

Centre de collaboration nationale
sur les **politiques publiques**
et la **santé**

www.ccnpps.ca

GRANDES FAMILLES DE BESOINS DE LA MAIN-D'ŒUVRE DE SANTÉ PUBLIQUE POUR LA SANTÉ MENTALE DES POPULATIONS

RAPPORT | MARS 2016



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

*Institut national
de santé publique*

Québec

Centre de collaboration nationale
sur les **politiques publiques**
et la **santé**

www.ccnpps.ca

**GRANDES FAMILLES DE BESOINS
DE LA MAIN-D'ŒUVRE DE SANTÉ PUBLIQUE
POUR LA SANTÉ MENTALE DES POPULATIONS**

RAPPORT | MARS 2016

AUTEURE

Pascale Mantoura, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

SOUTIEN À L'ÉDITION

Marianne Jacques, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

MISE EN PAGES

Isabelle Hémon, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

COMMENT CITER CE DOCUMENT

Mantoura, P. (2016). *Grandes familles de besoins de la main-d'œuvre de santé publique pour la santé mentale des populations*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

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

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

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

À PROPOS DU CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA SANTÉ

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

REMERCIEMENTS

Le CCNPPS tient à remercier les autres Centre de collaboration nationale en santé publique pour leur contribution à la production et à la diffusion du questionnaire d'enquête Web.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1 QUI SONT LES PRATICIENS DE SANTÉ PUBLIQUE QUI ONT RÉPONDU AUX QUESTIONNAIRES?.....	1
2 LES ACQUIS EN FAVEUR DE LA SANTÉ MENTALE DES POPULATIONS	2
2.1 Degrés de connaissances opérationnelles dans les domaines de la santé mentale et de la maladie mentale.....	2
2.2 Implication en santé mentale des populations	4
2.2.1 Perceptions des liens entre les pratiques des acteurs de santé publique et la santé mentale des populations	4
2.2.2 Pratiques des répondants	5
2.3 Mise en place de partenariats en faveur de la santé mentale des populations	6
2.4 Connaissance et utilisation de documents et d'approches d'orientation, et de plusieurs ressources et formations.....	7
2.4.1 Connaissance et utilisation de documents et approches d'orientation.....	7
2.4.2 Connaissance et utilisation de ressources et de formations.....	8
2.4.3 Connaissance et utilisation d'une variété de formats de partage de connaissances.....	8
3 LES BESOINS POUR AGIR EN SANTÉ MENTALE DES POPULATIONS	9
3.1 Clarifier les mandats, les rôles et les responsabilités	12
3.2 Procurer du soutien organisationnel (santé publique/soins de santé primaire [santé physique et santé mentale]/milieux communautaires) et favoriser un système intégré favorable à la santé mentale.....	14
3.3 Démontrer un souci pour le soutien institutionnel (préoccupation pour la santé mentale de la main-d'œuvre de santé publique)	15
3.4 Fournir des cadres de référence : des définitions, des distinctions et des liens clairs	16
3.5 Établir des collaborations (en première ligne et en amont).....	17
3.6 Développer et rendre accessibles des formations adaptées.....	18
3.7 Mettre en place des communautés de pratique.....	19
3.8 Développer et rendre accessibles des ressources relatives aux pratiques exemplaires	19
3.9 Développer et rendre accessibles des mesures, des indicateurs et des données de santé mentale.....	21
4 SYNTHÈSE.....	23
4.1 Les besoins structurels	23
4.2 Les besoins opérationnels : besoins de ressources	23
4.3 Les besoins opérationnels : besoins de savoirs, d'attitudes et d'habiletés.....	24
CONCLUSION ET DISCUSSION.....	27
ANNEXE 1 QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE WEB	29

ANNEXE 2	EXEMPLES DE TITRES D'EMPLOI	37
ANNEXE 3	INFORMATION SUR LES RÉPONDANTS AUX QUESTIONNAIRES PRÉSENTÉE SÉPARÉMENT POUR LES FRANCOPHONES ET LES ANGLOPHONES.....	45
ANNEXE 4	PRATIQUES DES RÉPONDANTS ANGLOPHONES ET FRANCOPHONES	49
ANNEXE 5	EXEMPLES DE DOCUMENTS, D'APPROCHES, DE FORMATIONS ET DE RESSOURCES UTILISÉS PAR LES RÉPONDANTS.....	55

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Grandes familles de besoins de la main-d'œuvre de santé publique pour intervenir en santé mentale des populations	11
----------	--	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Praticiens de santé publique qui ont répondu aux questionnaires (anglais et français)	2
Tableau 2	Degré de connaissances en matière de santé mentale (santé mentale positive, bien-être)	2
Tableau 3	Degré de connaissances en matière de maladies mentales	3
Tableau 4	Perception des points forts de l'action dans le domaine de la santé mentale	3
Tableau 5	Perception de l'implication en santé mentale des populations	4
Tableau 6	Partenariats mis en place visant la promotion de la santé mentale.....	7
Tableau 7	Perception des points faibles de l'action dans le domaine de la santé mentale.....	9
Tableau 8	Résumé des besoins de savoirs, d'attitudes et d'habiletés identifiés par les répondants.....	25

INTRODUCTION

La santé mentale est une dimension essentielle de notre santé et de notre bien-être individuel et collectif. La santé publique et l'ensemble de sa main-d'œuvre se voient de plus en plus sollicités afin de contribuer à la protéger et à l'améliorer. La main-d'œuvre de santé publique n'est toutefois pas suffisamment soutenue pour intervenir de façon optimale en santé mentale.

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS), en collaboration avec d'autres Centres de collaboration nationale (CCN) en santé publique, a entrepris d'étudier les acquis et les besoins des acteurs de santé publique en matière de santé mentale des populations. Ces activités se sont tenues entre avril et octobre 2014. Des résultats préliminaires ont été diffusés à différentes occasions entre novembre 2014 et mai 2015. Le présent document est le compte rendu final sur les acquis et les besoins au sujet de la santé mentale des populations recensés auprès de 453 acteurs issus de la main-d'œuvre *générale* de santé publique au Canada.

Les acquis et les besoins présentés dans ce document ont été recensés grâce à deux types d'approches de recensement de besoins : des rencontres directes avec des praticiens et un questionnaire d'enquête Web. Le CCNPPS a évalué les besoins des praticiens lors de deux rencontres en face à face avec des acteurs de la santé publique. Une première rencontre s'est tenue en avril 2014, dans le cadre d'un atelier pendant le congrès de l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada (APMCC) à Ottawa. Une autre occasion s'est présentée à Vancouver, en juillet de la même année, lors d'un atelier organisé avec la collaboration de la Public Health Association of British Columbia (Association de santé publique de la Colombie-Britannique). Entre le mois de juin et le 15 octobre 2014, un total de 453 praticiens de santé publique provenant de partout au Canada ont répondu à un questionnaire d'enquête Web¹. De ces personnes, 335 ont répondu à la version anglaise du questionnaire; et 118, à sa version française². Elles ont été invitées à participer par l'intermédiaire des listes d'abonnement générées par le site Internet collectif des CCN, des listes d'abonnement individuelles de chacun des CCN et des listes d'abonnement de partenaires. En outre, le questionnaire était accessible en tout temps sur le site Web du CCNPPS; ainsi, tous les praticiens intéressés pouvaient y répondre.

