éliminer le racisme, la discrimination et les iniquités systémiques qui continuent d'affecter leur santé mentale. Aux efforts de promotion doivent donc s'ajouter des changements politiques et sociaux substantiels éliminant toute violence et discrimination et favorisant l'inclusion sociale et économique.

## RECOMMANDATION

**5** **Accroître les retombées de la PSM au Canada par le financement de campagnes de marketing social qui sensibilisent la population à la santé mentale et luttent contre la stigmatisation.**

La nécessité de contrer la stigmatisation est un thème récurrent dans la recherche, la défense des intérêts et les politiques concernant la maladie mentale et les autres expériences invalidantes. La recherche sur les maladies mentales et les témoignages de personnes atteintes indiquent que le public et les institutions stigmatisent la maladie mentale, dans son expérience et en elle-même<sup>167</sup>. Les symptômes, l'invalidité et la détresse qui accompagnent la maladie mentale et les graves problèmes de santé mentale sont souvent exacerbés par la stigmatisation, la discrimination sociale et l'injustice associées. Même si des efforts militants et de sensibilisation commencent à faire leur chemin dans la population, la stigmatisation persiste chez les professionnels et le public ainsi que dans les médias<sup>168</sup>.


La stigmatisation se fonde sur la présence d'une « différence indésirable » définie par un stéréotype, perpétuée par des préjugés et mobilisée par la discrimination. La personne ou le groupe qui en

est victime est « inapte à jouir d'une acceptation et d'une participation sociales totales<sup>169</sup> ». Récemment, des études ont relevé une panoplie de stéréotypes associés à la maladie mentale, de préjudices subis par les personnes atteintes et de comportements discriminatoires à leur endroit, tous dus à la stigmatisation et généralement regroupés selon les quatre formes suivantes : la stigmatisation sociale, l'autostigmatisation, la crainte d'être étiqueté, et la stigmatisation structurelle<sup>viii</sup>. La stigmatisation a des conséquences immédiates et à long terme considérables. Il a notamment été observé que révéler à ses collègues et connaissances qu'on est atteint d'une maladie mentale, quelle que soit sa nature, était lié à une diminution du soutien et à une hausse de la stigmatisation de leur part<sup>170</sup>. La stigmatisation est négativement corrélée à l'emploi et au revenu chez les personnes atteintes d'une maladie mentale, et la perception de la stigmatisation est négativement corrélée à l'estime de soi<sup>171</sup>.

L'acceptation par le public des stéréotypes et des préjudices visant les personnes aux prises avec une maladie mentale donne naissance à des discours contre-factuels sur la maladie et la santé mentales. La stigmatisation limite l'utilisation des soins de santé mentale de première ligne, en milieu communautaire ainsi que les perspectives de vie des personnes atteintes. En effet, il arrive que des gens aux prises avec des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale évitent de chercher de l'aide ou cessent de recourir aux services afin de ne pas être étiquetés<sup>172</sup>. Toutefois, il semble que

viii Bien que le texte mette ici l'accent sur les effets de la stigmatisation sur la personne, l'intention n'est pas d'éviter de parler du contexte général ou des conditions sociopolitiques qui engendrent et entretiennent la stigmatisation. Pour obtenir un portrait complet de la question, consulter Patrick Corrigan, *On the Stigma of Mental Illness* (Washington [District de Columbia] : American Psychological Association, 2005).





la stigmatisation associée à l'usage problématique de substances serait encore plus intense : elle influence le traitement des patients dans le système de santé, engendre une discrimination à l'emploi par l'intermédiaire de politiques interdisant la consommation et fait partie des principaux messages de dissuasion véhiculés dans les campagnes et les publicités contre la consommation de drogues, pour ne citer que quelques exemples<sup>173</sup>.

Comme la stigmatisation signifie que « l'opportunité de prévenir et d'atténuer les problèmes de santé mentale a été majoritairement ratée jusqu'à présent<sup>174</sup> », la PSM doit absolument s'y attaquer. Plus précisément, si elle vise la prévention et l'intervention précoce, tout en favorisant l'établissement d'environnements sains, mettre fin à la stigmatisation doit être au cœur de ses activités. Nous voyons cette priorité comme un signe positif démontrant que la lutte contre la stigmatisation est maintenant intégrée aux programmes et aux politiques du domaine de la santé mentale lors de leur élaboration.

La stigmatisation a un remède : « *empowerment* ». Il est impossible de renverser ses effets blessants et délétères en éliminant la discrimination : la stigmatisation doit plutôt « faire place à des attitudes et comportements d'affirmation », dont la mise de l'avant du rétablissement et de l'autodétermination, l'accommodement et l'inclusion<sup>175</sup>. Comme la stigmatisation est un construit social, on peut s'y attaquer en intervenant sur ce plan. Les campagnes de sensibilisation de la population – aussi appelées

campagnes de marketing social – combinent des concepts de marketing et des idées et pratiques de promotion de la santé dans le but d'entraîner des changements de comportement bénéfiques pour les personnes et les communautés. La réduction de la stigmatisation a beau être un indicateur central pour le travail de PSM et être fréquemment citée comme une retombée positive dans ses évaluations<sup>176</sup>, il faut tout de même exiger des campagnes distinctes à cet effet, s'adressant à l'ensemble de la société, qui peuvent venir compléter des projets de PSM en cours ou en être complètement dissociées.

Les partisans du marketing social reconnaissent son utilité dans la sensibilisation à la santé mentale et l'apport de changements locaux et systémiques<sup>177</sup>. Petit frère des communications d'intérêt public, le marketing social consiste à donner aux personnes et aux organisations la possibilité de diffuser publiquement de l'information, d'encourager l'adoption de stratégies et l'établissement d'objectifs, et de faire connaître les pratiques fondées sur des données probantes, toujours dans l'espace public, et ce, habituellement en utilisant les réseaux sociaux. Les campagnes tournent généralement autour de quelques messages principaux et peuvent entre autres comprendre des activités de sensibilisation interactives (p. ex., jeux-questionnaires, trousse de ressources), ainsi que la mise en ligne de bandeaux, d'emblèmes et de publications à diffuser sur les réseaux sociaux.

Préparez-vous à #ParlerHautEtFort pour démystifier la

# SANTÉ MENTALE.



Semaine de la santé mentale de l'ACSM du 6 au 12 mai 2019

Visitez [semainesantementale.ca](http://semainesantementale.ca) pour y trouver l'info et des outils!

Au Canada, il existe plusieurs formes d'intervention de sensibilisation à la santé mentale et de lutte contre la stigmatisation d'envergure nationale et provinciale, mais aucune n'a reçu de financement fédéral. La Semaine de la santé mentale de l'ACSM, qui a lieu chaque mois de mai depuis 68 ans, comprend la campagne de sensibilisation annuelle #ParlerHautEtFort. Celle-ci, d'une durée d'une semaine, vise à réduire la stigmatisation associée à la maladie mentale. En 2018, la campagne locale a appris aux Canadiens à faire la différence entre maladie mentale et santé mentale, pour qu'ils comprennent que cette dernière est quelque chose que nous devrions tous protéger, célébrer et promouvoir. Le programme *Changer les mentalités* de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) vise à réduire la stigmatisation chez les jeunes et les professionnels de la santé ainsi que dans les médias et les milieux de travail. D'après une évaluation récente, la démarche a bel et bien atteint cet objectif chez les étudiants en pharmacie<sup>178</sup>. En ce qui concerne les étudiants en médecine, un autre ECR a montré que les attitudes à l'égard de la maladie mentale s'étaient significativement améliorées entre

le début et la fin du programme<sup>179</sup>. Bell *Cause pour la cause*, la campagne la plus notoire des dernières années au Canada, remet 0,05 \$ CA à la recherche et à des programmes en santé mentale pour chaque utilisation de son mot-clic, chaque retransmission de ses gazouillis et chaque appel et message texte faits sur le réseau de Bell. Lors d'une évaluation interne récente, plus de 1 000 répondants adultes ont dit croire que la campagne avait : réussi à faire diminuer les préjugés (57 %), permis d'être plus conscients des problèmes de santé mentale (81 %) et permis de considérer que les attitudes ont évolué de façon positive (70 %)<sup>180</sup>. Dans la population générale, une étude portant sur des jeunes de 10 à 24 ans a révélé qu'après la campagne Bell *Cause pour la cause* de 2012, le recours aux services en santé mentale avait globalement augmenté, qu'on parle de visites par des usagers connus ou de visites de nouveaux usagers<sup>181</sup>. Les campagnes de lutte contre la stigmatisation se multiplient au pays. L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale tient la Semaine de sensibilisation aux maladies mentales, une initiative d'éducation publique qui a lieu en octobre et qui met notamment de l'avant le parcours de personnes qui connaissent ou ont connu la maladie mentale. Les campagnes au Canada ne s'adressent cependant pas qu'à l'ensemble de la société : certaines sont régionales, telles que *temps D'EN parler* de Santé publique Ottawa, destinées à un corps de métier comme les médecins ou encore visent les jeunes.

Il existe plusieurs campagnes de lutte contre la stigmatisation comparables dans le monde. L'une des plus connues est Time to Change [C'est le temps de changer], un mouvement social originaire du Royaume-Uni ayant pour buts de changer les modes de pensée à l'égard des problèmes de santé mentale et de réduire la stigmatisation et la discrimination

de 5 %. Bénéficiant d'un financement national, le programme s'est implanté dans tous les milieux ciblés par la PSM : il encourage les initiatives en milieu de travail, aide à la tenue d'ateliers et d'assemblées dans les écoles, et forme des porte-parole qui établissent des réseaux et agissent localement. Time to Change a engendré des améliorations modestes, mais bien réelles, en ce qui concerne les attitudes et surtout les comportements souhaités. Les sondages menés auprès de la population montrent que depuis que le programme existe, soit plus de dix ans, les attitudes en général ont connu une amélioration de 9,6 % (4,1 millions de personnes), l'ouverture à vivre ou travailler avec des personnes atteintes de problèmes de santé mentale a augmenté de 11%, et les taux moyens de discrimination contre les personnes aux prises avec ce type de problèmes est passé de 41,6 % à 28,4 %<sup>182</sup>. Cependant, les taux globaux de discrimination dans les réseaux sociaux, dans le cercle familial et à l'emploi étaient égaux ou supérieurs à leurs cibles, et la discrimination dans le système de santé n'a malheureusement pas diminué<sup>183</sup>. La campagne *Act-Belong-Commit* [Traduction libre : Agir-S'identifier-S'engager] a aussi donné de bons résultats en matière de réduction de la stigmatisation, celle-ci en Australie-Occidentale : dans des entrevues d'évaluation récentes, des membres et du groupe témoin (58 %) et du groupe ayant sollicité de l'aide en raison d'une maladie mentale (66 %) ont indiqué que la campagne avait fait diminuer les préjugés<sup>184</sup>. L'évaluation de la *Compass Strategy* [Stratégie Boussole], un programme communautaire panaustralien de littératie en santé mentale destiné aux jeunes, a fait état d'une amélioration de l'accessibilité de l'information en santé mentale et des attitudes à l'endroit de la recherche d'aide et de ses bénéficiaires<sup>185</sup>. Voici quelques autres exemples de programmes

dans la même lignée : *It's up to us* [À nous d'agir] et *#StigmaFreeSD* [#SDsansstigmatisation] (San Diego, Californie), *One of Us* [L'un des nôtres] (Danemark), *See Change* [Concrétiser le changement] (Irlande).



Les campagnes de sensibilisation de la population et de marketing social recèlent un énorme potentiel d'innovation et d'efficacité sur les plans de la réduction de la stigmatisation, de la sensibilisation et de l'augmentation de la littératie en santé mentale. Elles valent l'investissement puisqu'elles peuvent combler le manque d'information sur la santé mentale au Canada en utilisant les technologies, sans être sujettes à des problèmes d'ordre technique ou de transport. Celles qui s'adressent à toute la société peuvent informer la population sur la santé mentale et encourager les personnes, les groupes sociaux, les regroupements professionnels et les employeurs à faire adopter un cadre de santé mentale dans leur milieu, puis à prendre et à appliquer des décisions en la matière. Le financement de campagnes de sensibilisation de la population et de marketing social limite la stigmatisation, car ces campagnes peuvent établir une terminologie et une compréhension communes de la santé mentale, et donnent l'occasion

de parler de ses stratégies, réalisations et difficultés et d'apprendre sur celles d'autrui.

Une revue portant sur les moyens de réduire la prévalence des maladies mentales et des problèmes de santé mentale récemment publiée dans *The Lancet Psychiatry* propose que la « sensibilisation » se fasse notamment par des campagnes informant le public des premiers signes de maladie mentale, des risques, des facteurs de protection et des effets sur la santé dans le but de l'encourager à aller chercher de l'aide sans tarder. Pour ce faire, les auteurs recommandent de miser sur les économies et les avantages sociaux qu'offre la prévention<sup>186</sup>. Selon deux revues de la portée récentes, la PSM doit, pour être aussi efficace que possible à long terme, passer par des contacts directs et répétés avec les personnes et communautés ciblées. Ces suggestions ont déjà été intégrées au Canada, au niveau provincial : dans la *Stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick 2014-2021*, lancée dernièrement, le gouvernement néo-brunswickois indique avoir recours au marketing social dans le cadre de sa démarche globale de transformation sociale à long terme visant la santé mentale et le mieux-être<sup>187</sup>.

On tente actuellement de trouver et de financer des projets pouvant être des vecteurs de transformation. Pour certaines campagnes existantes au Canada et dans des pays présentant des conditions comparables, les études préliminaires semblent indiquer une réduction de la stigmatisation et des changements dans les comportements. Aux États-Unis, la campagne *Caring for Every Child's Mental Health* [Prendre soin de la santé mentale de chaque enfant], financée par la Substance Abuse and Mental Health Services Administration [Administration des services en santé mentale et en abus de substances],

chercher à sensibiliser la population aux problèmes de santé mentale chez les enfants en offrant de la formation sur le marketing social et une assistance technique à des organismes locaux subventionnés par le gouvernement fédéral. Des initiatives menées dans des régions ou des États américains, comme *BECOMING Durham* [DEVENIR Durham] (Caroline du Nord), *Colorado's Trauma Informed System of Care* [Système de soins en fonction du traumatisme du Colorado], et *Wraparound Orange* (Floride), reposent sur une collaboration authentique avec la clientèle cible, des partenariats à l'échelle nationale, la mise à l'avant-plan du parcours de personnes ayant une expérience vécue, la collecte de données prouvant l'efficacité et la tenue d'événements nationaux<sup>188</sup>. *Honest, Open, Proud* [Honnêteté, ouverture, fierté] est une campagne américaine de lutte contre la stigmatisation qui est menée par la communauté et qui aide les adultes et adolescents à déterminer s'ils veulent révéler être atteints d'une maladie mentale dans leurs différents cercles, toujours dans l'objectif de réduire rapidement le stress associé à la stigmatisation. Récemment, un ECR évaluant le programme auprès de 98 sujets a relevé qu'au suivi, le niveau de détresse en lien avec l'annonce et le niveau de protection du secret étaient significativement réduits<sup>189</sup>. Bien que ces interventions arrivent à modifier les attitudes du public à l'égard de la maladie mentale et des personnes atteintes, les études ne parviennent pas vraiment à prouver qu'elles entraînent des changements de comportement qui atténuent les inégalités sociales, économiques et politiques entretenant la stigmatisation<sup>190</sup>.

Le marketing social visant à lutter contre la stigmatisation doit, vu l'importance de l'intersectionnalité dans la PSM, être plus inclusif

pour les groupes vulnérables et minoritaires du pays. On a reproché aux campagnes de marketing social de négliger la diversité. Comme l'écrivent Sepali Guruge et ses collaborateurs :

« il existe très peu de preuves que des interventions de lutte contre la stigmatisation sont appropriées et efficaces dans les diverses communautés présentes au Canada<sup>191</sup> ».

