

# Santé mentale des populations : regard sur les pratiques et les besoins des praticiens en santé publique

20 novembre 2014, Ottawa

## Résultats préliminaires de l'enquête des CCNSP

François Benoit, responsable  
Maud Emmanuelle Labesse, agente de développement des réseaux  
Pascale Mantoura, agente de contenu  
CCNPPS



Centre de collaboration nationale  
sur les politiques publiques et la santé  
National Collaborating Centre  
for Healthy Public Policy

Institut national  
de santé publique  
Québec

# Projet des CCNSP sur la santé mentale des populations

## Début en 2013

- Une exploration environnementale
- Réalisée entre février et juin 2013

## Thèmes

- Organisations
- Documents fondateurs
- Répertoire des stratégies en santé mentale
- Définitions
- Lacunes
- Relations et réseaux

### Répertoire des stratégies en santé mentale au Canada

Pour revenir à la page du projet sur la Santé mentale des populations, [cliquez ici](#).  
Aidez-nous à garder ce tableau à jour en nous signalant tout changement dans l'information présentée par courriel à l'adresse [passcale.mantoura@nscq.qc.ca](mailto:passcale.mantoura@nscq.qc.ca).

STRATÉGIES PROVINCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ MENTALE						
Provinciale/ Territoriale/ Fédérale	Titre NB. Les titres en italiques sont des titres originaux alors que les autres sont des titres de stratégies qui n'existent qu'en anglais	Organisation	Année	Sous-populations	Résumé/ Objectifs/ Évaluation	Plan d'évaluation (Oui/N/A)
Alb.	<i>Créer des liens : stratégie albertaine sur la dépendance et la santé mentale</i>	Gouvernement de l'Alberta	2011	Approche populationnelle	ROÉ	Oui
Alb.	<i>Créer des liens : plan d'action albertain sur la dépendance et la santé mentale 2011-2016</i>	Alberta Health Services	2011	Approche populationnelle	ROÉ	Oui
Alb.	<i>Avenir positif – Optimiser la santé mentale pour les enfants et les jeunes de l'Alberta : Un cadre pour l'action (2006-2016)</i>	Santé et Bien-être Alberta	2006	Enfants et jeunes et leurs familles	ROÉ	Oui
Alb.	<i>Plan pour la santé mentale des enfants de l'Alberta : plan d'action triennal 2008-2011</i>	Gouvernement de l'Alberta	2008	Enfance et jeunesse	ROÉ	N/A
Alb.	<i>Cadre de santé mentale des Autochtones de l'Alberta</i>	Gouvernement de l'Alberta	2006	Peuples autochtones	ROÉ	N/A
C.-B.	<i>Un esprit sain dans un corps sain: Un plan décennal pour agir sur la santé mentale et l'utilisation de substances psycho actives en Colombie-Britannique</i>	Gouvernement de la Colombie-Britannique	2010	Approche populationnelle; Utilisateurs de substances	ROÉ	Oui
C.-B.	<i>Une voie vers l'avenir : le plan décennal de la Colombie-Britannique relatif au bien-être mental et à la toxicomanie chez les Premières nations et les peuples autochtones</i>	First Nations Health Authority	2013	Peuples autochtones	ROÉ	N/A
Man.	<i>Reliever le défi : plan stratégique de promotion de la santé mentale et du bien-être de la population manitobaine</i>	Gouvernement du Manitoba	2011	Approche populationnelle	ROÉ	Oui



# Projet sur la santé mentale des populations

## Publications

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

Juillet 2014

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

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

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

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

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

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

### Cadre de référence pour des politiques publiques favorables à la santé mentale

Mars 2014

La bonne santé mentale, dans son sens le plus large, ne se limite pas à l'absence de maladies; elle consiste en un état « d'épanouissement », lequel combine un sentiment de bien-être et une capacité d'agir efficacement la plupart du temps (The Government Office for Science, 2008; Huppert, 2009; Keyes, 2007; Huppert et So, 2013). La bonne santé mentale est considérée une ressource pour la vie tant à l'échelle individuelle qu'à l'échelle populationnelle. Ainsi définie, elle se trouve à la base des nombreuses aptitudes nécessaires au développement et à l'épanouissement des individus et des nations.

De hauts niveaux de santé mentale, indépendamment de la présence ou de l'absence de troubles mentaux, favorisent des résultats positifs dans les domaines de l'éducation, de la santé physique, de la productivité, des relations interpersonnelles, des taux de rétablissement, de l'emploi et du revenu, des comportements liés à la santé et de la qualité de vie. En outre, les personnes « épanouies » – c'est-à-dire qui jouissent d'une bonne santé mentale (d'une santé mentale optimale) – connaissent les meilleurs résultats dans les sphères ci-dessus, comparé aux personnes dont la santé mentale est moyenne ou déficiente. Ces dernières montrent les pires résultats. Ces liens sont également présents dans le cas des personnes vivant avec un trouble mental (Keyes, 2002, 2007).

La santé mentale, tout comme la santé physique, est produite socialement; elle est étroitement liée à un certain nombre de déterminants sociaux. Pour améliorer la santé mentale, et réduire les inégalités en santé mentale, les politiques et les interventions doivent donc provenir de secteurs pouvant agir sur les déterminants sociaux. Cependant, ces secteurs sont souvent en dehors du champ des services de santé.

Les politiques publiques favorables à la santé mentale (PPFSM) peuvent être considérées comme étant un élément fondamental de l'intervention visant à améliorer la santé mentale au sein d'un cadre de référence sur la santé

mentale des populations à l'intention de la santé publique (Mantoura, 2014).

Aujourd'hui, on s'intéresse de plus en plus à la façon dont un point de mire sur le bien-être pourrait influencer sur l'orientation future des politiques publiques en général (Bok, 2010; Diener, Lucas, Schimmack, et Helliwell, 2008; Barry, 2008). Cet intérêt se manifeste par ailleurs dans plusieurs domaines, tels que l'économie, l'éducation, l'emploi, la culture, les transports, l'environnement bâti, etc.