Le questionnaire évaluait les degrés de connaissances des praticiens en matière de santé mentale et de maladie mentale. Il recensait les activités associées à la santé mentale des populations et examinait les ressources et les outils les plus utilisés par les praticiens œuvrant dans ce domaine. Enfin, il relevait les forces, les lacunes et les besoins entourant les pratiques des différents acteurs impliqués en santé mentale des populations. Le questionnaire contenait trois questions ouvertes et treize questions fermées (qui exigeaient des réponses plus structurées). Cette enquête exploratoire a été menée à l'aide du service de FluidSurveys (<http://fluidsurveys.com/>), et les données ont été analysées grâce aux outils

¹ Le questionnaire d'enquête Web est disponible à l'annexe 1.

² Après le tri des questionnaires, 331 en anglais et 117 en français ont été retenus; toutefois, comme les questionnaires partiellement complétés ont été conservés et que certains répondants ont choisi de ne pas répondre à toutes les questions, on trouve des variations dans le nombre total de répondants pour les différentes questions du questionnaire.

de ce site. Pour analyser et coder les besoins mentionnés par les praticiens à travers les questions ouvertes, un codage ouvert a d'abord été fait, puis il a été raffiné sur le plan conceptuel. Lorsque les catégories et les codes se sont stabilisés, une démarche de double codage a été appliquée³, menant à de légères modifications.

Pour faciliter la compréhension, le questionnaire indiquait, dans son introduction, qu'une approche de santé mentale des populations implique qu'il n'y a pas de santé en l'absence de santé mentale et que cette approche vise l'amélioration de la santé mentale de l'ensemble de la population et la réduction des inégalités en santé mentale. L'introduction du questionnaire proposait également des exemples de liens possibles entre différents secteurs de la santé publique et la santé mentale des populations afin de mettre en évidence comment l'ensemble de la main-d'œuvre de santé publique peut situer sa pratique au sein d'une telle approche.

Le document final proposé ici intègre les acquis répertoriés et les besoins exprimés par les répondants francophones aux résultats préliminaires publiés auparavant. Il approfondit le détail des réponses précédemment fournies et met de l'avant les éléments les plus porteurs fournis, autant par l'intermédiaire du questionnaire Web, que par les rencontres avec les praticiens.

³ Le codage a été effectué par deux codeurs indépendants.

1 QUI SONT LES PRATICIENS DE SANTÉ PUBLIQUE QUI ONT RÉPONDU AUX QUESTIONNAIRES?

Les acteurs qui ont répondu aux questionnaires proviennent du secteur général de la santé publique, mais aussi de secteurs qui œuvrent en périphérie de la santé publique (tels des intervenants de clinique, de clinique préventive ou de secteurs communautaires). En répondant aux questionnaires, les praticiens avaient la possibilité de préciser de façon simultanée plusieurs champs d'intervention (promotion, prévention, etc.) dans différents domaines (santé mentale [SM], maladie mentale [MM] ou santé publique [SP]). Les pourcentages affichés dans le tableau 1 ci-dessous ne sont donc pas mutuellement exclusifs, et il est difficile de savoir précisément comment chacun des champs ou domaines est représenté. Ce tableau présente les résultats combinés des répondants anglophones et francophones. Il indique que certains secteurs sont plus représentés que d'autres. C'est le cas de la promotion de la santé : 55 % des praticiens œuvrent en santé publique en général, 29 % y travaillent plus spécifiquement dans le domaine de la promotion de la santé mentale, et 9 % associent leur travail de promotion au domaine des maladies mentales (il peut être ici question des interventions qui visent le rétablissement et la qualité de vie des personnes vivant avec des troubles mentaux)⁴. L'intervention et la prévention clinique considérées ensemble concernent pour la santé mentale autour de 16 % des acteurs, pour la maladie mentale environ 8 % des acteurs et pour la santé publique en général autour de 32 % des acteurs. On voit bien que 35 % des acteurs s'identifient à la planification et à la mise en œuvre de programmes de santé publique, alors que 17 % associent ce travail de planification et de mise en œuvre au domaine plus restreint de la santé mentale, et 6 % à celui de la maladie mentale. Une proportion importante des acteurs, soit 39 %, œuvrent en partage des connaissances en santé publique de façon générale, alors que 20 % associent ce travail à la santé mentale et 8 % à la maladie mentale. Par ailleurs, les résultats sont sensiblement les mêmes pour ce qui est des domaines de la recherche/évaluation et de la promotion et du plaidoyer/politiques publiques : 28 % des acteurs travaillent en santé publique en général, alors que 12 % de ces mêmes acteurs œuvrent précisément dans le domaine de la santé mentale, et autour de 6 % s'impliquent dans le domaine des maladies mentales.

L'annexe 2 propose des exemples de titres d'emploi fournis par les répondants francophones et anglophones.

⁴ Rappelons qu'il est fort possible que les acteurs s'identifiant, par exemple, à la promotion de la santé en santé publique s'identifient aussi à la promotion de la santé en santé mentale ou en maladie mentale. Ces pourcentages ne sont donc pas mutuellement exclusifs.

**Tableau 1 Praticiens de santé publique qui ont répondu aux questionnaires
(anglais et français)**

	SM	MM	SP	Total
Promotion	93 (29 %)	25 (8 %)	180 (55 %)	326
Prévention ou services de prévention en clinique	30 (9 %)	14 (4 %)	76 (23 %)	325
Thérapie et consultation, ou professionnels de santé publique au niveau clinique	22 (7 %)	16 (5 %)	28 (9 %)	326
Planification et mise en œuvre de programmes	56 (17 %)	19 (6 %)	113 (35 %)	326
Recherche et évaluation	40 (12 %)	20 (6 %)	90 (28 %)	325
Partage de connaissances	64 (20 %)	27 (8 %)	127 (39 %)	326
Communications et médias	23 (7 %)	8 (3 %)	43 (13 %)	326
Décideurs en santé publique	6 (2 %)	2 (1 %)	50 (15 %)	325
Consultants	22 (7 %)	5 (2 %)	44 (14 %)	326
Épidémiologie	12 (4 %)	11 (3 %)	35 (11 %)	326
Promotion et plaidoyer/politiques publiques	40 (12 %)	15 (5 %)	92 (28 %)	325
Surveillance	15 (5 %)	14 (4 %)	57 (18 %)	326

L'annexe 3 permet de consulter ces résultats séparément pour les francophones et les anglophones.

2 LES ACQUIS EN FAVEUR DE LA SANTÉ MENTALE DES POPULATIONS

L'évaluation des besoins a fait ressortir plusieurs forces dans les pratiques, soit :

- de bons degrés de connaissances opérationnelles dans le domaine de la santé mentale et de la maladie mentale;
- une implication en santé mentale des populations;
- la mise en place de partenariats en faveur de la santé mentale des populations;
- Une connaissance et une utilisation de documents et d'approches d'orientation, ainsi que de plusieurs outils, ressources et formations.