Cela dit, ces campagnes, lorsqu'elles sont menées dans d'autres langues que l'anglais par des moyens pertinents, peuvent être bénéfiques pour les nouveaux arrivants et les réfugiés, qui sont souvent issus de cultures dans lesquelles la stigmatisation relative à la santé mentale est disproportionnellement répandue et a des effets considérables sur la santé. Les nouveaux arrivants sont plus susceptibles de connaître des problèmes de santé mentale dans les quelques années suivant leur établissement<sup>192</sup>, mais sont moins enclins à chercher de l'aide : ils peuvent avoir de la difficulté à s'y retrouver dans le système canadien; rencontrer des professionnels qui ne comprennent pas en quoi leur culture vient influencer leur santé mentale; ou venir d'un pays où les services en santé mentale sont pour ainsi dire inexistant<sup>193</sup>. Pour de nombreux peuples, la maladie mentale est source de honte et s'entoure d'une culture du silence<sup>194</sup>. Les nouveaux arrivants n'ont souvent pas de soutien familial et social en santé mentale en raison des circonstances de leur relocalisation<sup>195</sup>, et ils peuvent aussi faire face à des obstacles en matière d'accessibilité, tels que l'absence de politiques de soins de santé, d'outils diagnostiques et de formulaires dans d'autres langues

que la ou les langues officielles<sup>ix</sup>. Pourtant, l'anglais prime dans la plupart des campagnes de marketing social, et on y met généralement en vedette des personnes blanches vivant en ville, minces et sans handicap, « ce qui crée des stéréotypes voulant que la maladie mentale ne touche pas les personnes de couleur<sup>196</sup> » et tend à empêcher les minorités ethniques et linguistiques du Canada, y compris les communautés francophones, de s'y identifier et d'agir. Compte tenu de leur utilisation des réseaux sociaux, ces campagnes n'arrivent souvent qu'à joindre les populations ayant accès aux technologies et à Internet. Si les campagnes de marketing social tenaient compte de la diversité culturelle, ethnique et linguistique, elles pourraient forger une culture d'ouverture et favoriser la discussion sur la santé mentale dans les familles et les communautés. De plus, les campagnes ciblent souvent soit les personnes qui ont ou ont eu des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale – une personne sur cinq –, soit les autres – quatre personnes sur cinq. Cependant, puisque l'absence de maladie mentale n'entraîne pas forcément une bonne santé mentale et qu'une absence de santé mentale n'implique pas la présence d'une maladie mentale, séparer

ix Ces obstacles s'ajoutent aux autres freins entourant la connaissance et la littératie, comme l'absence d'accès à un médecin de famille, la limitation de la couverture aux soins de base, la discrimination perçue et le traitement différentiel. Pour en savoir plus sur les obstacles qui entravent l'accessibilité des soins pour les groupes minoritaires au Canada, consulter Haile Fenta, Ilene Hyman et Samuel Noh, « Mental health service utilization by Ethiopian immigrants and refugees in Toronto », *The Journal of Nervous and Mental Disease* 194, no 12 (2006) : 925-934; Suresh K. Tiwari et JianLi Wang, « Ethnic differences in mental health service use among White, Chinese, South Asian and South East Asian populations living in Canada », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 43, no 11 (2008) : 866-871; Giyeon Kim, Claudia X. Aguado Loi, David A. Chiriboga, Yuri Jang, Patricia Parmelee et Rebecca S. Allen, « Limited English proficiency as a barrier to mental health service use: A study of Latino and Asian immigrants with psychiatric disorders », *Journal of Psychiatric Research* 45, no 1 (2011) : 104-110.

la population et les objectifs de campagne sur ce plan donne un effet trompeur. En redéfinissant le cadre d'intervention pour passer d'une division de la population avec et sans maladie mentale à une prise en compte de tous et chacun – donc de cinq personnes sur cinq –, nous pourrions mieux nous aligner sur les objectifs de PSM. Au Canada, ce développement et cette inclusivité accrue seraient possibles si le gouvernement fédéral y investissait les fonds nécessaires.

Comme les campagnes sur les réseaux sociaux sont relativement récentes, la recherche en est toujours à évaluer leur efficacité. Cependant, une certaine confusion persiste sur quelques points : en quoi consiste la démarche, dans quels cas elle est bien appliquée et comment on pourrait « l'adapter pour répondre à de grands problèmes sociaux, comme changer les pratiques en lien avec la santé mentale des jeunes et des adolescents<sup>197</sup> »? De nombreuses campagnes mettent l'accent sur les attitudes et comportements individuels plutôt que sur le dialogue au sujet des inégalités et de l'accessibilité, et ainsi limitent leur propre capacité de transformation sociale. Avec du financement et une cible définie, les campagnes de marketing social peuvent mettre à profit leur portée nationale et engendrer une large adhésion ainsi que d'importantes retombées.

Grâce à la prolifération des réseaux sociaux, les campagnes de lutte contre la stigmatisation ont pris de l'ampleur et prouvé qu'elles pouvaient modifier les attitudes<sup>198</sup>; cela dit, nous disposons encore de peu de données concernant leur incidence sur les comportements. Le marketing social encourage les gens à participer à des activités socialement souhaitables et respectables qui peuvent involontairement masquer les efforts nécessaires pour transformer les conditions sociales, améliorer le respect des droits de l'homme et éliminer les

inégalités économiques. Les campagnes de marketing social doivent enrichir leurs objectifs de sensibilisation et d'intensification du dialogue en visant l'inclusion socioéconomique significative à long terme des personnes atteintes de maladie mentale<sup>199</sup>. Aucune intervention de cette catégorie n'arrivera seule à accroître l'inclusion sociale ou à faire cesser la discrimination; elle doit être assortie de changements systémiques majeurs<sup>200</sup>, dont l'intégration de programmes efficaces, l'amélioration de la prestation de services et l'augmentation de l'accès aux services de première ligne et communautaires. Pour être rigoureux, les investissements dans la conscientisation et la sensibilisation doivent aussi s'attaquer aux tendances sociales, politiques et économiques concomitantes qui viennent compliquer la vie quotidienne des Canadiennes et Canadiens et affecter la santé mentale au niveau de l'individu et de la communauté.

## RECOMMANDATION

**6** **Accroître de 2 % les dépenses dans les programmes sociaux pour soutenir des infrastructures sociales. Celles-ci, en favorisant l'inclusion sociale, l'élimination de la violence et de la discrimination ainsi que l'égalité des chances du point de vue économique, cherchent à trouver des solutions aux défis socioéconomiques qui prennent de l'ampleur et qui nuisent à la santé mentale des personnes et des communautés.**

Malgré la création d'initiatives et la sensibilisation accrue de la population, qui laissent croire que la santé mentale est de plus en plus importante pour



le public et les décideurs, on n'investit pas assez d'efforts pour améliorer concrètement la santé mentale en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, comme l'emploi, l'inclusion sociale et le logement. La PSM suppose un engagement à réduire les inégalités et à étendre la portée de la prévention de sorte que les citoyens parviennent à s'adapter à leur situation. Elle doit intégrer les façons dont les conditions socioéconomiques et politiques recourent et influencent la santé mentale au Canada, et favoriser l'établissement d'un climat de PSM prêt à s'attaquer aux iniquités socioéconomiques contribuant aux iniquités en santé mentale.

Le Canada, comme bien d'autres pays développés, fait face à plusieurs défis socioéconomiques qui ont récemment commencé à s'intensifier et qui nuisent à la santé mentale des personnes et des communautés. Vieillesse de la population, « technologisation » de la vie sociale, changements dans le monde du travail<sup>201</sup> : tous ces facteurs augmentent le stress, l'incertitude, la précarité et l'exclusion.

Il est primordial de limiter les conséquences de ces trois tendances, car la réalité physique influe grandement sur la santé mentale individuelle et le mieux-être des communautés. Malheureusement, la notion de santé mentale a été « complètement séparée du contexte physique dans lequel les gens vivent », et est traitée à part des « questions de pouvoir économique et de privilège ainsi que [de] leur rapport avec la distribution de la santé »<sup>202</sup>.

En d'autres mots, les problèmes de santé mentale et les maladies mentales sont souvent vus comme intrinsèques à la personne atteinte et indépendants des problèmes socioéconomiques et situationnels plus vastes. Cette remarque s'applique notamment à la PSM, qui propose des interventions et projets diversifiés, mais accorde une attention disproportionnée à l'augmentation des facteurs de

protection et de la résilience chez les *individus* tout en mettant peu d'efforts dans la création de milieu socialement, économiquement et politiquement équitables et favorables à l'équilibre mental, ce qui s'explique probablement par des difficultés de financement et d'obtention de ressources<sup>203</sup>. Selon un groupe de chercheurs, la recherche sur la PSM vient appuyer « cette idée implicite que le stress est universel et inévitable, et que la méthode optimale est donc d'apprendre à s'y adapter; cependant, cette façon de faire, qui est en général axée sur l'individu, coûte cher et n'agit pas sur les causes originelles de l'adversité, entre autres défauts<sup>204</sup> ». Les décideurs politiques et autres doivent investir davantage dans la PSM, mais en regardant plus loin que les solutions à action individuelle, soit vers une stratégie qui vise les sources de stress et d'adversité sur les plans social, économique et politique (la pauvreté, le chômage, le sous-emploi, les inégalités et l'exclusion, pour ne nommer que celles-là)<sup>205</sup>.

Une augmentation de 2 % des dépenses dans les programmes sociaux est essentielle à la lutte contre les problèmes chroniques tels que la pauvreté. Parmi les pays membres de l'OCDE, le Canada est toujours sous la moyenne pour ce type de dépenses. Il est aussi crucial de destiner des fonds pour pallier les tendances émergentes qui touchent les personnes âgées, les personnes sous-employées et les jeunes. Pourtant, autant la hausse des dépenses dans les programmes sociaux est essentielle à l'établissement d'une infrastructure sociale solide, autant l'allocation de l'argent doit tenir compte des défis évoqués ci-dessus et réserver une part à la PSM. En effet, cette approche est en bonne position pour relever ces défis, en complément aux autres éléments formant le filet de sécurité sociale. Parmi les tendances, ou défis, auxquels nous faisons référence ici, notons l'accroissement de la population âgée,



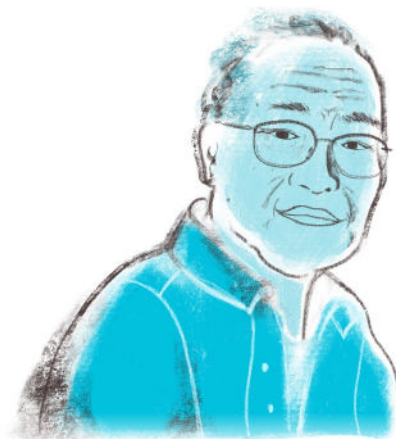
la « technologisation » de la vie quotidienne et la précarité des emplois. Enfin, ces trois aspects sont une indication des priorités à venir, non seulement dans le financement des programmes sociaux, mais aussi dans les efforts et investissements en PSM.

### **Le vieillissement de la population**

Selon les données de Statistique Canada, le nombre de personnes âgées est en hausse et continuera à augmenter. En 2016, elles représentaient 16,9 % de la population canadienne, et on estime qu'en 2031, près d'un Canadien sur quatre aura plus de 65 ans. Dans le contexte où les conséquences économiques et commerciales du vieillissement des baby-boomers sont imminentes, on se préoccupe de plus en plus de la santé mentale des personnes âgées. Les changements liés à l'âge, dont la transformation des rôles sociaux, la retraite, le deuil et l'apparition de problèmes de santé peuvent réduire la participation des personnes âgées à la vie sociale, et, par extension, leur aptitude à jouir de la vie<sup>206</sup>. Compte tenu de l'évolution du profil démographique au pays, favoriser la santé mentale des personnes âgées prend une importance croissante.

Des études sociologiques et psychologiques poussées et bien conçues menées chez les personnes âgées se sont penchées sur les effets de la déconnexion sociale et de l'isolement perçu sur la santé<sup>207</sup>. Selon ces recherches, vivre seul, se sentir seul, avoir un réseau social réduit et participer à peu d'activités sociales sont des facteurs d'isolement qui contribuent à la détérioration de la santé mentale et physique et à l'augmentation des taux de morbidité<sup>208</sup>. Depuis 40 ans, de nombreuses études sont arrivées à la conclusion que la solitude est un important prédicteur de la dépression, surtout chez les personnes âgées<sup>209</sup>. Tout cela est sans parler du maintien de l'isolement social en raison de l'âgisme, et plus spécialement des préjugés négatifs

à l'égard des personnes âgées, une situation qui est encore plus difficile pour celles qui s'identifient à des groupes marginalisés. Voilà pourquoi on juge généralement que la PSM, les programmes et les projets y étant associés sont essentiels pour surmonter les obstacles qui touchent la santé mentale et physique de la population âgée dans les sociétés industrialisées<sup>210</sup>.



Il existe plusieurs lignes directrices et trousseaux de grande qualité servant à la PSM pour cette tranche d'âge<sup>211</sup>. On compte aussi divers programmes qui devront inévitablement recevoir plus de financement pour suivre l'augmentation de cette tranche démographique de la population. Il faudra aussi investir pour soutenir les personnes âgées, quelle que soit leur situation : on pense entre autres à celles qui vivent en centre de soins de longue durée, en région rurale ou éloignée, qui ont un faible niveau d'éducation, qui sont atteintes d'une maladie chronique, qui ne parlent pas couramment l'anglais ou qui vivent dans la pauvreté. Pour assurer l'efficacité à long terme de ce travail, il est indispensable d'augmenter le financement destiné à répondre aux besoins particuliers des personnes âgées, notamment en matière de sécurité financière, d'inclusion sociale, et d'aide à domicile.

### **La technologie et la santé mentale des jeunes**

Les réseaux sociaux ont radicalement transformé la façon dont nous interagissons et percevons les relations interpersonnelles. Une étude récente a révélé que 94 % des Canadiens ont un compte sur au moins un réseau social, et que plus de 70 % des utilisateurs s'y connectent au moins une fois par jour<sup>212</sup>. Facebook demeure la plateforme la plus utilisée, tous groupes d'âge confondus, tandis qu'Instagram est surtout utilisé par les jeunes. Des experts de différents domaines et secteurs vantent les bienfaits des réseaux sociaux, qui donnent accès à l'information, font augmenter le capital social, offrent une plateforme de sensibilisation et d'éducation, et facilitent la communication entre les gens qui ne vivent pas dans la même région ou le même fuseau horaire<sup>213</sup>.

Puisque l'ajout constant de nouveau contenu sur les réseaux sociaux encourage leur consultation répétée et en continu, le risque d'utilisation inadéquate ou excessive est important. Leur utilisation par les enfants et les adolescents a commencé à attirer l'attention, vu « les changements dans les niveaux de développement et de maturité [des jeunes] et [leur] exposition considérable à ces plateformes<sup>214</sup> » ainsi que leur condition unique d'« enfants de l'ère du numérique » qui n'ont pas connu la socialité pré-Internet<sup>215</sup>.

Sur les réseaux sociaux, les interactions en personne sont remplacées par des interactions continues passant par un écran. Ainsi, les jeunes, qui en sont les plus ardents utilisateurs, sont rarement « injoignables<sup>216</sup> ». En plus de l'effet des facteurs de vulnérabilité individuels, l'utilisation inadéquate des réseaux sociaux peut avoir effet néfaste sur le mieux-être et le développement psychologiques des enfants, des adolescents et des jeunes adultes en engendrant ou en accentuant les problèmes

suivants : difficultés psychosociales, sentiment de solitude, faible estime de soi, symptômes dépressifs et diminution du sentiment d'intégration sociale<sup>217</sup>.

Les réseaux sociaux ont aussi transformé comment nous nous percevons et nous valorisons. L'exposition continue aux réalisations et activités d'autrui peut être nuisible pour la santé mentale. Ce phénomène, désigné comme le « syndrome fomo », pour « fear of missing out », ou « anxiété de ratage », se caractérise par « la peur obsessionnelle d'être absent des expériences gratifiantes que pourraient vivre les autres [...] et le désir de toujours savoir ce qu'ils font<sup>218</sup> ». Comme interagir avec les pairs est vital pour les adolescents, ceux qui ont un « faible degré de satisfaction des besoins primaires [...] pourraient être plus sujets à utiliser les réseaux sociaux [...] pour facilement rester en contact avec les autres et participer à leur vie ». Toutefois, pour beaucoup de jeunes, le syndrome fomo cause de la détresse qui se manifeste par de l'anxiété et une sensation de mésadaptation<sup>219</sup> : connaître les activités d'autrui en tout temps peut provoquer un sentiment d'exclusion et donner l'impression de rater des expériences exaltantes ou collectives<sup>220</sup>.