Les politiques publiques dans ces domaines pourraient avoir un effet positif ou négatif sur la santé mentale. Il est donc nécessaire d'analyser leurs effets négatifs potentiels (Coggins, Cooke, Friedli, Nichols, Scott-Samuel et Starsfield, 2007), et d'optimiser leurs effets positifs par l'entremise de PPFSM.

Cette note d'information proposera un cadre de référence pour les PPFSM. Dans la première section, nous définirons ce que signifie cette expression. Dans la deuxième section, nous présenterons les déterminants de la santé mentale. L'impact potentiel attendu des PPFSM sur la santé mentale passe par l'influence qu'elles exercent sur les déterminants de la santé mentale. La troisième section sera consacrée à la présentation d'un cadre de référence illustrant les secteurs d'influence des politiques publiques sur la santé mentale. Enfin, cette note se conclura par un bref survol de données probantes permettant de soutenir les PPFSM.

#### Que signifie le terme « politiques publiques favorables à la santé mentale » ?

Les politiques publiques désignent « une action stratégique menée par une autorité publique afin d'atténuer ou de favoriser certains phénomènes se manifestant dans la population » (Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé [CCNPPS], 2012).



# Projet sur la santé mentale des populations

- Diffusion
  - Article dans l'OHPE (infolettre sur la promotion de la santé en Ontario)
  - Deux webinaires
- Évaluation des besoins
  - Atelier APMCC (avril 2014)
  - Groupe de discussion à Vancouver (juillet 2014)
  - Enquête collective (juin -15 octobre 2014)





# Survol

- Cadrage de la discussion d'aujourd'hui
- Objectif et ampleur
- Méthode
- Résultats préliminaires



# Cadrage

- Ce dont il ne s'agit pas :
  - un sondage!
    - Il est impossible de généraliser les résultats à une population entière de praticiens de santé publique, et là n'était pas l'intention.
  - des résultats finaux.
- Ce dont il s'agit :
  - un questionnaire exploratoire visant à identifier les questions majeures et à orienter les activités futures;
  - des résultats préliminaires pour une analyse collective.



# Objectif

- Explorer les besoins des praticiens de santé publique en matière de santé mentale des populations.



# Ampleur du questionnaire exploratoire

- Il offre un aperçu du degré de connaissances des praticiens dans le domaine de la santé mentale.
- Il décrit les activités liées à la santé mentale réalisées dans le cadre des pratiques de santé publique.
- Il illustre les ressources et les outils utilisés par les praticiens de santé publique qui s'intéressent à la santé mentale.
- Il démontre les lacunes et les besoins associés à certaines pratiques des praticiens qui se préoccupent de la santé mentale des populations.





# Méthode

- Production collaborative des CCNSP
- 13 questions fermées et 3 questions ouvertes (en plus des commentaires finaux)
- Accessible de juin au 15 octobre 2014
- 453 praticiens en santé publique ont participé à l'enquête
  - 335 répondants anglophones
  - 118 répondants francophones
- Invitations transmises par des listes d'abonnement et participation volontaire.



# L'analyse

- Seules les réponses en anglais ont été analysées (pour l'instant)
  - Analyse qualitative;
  - Procédure de codage ouvert;
  - Catégorisation conceptuelle des codes pour caractériser les besoins.



# Résultats préliminaires\*

\* Tous les résultats présentés dans ce PPT reflètent la compilation du 20 novembre 2014, qui tient compte des réponses en anglais seulement. Toutes les citations sont des traductions libres.



# Qui sont les praticiens de santé publique qui ont répondu au questionnaire en anglais?\*

\* Tous les résultats présentés dans ce PPT reflètent la compilation du 20 novembre 2014, qui tient compte des réponses en anglais seulement.



# Qui sont les praticiens de santé publique qui ont répondu au questionnaire en anglais?\*

	Santé mentale	Maladie mentale	Santé publique	Total
Promotion	70 (29 %)	19 (8 %)	143 (59 %)	244
Services de prévention ou services cliniques de prévention	23 (9 %)	10 (4 %)	64 (26 %)	244
Thérapie, counseling, praticien clinique en santé publique	15 (6 %)	12 (5 %)	25 (10 %)	243
Planification et mise en œuvre des programmes	36 (15 %)	11 (5 %)	92 (38 %)	244
Recherche-évaluation	29 (12 %)	14 (6 %)	67 (27 %)	244
Transfert des connaissances	47 (19 %)	20 (8 %)	101 (42 %)	243
Communication et médias de masse	14 (6 %)	5 (2 %)	33 (14 %)	244
Décideur en santé publique	5 (2 %)	1 (0 %)	44 (18 %)	244
Consultation	18 (7 %)	4 (2 %)	37 (15 %)	243
Épidémiologie	9 (4 %)	9 (4 %)	30 (12 %)	244
Politique/Plaidoyer	36 (15 %)	13 (5 %)	82 (34 %)	244
Surveillance	8 (3 %)	9 (4 %)	41 (17 %)	243





# Promoteurs de la santé\*



N=197	Santé mentale	Maladie mentale	Santé publique
<b>Promotion</b>	<b>70 (36 %)</b>	<b>19 (10 %)</b>	<b>143 (73 %)</b>
Services de prévention ou services cliniques de prévention	21 (11 %)	10 (5 %)	61 (31 %)
Thérapie, counseling, praticien clinique en santé publique	11 (6 %)	8 (4 %)	24 (12 %)
Planification et mise en œuvre des programmes	36 (18 %)	10 (5 %)	92 (47 %)
Recherche-évaluation	25 (13 %)	10 (5 %)	60 (30 %)
Transfert des connaissances	40 (20 %)	14 (7 %)	93 (47 %)
Communication et médias de masse	14 (7 %)	4 (2 %)	33 (17 %)
Décideur en santé publique	5 (3 %)	1 (1 %)	42 (21 %)
Consultation	18 (9 %)	4 (2 %)	36 (18 %)
Épidémiologie	7 (4 %)	6 (3 %)	24 (12 %)
Politique/Plaidoyer	36 (18 %)	13 (7 %)	82 (42 %)
Surveillance	6 (3 %)	6 (3 %)	37 (19 %)