2.1 DEGRÉS DE CONNAISSANCES OPÉRATIONNELLES DANS LES DOMAINES DE LA SANTÉ MENTALE ET DE LA MALADIE MENTALE

Environ 45 % des praticiens considéraient avoir un degré intermédiaire de connaissances dans ces domaines (43 % en matière de santé mentale et 46 % en matière de maladies mentales) (voir tableaux 2 et 3). Par ailleurs, 71 % des praticiens disaient connaître les liens entre la santé mentale et la santé physique (voir tableau 4). Le plus souvent, dans leurs réponses ouvertes, les praticiens indiquaient qu'ils comprenaient le lien entre la santé mentale, la santé physique et les déterminants sociaux de la santé et ils mobilisaient cette compréhension pour expliquer de quelles manières leurs pratiques de santé publique sont associées à la santé mentale des populations (voir section 2.2.1 ci-dessous).

Tableau 2 Degré de connaissances en matière de santé mentale (santé mentale positive, bien-être)

Question : Comment décririez-vous votre niveau de connaissances en matière de santé mentale (santé mentale positive, bien-être)?			
Réponse	Fr n=117	An n=331	Tous n=448
Aucun (je ne suis pas familier avec la santé mentale positive)	8 % (9)	0 % (0)	2 % (9)
Bas (je suis un peu familier avec le sujet)	31 % (36)	26 % (85)	27 % (121)
Intermédiaire (j'ai suivi une formation, je suis au fait des dernières connaissances dans le domaine)	30 % (35)	48 % (159)	43 % (194)
Avancé (je suis engagé dans le domaine ou je travaille à la promotion de la santé mentale)	32 % (37)	26 % (87)	28 % (124)

Tableau 3 Degré de connaissances en matière de maladies mentales

Question : Comment décririez-vous votre niveau de connaissances en matière de maladies mentales?			
Réponse	Fr n=116	An n=328	Tous n=444
Aucun (je ne suis pas familier avec les maladies mentales)	2 % (2)	0 % (1)	1 % (3)
Bas (je suis un peu familier avec le sujet)	39 % (45)	35 % (114)	36 % (159)
Intermédiaire (j'ai suivi une formation, je suis au fait des dernières connaissances dans le domaine)	40 % (46)	48 % (157)	46 % (203)
Avancé (je suis engagé dans le domaine ou je travaille auprès de gens souffrant de maladies mentales)	20 % (23)	17 % (56)	18 % (79)

Tableau 4 Perception des points forts de l'action dans le domaine de la santé mentale

Question : Comment décririez-vous les points forts de votre action dans le domaine de la santé mentale?			
Réponse	Fr n=50	An n=171	Tous n=221
Connaissance des liens entre la santé mentale et la santé physique	52 % (26)	77 % (132)	71 % (158)
Déjà engagé dans des interventions potentiellement liées à la santé mentale (déterminants de la santé mentale, politiques publiques favorables à la santé mentale, surveillance des indicateurs de santé mentale, etc.)	44 % (22)	58 % (99)	55 % (121)
Autre, veuillez préciser...	28 % (14)	13 % (23)	17 % (37)

Les « autres » points forts proposés par les répondants francophones étaient : le développement d'aptitudes personnelles pour la santé mentale (au sein d'interventions); le développement de partenariats avec d'autres secteurs et entités; la mise en lumière d'un sujet peu connu ou abordé; l'implantation d'un modèle clinico-administratif qui a réduit le taux d'hospitalisation et accru l'autonomie de la clientèle; un nouvel élan d'intérêt/engagement de la direction de santé publique envers la santé mentale; la création de programmes communautaires accessibles et adaptés à tous, incluant les personnes avec des problèmes de santé mentale; les liens entre les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et le milieu communautaire; le partage d'information; la recherche de barrières d'accès aux services de santé mentale; et, enfin, la quantité de connaissances accumulées sur le sujet depuis les dix dernières années⁵.

Les « autres » points forts proposés par les répondants anglophones étaient : la priorité nouvellement accordée à la santé mentale; la meilleure compréhension des liens sous-jacents entre la santé mentale, la santé physique et les déterminants sociaux de la santé; une utilisation de plus en plus fréquente des stratégies de promotion de la santé mentale basées sur des données probantes; l'existence de liens avec des organisations et des pratiques organisationnelles (ou de gestion) pouvant avoir un impact sur la santé mentale et la disposition à

⁵ Toutes les réponses des sections « autres » sont présentées telles qu'indiquées dans les questionnaires (avec de légers ajustements).

apprendre et à inclure des stratégies favorables à la santé mentale, malgré le manque de connaissances sur le sujet; enfin, le développement de stratégies de dépistage de routine par les praticiens.

2.2 IMPLICATION EN SANTÉ MENTALE DES POPULATIONS

Les répondants ont répondu à 84 % établir des liens entre leur pratique et la santé mentale des populations (tableau 5). Ils sont 55 % à être déjà engagés dans des interventions liées à la santé mentale des populations (déterminants de la santé mentale, politiques publiques favorables à la santé mentale, surveillance des indicateurs de santé mentale, etc.), et cette implication représente pour eux un point fort de leur action en santé mentale (tableau 4, ci-dessus).

Tableau 5 Perception de l'implication en santé mentale des populations

Question : Identifiez-vous des liens entre votre pratique et la santé mentale des populations?			
Réponse	Fr n=63	An n=202	Tous n=265
Oui	83 % (52)	84 % (170)	84 % (222)
Non	18 % (11)	16 % (32)	16 % (43)

2.2.1 Perceptions des liens entre les pratiques des acteurs de santé publique et la santé mentale des populations

La question relevée dans le tableau 5 « Identifiez-vous des liens entre votre pratique et la santé mentale des populations? » était suivie de la question ouverte suivante : « **Si oui, pouvez-vous décrire ces liens (entre votre pratique actuelle et la santé mentale des populations)?** ».

L'analyse qualitative des réponses données à cette question a révélé que la réponse la plus fréquente avancée par les praticiens pour décrire et expliquer les liens entre leurs pratiques et la santé mentale des populations était qu'ils considéraient que la relation entre santé mentale, santé publique, santé physique, toxicomanie, santé des populations et déterminants de la santé était *évidente*. Ils indiquaient aussi que le type de contexte dans lequel ils œuvraient caractérisait en lui-même le lien entre la santé mentale des populations et leur pratique. Les secteurs d'emploi les plus fréquemment mentionnés par les répondants pour expliciter et justifier les liens entre leurs pratiques et la santé mentale des populations sont partagés ci-dessous⁶ :

- le secteur périnatal, le développement du jeune enfant (DJE) ou le soutien aux techniques parentales;

⁶ Ce sont des secteurs d'emploi présentés par les répondants afin d'expliquer comment et pourquoi leurs pratiques étaient liées à la santé mentale des populations. On trouve en conséquence des recoupements possibles entre certains secteurs, par exemple le travail sur le développement du jeune enfant (DJE) pouvant aussi correspondre au travail sur les déterminants sociaux de la santé mentale. Nous avons choisi de conserver les secteurs d'emploi tels que proposés par les répondants qui souhaitaient mettre en exergue l'importance du lien entre, dans ce cas, le secteur périnatal, le DJE et la santé mentale des populations.