À cette impression de mésadaptation s'ajoute le risque d'intimidation, dans sa forme unique d'agression et de microagression en ligne appelée cyberintimidation, définie comme « un geste ou un comportement intentionnels par lesquels un groupe ou une personne exprime son agressivité, par des méthodes de communication électronique, de façon répétée et sur une certaine période, à un destinataire incapable de se défendre ». Un récent examen de la portée consacré aux études sur la cyberintimidation a relevé qu'en moyenne, 23 % des jeunes ont vécu une forme de cyberintimidation (p. ex., avances sexuelles non sollicitées sur Internet, commentaires dégradants diffusés publiquement,

harcèlement par message texte, piratage de comptes<sup>221</sup>). Le portrait dépeint du côté des victimes montre que celles-ci ont une estime de soi plus faible, de moins bons résultats scolaires, des taux d'absentéisme plus élevés, des taux d'anxiété et de dépression accrus et des relations interpersonnelles moins solides que les autres jeunes<sup>222</sup>. Si les données actuelles ne permettent pas d'établir avec certitude l'existence d'une forte corrélation entre la cyberintimidation et les tendances suicidaires, on sait que la cyberintimidation sur les réseaux sociaux est associée à une hausse significative du risque de dépression<sup>223</sup>. Comme les mineurs peuvent ne pas avoir la confiance nécessaire, saisir l'importance d'informer les adultes de la situation ou encore ne pas avoir développé de stratégies de régulation émotionnelle, ils sont plus susceptibles d'en souffrir que les adultes<sup>224</sup>.



Les expériences des filles et des femmes sur les réseaux sociaux s'inscrivent dans un contexte distinct et sont appréhendées et étudiées indépendamment. Il n'y a pas si longtemps, les décès très médiatisés d'Audrie Pott et Rehtaeh Parsons, deux jeunes femmes qui ont été agressées sexuellement puis cyberintimidées, ont grandement sensibilisé

le public et les autorités législatives au lien entre les réseaux sociaux, le harcèlement en ligne, la sécurité et le bien-être des filles. Ces cas « représentent les façons dont les nouveaux médias peuvent [créer des] espaces numériques où la perpétuation et la légitimation de la violence sexuelle prend un nouveau visage<sup>225</sup> ». Distribuer ou menacer de distribuer des images qui relèvent de la sphère privée ou montrent de la violence sexuelle laisse « un traumatisme permanent et une trace publique d'humiliation et de réprobation pouvant mener à une intériorisation du traumatisme et à des problèmes de santé mentale allant de l'adoption de comportements autodestructeurs comme moyen de surmonter le traumatisme au suicide comme seul remède envisageable<sup>226</sup> ».

De même, la culture de saturation en images et en commentaires qui prévaut sur les réseaux sociaux est corrélée avec l'auto-objectification, l'accroissement de l'autosurveillance et une mauvaise image corporelle<sup>227</sup>. Les filles et jeunes femmes qui utilisent Facebook, même depuis peu, ont une vision plus négative de leur corps que celles qui ne l'utilisent pas<sup>228</sup>. Les filles trouvent d'ailleurs qu'Instagram est particulièrement nocif sur ce plan, puisqu'on peut faire des retouches et appliquer des filtres directement dans l'application ou dans des applications de retouche externes telles que Meitu<sup>229</sup>. En renforçant cette construction socioculturelle générale qui veut que la valeur du sexe féminin réside dans sa seule beauté, les réseaux sociaux modifient la façon dont les filles et les femmes en font usage et les encouragent à publier des photos susceptibles de générer des commentaires positifs sur leur apparence<sup>230</sup>.

En revanche, les réseaux sociaux sont source de bienfaits sur le plan de la sociabilité. En se basant sur des études antérieures qui ont déterminé

l'apport social et le mécanisme de formation d'un lien d'appartenance à une communauté des mondes virtuels tels que Second Life et des jeux multijoueurs d'envergure colossale tels que Fortnite, un article récent soulève l'idée que les réseaux sociaux cultivent un sentiment d'intégration sociale et d'appartenance chez les utilisateurs qui autrement seraient isolés<sup>231</sup>. Ils peuvent effectivement aider ceux qui sont atteints d'une maladie mentale en leur permettant d'interagir en ligne avec des personnes qui vivent ou ont vécu la même chose. Parmi les avantages mentionnés dans l'étude, notons un sentiment accru d'intégration sociale et d'appartenance à un groupe découlant de l'exposition d'histoires personnelles et de l'échange de stratégies d'adaptation<sup>232</sup>. Les chercheurs ont conclu que les communautés virtuelles ont le potentiel de « faire contrepoids à la stigmatisation en donnant des moyens d'action et de l'espoir<sup>233</sup> ». Dans cette perspective, des responsables des politiques recommandent de collaborer avec les équipes des réseaux sociaux afin de créer des modules et des avertissements à ajouter aux plateformes pour indiquer une période de connexion trop longue et donner un accès direct à des ressources en santé mentale<sup>234</sup>.

La hausse substantielle du volume de recherche sur les réseaux sociaux observée dans les dernières années démontre que si, d'un côté, ils semblent capables de favoriser la santé mentale et d'aider les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, de l'autre côté, ils exercent une influence préoccupante sur nos moyens de communiquer, de déterminer ce qui est important, de définir nos passions, de forger notre identité et d'évaluer notre valeur<sup>235</sup>. Les répercussions qu'ont les réseaux sociaux sur la santé, par l'intermédiaire de l'intimidation et de l'auto-objectification, pour ne citer que ces deux-là, constituent une forte indication que la PSM doit commencer à intervenir sur elles, à aider

les jeunes et à créer des environnements positifs dans lesquels tous ont les ressources pour entretenir des relations personnelles et interpersonnelles saines dans leur utilisation des réseaux sociaux.

### **Les changements dans la nature du travail**

Depuis quelques années, la transformation rapide et radicale des modalités de travail dans les pays industrialisés est un autre facteur qui exerce une influence considérable sur la santé mentale. L'emploi temporaire et les formes d'emploi non traditionnelles sont de plus en plus répandus et engendrent une précarité économique et professionnelle pour un nombre croissant de Canadiens. Même si les postes temporaires et les horaires flexibles ont commencé à remplacer les formes traditionnelles dès les années 1970<sup>236</sup>, la désindustrialisation rapide dans les économies développées a accéléré l'avènement des nouvelles formules. Ce travail contractuel à court terme, que l'on dit à la pige, occasionnel, temporaire, sur demande ou autonome, met graduellement fin à la relation employé-employeur habituelle dans plusieurs secteurs, dont le journalisme (y compris le pour les blogueurs), les transports, l'administration, et les domaines de création (rédaction et traduction, graphisme et conception de logiciels, photographie, musique<sup>237</sup>). Bien que certains voient cette forme d'emploi comme un choix, elle représente la norme, et ce depuis longtemps, dans certains domaines tels que celui du divertissement<sup>238</sup>. Dans les dernières années, on a beaucoup vanté les plateformes facilitant l'économie à la demande et les modalités de travail flexibles en disant qu'elles permettraient aux employeurs de fournir des solutions « juste-à-temps »<sup>239</sup> et aux travailleurs d'organiser partiellement ou entièrement leur propre horaire<sup>240</sup>. Pour les décideurs politiques qui accordent de l'importance au développement économique, la croissance du secteur des emplois temporaires est assez bien vue et constitue un moyen pour les

employeurs d'aller chercher les meilleurs candidats<sup>241</sup>.

Cependant, ces perspectives négligent le fait que la nature occasionnelle et la vie d'une paie à l'autre associées à l'emploi non structuré placent les travailleurs dans une situation d'instabilité financière et d'isolement social (et parfois professionnel)<sup>x</sup>, les empêchent de faire des plans de carrière à long terme et les forcent à rivaliser pour du travail mal rémunéré, sans aucun pouvoir de négociation. Surtout, ils ne bénéficient pas des avantages sociaux du salarié, notamment en ce qui concerne la santé, ce qui les oblige à travailler même lorsqu'ils sont malades, et ils ont de la difficulté à épargner, en général et pour leur retraite, ce qui leur nuit quant à la planification de leur avenir<sup>242</sup>. Bon nombre de ces travailleurs temporaires sont de nouveaux diplômés et des professionnels en début de carrière, possiblement attirés par la flexibilité de cette forme d'emploi et par sa gestion au moyen d'applications<sup>243</sup>.

Les conséquences des changements dans la nature du travail vont au-delà des relations de travail et des questions économiques. Des études récentes montrent que le travail occasionnel et les « petits boulots » ont une forte influence sur la santé mentale et le mieux-être. En général, les travailleurs qui obtiennent des contrats à court terme, et particulièrement les travailleurs occasionnels, ont un niveau de mieux-être inférieur à leurs pairs qui sont employés permanents<sup>244</sup>. Dernièrement, dans une étude menée auprès de 2 000 travailleurs temporaires de l'industrie musicale de Londres, 68,5 % ont dit souffrir de dépression, et 71 %, d'anxiété, qu'ils attribuent dans les deux cas à leur situation professionnelle<sup>245</sup>. Les travailleurs autonomes qui ne sont pas encadrés et qui peinent à trouver des contrats ont indiqué avoir vu une

détérioration de leur santé mentale, marquée par un sentiment d'échec et d'incompétence<sup>246</sup>. En plus de leur instabilité financière, les personnes qui travaillent selon des modalités non traditionnelles ont fait état d'une obligation à maintenir une présence et une excellente réputation en ligne ainsi qu'une présence ininterrompue sur les réseaux sociaux et de réseautage professionnel<sup>247</sup>. Même si ces efforts les aident à former un réseau et à obtenir des mentions d'approbation virtuelle, ce qui leur amènera plus de contrats, ces méthodes les exposent à une critique constante et malsaine tout en ayant le potentiel de contaminer leurs relations<sup>248</sup>. D'autres études ont montré qu'en raison de la piètre rémunération du travail à la pige, les travailleurs contractuels travaillent plus fort et plus, et donc également en dehors des heures normales, ce qui vient empiéter sur leur vie personnelle et leur donne un profond sentiment de solitude et d'isolement social<sup>249</sup>.

Les effets des nouvelles formes d'emploi sur la santé mentale demeurent l'une des facettes cachées du travail autonome et de la part croissante de l'économie à la demande. Les soi-disant avantages de ce type de travail, dont la flexibilité des horaires et l'acquisition d'expérience en vue de l'obtention d'un poste permanent, ne contrebalancent pas les désavantages sur le plan de la santé mentale et du mieux-être que causent l'isolement, la précarité et l'insatisfaction professionnelle. De surcroît, comme la PSM est orientée sur le milieu de vie (parents, personnes âgées), le milieu scolaire et le milieu de travail, elle ne pourra vraisemblablement pas servir cette population de plus en plus nombreuse. Bref, les projets d'adaptation et d'élaboration de programmes de promotion de la santé qui seront financés devront non seulement tenir compte des personnes au chômage et sous-employées, mais aussi de ce groupe sous-représenté que forment les travailleurs temporaires au Canada.

x C'est d'autant plus vrai pour les travailleurs qui n'ont pas de lieu de travail fixe et qui se disputent des contrats sur des plateformes telles que MTurk et Upwork.

# CONCLUSION :

## OPTIMISATION DES RETOMBÉES PROMISES PAR LA PSM

**D**ans un contexte de hausse des problèmes de santé mentale autodéclarés et diagnostiqués au Canada et dans des pays comparables, la PSM est rapidement devenue une stratégie et une approche critique pour l'amélioration de la santé mentale des personnes et des communautés ainsi que pour l'augmentation de la cohésion sociale et de l'inclusion économique.

Reconnaissant l'importance de travailler à renforcer sa santé mentale et son mieux-être tout au long de la vie, cette stratégie va délibérément à la rencontre des gens où ils se trouvent : dans les milieux locaux, à domicile, au travail et à l'école.

Fondé sur une synthèse et une analyse de la littérature scientifique récente, sur une analyse des politiques et sur des évaluations de programmes de PSM, le présent rapport cherchait à faire le point sur les politiques de PSM, l'efficacité des programmes et la mesure de leurs résultats au Canada et dans des pays comparables en décrivant le travail actuel de promotion et ses enjeux, en présentant une réponse stratégique à ces difficultés et en formulant des recommandations d'orientations. Il a donné un aperçu de la valeur sociale et des avantages économiques de la PSM au pays et dans des lieux comparables en indiquant qu'ils ne sont plus à démontrer. Il a aussi relevé que l'irrégularité dans les investissements en PSM au Canada, faisait en sorte que la capacité à atteindre les populations minoritaires restait limitée.

Les recommandations énoncées préconisent l'augmentation des investissements fédéraux, provinciaux et territoriaux en PSM visant l'harmonisation et l'intersectionnalité des efforts en réclamant une interprétation cohésive de l'approche, l'étoffement des données, le rehaussement de leur qualité, un financement à long terme qui augmentera la longévité des programmes et la réalisation d'études longitudinales évaluant les effets populationnels et économiques. Tous ces éléments peuvent favoriser

l'adoption de la PSM ainsi que sa spécialisation, qui assurerait que la démarche est fondée sur des données probantes et capables de répondre aux besoins des populations vulnérables minoritaires, dont il faudra incorporer à la démarche les valeurs et obstacles leur étant propres. En outre, le rapport a souligné l'importance d'offrir des initiatives de PSM intersectionnelles qui tiennent compte d'un ensemble de défis socioéconomiques émergents au Canada.

Nous avons centré notre analyse sur les forces, avantages et effets de la PSM en adoptant une approche écologique et de santé des populations, et souligné les défis auxquels doivent faire face les programmes de promotion sur le terrain pour être efficaces, surtout dans les communautés éloignées et ethnoculturelles. Nous devons par contre préciser ici que notre recommandation de financer la PSM ne demande pas la réaffectation de fonds destinés à l'amélioration des services et des traitements en santé mentale : la sous-capitalisation chronique des services de santé mentale au Canada crée déjà des obstacles à l'accès partout au pays, mais surtout en milieu rural et éloigné et pour les populations vulnérables.

Compte tenu des iniquités de pouvoir associées aux disparités de santé mentale et de mieux-être selon le genre, la race, l'orientation sexuelle, l'identité autochtone, les aptitudes, l'emplacement géographique, la religion, la culture, le statut socioéconomique et l'âge, la PSM doit, conceptuellement et concrètement, travailler

activement à reconnaître et à donner les moyens de reconnaître les iniquités structurelles et économiques qui causent ces disparités. Une vision et des investissements à long terme pour l'équité en santé mentale de l'ensemble de la population canadienne constituent le seul moyen d'y arriver.

L'ACSM invite les principaux acteurs à renouveler leurs pratiques en santé mentale et à rechercher des effets durables sur l'équilibre mental et le mieux-être des populations, et encourage les décideurs de tous les secteurs à intégrer le travail de PSM à leurs stratégies, politiques et programmes. L'Association est en bonne posture pour fournir, avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, du soutien à la recherche, aux politiques et aux programmes axés sur la santé mentale, y compris les dépendances. Ses filiales, régions et divisions partout au pays proposent une vaste gamme de services en santé mentale et de traitement des

dépendances, allant du logement supervisé aux services cliniques et de counseling, tout en mettant l'accent sur l'intervention en amont et en offrant des programmes de PSM tout au long de la vie. Disposant de filiales dans 330 localités canadiennes, l'ACSM est bien intégrée aux communautés qu'elle sert et peut être un partenaire actif dans l'élaboration d'une stratégie de PSM au Canada. Ce type de stratégie pourrait servir à évaluer l'intégration de questions de santé mentale dans toutes les politiques et à déterminer les programmes qui sont efficaces et qu'il faudrait adapter, implanter, évaluer et diffuser à grande échelle. Avec son approche écologique et de santé mentale des populations, qui constitue le cadre de base de son travail, l'ACSM espère travailler avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux afin de faire la PSM pour toute la population canadienne par des programmes fondés sur des données probantes.