# Praticiens en prévention clinique et praticiens cliniques\*



N=90	Santé mentale	Maladie mentale	Santé publique
Promotion	28 (31 %)	7 (8 %)	67 (74 %)
Services de prévention ou services cliniques de prévention	23 (26 %)	10 (11 %)	64 (71 %)
Thérapie, counseling, praticien clinique en santé publique	15 (17 %)	12 (13 %)	25 (28 %)
Planification et mise en œuvre des programmes	17 (19 %)	8 (9 %)	52 (58 %)
Recherche-évaluation	13 (14 %)	4 (4 %)	26 (29 %)
Transfert des connaissances	19 (21 %)	7 (8 %)	51 (57 %)
Communication et médias de masse	5 (6 %)	2 (2 %)	20 (22 %)
Décideur en santé publique	4 (4 %)	1 (1 %)	29 (32 %)
Consultation	10 (11 %)	4 (4 %)	24 (27 %)
Épidémiologie	4 (4 %)	3 (3 %)	16 (18 %)
Politique/Plaidoyer	11 (12 %)	6 (7 %)	36 (40 %)
Surveillance	3 (3 %)	87 (97 %)	90

# Décideurs\*



N=44	Santé mentale	Maladie mentale	Santé publique
Promotion	11 (25 %)	2 (5 %)	36 (82 %)
Services de prévention ou services cliniques de prévention	7 (16 %)	2 (5 %)	26 (59 %)
Thérapie, counseling, praticien clinique en santé publique	1 (2 %)	3 (7 %)	11 (25 %)
Planification et mise en œuvre des programmes	7 (16 %)	2 (5 %)	31 (70 %)
Recherche-évaluation	5 (11 %)	3 (7 %)	19 (43 %)
Transfert des connaissances	7 (16 %)	1 (2 %)	25 (57 %)
Communication et médias de masse	2 (5 %)	1 (2 %)	16 (36 %)
<b>Décideur en santé publique</b>	<b>5 (11 %)</b>	<b>1 (2 %)</b>	<b>44 (100 %)</b>
Consultation	4 (9 %)	0 (0 %)	18 (41 %)
Épidémiologie	1 (2 %)	0 (0 %)	14 (32 %)
Politique/Plaidoyer	5 (11 %)	2 (5 %)	34 (77 %)
Surveillance	1 (2 %)	0 (0 %)	21 (48 %)





# Acteurs politiques\*

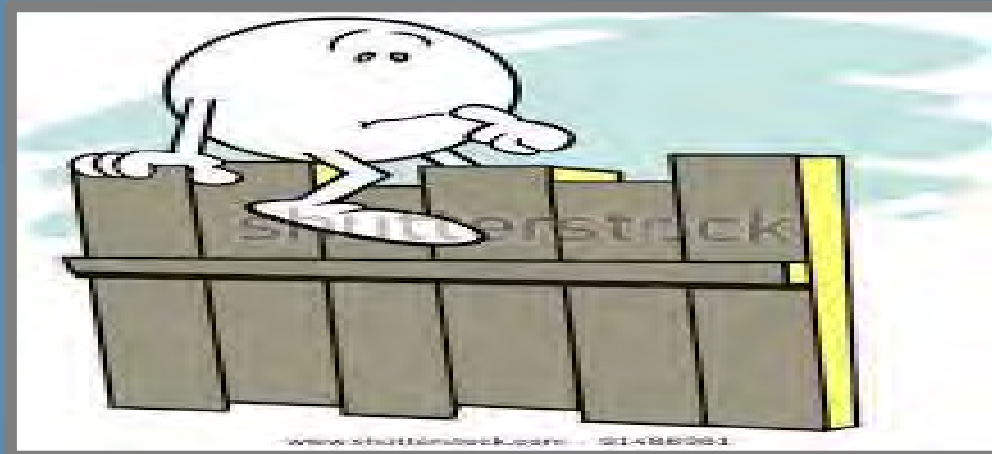


N=97	Santé mentale	Maladie mentale	Santé publique
Promotion	33 (34 %)	8 (8 %)	65 (67 %)
Services de prévention ou services cliniques de prévention	12 (12 %)	7 (7 %)	32 (33 %)
Thérapie, counseling, praticien clinique en santé publique	4 (4 %)	3 (3 %)	17 (18 %)
Planification et mise en œuvre des programmes	19 (20 %)	5 (5 %)	54 (56 %)
Recherche-évaluation	19 (20 %)	8 (8 %)	45 (46 %)
Transfert des connaissances	25 (26 %)	7 (7 %)	53 (55 %)
Communication et médias de masse	10 (10 %)	4 (4 %)	30 (31 %)
Décideur en santé publique	5 (5 %)	1 (1 %)	34 (35 %)
Consultation	11 (11 %)	3 (3 %)	29 (30 %)
Épidémiologie	7 (7 %)	6 (6 %)	20 (21 %)
<b>Politique/Plaidoyer</b>	<b>36 (37 %)</b>	<b>13 (13 %)</b>	<b>82 (85 %)</b>
Surveillance	5 (5 %)	4 (4 %)	29 (30 %)



# Considérez-vous que votre pratique est liée à la santé mentale de la population?\*

Réponse	Tous (202)	Promoteurs de la santé (N=171)	Praticiens en prévention clinique et praticiens cliniques (N=77)	Décideurs (N=40)	Acteurs politiques (N=88)
Oui	84 %	86 %	91 %	90 %	84 %
Non	16 %	14 %	9 %	10 %	16 %