- le travail sur les déterminants sociaux de la santé mentale (environnements favorables, saines habitudes de vie, intégration sociale, sentiment d'appartenance, renforcement du potentiel des personnes, développement des communautés, etc.) et des troubles mentaux (isolement, stigmatisation des personnes vivant avec un trouble mental, pauvreté, etc.);
- le travail défini en tant que promotion de la santé en général;
- la prévention clinique (intégration des personnes vivant avec un trouble mental, prévention du suicide, prévention des maladies chroniques, troubles alimentaires chez les hommes, etc.) ou la promotion de la santé mentale;
- le travail clinique dans les écoles, les approches globales dans les écoles, la promotion de la santé dans les milieux postsecondaires;
- le soutien aux initiatives de promotion de la santé mentale; l'accompagnement aux praticiens; le soutien aux réseaux locaux de services, aux tables de concertation et aux organismes communautaires; la formation ou le développement des capacités; et le développement de lignes directrices en promotion de la santé mentale et en santé mentale;
- le développement, la planification et le financement de programmes de santé mentale à divers niveaux (par exemple, un appui régional pour la prévention du suicide, la promotion de stratégies de bien-être, etc.);
- la surveillance de la santé mentale dans la population;
- le développement de partenariats;
- le travail particulier pour les enjeux des populations francophones hors Québec en situation minoritaire.

2.2.2 Pratiques des répondants

Les pratiques des acteurs ont été déterminées par quatre questions fermées. Celles-ci sont présentées en **annexe 4**, et les réponses des répondants anglophones et francophones y sont proposées séparément.

Les répondants travaillent avec des clientèles variées, et les anglophones et francophones ont des pratiques de santé publique et de santé mentale différentes. Par exemple (du plus fréquent au moins fréquent), les anglophones sont le plus impliqués auprès des parents et éducateurs (64 %), des adolescents et jeunes adultes (60 %), du développement de l'enfant (51 %), et des groupes vulnérables (47 %), alors qu'ils sont moins impliqués auprès des personnes âgées (30 %) et de la santé autochtone (33 %). Les « autres » domaines ont obtenu 18 % des réponses des anglophones. Les francophones pratiquent surtout auprès des adolescents et des jeunes adultes (60 %), des enfants et jeunes (47 %), des groupes vulnérables (44 %) et des personnes âgées (42 %). Les « autres » domaines ont reçu 46 % des réponses des francophones; les domaines les moins investis par les répondants francophones sont ceux de la santé autochtone (12 %) et du développement de l'enfant (21 %).

Les interventions concernent un grand éventail de déterminants sociaux de la santé. Plus de 50 % des répondants anglophones et francophones précisent que leurs actions portent sur les conditions de vie et les environnements; l'isolement et l'exclusion; l'engagement

communautaire et la cohésion; la stigmatisation et la discrimination; et les maladies chroniques et la santé physique (48 % pour les francophones dans cette dernière catégorie). La résilience et l'autonomie sont visées par 64 % des anglophones et 41 % des francophones. Les comportements liés à la santé sont visés, quant à eux, par 77 % des anglophones et 64 % des francophones; et les politiques publiques, par 47 % des anglophones et 38 % des francophones. Enfin, les maladies infectieuses sont visées par environ 26 % des anglophones et 10 % des francophones.

Pour ce qui est du domaine des services ou des secteurs de la santé mentale, les acteurs interviennent (du plus fréquent au moins fréquent) dans les campagnes de sensibilisation et d'éducation en santé mentale et plaidoyer (57 % anglophones et 49 % francophones), dans le soutien et les services communautaires en santé mentale (50 % anglophones et 57 % francophones), en prévention du suicide (40 % anglophones et 43 % francophones), en toxicomanie et dépendances (44 % anglophones et 33 % francophones), dans les politiques de santé mentale (33 % anglophones et 31 % francophones), en traitement et rétablissement (17 % anglophones et 26 % francophones), et dans des secteurs définis comme « autres » (24 % anglophones et 28 % francophones). Cela est en accord avec le fait qu'une certaine portion des répondants relève de secteurs plus élargis (ou périphériques) de la santé publique (intervention clinique, clinique préventive et rétablissement).

Enfin, les interventions en faveur de la santé mentale ont été amorcées en majorité à la suite d'une demande de partenaires locaux (36 % anglophones et 32 % francophones); grâce à des connaissances personnelles sur le sujet (31 % anglophones et 28 % francophones); pour « d'autres » raisons (28 % anglophones et 26 % francophones), qui incluent toutes sortes de demandes (internes, externes, des communautés, de clients); des mandats (unités de travail, direction de santé publique, programme institutionnel, etc.); des opportunités de financement, etc.; à la suite de l'inclusion de ces objectifs au sein de stratégies provinciales en santé mentale et bien-être d'un ministère de la Santé (23 % anglophones et 26 % francophones); et, moins souvent, en réponse à des demandes de partenaires externes (19 % anglophones et 11 % francophones) ou à la suite de la Stratégie nationale de santé mentale de la Commission de la santé mentale du Canada (11 % des anglophones et 9 % des francophones).

2.3 MISE EN PLACE DE PARTENARIATS EN FAVEUR DE LA SANTÉ MENTALE DES POPULATIONS

Plusieurs partenariats ont été constitués autour d'objectifs liés à la santé mentale, et ceux-ci sont considérés par les différents acteurs comme une force de la pratique en santé mentale des populations. Cela a été exprimé à trois reprises dans le questionnaire :

- Par les réponses à la question ouverte (section 2.2.1) portant sur la manière dont les praticiens expliquent et décrivent les liens entre leurs pratiques et la santé mentale des populations. On y voit que la mise en œuvre de partenariats pour la santé mentale fait partie des pratiques qui *expliquent* le lien entre santé publique et santé mentale des populations;
- Par les commentaires ajoutés par les répondants pour décrire les points forts de leur action dans le domaine de la santé mentale (tableau 4, « autres » réponses);

- Par les réponses données à la question fermée présentée au tableau 6 ci-dessous, où l'on constate que les partenariats les plus fréquemment mis en place visent les écoles et services de garde, et les organismes communautaires.

Tableau 6 Partenariats mis en place visant la promotion de la santé mentale

Question : Avez-vous créé des partenariats hors de votre champ de compétence visant la promotion de la santé mentale dans votre communauté ou votre environnement, ou pouvant y être associés?		
Réponse	Fr n=52	An n=179
Écoles et services de garde	35 %	44 %
Organismes communautaires	44 %	59 %
Acteurs municipaux	23 %	20 %
Secteur commercial	6 %	11 %
Autres secteurs	20 %	8 %
Autre, veuillez préciser...	6 %	17 %
Ne s'applique pas	39 %	25 %

Les « autres » types de partenariats mis en place par les répondants francophones⁷ sont avec les ordres professionnels et organismes; les centres de santé et de services sociaux (CSSS), le CSSS Cavendish en particulier; les milieux de travail; les universités, l'Université McGill en particulier; les policiers; la régie de la santé, l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, le Wellness Center, la municipalité de Kuujuaq — l'Administration régionale Kativik. Les répondants ont indiqué que ces quatre derniers partenariats ont été ciblés en fonction de projets communautaires axés sur l'économie sociale.