# BIBLIOGRAPHIE

- 1 Deraspe, Raphaëlle. *Questions d'actualité en santé mentale au Canada : l'impact économique de la maladie mentale*. Ottawa (Ontario) : Bibliothèque du Parlement, 2013. Publication no 2013-87-F. Consulté le 20 août 2018. <http://publications.gc.ca/site/fr/9.852818/publication.html>
- 2 Commission de la santé mentale du Canada. *Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques*. Ottawa (Ontario) : Commission de la santé mentale du Canada, 2017. Consulté le 20 août 2018. [https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-03/case\\_for\\_investment\\_fr.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-03/case_for_investment_fr.pdf); Commission de la santé mentale du Canada. *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*. Ottawa (Ontario) : Commission de la santé mentale du Canada, 2016. Consulté le 20 août 2018. [https://www.commissionsantementale.ca/sites/default/files/Investing\\_in\\_Mental\\_Health\\_FINAL\\_FRE\\_0.pdf](https://www.commissionsantementale.ca/sites/default/files/Investing_in_Mental_Health_FINAL_FRE_0.pdf)
- 3 De Oliveira, Claire, Sharada Weir, Jagadish Rangrej, Murray D. Krahn, Nicole Mittmann, Jeffrey S. Hoch, Kelvin Chan et Stuart Peacock. « The economic burden of cancer care in Canada: A population-based cost study ». *JAMC Ouvert* 6, no1 (2018) : E1E10.
- 4 Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. *Bulletin de santé 2016 : le fardeau de l'insuffisance cardiaque*. Ottawa (Ontario) : Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2016. Consulté le 28 août 2018. <https://tinyurl.com/y2ngwz8e>.
- 5 Marquez, Patricio V. et Shekhar Saxena. « Making mental health a global priority ». *Cerebrum*, juillet-août (2016). Consulté le 4 septembre 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5198754>
- 6 Bloom, David E., Elizabeth Cafiero, Eva Jané-Llopis, Shafika Abrahams-Gessel, Lakshmi Reddy Bloom, Sana Fathima, Andrea B. Feigl et al. *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Genève : Forum économique mondial, 2012. [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Harvard\\_HE\\_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases\\_2011.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf)
- 7 Marquez et Saxena. « Making mental health a global priority », para. 7.
- 8 Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). « According equitable funding for mental health care ». Consulté le 13 février 2019. <https://www.camh.ca/en/camh-news-and-stories/according-equitable-funding-for-mental-healthcare>
- 9 Durlak, Joseph A. et Anne M. Wells, « Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review ». *American Journal of Community Psychology* 25, no 2 (1997) : 115-152; Nelson, Geoffrey, Isaac Prilleltensky, Marie-Claire Laurendeau et Barbara Powell. « The prevention of mental health problems in Canada: A survey of provincial policies, structures, and programs ». *Canadian Psychology/Psychologie canadienne* 37, no 3 (1996) : 161.
- 10 Jané-Llopis, Eva et Margaret M. Barry. « What makes mental health promotion effective? ». *IUHPE - Promotion & Education* 12, no suppl. 2 (2005) : 47-54.
- 11 Saxena, Shekhar, Eva Jané-Llopis et Clemens Hosman. « Prevention of mental and behavioural disorders: Implications for policy and practice ». *World Psychiatry* 5, no 1 (2006) : 5-14.
- 12 Mantoura, Pascale, Marie-Claude Roberge et Louise Fournier. « Un cadre de référence pour soutenir l'action en santé mentale des populations ». *Santé mentale au Québec* 42, no 1 (2017) : 105-123; Schotanus-Dijkstra, Marijke, Constance Drossaert, Marcel E. Pieterse, Jan A. Walburg, Ernst T. Bohlmeijer et Filip Smit. « Towards sustainable mental health promotion: trial-based health-economic evaluation of a positive psychology intervention versus usual care ». *BMC Psychiatry* 18, no 1 (2018) : 265.
- 13 Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC). *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive* Ottawa (Ontario) : Institut canadien d'information sur la santé, 2009. Consulté le 8 septembre 2018. <https://www.cihi.ca/en/improving-health-canadians-fr.pdf>
- 14 Wahlbeck, Kristian. « Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice ». *World Psychiatry* 14, no 1 (2015) : 36-42; Zubrick, Stephen R., Sven R. Silburn, Paul Burton et Eve Blair. « Mental health disorders in children and young people: Scope, cause and prevention ». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34, no 4 (2000) : 570-578; Onnela, Anna Maria, Päivi Vuokila-Oikkonen, Tuula Hurttig et Hanna Ebeling. « Mental health promotion in comprehensive schools ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21, no 7 (2014) : 618-627.
- 15 Ministry of Health Services et Ministry of Children and Family Development de la Colombie-Britannique. *Healthy Minds, Healthy People: A 10-year Plan to Address Mental Health and Substance use in British Columbia*. Victoria (Colombie-Britannique) : Ministry of Health Services de Colombie-Britannique, 2010. Consulté le 18 mars 2019. [https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2010/healthy\\_minds\\_healthy\\_people.pdf](https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2010/healthy_minds_healthy_people.pdf)
- 16 Jané-Llopis et Barry. « What makes mental health promotion effective? », 48; Anwar-McHenry, Julia, Robert J. Donovan, Geoffrey Jalleh et Amberlee Laws. « Impact evaluation of the Act-Belong-Commit Mental Health Promotion campaign ». *Journal of Public Mental Health* 11, no 4 (2012) : 186-194; Koushede, Vibeke, Line Nielsen, Charlotte Meilstrup et Robert J. Donovan. « From rhetoric to action: Adapting the Act-Belong-Commit mental health promotion programme to a Danish context ». *International Journal of Mental Health Promotion* 17, no 1 (2015) : 22-33.
- 17 Tan, Leona, Min-Jung Wang, Matthew Modini, Sadhbh Joyce, Arnstein Mykletun, Helen Christensen et Samuel B. Harvey. « Preventing the development of depression at work: A systematic review and meta-analysis of universal interventions in the workplace ». *BMC Medicine* 12, no 1 (2014) : 74; Jané-Llopis et Barry. « What Makes Mental Health Promotion Effective? », 48.
- 18 Stratton, Elizabeth, Amit Lampit, Isabella Choi, Rafael A. Calvo, Samuel B. Harvey et Nicholas Glozier. « Effectiveness of ehealth interventions for reducing mental health conditions in employees: A systematic review and meta-analysis ». *PLOS ONE* 12, no 12 (2017) : e0189904.
- 19 Robinson, Mark, Sylvia Tilford, Peter Branney et Karina Kinsella. « Championing mental health at work: Emerging practice from innovative projects in the UK ». *Health Promotion International* 29, no 3 (2013) : 583-595.
- 20 Agence de la santé publique du Canada. *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006*. Ottawa (Ontario) : ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 2006. Consulté le 15 octobre 2018. [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human\\_face\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_f.pdf)

- 21 Santé Canada. *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations*. Ottawa (Ontario) : Santé Canada, 2015. Consulté le 20 mars 2019. [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2015/sc-hc/H34-278-1-2014-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2015/sc-hc/H34-278-1-2014-fra.pdf)
- 22 McPheeters, H. « Primary prevention and health promotion in mental health ». *Preventive Medicine* 5, no 1 (1976) : 187-198.
- 23 Barry, Margaret M. et Inge Petersen. *Promotion of Mental Health and Primary Prevention of Mental Disorders: Priorities for Implementation, An Evidence Brief for the WHO Inter-Country Meeting on Implementation of Global Mental Health Action Plan in the Eastern Mediterranean Region* (2014). Consulté le 3 septembre 2018. [https://aran.library.nuigalway.ie/bitstream/handle/10379/4733/MHPEvidenceBriefingPaper18June2014\\_BarryPetersen\\_IP.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://aran.library.nuigalway.ie/bitstream/handle/10379/4733/MHPEvidenceBriefingPaper18June2014_BarryPetersen_IP.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 24 Friedli, Lynne et Michael Parsonage. *Mental Health Promotion: Building an Economic Case*. Belfast (Irlande du Nord) : Northern Ireland Association for Mental Health, 2007. Consulté le 10 décembre 2018. [http://www.chex.org.uk/media/resources/mental\\_health/Mental%20Health%20Promotion%20-%20Building%20an%20Economic%20Case.pdf](http://www.chex.org.uk/media/resources/mental_health/Mental%20Health%20Promotion%20-%20Building%20an%20Economic%20Case.pdf)
- 25 Herrman, Helen, Shekhar Saxena et Rob Moodie (dir.). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2005. Consulté le 4 octobre 2018. <http://www.who.int/iris/handle/10665/43286>
- 26 *Ibid.*, 5, 171, 191.
- 27 Keyes, Corey L. « Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health ». *American Psychologist* 62, no 2 (2007) : 95.
- 28 Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Mental Health Atlas*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2017.
- 29 Barry, Margaret M. « Addressing the determinants of positive mental health: Concepts, evidence and practice ». *International Journal of Mental Health Promotion* 11, no 3 (2009) : 4-17.
- 30 Anwar-McHenry, Julia et Robert J. Donovan. « The development of the Perth Charter for the promotion of mental health and wellbeing ». *International Journal of Mental Health Promotion* 15, no 1 (2013) : 58-64.
- 31 Fledderus, Martine, Ernst T. Bohlmeijer, Filip Smit et Gerben J. Westerhof. « 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, no 12 (2010) : 2372-2378.
- 32 Taylor, Rebecca D., Eva Oberle, Joseph A. Durlak et Roger P. Weissberg. « Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects ». *Child Development* 88, no 4 (2017) : 1156-1171; Anwar-McHenry, Donovan, Jalleh et Laws. « Impact evaluation of the Act-Belong-Commit mental health promotion campaign ».
- 33 Taylor, Oberle, Durlak et Weissberg. « Promoting positive youth development ».
- 34 Merkur, Sherry, Franco Sassi et David McDaid. *Promoting Health, Preventing Disease: Is There an Economic Case? Policy Summary*. Copenhague (Danemark) : Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2013. Consulté le 27 août 2018. <https://tinyurl.com/yxouj3hk>
- 35 Raphael, Dennis. « Restructuring society in the service of mental health promotion: Are we willing to address the social determinants of mental health? ». *International Journal of Mental Health Promotion* 11, no 3 (2009) : 18-31.
- 36 Arango, Celso, Covadonga M. Díaz-Caneja, Patrick D. McGorry, Judith Rapoport, Iris E. Sommer, Jacob A. Vorstman, David McDaid et al. « Preventive strategies for mental health ». *The Lancet Psychiatry* 5 no 7 (2018) : 591-604.
- 37 *Ibid.*, 596; Wortzman, Rachel L. « Mental health promotion as a prevention and healing tool for issues of youth suicide in Canadian Aboriginal communities ». *First Peoples Child and Family Review* 4, no 1 (2009) : 20-27.
- 38 Organisation mondiale de la Santé. Page d'information sur la dépression. Dernière mise à jour : 22 mars 2018. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- 39 Association canadienne pour la santé mentale. *L'équité pour la santé mentale : mettre fin à la disparité en santé au Canada*. Toronto (Ontario) : Association canadienne pour la santé mentale, 2018. Consulté le 19 octobre 2018. <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2018/09/CMHA-Parity-Paper-Full-Report-FR.pdf>
- 40 Bronfenbrenner, Urie. « Ecological models of human development ». *International Encyclopedia of Education* 3, no 2 (1994) : 3743.
- 41 Barry, Margaret M. « Addressing the determinants of positive mental health », 7; Barry, Margaret M. « Generic principles of effective mental health promotion ». *International Journal of Mental Health Promotion* 9, no 2 (2007) : 4-16.
- 42 Barry. « Generic principles », 5; Région de Waterloo. *Mental Health Promotion : Let's Start Speaking the Same Language*. Waterloo (Ontario) : Région de Waterloo, 2016. Consulté le 28 mars 2019. [https://www.regionofwaterloo.ca/en/regional-government/resources/Reports-Plans-Data/Public-Health-and-Emergency-Services/MentalHealthPromotion\\_Report.pdf](https://www.regionofwaterloo.ca/en/regional-government/resources/Reports-Plans-Data/Public-Health-and-Emergency-Services/MentalHealthPromotion_Report.pdf)
- 43 McLeroy, Kenneth R., Daniel Bibeau, Allan Steckler et Karen Glanz. « An ecological perspective on health promotion programs ». *Health Education Quarterly* 15, no 4 (1988) : 351-377; Richard, Lucie, Lise Gauvin et Kim Raine. « Ecological models revisited: Their uses and evolution in health promotion over two decades ». *Annual Review of Public Health* 32 (2011) : 307-326.
- 44 Thurston, Wilfreda E. et Bilkis Vissandjée. « An ecological model for understanding culture as a determinant of women's health ». *Critical Public Health* 15, no 3 (2005) : 229-242.
- 45 Sauter, Steven et Naomi Swanson. « An ecological model of musculoskeletal disorders in office work ». Dans *Beyond Biomechanics: Psychosocial Aspects of Musculoskeletal Disorders in Office Work*, sous la direction de Steven Sauter et S. D. Moon, 15-31. Boca Raton (Floride) : CRC Press, 2014.
- 46 Curry, Mary Ann, Dena Hassouneh-Phillips et Anne Johnston-Silverberg. « Abuse of women with disabilities: An ecological model and review ». *Violence Against Women* 7, no 1 (2001) : 60-79.
- 47 Stormshak, Elizabeth A., Arin M. Connell, Marie-Hélène Véronneau, Michael W. Myers, Thomas J. Dishion, Kathryn Kavanagh, et Allison S. Caruthers. « An ecological approach to promoting early adolescent mental health and social adaptation: Family-centered intervention in public middle schools ». *Child Development* 82, no 1 (2011) : 209-225; Campbell, Rebecca, Emily Dworkin et Giannina Cabral. « An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health ». *Trauma, Violence, & Abuse* 10, no 3 (2009) : 225-246; Kloos, Bret et Seema Shah. « A social ecological approach to investigating relationships between housing and adaptive functioning for persons with serious mental illness ». *American Journal of Community Psychology* 44, no 3-4 (2009) : 316-326.
- 48 Patel, Vikram, Shekhar Saxena, Crick Lund, Graham Thornicroft, Florence Baingana, Paul Bolton, Dan Chisholm et al. « The Lancet Commission on global mental health and sustainable development ». *The Lancet* 392, no 10157 (2018) : 1553-1598.
- 49 Agence de la santé publique du Canada. *Mesurer la santé mentale positive au Canada*. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada, s.d. Consulté le 5 novembre 2018. <http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mhp-psm/pdf/pmh-smp2-fra.pdf>
- 50 Wold, Bente et Maurice B. Mittelmark. « Health-promotion research over three decades: The social-ecological model and challenges in implementation of interventions ». *Scandinavian Journal of Public Health* 46, no 20 (2018) : 20-26; Barry. « Generic principles », 5.