# Qui sont les 16 % qui ne considèrent pas que leur pratique y est liée?

	Santé mentale	Maladie mentale	Santé publique	Total
Promotion	6 (19 %)	3 (10 %)	16 (52 %)	31
Thérapie, counseling, praticien clinique en santé publique	1 (3 %)	1 (3 %)	7 (23 %)	31
Planification et mise en œuvre des programmes	3 (10 %)	1 (3 %)	3 (10 %)	31
Recherche-évaluation	1 (3 %)	1 (3 %)	11 (35 %)	31
Transfert des connaissances	3 (10 %)	2 (6 %)	13 (42 %)	31
Communication et médias de masse	1 (3 %)	1 (3 %)	13 (42 %)	31
Décideur en santé publique	1 (3 %)	1 (3 %)	3 (10 %)	31
Consultation	1 (3 %)	1 (3 %)	4 (13 %)	31
Épidémiologie	1 (3 %)	0 (0 %)	6 (19 %)	31
Politique/Plaidoyer	4 (13 %)	2 (6 %)	7 (23 %)	31
Surveillance	1 (3 %)	2 (6 %)	12 (39 %)	31



# Que connaissent les praticiens?\*

\* Tous les résultats présentés dans ce PPT reflètent la compilation du 20 novembre 2014, qui tient compte des réponses en anglais seulement.





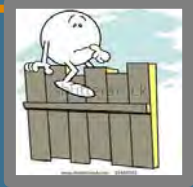
# Comment décririez-vous votre degré de connaissances en matière de santé mentale (santé mentale positive, bien-être)?\*



Réponse	Tous (N=331)	Promoteurs de la santé (N=197)	Cliniciens (N=90)	Décideurs (N=44)	Acteurs politiques (N=97)	Sont préoccupés (N=170)	Ne sont pas préoccupés (N=32)
Zéro (je ne suis pas familiarisé avec la santé mentale positive)	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Faible (j'ai une certaine familiarité avec le sujet)	26 %	21 %	18 %	23 %	25 %	18 %	56 %
Intermédiaire (j'ai suivi de la formation, j'ai une connaissance de pointe du domaine)	48 %	48 %	49 %	52 %	47 %	52 %	28 %
Avancée (je suis impliqué dans le domaine ou je travaille en promotion de la santé mentale)	26 %	30 %	33 %	25 %	28 %	30 %	16 %



# Comment décririez-vous votre degré de connaissances en matière de maladie mentale?\*



Réponse	Tous (N=328)	Promoteurs de la santé (N=197)	Cliniciens (N=90)	Décideurs (N=44)	Acteurs politiques (N=97)	Sont préoccu pés (N=170)	Ne sont pas préoccu pés (N=32)
Zéro (je ne suis pas familiarisé avec la maladie mentale)	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %
Faible (j'ai une certaine familiarité avec le sujet)	35 %	32 %	23 %	30 %	31 %	30 %	62 %
Intermédiaire (j'ai suivi de la formation, j'ai une connaissance de pointe du domaine)	48 %	49 %	52 %	61 %	52 %	50 %	25 %
Avancée (je suis impliqué dans le domaine ou je travaille en maladie mentale)	17 %	18 %	24 %	9 %	18 %	19 %	12 %



# Qu'utilisent les praticiens dans leurs pratiques quotidiennes?\*

\* Tous les résultats présentés dans ce PPT reflètent la compilation du 20 novembre 2014, qui tient compte des réponses en anglais seulement.



# OUTILS UTILISÉS PAR LES PRATICIENS DANS LEURS PRATIQUES QUOTIDIENNES\*

Réponses	Tous (N=159)	Promoteurs de la santé (N=141)	Cliniciens (N=65)	Décideurs (N=30)	Acteurs politiques (N=69)
<b>Cadres d'orientation</b>	23 % (1)	25 % (1)	29 % (1)	40 % (1)	26 % (1)
	18 % (2)	20 % (2)	27 % (2)	20 % (4)	13 % (3)
	15 % (3)	11 % (6)	18 % (3)	26 % (2)	15 % (2)
	15 % (3)	17 % (3)	15 % (4)	23 % (3)	14 % (4)
<b>Formation et outils</b>	13 % (4)	14 % (4)	13 % (5)	3 %	13 % (3)
	11 % (5)	17 % (3)	7 %	6 % (6)	15 % (2)
	10 % (6)	12 % (5)	9 % (6)	3 %	10 % (6)
	8 %	8 %	9 % (6)	9 % (5)	13 % (5)



# OUTILS UTILISÉS PAR LES PRATICIENS DANS LEURS PRATIQUES QUOTIDIENNES (2)\*

## CADRES D'ORIENTATION ET APPROCHES FORMATION ET OUTILS

- THÈMES

- Intervention/prévention clinique en soins de santé primaires (2)
- Thèmes généraux (5)
- Promotion de la santé mentale (6)

- FORMATS

- Électronique (3)
- Matériel de recherche général (3)
- Court et pratique (4)
- En personne (\*)

## AUTRE



# Que *font* les praticiens en matière de santé mentale des populations?\*

\* Tous les résultats présentés dans ce PPT reflètent la compilation du 20 novembre 2014, qui tient compte des réponses en anglais seulement.





## Question ouverte : comment les praticiens décrivent-ils les liens entre leurs pratiques et la santé mentale des populations?\*