Les « autres » types de partenariats mis en place par les répondants anglophones sont : des partenariats avec le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH); une communauté de pratique avec d'autres directions et agences de santé publique; « Healthline »; le système de justice; un comité de réponse conjoint du secteur gouvernemental; des agences de santé mentale et toxicomanie; des organisations nationales et provinciales; le gouvernement; des groupes confessionnels; des communautés autochtones, comme partie du projet ACCESS TRAM⁸ dans une région; des programmes hospitaliers externes; des ressources pour prestataires de soins; Centraide; des partenaires de logement et de l'aide sociale; des organisations à but non lucratif; des institutions universitaires; des organisations ethniques.

2.4 CONNAISSANCE ET UTILISATION DE DOCUMENTS ET D'APPROCHES D'ORIENTATION, ET DE PLUSIEURS RESSOURCES ET FORMATIONS

2.4.1 Connaissance et utilisation de documents et approches d'orientation

Les réponses à une question ouverte ont révélé que les documents d'orientation sont la principale source de soutien pour les pratiques des praticiens. Ces documents comprennent, par exemple, les cadres d'orientation, les plans stratégiques et les lignes directrices à l'égard

⁷ Toutes les réponses des sections « autres » sont présentées telles qu'indiquées dans les questionnaires (avec de légers ajustements).

⁸ ACCESS Canada, un réseau de recherche mis au point par TRAM — Recherche transformationnelle sur la santé mentale des adolescents.

des meilleures pratiques, publiés par des organisations et des associations, ou encore des approches propres à certains secteurs comme la santé publique, les soins infirmiers ou la psychologie.

2.4.2 Connaissance et utilisation de ressources et de formations

Les praticiens appuient leurs pratiques sur une variété de ressources disponibles. Celles-ci concernent :

- **des ressources propres au domaine clinique et préventif**, comme des outils de dépistage (dépression post-partum, violence familiale, détresse, évaluation des risques, abus d'alcool ou d'autres drogues, échelles d'interaction parent-enfant, etc.) et des outils d'intervention (techniques d'entrevue motivationnelle, gestion de crise, thérapie brève axée sur la recherche de solutions, soutien à l'interaction parent-enfant, établissement d'objectifs, etc.);
- **des ressources spécifiquement en promotion de la santé mentale**, telles que des exemples de meilleures pratiques, des trousseaux et des formations liées spécifiquement à la santé mentale des populations, ou visant plusieurs clientèles et divers contextes (par exemple, des ressources sur la résilience, des ressources Meilleur départ, des trousseaux du Consortium conjoint pancanadien pour les écoles en santé [CCES], des ressources en santé mentale positive ciblant les jeunes, les étudiants, les enseignants, les familles, les collectivités, la santé mentale maternelle, les aînés, etc.);
- **des thèmes généraux liés à la santé publique**, comme des ressources sur les politiques publiques favorables à la santé, des trousseaux de travail sur les politiques publiques, des outils d'évaluation des données probantes en santé, des revues systématiques, des stratégies populationnelles et pratiques exemplaires, etc.;
- **des données en santé mentale**, comme des données statistiques, des bases de données, des données de surveillance sur la santé mentale.

2.4.3 Connaissance et utilisation d'une variété de formats de partage de connaissances

Les praticiens nourrissent leurs pratiques en se tenant informés grâce à des ressources d'information et de connaissances de différents formats. Ils ont recours à du matériel général de recherche (articles, revues de la littérature, revues scientifiques), à des livres, à des ressources en ligne (comme les webinaires, les modules en ligne, les outils Web) et à des formations en personne (comme les ateliers, la formation continue, les présentations, etc.). Ils aiment particulièrement les documents courts, faciles à utiliser et à transmettre à leurs partenaires intersectoriels, au grand public ou à des clientèles précises. Des communautés de pratique et des réseaux sont aussi utilisés par les répondants pour soutenir leurs activités : collègues de travail, colloques et regroupements, réseautage entre professionnels de la santé, collaboration avec des chercheurs et des professeurs universitaires, groupes de soutien.

L'annexe 5 détaille les ressources mentionnées par les différents acteurs de santé publique qui ont répondu aux questionnaires.

3 LES BESOINS POUR AGIR EN SANTÉ MENTALE DES POPULATIONS

Les besoins ont été cernés de la façon suivante :

- par une question ouverte : « Qu'est-ce qui vous aiderait à mieux faire votre travail? »;
- par une question fermée : « Comment décririez-vous les points faibles de votre action dans le domaine de la santé mentale? » (tableau 7); et
- par des discussions avec des acteurs de santé publique lors d'ateliers de prise de besoins.

Les réponses à la question fermée apparaissent dans le tableau 7 ci-dessous, alors que l'ensemble des besoins recensés sont résumés par la figure 1 et détaillés par la suite.

Tableau 7 Perception des points faibles de l'action dans le domaine de la santé mentale

Question : Comment décririez-vous les points faibles de votre action dans le domaine de la santé mentale?			
Réponses	Fr n=53	An n=182	Tous n=235
Manque de connaissances en matière de santé mentale	28 %	44 %	40 %
Manque de ressources humaines ou financières pour promouvoir la santé mentale	72 %	73 %	72 %
Absence de mandat clair, de politique ou de stratégie favorables à la santé mentale	57 %	75 %	71 %
Autre, veuillez préciser...	17 %	16 %	17 %

Les « autres »⁹ points faibles précisés par les répondants francophones sont les suivants : l'absence d'implication directe; la faible volonté politique pour la santé mentale, pourtant essentielle en santé publique; l'absence de réseau institutionnalisé; le manque de documentation sur la santé mentale et le vieillissement; le caractère sectoriel des interventions en centres de santé et de services sociaux (CSSS) et en santé publique en général, qui nuit à la prise en compte transversale de la santé mentale pour la santé des populations; la configuration de la base militaire à Ottawa et les moyens de communication disponibles sont également mentionnés comme étant un défi pour les interventions communautaires et la mise en place de partenariats.