- 51 McDaid, David, Emily Hewlett, and A-La Park. *Understanding effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness*. Health Working Papers de l'OCDE, no 97 (Paris : Les Éditions de l'OCDE, 2017).
- 52 Ministère des Finances Canada. « Proposition fédérale visant à améliorer les soins de santé pour les Canadiens ». Consulté le 8 novembre 2018. [https://www.fin.gc.ca/n16/data/16-16L\\_1-fra.asp](https://www.fin.gc.ca/n16/data/16-16L_1-fra.asp)
- 53 ACSM. *L'équité pour la santé mentale*.
- 54 CSMC. *Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada*, 5.
- 55 Epp. *La Santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*, 339.
- 56 CSMC. *Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada*, 78 et 110-111.
- 57 *Ibid.*, 9.
- 58 *Ibid.*, 9.
- 59 Petek, Ana, Miranda Novak et Margaret M. Barry. « Interdisciplinary research framework for multisectoral mental health policy development ». *International Journal of Mental Health Promotion* 19, no 3 (2017) : 119-133.
- 60 Ministry of Health de la Colombie-Britannique. *BC's Mental Health Substance Use Strategy*. Victoria (Colombie-Britannique) : Ministry of Health de la Colombie-Britannique, 2017. Consulté le 4 mars 2019. <https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2017/mental-health-substance-use-strategy.pdf>
- 61 Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. *Mind and Spirit: Promoting Mental Health and Addictions Recovery in the Northwest Territories*. Consulté le 4 mars 2019. <https://www.hss.gov.nt.ca/sites/hss/files/resources/mind-spirit-promoting-mental-health-addictions-recovery-nwt-strategic-framework-web.pdf>
- 62 Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. *Avancer ensemble*. Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) : gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. Consulté le 4 mars 2019. [https://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/publications/pei\\_mentalhealthaddictions\\_strategy\\_moving\\_forward\\_fre.pdf](https://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/publications/pei_mentalhealthaddictions_strategy_moving_forward_fre.pdf)
- 63 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSL). *Esprit ouvert, esprit sain*. Toronto (Ontario) : MSSL. Consulté le 4 mars 2019. [http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/mental\\_health2011/mentalhealth\\_rep2011.pdf](http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/mental_health2011/mentalhealth_rep2011.pdf)
- 64 Ministry of Health/Manatū Hauora de Nouvelle-Zélande. *Building on Strengths*. Wellington (Nouvelle-Zélande) : Ministry of Health/Manatū Hauora. Consulté le 4 mars 2019. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/buildingonstrengths.pdf>
- 65 Enquête gouvernementale sur la santé mentale et les dépendances. *He Ara Oranga: Report of the Government Inquiry into Mental Health and Addiction*. Wellington (Nouvelle-Zélande) : Office of the Minister of Health, 2018. Consulté le 4 mars 2019. <https://mentalhealth.inquiry.govt.nz/assets/Summary-reports/He-Ara-Oranga.pdf>
- 66 *Ibid.*, 33.
- 67 Mental Health Reform. *A Vision for Change Nine Years On: A Coalition Analysis of Progress*. Dublin (Irlande) : Mental Health Reform, 2015. Consulté le 8 août 2018. <https://www.mentalhealthreform.ie/wp-content/uploads/2018/04/A-Vision-for-Change-web.pdf>.
- 68 *Ibid.*, 17.
- 69 Queensland Mental Health Commission. *Shifting Minds: Queensland Mental Health, Alcohol and Other Drugs Strategic Plan 2018-2023*. Brisbane (Australie) : Queensland Mental Health Commission, 2018. Consulté le 11 décembre 2018. [https://www.qmhc.qld.gov.au/sites/default/files/files/qmhc\\_2018\\_strategic\\_plan.pdf](https://www.qmhc.qld.gov.au/sites/default/files/files/qmhc_2018_strategic_plan.pdf)
- 70 Mental Health: Sweden ». EACEA National Policies Platform, Commission européenne. Dernière mise à jour : 12 mars 2018. <https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/en/content/youthwiki/75-mental-health-sweden>
- 71 « Mental Health Atlas 2014 Country Profiles: Denmark ». *Atlas de la santé mentale*. Organisation mondiale de la Santé, s.d. [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/profiles-2014/dnk.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/dnk.pdf?ua=1)
- 72 Arnardottir, Johanna Rosa. *Mental Health Among Youth in Iceland*. Stockholm (Suède) : Nordic Centre for Welfare and Social Issues. Consulté le 11 décembre 2018. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1071169/FULLTEXT01.pdf>
- 73 Barry, Margaret M., Celene Domitrovich et Ma Asunción Lara. « The implementation of mental health promotion programmes ». *IUHPE - Promotion & Education* 12, no suppl. 2 (2005) : 30-36; Donovan, Robert J. et Julia Anwar-McHenry. « Act-Belong-Commit: Lifestyle medicine for keeping mentally healthy ». *American Journal of Lifestyle Medicine* 10, no 3 (2016) : 193-199; Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII). *Mental Health and Mental Illness: Canadian Federation of Nurses Unions Backgrounder*. Ottawa (Ontario) : FCSII, 2011. Consulté le 23 mars 2019. <http://docplayer.net/40629341-Mental-health-and-mental-illness.html>
- 74 Donovan et Anwar-McHenry. « Act-Belong-Commit », 194.
- 75 Nguyen, Tram, Mark G. Embrett, Neil G. Barr, Gillian M. Mulvale, Diana K. Vania, Glen E. Randall et Briano DiRezze. « Preventing youth from falling through the cracks between child/adolescent and adult mental health services: A systematic review of models of care ». *Community Mental Health Journal* 53, no 4 (2017) : 375-382; Perrella, Andrew, Carrie McAiney et Jenny Ploeg. « Rewards and challenges in caring for older adults with multiple chronic conditions: Perspectives of seniors' mental health case managers ». *Revue canadienne de santé mentale communautaire* 37, no 1 (2018) : 65-79.
- 76 FCSII. *Mental Health and Mental Illness*, 5.
- 77 Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, *La santé mentale dans le champ de l'évaluation d'impact sur la santé*. Québec (Québec) : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé/Institut national de santé publique du Québec, 2016. Consulté le 6 septembre 2018. [http://www.ccnpps.ca/docs/2016\\_EIS-HIA\\_SanteMentale\\_FR.pdf](http://www.ccnpps.ca/docs/2016_EIS-HIA_SanteMentale_FR.pdf)
- 78 Condition féminine Canada. *Qu'est-ce que l'ACS+?* Ottawa (Ontario) : Condition féminine Canada. Consulté le 16 mars 2019. <https://cfc-swc.gc.ca/gba-acs/index-fr.html>
- 79 Lalani, Nimira. *Mental Health Impact Assessment: A Primer*. Toronto (Ontario) : Wellesley Institute. Consulté le 23 mars 2019. [https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/02/MWIA\\_Lalani.pdf](https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/02/MWIA_Lalani.pdf)
- 80 Condition féminine Canada. *Qu'est-ce que l'ACS+?*
- 81 Smith Fowler, Heather, Paul Lalonde, Geneviève Mák et David Gyarmati. *Considérations relatives à l'évaluation de la valeur économique des interventions en santé des populations*. Ottawa (Ontario) : Société de recherche sociale appliquée, 2016. Consulté le 14 octobre 2018. <http://www.srdc.org/media/200049/phac-report-fr.pdf>
- 82 McDaid, Hewlett et Park. *Understanding effective approaches*, 6.
- 83 Cunningham, Charles E., Rebecca Bremner et Michael Boyle. « Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: Utilization, cost effectiveness, and outcome ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 36, no 7 (1995) : 1141-1159.
- 84 Aos, Steve, Roxanne Lieb, Jim Mayfield, Marna Miller et Annie Pennucci. *Benefits and Costs of Prevention and Early Intervention Programs for Youth*. Olympia (Washington) : Washington State Institute for Public Policy, 2004.
- 85 van't Veer-Tazelaar, Petronella, Filip Smit, Hein van Hout, Patricia van Oppen, Henriette van der Horst, Aartjan Beekman et Harm van Marwijk. « Cost-effectiveness of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: Randomised trial ». *The British Journal of Psychiatry* 196, no 4 (2010) : 319-325.

- 86** Moyenne calculée par l'ACSM. Consulter : Belfield, Clive, A. Brooks Bowden, Allii Klapp, Henry Levin, Robert Shand et Sabine Zander. « The economic value of social and emotional learning ». *Journal of Benefit-Cost Analysis* 6, no 3 (2015) : 508-544.
- 87** McDaid, David, Gareth Hopkin, Martin Knapp, Nicolas Brimblecombe, Sara Evans-Lacko et Candy Gan. *The Economic Case for Prevention in Young People's Mental Health: Bullying*. Londres : MQ Transforming Mental Health, 2017. Consulté le 14 février 2019. <https://s3.eu-central-1.amazonaws.com/www.joinmq.org/The+Economic+Case+for+Prevention+in+Young+People%E2%80%99s+Mental+Health++Bullying.pdf>
- 88** Klapp, Allii, Clive Belfield, Brooks Bowden, Henry Levin, Robert Shand et Sabine Zander. « A benefit-cost analysis of a long-term intervention on social and emotional learning in compulsory school ». *International Journal of Emotional Education* 9, no 1 (2017) : 319.
- 89** Chiodo, Debbie et Hailey Kolpin. « Both promising and problematic: Reviewing the evidence for implementation science ». Dans *Handbook of School-Based Mental Health Promotion: An Evidence-informed Framework for Implementation*, sous la direction d'Alan W. Leschied, Donald H. Saklofske et Gordon L. Flett, 11-32. Cham (Suisse) : Springer, 2018.
- 90** Chiodo et Kolpin. « Both promising and problematic », 28.
- 91** Fox, Jeremy K., Kathleen Herzig, Daniela Colognori, Catherine E. Stewart et Carrie Masia Warner. « School based treatment for anxiety in children and adolescents: New developments in transportability and dissemination ». Dans *Handbook of School Mental Health: Research, Training, Practice, and Policy*, sous la direction de Mark D. Weist, Nancy A. Lever, Catherine P. Bradshaw et Julie Sarno Owens, 355-368. New York : Springer, 2014; Parker, Elizabeth, Beryl Meiklejohn, Carla Patterson, Ken Edwards, Cilla Preece, Patricia Shuter et Trish Gould. « Our games our health: A cultural asset for promoting health in Indigenous communities ». *Health Promotion Journal of Australia* 17, no 2 (2006) : 103-108.
- 92** Barry, Margaret M., Aleisha M. Clarke, Silvia E. Morreale et Catherine Anne Field. « A review of the evidence on the effects of community-based programs on young people's social and emotional skills development ». *Adolescent Research Review* 3, no 1 (2018) : 13-27.
- 93** Weist, Mark D., Lois Flaherty, Nancy Lever, Sharon Stephan, Karthryn Van Eck et Abby Bode. « The history and future of school mental health ». Dans *School Mental Health Services for Adolescents*, sous la direction de Judith R. Harrison, Brandon K. Schultz et Steven W. Evans, 3-23. Oxford : Oxford University Press, 2017.
- 94** Jacobs, Philip, Francine Knoops et Alain Lesage. « Mesurer les coûts agrégés liés à la santé mentale au Canada : un examen de la question ». *Revue canadienne de santé mentale communautaire* 36, no 4 (2017) : 127-143.
- 95** Mihalopoulos, Cathrine et Theo Vos. « Cost-effectiveness of preventive interventions for depressive disorders: An overview ». *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 13, no 2 (2013) : 237-242.
- 96** Smith Fowler, Lalonde, Mák et Gyarmati. *Considérations relatives à l'évaluation de la valeur économique des interventions en santé des populations*.
- 97** *Ibid.*, 3
- 98** *Ibid.*, 3.
- 99** McDaid, Hewlett et Park. *Understanding effective approaches*, 30.
- 100** Fledderus, Bohlmeijer, Smit et Westerhof. « Mental health promotion as a new goal in public mental health care », 2375-2376.
- 101** Dufour, Sarah, Julie Denoncourt et Brian L. Mishara. « Improving children's adaptation: New evidence regarding the effectiveness of Zippy's Friends, a school mental health promotion program ». *Advances in School Mental Health Promotion* 4, no 3 (2011) : 18-28.
- 102** Clarke, Aleisha M., Brendan Bunting et Margaret M. Barry. « Evaluating the implementation of a school-based emotional well-being programme: A cluster randomized controlled trial of Zippy's Friends for children in disadvantaged primary schools ». *Health Education Research* 29, no 5 (2014) : 786-798; Holen, Solveig, Trine Waaktaar, Arne Lervåg et Mette Ystgaard. « The effectiveness of a universal school-based programme on coping and mental health: A randomised, controlled study of Zippy's Friends ». *Educational Psychology* 32, no 5 (2012) : 657-677; Mishara, Brian L. et Mette Ystgaard. « Effectiveness of a mental health promotion program to improve coping skills in young children: Zippy's Friends ». *Early Childhood Research Quarterly* 21, no 1 (2006) : 110-123.
- 103** Sibinga, Erica, Lindsey Webb, Sharon R. Ghazarian et Jonathan M. Ellen. « School-based mindfulness instruction: An RCT ». *Pediatrics* 137, no 1 (2016) : e20152532; Nielsen, Line, Charlotte Meilstrup, Malene Kubstrup Nelausen, Vibeke Koushede et Bjørn Evald Holstein. « Promotion of social and emotional competence: Experiences from a mental health intervention applying a whole school approach ». *Health Education* 115, no 3/4 (2015) : 339-356; Malti, Tina, Sarah E. O. Schwartz, Cindy H. Liu et Gil G. Noam. « Program evaluation: Relationships as key to student development ». *New Directions for Youth Development* no 120 (2008) : 151177.
- 104** Holen, Solveig, Trine Waaktaar, Arne Lervåg et Mette Ystgaard. « Implementing a universal stress management program for young school children: Are there classroom climate or academic effects? ». *Scandinavian Journal of Educational Research* 57, no 4 (2013) : 420-444.
- 105** Nakkash, Rima T., Hala Alaouie, Pascale Haddad, Taghreed El Hajj, Hiba Salem, Ziyad Mahfoud et Rema A. Afifi. « Process evaluation of a community-based mental health promotion intervention for refugee children ». *Health Education Research* 27, no 4 (2011) : 595-607.
- 106** Kirmayer, Laurence J. « Cultural competence and evidence-based practice in mental health: Epistemic communities and the politics of pluralism ». *Social Science and Medicine* 75, no 2 (2012) : 250.
- 107** Ruiz-Casares, Mónica, Lauren Kolyn, Richard Sullivan et Cécile Rousseau. « Parenting adolescents from ethno-cultural backgrounds: A scan of community-based programs in Canada for the promotion of adolescent mental health ». *Children and Youth Services Review* 53 (2015) : 10-16.
- 108** Fenwick-Smith, Amanda, Emma E. Dahlberg et Sandra C. Thompson. « Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs ». *BMC Psychology* 6, no 1 (2018) : 30. Consulté le 17 août 2018. <https://bmcpopsychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-018-0242-3>
- 109** Kirmayer. « Cultural competence », 253.
- 110** Kirmayer, Laurence, Cori Simpson et Margaret Cargo. « Healing traditions: Culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples ». *Australasian Psychiatry* 11, no suppl. 1 (2003) : S15-S23.
- 111** Wortzman. « Mental health promotion », 20.
- 112** McDaid, David et A-La Park. « Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project ». *Health Promotion International* 26, no suppl. 1 (2011) : i108-i139.
- 113** Arango, Díaz-Caneja, McGorry, Rapoport, Sommer, Vorstman et al. « Preventive strategies for mental health », 599.
- 114** Fenwick-Smith, Dahlberg et Thompson. « Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs », para. 7 et 17.
- 115** Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Ottawa (Ontario) : CSMC. Consulté le 12 février 2019. [https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy\\_Strategy\\_FRE\\_1.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_FRE_1.pdf)