Réponse	Toutes les personnes préoccupées (N=144)	Promoteurs de la santé (PS) (N=130)	Cliniciens (N=62)	Décideurs (N=32)	Acteurs politiques (N=65)
Liens évidents reconnus	25 %	25 %	29 %	43 %	26 %
Compétences périnatales/parentales, développement des jeunes enfants	18 %	20 %	24 %	18 %	10 %
Aborde les DSS	16 %	17 %	9 %	18 %	26 %
Prévention clinique/promotion de la santé mentale	15 %	15 %	22 %	21 %	12 %
Écoles/Approches écoles globales	13 %	13 %	11 %	9 %	10 %
Soutien aux initiatives, aux praticiens, à la formation, au renforcement des capacités et aux ressources en promotion de la santé mentale (PSM)	12 %	11 %	8 %	9 %	15 %
Services cliniques directs (identification/intervention précoces)	7 %	5 %	8 %	9 %	4 %
SM-toxicomanie	6 %	6 %	8 %	3 %	6 %
Surveillance/épidémiologie/recherche	6 %	5 %	4 %	9 %	6 %
Touche la planification stratégique, l'évaluation et la politique	5 %	5 %	4 %	6 %	6 %
Populations vulnérables (autochtones, racialisées, criminelles, judiciarisées, aînés)	4 %	5 %	4 %	6 %	6 %
Transfert des connaissances/grand public	4 %	5 %	1 %		6 %
Jeunesse/prévention du suicide	3 %	3 %	4 %		3 %
Milieu de travail	2 %	3 %	1 %	3 %	6 %
Approches/outils de transfert des connaissances/PSM	2 %	2 %			
Soutien aux initiatives/plaidoyer/allocation des ressources en PSM	2 %	2 %		6 %	4 %



## Question fermée : quelles activités définiriez-vous comme des forces en matière de santé mentale?\*

Réponse	Tous (N=171)	PS (N=152)	Cliniciens (N=67)	Décideurs (N=35)	Acteurs politiques (N=78)
Connaissance des liens entre la santé mentale et la santé physique	77 %	77 %	81 %	77 %	72 %
Participe déjà à des interventions potentiellement reliées à la santé mentale (déterminants de la santé mentale, politiques publiques favorables à la santé mentale, suivi des indicateurs de santé mentale, etc.)	58 %	59 %	64 %	77 %	72 %
Autre, veuillez préciser...]	13 %	14 %	15 %	17 %	17 %



# Acquis

## Ce que font et utilisent déjà les praticiens\*

- De bons degrés de connaissances opérationnels dans le domaine de la santé mentale.
- Ils participent déjà à des activités liées à la santé mentale.
- Ils connaissent et utilisent déjà les cadres d'orientation et les documents d'organisations importantes.
- Ils ont déjà recours à plusieurs outils, ressources et formations disponibles
  - visant la promotion de la santé mentale;
  - visant les soins de santé primaires (soutien aux interventions cliniques et préventives).
- Ils utilisent déjà plusieurs ressources de recherche et d'évaluation.



# De quoi les praticiens ont-ils *besoin* en matière de santé mentale des populations?\*

\* Tous les résultats présentés dans ce PPT reflètent la compilation du 20 novembre 2014, qui tient compte des réponses en anglais seulement.



# Question ouverte : que vous faudrait-il pour mieux faire votre travail?\*

- Un soutien à la main-d'œuvre.
- Clarifier et renforcer les normes de travail.
- Développer les connaissances, l'évaluation, la recherche, faciliter son utilisation et raffiner son transfert.



Réponse	Tous (N=150)	Promoteurs de la santé (N=133)	Cliniciens (N=62)	Décideurs (N=27)	Acteurs politiques (N=66)
Stratégies/Outils/Éclairés par les données probantes	19 % (1)	21 % (1)	14 % (3)	14 % (2)	24 % (1)
Éducation/ressources/formation (accès à)	19 % (1)	19 % (2)	22 % (1)	22 % (1)	12 % (2)
Normes de pratique (mandat/rôle/temps/argent/légitimité)	17 % (2)	19 % (2)	20 % (2)	22 % (1)	24 % (1)
Soutien pour les soins de santé primaires ou ancrés dans la collectivité	13 % (3)	14 % (3)	20 % (2)	14 % (2)	9 % (4)
Données	9 % (4)	9 % (4)	1 %		
Cadres d'orientation (définitions/liens)	8 % (5)	8 % (5)	3 %	11 % (3)	10 % (3)
CdP/réseaux	6 % (7)	6 % (6)	6 % (4)	22 % (1)	9 % (4)
Rapide/simple (y compris le matériel électronique)	6 % (8)	6 % (7)	4 % (5)	3 %	6 %
Recherche, sites Web, articles, livres	5 % (9)	3 %	4 % (5)	3 %	4 %
Liens intersectoriels/en première ligne	4 %	5 % (7)	6 % (4)	7 % (4)	3 %
Intersectorialité/action/reconnaissance	3 %	3 %	3 %	7 % (4)	4 %





# Lacunes dans les pratiques et besoins des praticiens pour améliorer leur travail\*

## Un soutien à la main-d'œuvre

- Accès à de la formation et à des ressources
- Soutien pour les soins de santé primaires ou ancrés dans la collectivité
- Accès à des communautés de pratique
- Soutien à l'action intersectorielle; en première ligne et en amont



# Accès à de la formation et à des ressources\*

- Accessibles et abordables.
- Mieux connaître les occasions d'apprentissage.
  - Formats : ateliers, séminaires en personne, cours qui encouragent l'apprentissage flexible (par exemple : formation du Centre de toxicomanie et de santé mentale [CAMH] sur la santé des réfugiés), formation continue, occasions de formation continue en ligne.

« Un atelier et un webinaire, ce n'est pas la même chose. De plus en plus, le travail se fait par communications électroniques. Ça ne fonctionne pas bien. Le contact humain direct a une grande valeur dont on doit tenir compte. »



# Classement des meilleures façons d'offrir les activités des CCNSP\*

	Tous (N=176)	Promoteurs de la santé (N=150)	Cliniciens (N=71)	Décideurs (N=35)	Acteurs politiques (N=77)
Atelier ou webinaire	1	1	1	1	1
Outils multimédias	2	2	2	3	2
Synthèse	3	3	3	2	3



# Accès à de la formation et à des ressources (2)\*

- Thèmes : « Les besoins des populations selon différents groupes d'âge; les troubles de l'humeur périnataux; la promotion de la santé mentale sous l'angle de la santé publique; les modèles de promotion de la santé mentale; l'éducation sur la santé mentale des clients qui sont de nouveaux immigrants et des réfugiés. »
- Cibles :
  - Les infirmières en santé publique (comme des études de cas propres aux pratiques des ISP dans les programmes de soins mère-enfant).  
« On a besoin de possibilités et de ressources de financement pour la formation et le soutien aux ISP dans la promotion de la santé mentale de leurs populations. »
  - Les décideurs.
  - Plus de possibilités dans le Nord.