Les « autres » points faibles précisés par les répondants anglophones sont les suivants : le manque de mandat clair, de volonté politique, de réseau institutionnalisé, de soutien; l'absence de documents fondateurs; le manque de connaissances sur les réseaux existants; les liens sous-optimaux entre la santé mentale et la santé publique; le manque de travail de plaidoyer; la mentalité en silo; le manque de compréhension du rôle de la santé publique en santé mentale et en matière de déterminants de la santé; le manque de compétences/formations pour les acteurs de soutien communautaire de première ligne; l'absence de la santé mentale dans les standards de santé publique de l'Ontario/ le manque de préoccupation spécifique pour la santé mentale dans les normes provinciales de l'Ontario; l'absence de mandat clair et officiel au sein de la planification des transports; le manque de compréhension des différences et des liens (santé mentale/toxicomanie/maladies chroniques); le manque de surveillance et d'indicateurs de santé mentale; le manque de ressources financières pour la recherche sur les

⁹ Toutes les réponses des sections « autres » sont présentées telles qu'indiquées dans les questionnaires (avec de légers ajustements).

services de santé mentale, l'épidémiologie et les politiques publiques; l'intérêt marqué pour la maladie plutôt que pour le bien-être; la stigmatisation.

Les besoins ciblés reflètent les enjeux pour agir en santé mentale des populations qui ont été identifiés par plusieurs types d'acteurs issus de la main-d'œuvre de santé publique au sens large (y inclus des cliniciens, des acteurs de prévention clinique, ainsi que certains acteurs impliqués dans les milieux communautaires).

Nous avons donc graphiquement représenté les divers acteurs avec lesquels la mise en place de collaborations est essentielle à la pratique de santé publique en santé mentale des populations. Tous ces acteurs font partie de la main-d'œuvre *générale* nécessaire pour promouvoir la santé mentale de la population, et plusieurs représentants de ces différents types d'acteurs ont exprimé des besoins de soutien pour intervenir de façon plus optimale en santé mentale des populations. Nous avons illustré dans la figure 1 ci-dessous cinq types d'acteurs :

1) Les acteurs de santé publique; parmi ceux-ci se trouvent les décideurs, gestionnaires et responsables de programmes; les acteurs « locaux » de promotion et de prévention dans différents milieux; et tous les « autres » acteurs de santé publique ; ceux qui soutiennent les interventions, les acteurs de plaidoyer, les acteurs de partage de connaissance, de recherche, de surveillance, etc. Les acteurs de la main-d'œuvre *générale* de santé publique, parmi lesquels se trouvent 2) les acteurs cliniques des soins de santé primaires (SSP) en santé physique; 3) les acteurs des SSP en santé mentale et leurs partenaires des services sociaux; 4) les acteurs des milieux communautaires et les partenaires locaux; ainsi que 5) les décideurs et acteurs d'autres secteurs. Les répondants ont largement précisé la nécessité d'adapter les ressources de soutien aux réalités de ces différents acteurs et secteurs, ainsi que l'importance de produire ces ressources en français et en anglais, pour en faciliter l'accès et l'utilisation.

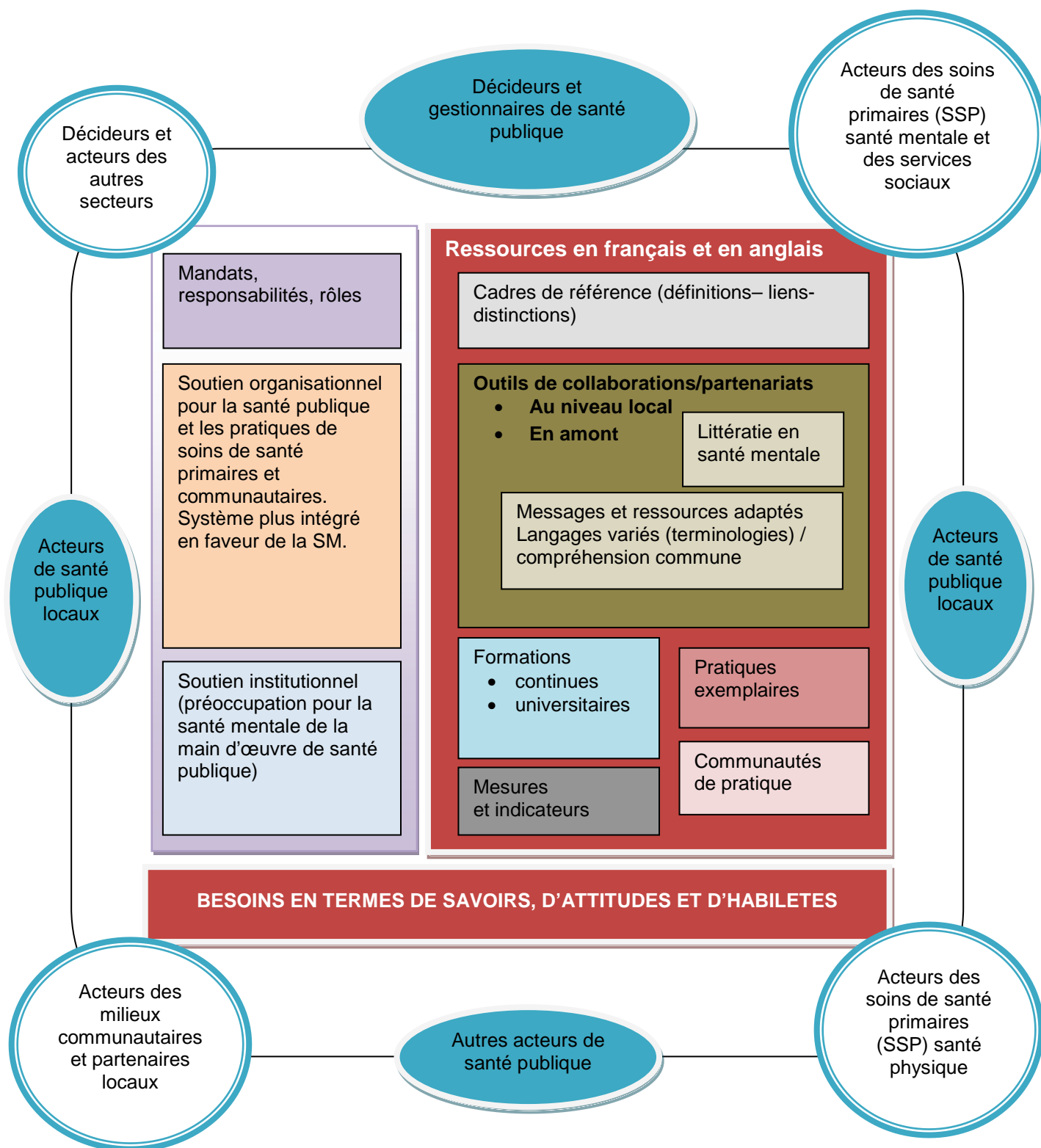


Figure 1 Grandes familles de besoins de la main-d'œuvre de santé publique pour intervenir en santé mentale des populations

Les grandes familles de besoins identifiées par les répondants sont décrites dans cette section. Au sein de chacune de ces grandes familles, des besoins de l'ordre des savoirs, des attitudes ou des habiletés sont exprimés. Ceux-ci sont alors mis en exergue dans des encadrés¹⁰.