- 116** Association canadienne pour la santé mentale. *Canadian Minds Matter: Towards Comprehensive and Accessible Mental Health Services for Canadians*. Toronto (Ontario) : ACSM, 2016, 11.
- 117** McDaid, David, A-La Park, Martin Knapp, Emma Wilson, Benjamin Rosen et Jennifer Beecham. *Commissioning Cost-effective Services for Promotion of Mental Health and Wellbeing and Prevention of Mental Ill-health*. Londres : Public Health England, 2017.
- 118** Association canadienne pour la santé mentale. *Canadian Minds Matter: Towards Comprehensive and Accessible Mental Health Services for Canadians*. Toronto (Ontario) : ACSM, 2016.
- 119** Bower, Peter et Simon Gilbody. « Stepped care in psychological therapies: Access, effectiveness and efficiency: Narrative literature review ». *The British Journal of Psychiatry* 186, no 1 (2005) : 11-17.
- 120** Mihalopoulos et Vos. « Cost-effectiveness of preventive interventions », 240; Weare, Katherine et Melanie Nind. « Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? ». *Health Promotion International* 26, no suppl. 1 (2011) : i29-i69; Durlak, Joseph A., Roger P. Weissberg, Allison B. Dymnicki, Rebecca D. Taylor et Kriston B. Schellinger. « The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions ». *Child Development* 82, no 1 (2011) : 405-432; Dray, Julia, Jennifer Bowman, Elizabeth Campbell, Megan Freund, Luke Wolfenden, Rebecca K. Hodder, Kathleen McElwaine et al. « Systematic review of universal resilience-focused interventions targeting child and adolescent mental health in the school setting ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 56, no 10 (2017) : 813-824.
- 121** Ruiz-Casares, Kolyn, Sullivan et Rousseau. « Parenting adolescents from ethno-cultural backgrounds », 14.
- 122** Weist, Mark D. « Fulfilling the promise of school-based mental health: Moving toward a public mental health promotion approach ». *Journal of Abnormal Child Psychology* 33, no 6 (2005) : 735-741.
- 123** Weist. « Fulfilling the promise of school-based mental health », 736.
- 124** Carral Bielsa, Vanesa, Fleur Braddick, Eva Jané-Llopis, Rachel Jenkins et Dainius Puras. « Child and adolescent mental health policies, programmes and infrastructures across Europe ». *International Journal of Mental Health Promotion* 12, no 4 (2010) : 10-26.
- 125** Short, Kathryn H. « Intentional, explicit, systematic: Implementation and scale-up of effective practices for supporting student mental well-being in Ontario schools ». *International Journal of Mental Health Promotion* 18, no 1 (2016) : 33-48.
- 126** Petek, Novak et Barry. « Interdisciplinary research framework », 124.
- 127** Weist. « Fulfilling the promise of school-based mental health », 736. Note : Comme Mantoura et ses collaborateurs le font remarquer dans leur cadre de référence pour soutenir l'action en santé mentale des populations, les acteurs de la santé publique doivent aussi recevoir le soutien nécessaire pour pouvoir aider les autres secteurs. Consulter : Mantoura, Pascale, Marie-Claude Roberge et Louise Fournier. « Un cadre de référence ».
- 128** Short. « Intentional, explicit, systematic », 36.
- 129** Petek, Novak et Barry. « Interdisciplinary research framework », 130.
- 130** Weist, Mark D., Eric J. Bruns, Kelly Whitaker, Yifeng Wei, Stanley Kutcher, Torill Larsen, Ingrid Holsen, Janice L. Cooper, Anne Geroski et Kathryn H. Short. « School mental health promotion and intervention: Experiences from four nations ». *School Psychology International* 38, no 4 (2017) : 343-362
- 131** Conley, Colleen S., Joseph A. Durlak et Daniel A. Dickson. « An evaluative review of outcome research on universal mental health promotion and prevention programs for higher education students ». *Journal of American College Health* 61, no 5 (2013) : 286-301.
- 132** Dhamoon, Rita Kaur et Olena Hankivsky. « Why the theory and practice of intersectionality matter to health research and policy ». Dans *Health Inequities in Canada: Intersectional Frameworks and Practices*, sous la direction d'Olena Hankivsky, 16-50. Vancouver (Colombie-Britannique) : UBC Press, 2011; Weber, Lynn et Deborah Parra-Medina. « Intersectionality and women's health: Charting a path to eliminating health disparities ». Dans *Gender Perspectives on Health and Medicine: Key Themes*, sous la direction de Marcia Texler Segal, Vasilikie Demos et Jennie Jacobs Kronenfeld, 181-230. Bingley (Royaume-Uni) : Emerald Group Publishing, 2003..
- 133** Bureau du vérificateur général du Canada. *Printemps 2009 – Rapport de la vérificatrice générale du Canada : Chapitre 1 – L'analyse comparative entre les sexes*. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada, 2009. Consulté le 7 mars 2019. [http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl\\_oag\\_200905\\_01\\_f\\_32514.html](http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_200905_01_f_32514.html)
- 134** Crenshaw, Kimberlé. « Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics » (1989). Dans *Feminist Legal Theory: Readings in Law and Gender*, sous la direction de Katharine T. Bartlett et Rosanne Kennedy, 57-80. New York : Routledge, 2018.
- 135** Khanlou, Nazilla et Tahira Gonsalves. « An intersectional understanding of youth cultural identities and psychosocial integration: Why it matters to mental health promotion in immigrant-receiving pluralistic societies ». Dans *Health Inequities in Canada: Intersectional Frameworks and Practices*, sous la direction d'Olena Hankivsky, 166-179. Vancouver (Colombie-Britannique) : UBC Press, 2011.
- 136** Hankivsky, Olena, Sarah de Leeuw, Jo-Anne Lee, Bilkis Vissandjée et Nazilla Khanlou. « Introduction: Purpose, overview and contribution ». Dans *Health Inequities in Canada: Intersectional Frameworks and Practices*, sous la direction d'Olena Hankivsky, 1-15. Vancouver (Colombie-Britannique) : UBC Press, 2011.
- 137** Parker, Meiklejohn, Patterson, Edwards, Preece, Shuter et Gould. « Our games our health », 5.
- 138** Barry, Margaret Mary, Aleisha Clarke et Katherine Dowling. « Promoting social and emotional well-being in schools ». *Health Education* 117, no 5 (2017) : 434-451; Khanlou et Gonsalves. « An intersectional understanding », 171.
- 139** Kirmayer, Laurence J., Danielle Groleau, Jaswant Guzder, Caminee Blake et Eric Jarvis. « Cultural consultation: A model of mental health service for multicultural societies ». *La Revue canadienne de psychiatrie* 48, no 3 (2003) : 145-153.
- 140** Hankivsky, de Leeuw, Lee, Vissandjée et Khanlou. « Introduction », 1.
- 141** Teghtsoonian, Katherine. « Depression and mental health in neoliberal times: A critical analysis of policy and discourse ». *Social Science & Medicine* 69, no 1 (2009) : 28-35.
- 142** Khanlou et Gonsalves. « An intersectional understanding », 170.
- 143** Stewart, Suzanne L. « Promoting Indigenous mental health: Cultural perspectives on healing from Native counsellors in Canada ». *International Journal of Health Promotion and Education* 46, no 2 (2008) : 49-56.
- 144** Kirmayer, Simpson et Cargo. « Healing traditions », S16-S17.
- 145** *Ibid.*, S17.
- 146** *Ibid.*, S18.
- 147** Mundel, Erika et Gwen E. Chapman. « A decolonizing approach to health promotion in Canada: The case of the Urban Aboriginal Community Kitchen Garden Project ». *Health Promotion International* 25, no 2 (2010) : 166-173; Stewart. « Promoting Indigenous mental health ».
- 148** Mundel et Chapman. « A decolonizing approach », 167.
- 149** Santé Canada. *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations*, 21 et 45.
- 150** Gone, Joseph P. « Redressing First Nations historical trauma: Theorizing mechanisms for Indigenous culture as mental health treatment ». *Transcultural Psychiatry* 50, no 5 (2013) : 683-706.

- 151 Williams, Lewis et Zubia Mumtaz. « Being alive well? Power-knowledge as a countervailing force to the realization of mental well-being for Canada's Aboriginal young people ». *International Journal of Mental Health Promotion* 10, no 4 (2008) : 21-31.
- 152 Plaskett, Rosemary et Bill Stewart. *Caring for the Circle Within : Jackson Lake land-based healing program – Program overview and evaluation report* (Première Nation des Kwanlin Dün, 2010). Consulté le 6 mars 2019. <http://www.kwanlindun.com/uploads/KDFN%20Caring%20for%20the%20Circle%20Within-Evaluation%20report%202010.pdf>
- 153 Kirmayer, Laurence J., Eli Sheiner et Dominique Geoffroy. « Mental health promotion for Indigenous youth ». Dans *Positive Mental Health, Fighting Stigma and Promoting Resiliency for Children and Adolescents*, sous la direction de Matthew Hodes et Susan Gau, 111-140. Londres : Academic Press, 2016
- 154 Beiser, Morton, Feng Hou, Ilene Hyman et Michel Tousignant. « Poverty, family process, and the mental health of immigrant children in Canada ». *American Journal of Public Health* 92, no 2 (2002) : 220-227; Whitley, Rob, Laurence J. Kirmayer et Danielle Groleau. « Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: A qualitative study from Montreal ». *La Revue canadienne de psychiatrie* 51, no 4 (2006) : 205-209.
- 155 Yang, Jennifer. « Program for Black youth in crisis at heart of bitter dispute ». *Toronto Star*. Consulté le 4 septembre 2018. <https://www.thestar.com/news/gta/2017/05/04/program-for-black-youth-in-crisis-at-heart-of-bitter-dispute.html>
- 156 Logie, Carmen H., Jesse I. R. Jenkinson, Valerie Earnshaw, Wangari Tharao et Mona R. Loutfy. « A structural equation model of HIV-related stigma, racial discrimination, housing insecurity and wellbeing among African and Caribbean Black women living with HIV in Ontario, Canada ». *PLoS One* 11, no 9 (2016) : e0162826.
- 157 Guruge, Sepali et Hissan Butt. « A scoping review of mental health issues and concerns among immigrant and refugee youth in Canada: Looking back, moving forward ». *Revue canadienne de santé publique* 106, no 2 (2015) : e72-e78; Wilson, Ruth Marie, Rabea Murtaza et Yogendra B. Shakya. « Pre-migration and post-migration determinants of mental health for newly arrived refugees in Toronto ». *Thèmes canadiens* 7, no d'été (2010) : 45-49.
- 158 Newbold, Bruce. « The short-term health of Canada's new immigrant arrivals: Evidence from LSIC ». *Ethnicity and Health* 14, no 3 (2009) : 315-336.
- 159 De Maio, Fernando G. et Eagan Kemp. « The deterioration of health status among immigrants to Canada ». *Global Public Health* 5, no 5 (2009) : 462-478.
- 160 Reitz, Jeffrey G. et Rupa Banerjee. *Racial Inequality, Social Cohesion and Policy Issues in Canada*. Toronto (Ontario) : Institut de recherche en politiques publiques, 2007; Noh, Samuel, Violet Kaspar et Kandauda A. S. Wickrama. « Overt and subtle racial discrimination and mental health: Preliminary findings for Korean immigrants ». *American Journal of Public Health* 97, no 7 (2007) : 1269-1274.
- 161 Statistique Canada. *Les Premières Nations, les Métis et les Inuits au Canada : des populations diverses et en plein essor*. Consulté le 26 mars 2019. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-659-x/89-659-x2018001-fra.htm>
- 162 Kirmayer, Simpson et Cargo. « Healing traditions », S21.
- 163 *Ibid.*, S21.
- 164 Williams et Mumtaz. « Being alive well? », 3.
- 165 *Ibid.*, 6.
- 166 Barry, Clarke et Dowling. « Promoting social and emotional well-being in schools », 438.
- 167 Rüsche, Nicolas, Patrick W. Corrigan, Abigail Wassel, Patrick Michaels, Jonathon E. Larson, Manfred Olschewski, Sandra Wilkniss et Karen Batia. « Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use ». *The British Journal of Psychiatry* 195, no 6 (2009) : 551-552.
- 168 Dabby, Layla, Constantin Tranulis et Laurence J. Kirmayer. « Explicit and implicit attitudes of Canadian psychiatrists toward people with mental illness ». *La Revue canadienne de psychiatrie* 60, no 10 (2015) : 451-459; Whitley, Rob et JiaWei Wang. « Television coverage of mental illness in Canada: 2013-2015 ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 52, no 2 (2017) : 241-244.
- 169 Goffman, Erving. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York : Penguin Books, 1974.
- 170 Bos, Arjan E. R., Daphne Kanner, Peter Muris, Birgit Janssen et Birgit Mayer. « Mental illness stigma and disclosure: Consequences of coming out of the closet ». *Issues in Mental Health Nursing* 30, no 8 (2009) : 509-513.
- 171 *Ibid.*, 512; Markowitz, Fred E. « The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness ». *Journal of Health and Social Behavior* 39, no 4 (1998) : 335-347.
- 172 Bos, Kanner, Muris, Janssen et Mayer. « Mental illness stigma », 512.
- 173 Corrigan, Patrick W., Juana Lorena Lara, Binoy Biren Shah, Kathleen T. Mitchell, Diana Simmes et Kenneth L. Jones. « The public stigma of birth mothers of children with fetal alcohol spectrum disorders ». *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 41, no 6 (2017) : 1166-1173; Niewegowski, Katherine, Patrick W. Corrigan, Tri Tyas, Anastasia Tooley, Rachel Dubke, Juana Lorena Lara, Lorenzo Washington, Janis Sayer, Lindsay Sheehan et l'Addiction Stigma Research Team. « Exploring the public stigma of substance use disorder through community-based participatory research ». *Addiction Research & Theory* 26, no 4 (2018) : 323-329.
- 174 McDaid, David, Martin Knapp et Shoba Raja. « Barriers in the mind: Promoting an economic case for mental health in low- and middle-income countries ». *World Psychiatry* 7, no 2 (2008) : 79-86.
- 175 Corrigan, Patrick W. *The Stigma Effect: Unintended Consequences of Mental Health Campaigns*. New York : Columbia University Press, 2018.
- 176 Anwar-McHenry, Donovan, Jalleh et Laws. « Impact evaluation of the Act-Belong-Commit mental health promotion campaign », 191.
- 177 Rubenstein, Lisa, Stephanie Dukes, Carolyn Fearing, Brenda K. Foster, Kirstin Painter, Abram Rosenblatt et Wendy Rubin. « A case study for social marketing: Key strategies for transforming the children's mental health system in the United States ». *Social Marketing Quarterly* 24, no 3 (2018) : 132-150.
- 178 Patten, Scott B., Alfred Remillard, Leslie Phillips, Geeta Modgill, Andrew C. H. Szeto, Aliya Kassam et David M. Gardner. « Effectiveness of contact-based education for reducing mental illness-related stigma in pharmacy students ». *BMC Medical Education* 12, no 1 (2012) : 120.
- 179 Papish, Andriyka, Aliya Kassam, Geeta Modgill, Gina Vaz, Lauren Zanussi et Scott B. Patten. « Reducing the stigma of mental illness in undergraduate medical education: A randomized controlled trial ». *BMC Medical Education* 13, no 1 (2013) : 141.
- 180 Bell Canada. *Bell Cause pour la cause : les 5 premières années*. Toronto (Ontario) : Bell Canada, 2015. Consulté le 6 mars 2019. <https://cause.bell.ca/bilandesprogresbellcause>
- 181 Booth, Richard G., Britney N. Allen, Krista M. Bray Jenkyn, Lihua Li et Salimah Z. Shariff. « Youth mental health services utilization rates after a large-scale social media campaign: Population-based interrupted time-series analysis ». *JMIR Mental Health* 5, no 2 (2018) : e27.
- 182 Henderson, Claire, Emily J. Robinson, Sara Evans-Lacko, Elizabeth Corker, Irene Rebollo-Mesa, Diana Rose et Graham Thornicroft. « Public knowledge, attitudes, social distance and reported contact regarding people with mental illness 2009-2015 ». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 134, no suppl. 446 (2016) : 23-33.
- 183 Henderson, Robinson, Evans-Lacko, Corker, Rebollo-Mesa, Rose et Thornicroft. « Public knowledge, attitudes, social distance and reported contact regarding people with mental illness 2009-2015 »; Henderson, Claire, Elizabeth Corker, Eleanor Lewis-