# Soutien pour les soins de santé primaires ou ancrés dans la collectivité

- **Formation et ressources**

« Formation en art-thérapie; formation abordant auprès de qui et quand faire du dépistage; comment approcher une clientèle que l'on perçoit comme étant à risque, mais qui ne divulgue aucun renseignement personnel; plus de formation pour travailler avec les familles dont un membre a des problèmes de santé mentale, surtout s'il s'agit du principal responsable de la famille; astuces de counseling; intégration de l'entrevue motivationnelle et des pratiques de soins qui tiennent compte des traumatismes en santé publique ».

- **Ajout et reconfiguration des soins de santé primaires et des services communautaires**

« Des endroits adéquats où diriger les femmes en post-partum identifiées lors d'un dépistage comme ayant besoin d'aide; plus de cliniques ou de praticiens gratuits pour les diagnostics et les traitements dans la collectivité; j'œuvre au sein d'une équipe composée de policiers et de spécialistes en gestion de crise, nous travaillons avec plusieurs personnes sans abri ou difficiles à loger, avec des troubles concomitants, et une ressource de type **guichet unique** serait avantageuse ».





# Accès à des communautés de pratique\*

« La possibilité de réseauter avec d'autres personnes » et d'« être jumelés à une expertise nous permettant de comprendre les meilleures pratiques et d'évaluer les interventions ».

## Sujets précis de communautés de pratique :

Promotion de la santé chez les Autochtones;

Analyse des politiques;

Évaluation;

Plaidoyer.



# Soutien à l'action intersectorielle en première ligne\*

## En première ligne

- « Je travaille en première ligne en santé publique et je m'occupe du logement dans les secteurs vulnérables et les centres-villes. À ce titre, il me serait utile de pouvoir compter sur plus de ressources et de recommandations en santé mentale ainsi que sur une relation plus formelle avec les praticiens en santé mentale (une équipe interdisciplinaire serait idéale) »;
- « Plus de collaboration entre les différents organismes, les centres de traitement et les professionnels de santé »;
- « Rapprocher le travail de santé publique de la santé mentale »;
- « De meilleurs rapprochements entre les domaines de la santé publique et de la santé mentale (première ligne, etc.) ».



# Soutien à l'action intersectorielle en amont

## En amont

- « Des outils pour faciliter les conversations et le plaidoyer auprès des décideurs et des personnes extérieures à la santé qui jouent un rôle dans (le passage à l'action sur) les déterminants de la santé mentale ».
- « Reconnaître la promotion de la santé mentale dans les décisions financières touchant plusieurs secteurs, dont l'éducation, la santé et le politique; planification collaborative et intégrée entre les secteurs — une approche en santé des populations qui s'attaque réellement aux causes sous-jacentes — les déterminants sociaux (logement, revenu, etc.) ».



# Arguments\*

- « Ce qui serait surtout utile, ce serait de **fournir de la recherche, de la documentation et des outils** qui encourageraient et guideraient les gouvernements et les autorités locales de santé pour leur permettre de prendre des décisions appropriées quant à l'allocation des ressources (humaines et financières) et à la planification et à la mise en œuvre de programmes de promotion de la santé mentale et de programmes de formation pour le personnel et les infirmières en santé publique. »
- « Merci de faire cela! Nous avons vraiment **besoin d'un soutien pour faire avancer le travail en santé mentale. Tout ce qui peut nous aider à monter un dossier solide facilitera notre travail.** »



# Soutien à l'action intersectorielle en amont (2)\*

- D'après notre évaluation des besoins à Vancouver :
  - Langage





« [...] parfois, c'est mieux de trouver le facteur sur lequel on travaillera dans le contexte du partenariat.

Dans les milieux de travail, les employeurs comprennent la santé et la sécurité psychologiques parce qu'ils comprennent la notion de santé et sécurité par rapport au bien-être de leur main-d'œuvre. Donc ils viendront nous rencontrer pour en discuter. Mais si on parle de santé mentale au travail, ça devient, oh, ce n'est pas notre travail, ce n'est pas notre responsabilité; mais la santé et la sécurité sont une responsabilité fondamentale du milieu de travail.

[...] donc je pense qu'il devrait y avoir moyen de trouver des outils pratiques ou quelque chose qui peut nous éloigner de notre fixation sur le fait de trouver un vocabulaire commun pour nous aider à déterminer ce qui est important dans chaque domaine particulier et miser là-dessus. »



# Lacunes dans les pratiques et besoins des praticiens pour améliorer leur travail\*

## Clarifier et renforcer les normes de travail

- **Norme de pratiques**
  - Mandats clairs
  - Soutien institutionnel et organisationnel (allocation des ressources, légitimité)
  - Des rôles clairs pour les praticiens en santé publique
- **Cadres d'orientation**
  - Des concepts et des définitions clairs
  - Des liens clairs entre les éléments constituant la santé mentale des populations et la santé publique



# Des mandats clairs\*

- « Il faut légitimer ce travail grâce à un mandat clair et à des ressources soutenant la promotion de la santé mentale. »
- « Si par “politique” vous entendez le fait d’avoir un mandat pour inclure les considérations de santé mentale dans la planification des infrastructures, je dirais que c’est une grande priorité. »
- « La promotion de la santé mentale devrait être énoncée explicitement dans les Normes de santé publique de l’Ontario!!! »
- « Il faut séparer la promotion de l’intervention précoce et assigner clairement les responsabilités avec des mandats de secteurs. »