3.1 CLARIFIER LES MANDATS, LES RÔLES ET LES RESPONSABILITÉS

L'absence d'un mandat clair et le manque de compréhension du rôle de la santé publique au regard de la santé mentale sont au centre des besoins des différents répondants. Ces derniers expriment le besoin de lignes directrices claires pour soutenir les pratiques de santé publique en santé mentale. Ils soulignent aussi l'utilité d'obtenir le soutien de la part d'autres institutions, comme les universités, qui pourraient intégrer la santé mentale dans les programmes d'études en santé publique, ce qui clarifierait dès la formation universitaire les rôles et responsabilités des différents acteurs.

Le besoin d'un **mandat clair** pour permettre aux praticiens de santé publique d'intervenir en faveur de la santé mentale des populations implique de considérer la santé mentale comme une priorité dans les normes de santé publique.

« Il faut légitimer ce travail grâce à un mandat clair et à des ressources soutenant la promotion de la santé mentale. »

« Il faut positionner la santé mentale comme une priorité en santé publique. »

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 — le Conseil doit les inclure dans ses plans stratégiques. »

Le besoin d'une **description claire des rôles des praticiens de santé publique en matière de santé mentale** se rapporte au besoin des acteurs locaux de comprendre leur propre pratique ainsi qu'à la nécessité plus générale que la santé publique, comme domaine, se positionne sur ce sujet.

« Plus d'information au sujet de la stratégie canadienne, des ressources communautaires et de notre rôle. »

« 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? »

¹⁰ Plusieurs réponses fournies par les répondants et présentées dans les extraits cités textuellement ont été traduites de l'anglais. Les extraits proviennent donc de répondants anglophones et francophones et ont été recueillis par l'intermédiaire des questionnaires et durant des rencontres avec les praticiens.

Connaitre les orientations
clés et les ressources
existantes.

Connaitre la différence entre
interventions de promotion de santé
mentale et de santé mentale.

Il a été suggéré que les praticiens de santé publique puissent agir comme **chefs de file ou « champions » en santé mentale des populations et qu'ils pourraient avoir besoin de soutien pour développer ces responsabilités.**

« Les ressources constituent un enjeu colossal. Les ressources financières, évidemment, les ressources financières au niveau ministériel [...], au niveau de la Direction de santé publique, on trouve la même tension quand on travaille, vous savez, dans une organisation à but non lucratif, dans un organisme provincial affilié à la Direction de santé publique. C'est un enjeu sur toute la ligne, et encore une fois je pense que ce qui est bien de ce travail, c'est que, dans plusieurs cas, il ne faut pas vraiment beaucoup de ressources, en fait. On a simplement besoin de se parler et de comprendre que nous avons tous quelque chose à y apporter. Exactement, une initiative commune est une initiative commune. »

Comprendre que
tous les acteurs peuvent
contribuer au travail.

« 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 il s'agit 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 tout faire, mais nous pourrions être des "champions". Donc, encore une fois, je pense que s'il existait des outils du genre de ceux dont les gens ont parlé, pour amener différents secteurs autour de la table et pour aider à travailler de façon plus collaborative, et si vous pouviez prendre un peu un rôle de "champion", comme des défenseurs dans ce contexte, ça serait vraiment utile. »

Adopter un rôle de « champion ».

Savoir communiquer efficacement
l'importance de la santé mentale
avec les partenaires.

3.2 PROCURER DU SOUTIEN ORGANISATIONNEL (SANTÉ PUBLIQUE/SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE [SANTÉ PHYSIQUE ET SANTÉ MENTALE]/MILIEUX COMMUNAUTAIRES) ET FAVORISER UN SYSTÈME INTÉGRÉ FAVORABLE À LA SANTÉ MENTALE

Les praticiens ont discuté de défis sur les plans systémique et organisationnel autant en santé publique que dans la capacité des premiers répondants à intervenir de façon holistique en faveur des différentes dimensions de la santé mentale. Les besoins de soutien prennent les formes suivantes :

1) Le besoin d'un appui accru de la part des gestionnaires en santé publique quant à la priorisation de la promotion de la santé mentale dans l'allocation des ressources (financières, humaines et de temps), dans les décisions politiques et les orientations de programmes.

« 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 pour promouvoir la santé mentale quand notre organisme ne reconnaît pas que la santé mentale 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 des troubles mentaux 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 incluses dans leurs stratégies afin de 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 glisser cela en tant que composante additionnelle du programme. »

Des gestionnaires en santé publique
qui connaissent défendent et appuient
les liens entre la santé mentale, sa promotion
et les pratiques de santé publique.

Une note optimiste a toutefois été exprimée dans un commentaire qui révèle que, bien que les gestionnaires puissent être perçus comme ayant une faible connaissance du sujet, les praticiens considèrent qu'ils sont ouverts à apprendre et à inclure des stratégies contribuant à améliorer la santé mentale. Cette ouverture a été considérée comme étant une force pour la pratique.

2) Le besoin de formations et de ressources visant précisément les objectifs poursuivis par les premiers répondants. Dans ce cas, les praticiens souhaitent avoir accès à de la formation et à des ressources pour le dépistage, l'identification, l'évaluation, la référence, le traitement et l'intervention.

Des premiers répondants qui
connaissent les bonnes pratiques
pour le dépistage et l'intervention.

3) **Le besoin de ressources et de services ajoutés ou reconfigurés en matière de soins de santé primaires ou ancrés dans la collectivité**, et ce, afin de répondre aux besoins non satisfaits et à des clientèles particulières de façon moins segmentée et plus optimale. Les praticiens ont ici exprimé les besoins suivants : un accès plus universel aux services; des services de psychiatrie plus rapides; un meilleur accès aux partenaires communautaires; un meilleur soutien entre pairs; une animation de concertations intersectorielles; une ressource de type guichet unique dans les collectivités, qui serait en mesure d'orienter les praticiens vers les services disponibles, et des outils tels des « carnets plastifiés dans les poches » permettant de faciliter les interventions et les références. En bref, on exprime ici l'idée de briser les silos et d'intervenir de façon plus intégrée, holistique et rapide au sein des différents services.

Des acteurs de première ligne et
communautaire qui connaissent, ont accès
et utilisent des ressources et des réseaux
disponibles.

3.3 DÉMONTRER UN SOUCI POUR LE SOUTIEN INSTITUTIONNEL (PRÉOCCUPATION POUR LA SANTÉ MENTALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DE SANTÉ PUBLIQUE)

Les répondants ont **mentionné l'importance pour la main-d'œuvre de santé publique de faire attention à sa propre santé mentale** et d'avoir les moyens de s'en préoccuper afin de pouvoir intervenir adéquatement sur celle de la population :

« Sensibilisation des gestionnaires aux politiques de santé mentale et aux problèmes de santé mentale liés aux environnements de travail. »

« J'observe particulièrement que la main-d'œuvre en santé publique, à tous les niveaux, reflète plusieurs aspects de la société et que ses membres n'ont eux-mêmes pas une bonne santé mentale. La promotion de la santé mentale au sein du personnel est, au mieux, une politique de pure forme, surtout en ce qui concerne les échelons de gestion. Si la direction ne donne pas l'exemple de comportements liés à une bonne santé mentale, il est peu probable que l'on fasse une différence dans les communautés. »

Comprendre comment sa propre santé
mentale interagit avec son habileté à
promouvoir la santé mentale dans la
population.