- Holmes, Sarah Hamilton, Clare Flach, Diana Rose, Paul Williams, Vanessa Pinfold et Graham Thornicroft. « England's Time to Change antistigma campaign: One-year outcomes of service user-rated experiences of discrimination ». *Psychiatric Services* 63, no 5 (2012) : 451-457; Sampogna, Gaia, Claire Henderson, Graham Thornicroft, Sara Evans-Lacko, Ioannis Bakolis, Emily J. Robinson, Mario Luciano, Valeria Del Vecchio et Andrea Fiorillo. « Are social networks useful to challenge stigma attached to mental disorders? Findings from the Time to Change social marketing campaign 2009-2014 ». *European Psychiatry* 41, no suppl. (2017) : S89.
- 184** Donovan, Robert J., Geoffrey Jalleh, Katy Robinson et Chad Lin. « Impact of a population-wide mental health promotion campaign on people with a diagnosed mental illness or recent mental health problem ». *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 40, no 3 (2016) : 274-275; Anwar-McHenry, Donovan, Jalleh et Laws. « Impact evaluation of the Act-Belong-Commit mental health promotion campaign », 189-190.
- 185** Wright, Annemarie, Patrick D. McGorry, Meredith G. Harris, Anthony F. Jorm et Kerry Pennell. « Development and evaluation of a youth mental health community awareness campaign - The Compass Strategy ». *BMC Public Health* 6, no 1 (2006) : 215.
- 186** Arango, Diaz-Caneja, McGorry, Rapoport, Sommer, Vorstman et al. « Preventive strategies for mental health », 597.
- 187** Province du Nouveau-Brunswick. *Stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick 2014-2021 : au cœur de notre avenir*. Fredericton (Nouveau-Brunswick) : 2017. Consulté le 1er mars 2019. <http://www.wellnessnb.ca/wp-content/uploads/2017/02/StrategieMieuxEtreDuNouveauBrunswick2014>
- 188** Rubenstein, Dukes, Fearing, Foster, Painter, Rosenblatt et Rubin. « A case study for social marketing », 137.
- 189** Mulfinger, Nadine, Sabine Müller, Isabel Böge, Vehbi Sakar, Patrick W. Corrigan, Sara Evans-Lacko, Luise Nehf et al. « Honest, Open, Proud for adolescents with mental illness: Pilot randomized controlled trial ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 59, no 6 (2018) : 684-691.
- 190** Guruge, Sepali, Arthur Ze Yu Wang, Vathsala Jayasuriya-Illesinghe et Souraya Sidani. « Knowing so much, yet knowing so little: A scoping review of interventions that address the stigma of mental illness in the Canadian context ». *Psychology, Health & Medicine* 22, no 5 (2017) : 507-523.
- 191** Guruge, Wang, Jayasuriya-Illesinghe et Sidani. « Knowing so much », 511.
- 192** Khanlou, Nazilla. « Young and new to Canada: Promoting the mental wellbeing of immigrant and refugee female youth ». *International Journal of Mental Health and Addiction* 6, no 4 (2008) : 514-516.
- 193** Durbin, Anna, Rahim Moineddin, Elizabeth Lin, Leah S. Steele et Richard H. Glazier. « Mental health service use by recent immigrants from different world regions and by non-immigrants in Ontario, Canada: A cross-sectional study ». *BMC Health Services Research* 15, no 1 (2015) : 336; Majumder, Pallab, Michelle O'Reilly, Khalid Karim et Panos Vostanis. « "This doctor, I not trust him, I'm not safe": The perceptions of mental health and services by unaccompanied refugee adolescents ». *International Journal of Social Psychiatry* 61, no 2 (2015) : 129-136.
- 194** Roberts, Lisa R., Semran K. Mann et Susanne B. Montgomery. « Depression, a hidden mental health disparity in an Asian Indian immigrant community ». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 13, no 1 (2016) : 27; Ekanayake, Samanthika, Farah Ahmad et Kwame McKenzie. « Qualitative cross-sectional study of the perceived causes of depression in South Asian origin women in Toronto ». *BMJ Open* 2, no 1 (2012) : e000641.
- 195** Khanlou. « Young and new to Canada », 514.
- 196** Patel, Arti. « Stigma and silence: Black Canadians and the fight for mental health awareness ». *Huffington Post*. Consulté le 1er mars 2019. [https://www.huffingtonpost.ca/2015/06/29/black-canadians-mental-health\\_n\\_7345182.html](https://www.huffingtonpost.ca/2015/06/29/black-canadians-mental-health_n_7345182.html)
- 197** Andreasen, Alan R. « A social marketing approach to changing mental health practices directed at youth and adolescents ». *Health Marketing Quarterly* 21, no 4 (2004) : 51-75.
- 198** Rubenstein, Dukes, Fearing, Foster, Painter, Rosenblatt et Rubin. « A case study for social marketing ».
- 199** Huxley, Peter et Graham Thornicroft. « Social inclusion, social quality and mental illness ». *The British Journal of Psychiatry* 182, no 4 (2003) : 289-290.
- 200** Andreasen. « A social marketing approach », 55.
- 201** Conseil consultatif en matière de croissance économique. *La voie vers la prospérité : relancer la trajectoire de croissance du Canada*. Ottawa (Ontario) : Conseil consultatif en matière de croissance économique, 2017. Consulté le 6 décembre 2018. <https://www.budget.gc.ca/aceg-ccce/pdf/pathway-to-prosperity-fra.pdf>
- 202** Friedli, Lynne. « 'What we've tried, hasn't worked': The politics of assets based public health ». *Critical Public Health* 23, no 2 (2013) : 131-145.
- 203** Enns, Jennifer, Maxine Holmqvist, Pamela Wener, Gayle Halas, Janet Rothney, Annette Schultz, Leah Goertzen et Alan Katz. « Mapping interventions that promote mental health in the general population: A scoping review of reviews ». *Preventive Medicine* 87 (2016) : 70-80.
- 204** *Ibid.*, 78.
- 205** *Ibid.*, 78; Raphael. « Restructuring society in the service of mental health promotion », 24.
- 206** Singh, Archana et Nishi Misra. « Loneliness, depression and sociability in old age ». *Industrial Psychiatry Journal* 18, no 1 (2009) : 51-55; Cornwell, Erin York et Linda J. Waite. « Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults ». *Journal of Health and Social Behavior* 50, no 1 (2009) : 31-48.
- 207** Cornwell et Waite. « Social disconnectedness », 31.
- 208** Cornwell et Waite. « Social disconnectedness », 33.
- 209** Weeks, David G., John L. Michela, Letitia A. Peplau et Martin E. Bragg. « Relation between loneliness and depression: A structural equation analysis ». *Journal of Personality and Social Psychology* 39, no 6 (1980) : 1238-1244; Cacioppo, John T., Mary Elizabeth Hughes, Linda J. Waite, Louise C. Hawkey et Ronald A. Thisted. « Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses ». *Psychology and Aging* 21, no 1 (2006) : 140-151.
- 210** Seeman, Teresa E. « Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults ». *American Journal of Health Promotion* 14, no 6 (2000) : 362-370; Fry, Prem S. et Dominique L. Debats. « Self-efficacy beliefs as predictors of loneliness and psychological distress in older adults ». *The International Journal of Aging and Human Development* 55, no 3 (2002) : 233-269.
- 211** Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). *Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens*. Ottawa (Ontario) : CSMC. Consulté le 1er mars 2019. [https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-09/csmc\\_lignes\\_directrices\\_pour\\_les\\_aines\\_0.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-09/csmc_lignes_directrices_pour_les_aines_0.pdf); Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). *Directives sur les meilleures pratiques à appliquer pour les programmes de promotion de la santé mentale : personnes de 55 ans+*. Toronto (Ontario) : CAMH. Consulté le 1er mars 2019. <https://www.porticonetwork.ca/documents/81358/128451/Older+Adults+55+%2B+FR/61bf1bd2-32ae-47b4-b65b-028bf25bfd09>
- 212** Grudz, Anatoliy, Jenna Jacobson, Philip Mai et Elizabeth Dubois. *The State of Social Media in Canada 2017*. Toronto (Ontario) : Ryerson University Social Media Lab, 2018.



- 213** Shapiro, Lauren A. Spies et Gayla Margolin. « Growing up wired: Social networking sites and adolescent psychosocial development ». *Clinical Child and Family Psychology Review* 17, no 1 (2014) : 1-18; Ellison, Nicole B., Charles Steinfield et Cliff Lampe. « The benefits of Facebook 'friends': Social capital and college students' use of online social network sites ». *Journal of Computer-Mediated Communication* 12, no 4 (2007) : 1143-1168.
- 214** Hamm, Michele P., Amanda S. Newton, Annabritt Chisholm, Jocelyn Shulhan, Andrea Milne, Purnima Sundar, Heather Ennis, Shannon D. Scott et Lisa Hartling. « Prevalence and effect of cyberbullying on children and young people: A scoping review of social media studies ». *JAMA Pediatrics* 169, no 8 (2015) : 770-777.
- 215** Royal Society for Public Health. *#StatusOfMind: Social Media and Young People's Mental Health and Wellbeing*. Londres : Royal Society for Public Health, 2017. Consulté le 12 février 2019. <https://www.rsph.org.uk/uploads/assets/uploaded/62be270a-a55f-4719-ad668c2ec7a74c2a.pdf>
- 216** *Ibid.*, 8.
- 217** Oberst, Ursula, Elisa Wegmann, Benjamin Stodt, Matthias Brand et Andrés Chamarro. « Negative consequences from heavy social networking in adolescents: The mediating role of fear of missing out ». *Journal of Adolescence* 55 (2017) : 51-60.
- 218** *Ibid.*, 53.
- 219** *Ibid.*, 53.
- 220** *Ibid.*, 51-60; Royal Society for Public Health. *#StatusOfMind*, 12.
- 221** Hamm, Newton, Chisholm et al. « Prevalence and effect », 774.
- 222** Kowalski, Robin M. et Susan P. Limber. « Psychological, physical, and academic correlates of cyberbullying and traditional bullying ». *Journal of Adolescent Health* 53, no suppl. 1 (2013) : S13-S20. Note : Des effets comparables ont été observés chez les jeunes cyberintimidateurs; ils sont aussi plus susceptibles de consommer de l'alcool et des drogues (consulter Ybarra, Michele L., Dorothy L. Espelage et Kimberly J. Mitchell. « The co-occurrence of Internet harassment and unwanted sexual solicitation victimization and perpetration: Associations with psychosocial indicators ». *Journal of Adolescent Health* 41, no suppl. 6 (2007) : S31-S41).
- 223** Hamm, Newton, Chisholm et al. « Prevalence and effect », 774.
- 224** Ybarra, Michele L. « Linkages between depressive symptomatology and Internet harassment among young regular Internet users ». *CyberPsychology & Behavior* 7, no 2 (2004) : 247-257.
- 225** Dodge, Alexa. « Digitizing rape culture: Online sexual violence and the power of the digital photograph ». *Crime, Media, Culture : An International Journal* 12, no 1 (2016) : 65-82.
- 226** Pashang, Soheila, Jennifer Clarke, Nazilla Khanlou et Katie Degenorfer. « Redefining cyber sexual violence against emerging young women: Toward conceptual clarity ». Dans *Today's Youth and Mental Health: Hope, Power and Resilience*, sous la direction de Soheila Pashang, Nazilla Khanlou et Jennifer Clarke, 77-97. Cham (Suisse) : Springer, 2018.
- 227** Daniels, Elizabeth A. et Eileen L. Zurbriggen. « "It's not the right way to do stuff on Facebook:" An investigation of adolescent girls' and young women's attitudes toward sexualized photos on social media ». *Sexuality & Culture* 20, no 4 (2016) : 936-964; Holland, Grace et Marika Tiggemann. « A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes ». *Body Image* 17 (2016) : 100-110.
- 228** Fardouly, Jasmine, Philippa C. Diedrichs, Lenny R. Vartanian et Emma Halliwell. « Social comparisons on social media: The impact of Facebook on young women's body image concerns and mood ». *Body Image* 13 (2015) : 38-45.
- 229** Royal Society for Public Health. *#StatusOfMind*, 10.
- 230** Royal Society for Public Health. *#StatusOfMind*, 10.
- 231** Longman, Huon, Erin O'Connor et Patricia Obst. « The effect of social support derived from World of Warcraft on negative psychological symptoms ». *CyberPsychology & Behavior* 12, no 5 (2009) : 563-566.
- 232** *Ibid.*, 565.
- 233** *Ibid.*, 566.
- 234** Royal Society for Public Health. *#StatusOfMind*, 24 et 26.
- 235** Burrow, Anthony L. et Nicolette Rainone. « How many likes did I get?: Purpose moderates links between positive social media feedback and self-esteem ». *Journal of Experimental Social Psychology* 69 (2017) : 232-236; Rui, Jian Raymond et Michael A. Stefanone. « Strategic image management online: Self-presentation, self-esteem and social network perspectives ». *Information, Communication & Society* 16, no 8 (2013) : 1286-1305.
- 236** Vosko, Leah F. *Temporary work: The gendered rise of a precarious employment relationship*. Toronto (Ontario) : University of Toronto Press, 2000.
- 237** Howard, John. « Nonstandard work arrangements and worker health and safety ». *American Journal of Industrial Medicine* 60, no 1 (2017) : 1-10.
- 238** Gross, Sally-Anne, George Musgrave et Laima Jancuite. *Well-being and mental health in the gig economy: Policy perspectives on precarity* - CAMRI Policy Brief no 4. Londres : University of Westminster Press, 2018.
- 239** Conseil consultatif en matière de croissance économique. *La voie vers la prospérité*; Tata Communications. *Cognitive diversity: AI & the future of work*. Londres : Tata Communications, 2018. Consulté le 7 décembre 2018. [https://www.tatacommunications.com/wp-content/uploads/2018/09/Report\\_Cognitive-Diversity\\_AI-and-The-Future-of-Work.pdf](https://www.tatacommunications.com/wp-content/uploads/2018/09/Report_Cognitive-Diversity_AI-and-The-Future-of-Work.pdf)
- 240** Lehdonvirta, Vili. « Flexibility in the gig economy: Managing time on three online piecework platforms ». *New Technology, Work and Employment* 33, no 1 (2018) : 13-29.
- 241** Conseil consultatif en matière de croissance économique. *La voie vers la prospérité*, 6.
- 242** Stone, Katherine Van Wezel. « Legal protections for atypical employees: Employment law for workers without workplaces and employees without employers ». *Berkeley Journal of Employment and Labor Law* 27, no 2 (2006) : 251-286; Howard. « Nonstandard work arrangements »; Wood, Alex J., Mark Graham, Vili Lehdonvirta et Isis Hjorth. « Good gig, bad gig: Autonomy and algorithmic control in the global gig economy ». *Work, Employment and Society* 33, no 1 (2019) : 56-75.
- 243** Lanigan, Roisin. « What is the stress of the gig economy doing to our mental health? ». *i-D*. Consulté le 7 décembre 2018. [https://i-d.vice.com/en\\_uk/article/vbj753/what-is-the-stress-of-the-gig-economy-doing-to-our-mental-health](https://i-d.vice.com/en_uk/article/vbj753/what-is-the-stress-of-the-gig-economy-doing-to-our-mental-health)
- 244** Gross, Musgrave et Jancuite. *Well-being and mental health in the gig economy*, 14.
- 245** *Ibid.*, 14.
- 246** *Ibid.*, 17.
- 247** *Ibid.*, 17.
- 248** *Ibid.*, 17.
- 249** Felstead, Alan et Golo Henseke. « Assessing the growth of remote working and its consequences for effort, well-being and work-life balance ». *New Technology, Work and Employment* 32, no 3 (2017) : 195-212.

# ANNEXE : PROGRAMME DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE

## PROGRAMMES DE L'ACSM

### Changing Minds (ACSM nationale et ACSM N.-B.)

**Population visée** : Adultes (18 ans et plus)

**Milieu** : Milieu de vie

**Langues** : Anglais

**Lien** : <https://cmhanb.ca/what-we-do/provincial-programs-initiatives/changing-minds/>

**Description** : *Changing Minds* est un programme novateur et polyvalent de sensibilisation aux maladies mentales. Il vise à informer les gens sur la santé mentale, à lutter contre la stigmatisation et à mieux faire connaître la santé et les maladies mentales. Il repose sur deux prémisses : les maladies mentales sont les maladies les plus difficiles à cerner, car leurs symptômes sont des changements de raisonnement, de sentiments et de comportement, et il est plus facile de comprendre les maladies mentales quand on apprend à connaître les personnes touchées. Ce programme est composé de huit modules contenant chacun un volet information et un volet communication. Dans le cadre du volet information est offerte une présentation de renseignements cliniques élémentaires suivie de témoignages vidéo visant à rapprocher les connaissances théoriques du vécu. Le volet communication, quant à lui, comprend une réflexion (connaissance de soi) et une réaction (compétence d'interaction).

### Retrouver son entrain<sup>MD</sup> (ACSM de l'Ontario, ACSM de la C.-B., ACSM du Manitoba)

**Population visée** : Jeunes (15 ans et plus) et adultes

**Milieu** : Milieu de vie

**Langues** : Français et anglais

**Lien** : <https://bouncebackontario.ca/fr/>

**Description** : *Retrouver son entrain<sup>MD</sup>* est un programme gratuit de développement des compétences dont l'objectif est d'aider les adultes et les jeunes de 15 ans et plus à gérer leurs symptômes d'anxiété et de dépression. Il donne accès à des vidéos gratuites en ligne contenant des conseils pratiques pour gérer son humeur, mieux dormir, gagner en confiance, faire plus d'activités, résoudre des problèmes et vivre sainement. Il propose aussi un programme pédagogique et motivationnel d'autothérapie guidée avec accompagnement par téléphone et cahiers d'exercices.

### Vivre sa vie, pleinement (ACSM de l'Ontario, ACSM de la C.-B., ACSM du Manitoba, ACSM de l'Î.-P.-É., ACSM du Yukon, ACSM de l'Alberta et ACSM du N.-B.)

**Population visée** : Jeunes (16 ans et plus), adultes et aidants naturels (55 ans et plus)

**Milieu** : Milieu de vie

**Langues** : Anglais, français et chinois (Colombie-Britannique)

**Lien** : <https://ontario.cmha.ca/programs-services/living-life-to-the-full/>

**Description** : *Vivre sa vie, pleinement* est un cours amusant et stimulant de huit séances qui permet à des gens de tous les horizons de se doter d'outils efficaces pour mieux gérer les aléas de la vie. Ce cours collectif repose sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), dont l'objectif est de mieux cerner l'influence des pensées, des sentiments et des comportements sur le bien-être. Chaque séance de 90 minutes porte sur un sujet différent : comprendre les pensées inutiles, faire des activités agréables, gérer sa colère et résoudre les problèmes qui semblent insurmontables. *Vivre sa vie, pleinement* s'adresse à des gens de tous âges et est offert en français et en anglais.

---

## Confident Parents, Thriving Kids (ACSM de la C.-B.)

---

**Population visée** : Enfants (3 à 12 ans) et leurs parents

**Milieu** : Milieu de vie

**Langues** : Anglais

**Lien** : <https://cptka.inputhealth.com/>

**Description** : Dans le cadre de 6 à 14 séances d'encadrement hebdomadaires accompagnées d'exercices, des conseillers qualifiés donnent aux parents et aux gardiens les moyens d'acquérir des compétences et des techniques efficaces pour développer les aptitudes sociales et l'esprit de coopération de leur enfant. Ces techniques éprouvées permettent de prévenir, de réduire ou d'enrayer les problèmes comportementaux légers à modérés.