# Soutien institutionnel et organisationnel (allocation des ressources, légitimité)\*

- « Plus d'appui des décideurs et des gestionnaires en santé publique envers la nature essentielle de la (promotion de la) santé mentale en santé publique. »
  - « Il est difficile d'incorporer des activités et de la promotion en santé mentale quand notre organisme ne reconnaît pas qu'elle fait partie de la promotion de la santé — trop souvent, l'organisme a une idée désuète de la santé mentale et la perçoit comme étant en dehors de notre mandat (croyant qu'il s'agit de la prévention de la maladie mentale au lieu de la promotion de la santé mentale). »
- « Un budget dédié à la formation, au perfectionnement et à l'orientation du personnel, des mesures incitatives pour que les gouvernements donnent suite aux belles paroles qu'ils ont mises dans leurs stratégies pour promouvoir la santé mentale, plus de temps. »
  - « Les ressources assignées à la promotion de la santé ne mettent pas l'accent là-dessus dans les programmes; le personnel l'ajoute quand il peut trouver le moyen de l'y glisser en tant que composante additionnelle du programme. »



# Des rôles clairs pour les praticiens en santé publique\*

- « Aussi, une compréhension claire du rôle de la santé publique sur le plan de la santé mentale. (Quelle est la) différence entre la promotion de la santé mentale et les interventions de santé mentale? Par exemple : nous avons organisé des groupes de soutien pour les femmes vivant avec un trouble de l'humeur post-partum ou ayant des difficultés à composer avec la transition. Le groupe, le contenu et les habiletés étaient très similaires à ceux d'un programme qui aurait pu être mis en œuvre à l'hôpital ou en consultation externe. Est-ce notre rôle? »
- « Des orientations plus claires quant au rôle de la santé publique en promotion de la santé mentale et en prévention des maladies mentales. »





# Cadres d'orientation (liens et concepts)

- « Des exemples de travail de plaidoyer pour promouvoir la santé mentale, p. ex., des chartes de promotion de la santé mentale ».
- « Des documents de discussion contenant des définitions claires et des ressources qui examinent les données probantes au sujet d'interventions prometteuses en matière de plaidoyer ».
- « Il faut un cadre illustratif qui présente les liens, de meilleures lignes directrices ».
- « Un mandat et des documents d'orientation clairs; relier le travail de santé publique à la santé mentale ».



# Des concepts et des définitions clairs\*

- « Comment définir la promotion de la santé mentale, qui recoupe plusieurs autres choses, comme la promotion de l'activité physique et de l'attachement? Le renforcement de la résilience ne fait-il pas partie de la promotion de la santé mentale? »
- « Plus de ressources sur le bien-être mental (et sur la différence entre celui-ci et la maladie mentale). »
- « Veuillez définir "santé mentale des populations" dans vos communications. Parlez-vous tout autant de la santé mentale et du bien-être mental positifs que de la maladie mentale? C'est un large éventail, et plusieurs personnes (en santé publique et dans le grand public) ne pensent qu'à la maladie mentale quand on parle de santé mentale. »



# Clarification des concepts et des liens\*

Santé mentale des populations, promotion de la santé mentale

Différence entre :

- la prévention et la promotion;
- la maladie mentale et le bien-être mental;
- les interventions en santé mentale (soutien aux personnes souffrant de maladies mentales) et les interventions en promotion de la santé mentale.

Liens entre :

- la santé publique et la santé mentale;
- la santé mentale et la santé physique;
- la santé mentale et les maladies chroniques;
- les déterminants sociaux de la santé, la maladie mentale et la toxicomanie;
- la consommation de drogues; la santé mentale, et la maladie mentale,

etc.

## Question fermée : Quelles activités définiriez-vous comme des faiblesses en matière de santé mentale?\*

Réponse	Tous (N=182)	Promoteurs de la santé (N=157)	Cliniciens (N=72)	Décideurs (N=37)	Acteurs politiques (N=65)
Manque de connaissances en santé mentale	44 %	42 %	47 %	38 %	41 %
Manque de ressources humaines ou financières pour promouvoir la santé mentale	73 %	72 %	89 %	86 %	73 %
Absence de mandat/politique/stratégie clairs en santé mentale	75 %	76 %	74 %	81 %	78 %
Autre, veuillez préciser...	16 %	18 %	21 %	16 %	21 %



# Classement des activités qui pourraient être développées par les Centres de collaboration nationale en santé publique (CCNSP)\*

	Tous (N=175)	Promoteurs de la santé (N=151)	Cliniciens (N=71)	Décideurs (N=36)	Acteurs politiques (N=78)
Définition et clarification des concepts liés à la santé mentale des populations	1	1	1	1	1
Traduire les données probantes en santé mentale des populations en décisions relatives aux pratiques et aux politiques	2	2	2	2	3
Mesures et indicateurs de santé mentale positive	3	3	4	4	4
Politiques publiques favorables à la santé mentale	4	4	5	5	2
Déterminants de la santé mentale	5	5	3	3	6
Inégalités et santé mentale	6	6	6	6	5
Santé mentale chez les Autochtones	7	7	7	10	8
Liens entre la santé physique et la santé mentale	8	8	8	7	7
Santé mentale et maladies chroniques	9	9	9	9	9
Maladies infectieuses et santé mentale	10	10	10	8	11
Santé environnementale	11	11	11	11	10





# Lacunes dans les pratiques et besoins des praticiens pour améliorer leur travail\*

Développer les connaissances, l'évaluation, la recherche, faciliter son utilisation et raffiner son transfert.