---

## Road to Resilience (ACSM de la Nouvelle-Écosse)

---

**Population visée** : Adultes (proches aidants d'enfants et de jeunes)

**Milieu** : Milieu de vie

**Langues** : Anglais

**Lien** : <https://novascotia.cmha.ca/initiatives/>

**Description** : *Road to Resilience* est un atelier reposant sur les grands principes de l'apprentissage social et affectif : conscience de soi, gestion de soi, conscience sociale, gestion des relations et responsabilité des décisions. Il s'adresse aux personnes qui s'occupent d'enfants et de jeunes ou qui travaillent auprès d'eux. Les participants apprennent à donner l'exemple aux enfants et aux jeunes en adoptant des compétences d'apprentissage social et affectif (résolution des problèmes, prise de décisions responsables, conscience sociale, gestion de soi) qui les aideront à améliorer leurs aptitudes interpersonnelles et intrapersonnelles et à gagner en résilience.

---

## Optimal Aging (ACSM de la Nouvelle-Écosse)

---

**Population visée** : Adultes (50 ans et plus)

**Milieu** : Milieu de vie

**Langues** : Anglais

**Lien** : <https://novascotia.cmha.ca/events/optimal-aging-series-chester/>

**Description** : *Optimal Aging* est une initiative de promotion de la santé mentale qui, durant quatre semaines, vise à favoriser le bien-être psychosocial et la résilience des personnes matures. Grâce à elle, les participants reçoivent de l'information fiable sur la santé du cerveau et acquièrent des outils de résilience : 1) activités sociales, 2) pensées positives, 3) activités physiques, 4) prise en charge de sa propre santé mentale et 5) casse-têtes (exercices de réflexion, par exemple apprendre quelque chose de nouveau) et établissement d'objectifs de santé.

---

## Mental Health Promotion and Education (ACSM de Brant Haldimand Norfolk)

---

**Population visée** : Jeunes (16 ans et plus) et adultes

**Milieu** : Milieu de vie

**Langues** : Anglais

**Lien** : <https://bhn.cmha.ca/mental-health-promotion-and-education/>

**Description** : Le programme *Mental Health Promotion and Education* a pour objectif de mieux faire connaître et comprendre la santé mentale et les maladies mentales, de lutter contre la stigmatisation et d'améliorer la vie des résidents de Haldimand et de Norfolk. Il offre une panoplie de services : initiatives familiales, conférences sur divers sujets de santé mentale, séminaires et ateliers sur la gestion du stress FATIS (Formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide) et Premiers soins en santé mentale, groupes de soutien, ressources, promotion et sensibilisation, forums et éducation répondant aux besoins locaux et favorisant le bien-être au travail. Il est possible d'obtenir des documents et des ressources papier. Il est par ailleurs possible de faire du bénévolat pour le programme.

---

## Youth Net (ACSM de Peel Dufferin)

---

**Population visée** : Jeunes (12 à 20 ans)

**Milieu** : Milieu de vie

**Langues** : Anglais

**Lien** : <https://cmhapeeldufferin.ca/programs-services/youth-net/>

**Description** : *Youth Net* est un programme local animé par des jeunes qui vise à responsabiliser les jeunes, à les sensibiliser et à les mettre en lien avec des services de santé mentale.

---

---

## Youth Wellness Program (ACSM de la région de York)

---

**Population visée** : Jeunes (12 à 24 ans)

**Milieu** : Milieu de vie; School

**Langues** : Anglais

**Lien** : <https://cmha-yr.on.ca/programs/youth/youth-wellness/>

**Description** : Le Youth Wellness Program propose aux jeunes d'âge scolaire des séances en groupe et des ateliers interactifs, à l'école ou dans le milieu de vie. Son objectif est d'améliorer les connaissances, l'attitude et les compétences des enseignants et des élèves en ce qui concerne la promotion du bien-être mental, émotionnel et social. Adaptés à l'âge des élèves, les ateliers visent à leur inculquer de bonnes stratégies d'adaptation, à démystifier et à déstigmatiser les maladies mentales et à normaliser la recherche d'aide pour soi-même et les autres. Au programme : stress et anxiété, tout sur l'école secondaire, déboulonnage des mythes sur la santé mentale, suicide et dépression et troubles de l'alimentation.

---

## Ma vie, c'est cool d'en parler (ACSM Division Québec)

---

**Population visée** : Jeunes (12 à 18 ans)

**Milieu** : École

**Langues** : Français

**Lien** : <https://acsmmontreal.qc.ca/guide-dactivites-pedagogiques-ma-vie-cest-cool-den-parler/>

**Description** : *Ma vie, c'est cool d'en parler* est un instrument pédagogique spécialement conçu pour outiller les jeunes de 12 à 18 ans afin qu'ils puissent mieux gérer leur santé mentale et maintenir un bon équilibre personnel. Destiné aux professeurs et aux intervenants psychosociaux, ce guide propose des activités éducatives qui favorisent le développement de compétences personnelles et sociales chez les jeunes, notamment l'estime de soi, la gestion du stress et la résolution de problèmes. Les activités permettent également aux élèves de mieux comprendre la notion de santé mentale et d'adopter de saines habitudes de vie.

---

## Vieillir en bonne santé mentale (ACSM de Montréal)

---

**Population visée** : Aînés (55 ans et plus)

**Milieu** : Milieu de vie

**Langues** : Français

**Lien** : <https://acsmmontreal.qc.ca/programmes-services/presentation-du-programme-vieillir-en-bonne-sante-mentale/>

**Description** : Le guide d'intervention *Vieillir en bonne santé mentale* de l'Association canadienne pour la santé mentale de Montréal est un outil de référence et de soutien destiné à tout intervenant, animateur ou bénévole œuvrant auprès des aînés ainsi qu'aux proches aidants de personnes âgées. Il propose une réflexion sur nos attitudes, perceptions et préjugés relativement aux aînés, et présente des points de repère afin de permettre une meilleure connaissance du vieillissement et de faciliter une communication respectueuse. Il permet aussi de distinguer les difficultés reliées au vieillissement et celles dues à la détresse psychologique, voire à des troubles mentaux ou cognitifs plus sévères. Enfin, ce guide explore des façons concrètes d'améliorer ses interactions avec les aînés, afin de les accompagner le mieux possible et de favoriser leur épanouissement.

---

## Thrival Kits™ (ACSM Manitoba et Waterloo)

---

**Population visée** : Enfants (9 à 12 ans)

**Milieu** : École

**Langues** : Anglais

**Lien** : <https://mbwpg.cmha.ca/programmes-services/school-based-youth-mental-health-promotion/>

**Description** : Les Thrival Kits™ sont des trousseaux de ressources personnelles et scolaires contenant divers documents et activités visant à favoriser la promotion de la santé mentale de manière simple mais efficace auprès des élèves de la 4<sup>e</sup> à la 6<sup>e</sup> année. Beaucoup d'études montrent que la promotion de la santé mentale est un facteur de protection essentiel contre les maladies mentales. Les Thrival Kits™ font appel à des pratiques de promotion fondées sur des données probantes comme la réflexion personnelle, la méditation de pleine conscience, les stratégies de réduction du stress et d'adaptation et le développement des qualités interpersonnelles.

Grâce à ces trousseaux, les enfants découvriront six thèmes, accompagnés de diverses activités de promotion animées par leur enseignant. L'objectif de ces activités, qui ont lieu tout au long de l'année scolaire, est d'aider les enfants à intégrer de bonnes stratégies d'adaptation à leur quotidien, à gagner en estime de soi, à renforcer leur sentiment d'identité et à avoir plus d'empathie et de compréhension à l'égard des autres.

---

# PROGRAMMES CANADIENS

---

## Programme SNAP (*Stop Now and Plan*) (Canada)

---

**Population visée** : Enfants (6 à 12 ans) et jeunes (13 à 18 ans)

**Milieu** : École et milieu de vie (y compris les camps pour enfants et pour jeunes et le domicile)

**Évalué** : Oui

**Langues** : Français et anglais

**Lien** : <https://childdevelop.ca/snap/>

**Description** : Le programme SNAP® est un programme cognitivo-comportemental à composantes multiples, adapté au sexe, suivant un protocole précis et fondé sur des données probantes, qui s'adresse aux enfants à risque de 6 à 11 ans présentant des comportements perturbateurs graves (agression, violation des règles et problèmes de comportement) ainsi qu'à leur famille. Il vise à apprendre aux enfants (et à leurs parents ou gardiens) comment contrôler leurs émotions, avoir une meilleure maîtrise d'eux-mêmes et résoudre des problèmes. Il accorde une attention particulière à la remise en question des distorsions cognitives en vue de les remplacer par un mode de pensée réaliste et d'aider les enfants à faire de meilleurs choix dans le feu de l'action. L'objectif est d'améliorer les compétences sociales et de réduire les comportements perturbateurs, les risques de démêlés avec la police et les problèmes de discipline, tout en améliorant l'efficacité des aptitudes parentales.

---

## Creative Retirement (Manitoba)

---

**Population visée** : Aînés (55 ans et plus)

**Milieu** : Milieu de vie

**Évalué** : Pas d'information

**Langues** : Anglais

**Lien** : <https://www.creativeretirementmanitoba.ca/>

**Description** : *Creative Retirement* Manitoba est un centre pédagogique à but non lucratif qui offre des possibilités d'apprentissage novatrices et interactives aux 55 ans et plus. Il permet aux gens d'enrichir leur vie et de partager leur savoir et leur vécu. La philosophie du centre est que toutes les personnes, quel que soit leur âge, ont droit à de l'éducation au cours de leur vie.

---

## temps D'EN parler (Santé publique Ottawa, Ontario)

---

**Population visée** : Tous les âges

**Milieu** : Milieu de vie et lieu de travail

**Évalué** : Oui

**Langues** : Français et anglais

**Lien** : <http://www.santepubliqueottawa.ca/fr/public-health-services/have-that-talk.aspx>

**Description** : Il s'agit d'une série de vidéos dont l'objectif est d'informer les parents sur la santé mentale, en leur apprenant entre autres où trouver de l'aide et comment parler de santé mentale aux enfants et aux jeunes.

---

## The Fourth R (Centre for School Mental Health de l'Université Western) (Ontario)

---

**Population visée** : Jeunes (12 à 18 ans)

**Milieu** : Milieu de vie et école

**Évalué** : Oui

**Langues** : Anglais

**Lien** : <https://youthrelationships.org/>

**Description** : *The Fourth R* est un groupe de chercheurs et de professionnels s'employant à promouvoir les relations saines et à réduire les comportements risqués chez les adolescents. Il conçoit et évalue des programmes, des ressources et des documents de formation destinés aux personnes qui travaillent auprès des jeunes, comme les enseignants. Le groupe collabore notamment avec les écoles pour promouvoir le R négligé (les « relations ») en milieu scolaire. Dans cette optique, il a recours à des pratiques exemplaires pour cibler plusieurs formes de violence : intimidation, violence dans les fréquentations, violence entre camarades et violence en groupe. En créant des environnements scolaires sains, *The Fourth R* permet aux élèves de nouer de bonnes relations avec les autres et de prendre de bonnes décisions afin d'avoir toutes les clés en main pour mieux apprendre à l'école.

---

## Bounce Back and Thrive! (Ontario)

---

**Population visée** : Tous les âges

**Milieu** : Milieu de vie

**Évalué** : Oui

**Langues** : Anglais

**Lien** : <http://www.reachinginreachingout.com/programs-bb&t.htm>

**Description** : Il s'agit d'un programme évolutif de formation sur la résilience, fondé sur des données probantes et destiné aux parents d'enfants de moins de huit ans. D'une durée de 10 séances, il vise à aider les parents à faire preuve de bienveillance et de résilience dans leurs interactions quotidiennes avec leurs enfants. Au programme : échange d'information, activités pratiques, vidéos de parents et d'enfants montrant des stratégies de résilience, discussions et mise en pratique.

---

## Protégeons la santé mentale au travail (Canada)

---

**Population visée** : Jeunes (16 ans et plus) et adultes

**Milieu** : Lieu de travail

**Évalué** : S.O.

**Langues** : Français et anglais

**Lien** : <https://www.psmt.ca/>

**Description** : *Protégeons la santé mentale au travail* est un programme en ligne unique et gratuit qui vise à aider les employeurs, grands ou petits, du secteur public ou du secteur privé, à évaluer, à protéger et à promouvoir le concept de santé et de sécurité psychologiques au travail. Au cœur de ce programme figurent un outil d'enquête et des rapports sommaires comparant les résultats des employeurs à un échantillon datant de 2016 représentatif des travailleurs des différents secteurs et régions du Canada. Les participants ont accès à des propositions de stratégies, à des fiches de planification et à des ressources d'évaluation pour pouvoir améliorer la santé et la sécurité psychologiques dans leur milieu de travail.

# PROGRAMMES INTERNATIONAUX

---

## Al's Pals (États-Unis)

---

**Population visée** : Enfants (3 à 8 ans)

**Milieu** : École

**Évalué** : Oui

**Langues** : Anglais et espagnol

**Lien** : <http://wingspanworks.com/healthy-al/>

**Description** : *Al's Pals* est un programme sur la résilience destiné aux enseignants de la petite enfance qui vise à améliorer les compétences socio-émotionnelles, la maîtrise de soi, les aptitudes de résolution de problèmes et la capacité à prendre de bonnes décisions. Ses objectifs sont les suivants : aider les jeunes enfants à maîtriser leurs sentiments et leur comportement, et réduire ainsi le recours à la discipline au profit de la créativité des enseignants; instaurer et maintenir un environnement scolaire où règnent la bienveillance, la coopération, le respect et le sens des responsabilités; enseigner la résolution pacifique de conflits et de problèmes; promouvoir le respect des différences et les rapports sociaux positifs; prévenir et contrer l'intimidation; et aider les enfants à faire des choix sains et à surmonter les moments difficiles.

---



---

## Programme Triple P (Australie)

---

**Population visée** : Tous les âges

**Milieu** : Milieu de vie

**Évalué** : Oui

**Langues** : Plusieurs

**Lien** : <https://www.triplep.net>

**Description** : *Triple P* est un programme de prévention qui vise à doter les parents de stratégies efficaces pour s'occuper de leurs enfants et avoir avec eux des rapports bienveillants et constructifs. Réparti sur huit séances collectives et individuelles (à domicile, dans le deuxième cas), ce programme d'adaptation culturelle permet de réduire les comportements problématiques des enfants et le recours à des stratégies parentales dysfonctionnelles.

---

## Zippy's Friends (Danemark)

---

**Population visée** : Enfants (5 à 7 ans)

**Milieu** : École

**Évalué** : Oui

**Langues** : Plusieurs

**Lien** : <https://www.partnershipforchildren.org.uk/>

**Description** : Le programme *Zippy's Friends* vise à prévenir l'apparition de problèmes psychosociaux graves au cours de la vie (comme les comportements suicidaires) en dotant les enfants d'un bon éventail de capacités d'adaptation. Il s'adresse à tous les enfants, et non pas uniquement à ceux qui ont des difficultés ou qui sont jugés à risque. *Zippy's Friends* dure généralement 24 semaines, à raison d'une séance de 45 minutes par semaine.

---

## Act-Belong-Commit (Australie)

---

**Population visée** : Tous les âges

**Milieu** : Milieu de vie

**Évalué** : Oui

**Langues** : Plusieurs

**Lien** : <https://www.actbelongcommit.org.au/>

**Description** : *Act-Belong-Commit* est un programme de promotion de la santé unique en son genre, fondé sur des données probantes et s'appliquant à tout le milieu de vie. Il consiste essentiellement à améliorer le bien-être individuel et collectif en améliorant et en renforçant les liens entre les membres d'une communauté. Il encourage la participation à la vie familiale, à la vie culturelle et aux événements communautaires et favorise la collaboration entre les organismes communautaires offrant des activités propices à la santé mentale et au bien-être.

---

## KiVa Antibullying Program (Finlande)

---

**Population visée** : Enfants (6 à 12 ans)

**Milieu** : École

**Évalué** : Oui

**Langues** : Plusieurs

**Lien** : <http://www.kivaprogram.net/>

**Description** : *KiVa* est un programme fondé sur des données probantes qui a pour objectif de prévenir et de contrer l'intimidation en faisant appel aussi bien à des mesures universelles qu'à des mesures indiquées. Les mesures universelles, comme le curriculum *KiVa* (leçons, jeux en ligne), s'adressent à tous les élèves et visent essentiellement à prévenir l'intimidation. Les mesures indiquées sont utilisées quand un cas d'intimidation se présente. Elles visent directement les enfants ou les adolescents ayant vécu un épisode d'intimidation en tant qu'auteurs ou victimes, ainsi que les camarades mis au défi d'aider les victimes. L'objectif? Mettre un terme à l'intimidation.

---



Association canadienne  
pour la santé mentale  
*La santé mentale pour tous*



*ans dans la  
communauté*

---

Visitez le site Web de l'ACSM au

[WWW.ACSM.CA](http://WWW.ACSM.CA)