- Ressources et contenu éclairés par des données probantes
- Données et indicateurs
- Ressources de recherche
- Formats courts et pratiques



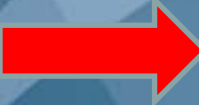
# Ressources éclairées par des données probantes\*

- « Nous cherchons des meilleures pratiques ainsi que des solutions nouvelles et innovantes visant à promouvoir la santé mentale à l'échelle des collectivités, mais aussi à aborder les DDS à l'échelle structurelle. Cette dernière a la plus grande capacité d'influencer la santé mentale des populations, mais on ne sait pas vraiment quoi ou comment le faire. »
- « Plus sur les applications pratiques — les leçons apprises, les obstacles surmontés — différentes stratégies utilisées pour les surmonter, etc. »



# Classement des activités qui pourraient être développées par les Centres de collaboration nationale en santé publique (CCNSP)\*

	Tous (N=175)	Promoteurs de la santé (N=151)	Cliniciens (N=71)	Décideurs (N=36)	Acteurs politiques (N=78)
Définition et clarification des concepts liés à la santé mentale des populations	1	1	1	1	1
Traduire les données probantes en santé mentale des populations en décisions relatives aux pratiques et aux politiques	2	2	2	2	3
Mesures et indicateurs de santé mentale positive	3	3	4	4	4
Politiques publiques favorables à la santé mentale	4	4	5	5	2
Déterminants de la santé mentale	5	5	3	3	6
Inégalités et santé mentale	6	6	6	6	5
Santé mentale chez les Autochtones	7	7	7	10	8
Liens entre la santé physique et la santé mentale	8	8	8	7	7
Santé mentale et maladies chroniques	9	9	9	9	9
Maladies infectieuses et santé mentale	10	10	10	8	11
Santé environnementale	11	11	11	11	10



# Ressources éclairées par des données probantes (2)\*

Thèmes	Cibles
<p>Stigmatisation; Aînés; Santé mentale et toxicomanie; Écoles et collectivités; Milieu de travail; Nouveaux immigrants et réfugiés; Collectivités rurales; Collectivités autochtones;</p> <p>Le transport et la santé mentale; L'environnement bâti et la santé mentale.</p>	<p>Grand public; Familles et proches touchés; Médecins et infirmières.</p>

# Lacunes dans les pratiques et besoins des praticiens pour améliorer leur travail\*

Développer les connaissances, l'évaluation, la recherche, faciliter son utilisation et raffiner son transfert.

- Ressources et contenu éclairés par des données probantes
- Données et indicateurs
- Ressources de recherche
- Formats courts et pratiques



# Classement des activités qui pourraient être développées par les Centres de collaboration nationale en santé publique (CCNSP)\*

	Tous (N=175)	Promoteurs de la santé (N=151)	Cliniciens (N=71)	Décideurs (N=36)	Acteurs politiques (N=78)
Définition et clarification des concepts liés à la santé mentale des populations	1	1	1	1	1
Traduire les données probantes en santé mentale des populations en décisions relatives aux pratiques et aux politiques	2	2	2	2	3
Mesures et indicateurs de santé mentale positive	3	3	4	4	4
Politiques publiques favorables à la santé mentale	4	4	5	5	2
Déterminants de la santé mentale	5	5	3	3	6
Inégalités et santé mentale	6	6	6	6	5
Santé mentale chez les Autochtones	7	7	7	10	8
Liens entre la santé physique et la santé mentale	8	8	8	7	7
Santé mentale et maladies chroniques	9	9	9	9	9
Maladies infectieuses et santé mentale	10	10	10	8	11
Santé environnementale	11	11	11	11	10



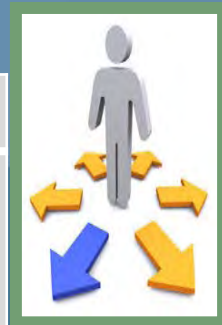


## Acquis

- Bonne connaissance pratique de la santé mentale et de la maladie mentale.
- Ils participent déjà à des activités liées à la santé mentale.
- Ils connaissent et utilisent déjà les cadres d'orientation et les documents d'organisations importantes.
- Ils ont déjà recours à plusieurs outils, ressources, à la formation offerte et au matériel de recherche.

## Besoins

- Soutien à la main-d'œuvre.
- Clarifier et renforcer les normes de travail.
- Développer les connaissances, l'évaluation, la recherche, faciliter son utilisation et raffiner son transfert.



\* Tous les résultats présentés dans ce PPT reflètent la compilation du 20 novembre 2014, qui tient compte des réponses en anglais seulement.



Lignes directrices  
Cadres  
(Liens-concepts-  
différences)

Littératie en  
santé mentale

Formation  
•Formats  
•Thèmes  
•Cibles

Collaborations

Soutien pour les  
soins de santé  
primaires ou  
ancrés dans la  
collectivité

Messages clés

Langage

Communautés  
de pratique

Mesures et  
indicateurs

Responsabilité(s)  
Rôles  
Champions?

Ressources  
relatives aux  
meilleures  
pratiques

•Outils  
•Thèmes  
•Cibles

\* Tous les résultats présentés dans ce PPT reflètent la compilation du 20 novembre 2014, qui tient compte des réponses en anglais seulement.



« **La portion “responsabilité”** du travail est **énorme**, parce que nous travaillons dans nos silos. Les gens voudraient que ce soit bien défini : qui est responsable de telle chose? Qui prendra l’initiative là-dessus, et qui paiera donc pour ça? Vous comprenez? [...] Et je pense qu’encore une fois on parle de cette responsabilité partagée, et en santé publique, en travaillant avec des collègues en santé publique, j’ai constaté que c’est difficile quand je dis : **“Vous êtes les mieux placés pour défendre ce travail”**. Il ne vous faut pas nécessairement payer pour ça; il ne vous faut pas nécessairement tout faire par vous-mêmes; vous devez simplement en être les « champions », les défenseurs sur la place publique et dire que ça concerne la santé et le bien-être de toute la population. **Nous qui travaillons en santé publique, nous avons un intérêt direct là-dedans. Donc il nous faut mobiliser les troupes autour de cette question.** Peut-être que nous ne pouvons pas payer pour ça, peut-être que nous ne pouvons pas offrir les services requis pour faire tout ça, mais nous pourrions être des « champions » [...]

\* Tous les résultats présentés dans ce PPT reflètent la compilation du 20 novembre 2014, qui tient compte des réponses en anglais seulement.

# Merci!

Si vous avez des commentaires ou des questions,  
écrivez-moi à **[pascale.mantoura@inspq.qc.ca](mailto:pascale.mantoura@inspq.qc.ca)**