3.4 FOURNIR DES CADRES DE RÉFÉRENCE : DES DÉFINITIONS, DES DISTINCTIONS ET DES LIENS CLAIRS

Les praticiens ont besoin de lignes directrices claires quant aux pratiques de santé publique en santé mentale. Cela suppose **des définitions, des distinctions entre les concepts et des liens clairs** entre les éléments qui constituent l'approche de santé mentale des populations et les pratiques de santé publique, et ce, dans le cadre de documents directeurs ou de politiques.

Les praticiens ont besoin de définitions claires de plusieurs notions comme *santé mentale des populations* et *promotion de la santé mentale*. Ils ont besoin que soient clarifiées les distinctions entre la prévention des troubles mentaux et la promotion de la santé mentale, entre la maladie mentale et la santé mentale, et entre les interventions *de santé mentale* (le soutien aux personnes souffrant de troubles mentaux) et les interventions visant la promotion de la santé mentale (l'amélioration de la santé mentale de tous). Ils ont besoin de mieux comprendre que les actions de santé publique renvoient aux différentes composantes de l'approche de santé mentale des populations. Par exemple la promotion de milieux de vie sains, les interventions de promotion de saines habitudes de vie ou celles pour prévenir les maladies chroniques, les maladies infectieuses, ou les dépendances, ainsi que les actions visant les déterminants sociaux de la santé ou la réduction des inégalités de santé, font partie intégrante d'une approche de santé mentale des populations. Ils ont précisément besoin que ces définitions et ces liens soient inscrits dans des cadres ou des documents de référence pouvant établir des normes de travail qui assureront la qualité et la pérennité et servir aux activités de plaidoyer. Certains commentaires illustraient ce besoin :

Étendre la base de connaissances :
Connaître les définitions, approches,
distinctions, perspectives et liens clés.

« 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 modèles de santé traditionnels intégrant le bien-être et le développement de la capacité communautaire. »

« Reconnaissance de la santé mentale comme partie intégrale du bien-être physique et traitée de la même manière et avec le même respect. »

« Un cadre conceptuel de référence en santé mentale des populations (récemment développé) et un cadre de référence en santé mentale pour les milieux universitaires. »

Comprendre comment la santé
mentale et la capacité
communautaire sont intégrées aux
modèles connus de santé publique.

Comprendre que la santé mentale
et la santé physique doivent être
traitées avec la même importance.

3.5 ÉTABLIR DES COLLABORATIONS (EN PREMIÈRE LIGNE ET EN AMONT)

Les praticiens ont exprimé **le besoin de recevoir deux types de soutien à la collaboration : en première ligne et en amont.**

En ce qui concerne le soutien en première ligne, les praticiens ont fait état de problèmes de coordination et ont exprimé le besoin d'améliorer les liens, particulièrement de nouer des contacts et des relations plus fortes et plus formelles entre les acteurs, les organismes, les différents domaines d'intervention et les approches de la santé publique et de la santé mentale. Par exemple :

« 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 références 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.) »

Les acteurs locaux
connaissent les ressources
locales existantes.

Les acteurs locaux adoptent une
pratique plus intégrée et collaborative.

En ce qui concerne le soutien en amont, les praticiens ont exprimé le besoin de ressources pouvant favoriser les liens avec d'autres secteurs et avec les décideurs, et pouvant faciliter également des activités de plaidoyer.

Pour combler ces besoins, deux stratégies spécifiques et interreliées ont été ciblées :

Le développement de la **littératie en santé mentale**. En particulier :

« Des outils pour faciliter les conversations et le plaidoyer auprès des décideurs et des acteurs extérieurs à la santé qui jouent un rôle sur les déterminants de la santé mentale. »

« Étant donné que toute prévention des maladies et toute promotion de la santé et du bien-être (incluant la santé mentale) passent après les pratiques de soins aigus, n'importe quelle activité pouvant mettre l'accent sur les économies réalisées grâce à la prévention en amont serait utile. En quelque sorte, il nous faut attirer l'attention des décideurs financiers pour offrir plus que des vœux pieux relativement à l'idée qu'il "vaut mieux prévenir que guérir". »

Communiquer efficacement la valeur économique (le retour sur l'investissement) de la promotion et de la prévention.

La nécessité d'avoir accès à des **messages et à des ressources clés** qui se préoccupent du **langage** utilisé pour parler de la santé mentale dans des contextes de partenariats, tant au sein du secteur de la santé mentale qu'avec des partenaires extérieurs. Le besoin mentionné ici est celui d'éviter l'obligation d'un langage commun et de plutôt choisir un langage adapté et significatif dans le cadre de partenariats précis.

« Ce que je voudrais dire, c'est que j'ai noté que les parties prenantes en santé mentale sont particulièrement diverses. Donc, je pense qu'il est certain que plus de temps et d'énergie sont nécessaires pour s'assurer que les bonnes parties prenantes sont à la table, pour s'assurer qu'on parle leur langage et qu'on est sur la même longueur d'onde relativement au langage et à ce genre de choses. [...] Mais je pense qu'il y a tellement d'avantages mutuels, pour tout le monde, à travailler ensemble, et si on le cadre vraiment en disant : "c'est une façon de vous attribuer le mérite de certaines des choses que vous faites déjà, avec une ampleur et une influence plus larges que ce que cela peut avoir", plutôt que de simplement dire : "nous voulons que vous veniez et que vous nous aidiez à réaliser ce que nous essayons de faire de notre côté", la conversation prend une couleur très différente à leurs yeux, assurément. Donc, si on pouvait s'éloigner de cela et être plus souples relativement aux manières dont on décrit la santé mentale dans toutes ses dimensions, dans toutes les manières dont elle peut être comprise par les parties prenantes, je pense qu'on serait dans une bien meilleure position pour pouvoir accomplir ce travail. »

Adapter le langage de la santé mentale au public visé afin de mieux cibler les personnes, favoriser un entendement commun et davantage de collaborations.

3.6 DÉVELOPPER ET RENDRE ACCESSIBLES DES FORMATIONS ADAPTÉES

Les praticiens ont exprimé le besoin **de formations plus accessibles, adaptées aux contextes et plus abordables** en santé mentale. Les besoins mis en avant reflètent la diversité des acteurs qui se sont exprimés; on trouve ainsi des besoins pour des formations en santé mentale sous l'angle de la santé publique et de la promotion de la santé mentale dans différents milieux, des besoins pour des formations plus spécifiquement liées à la pratique de santé mentale clinique et préventive, ainsi qu'à l'intervention communautaire. Les acteurs indiquent également le besoin d'être mieux sensibilisés aux possibilités d'apprentissage.

Les **formats** suggérés pour les formations sont des ateliers, de la formation continue, des activités en ligne et du réseautage.

Dans certains cas, les besoins de formations ont été exprimés relativement à des **clientèles** précises, comme les infirmières de santé publique, les infirmières dans les écoles, les professeurs, les décideurs, les gestionnaires, les intervenants cliniques ou les bénévoles.

Des **thèmes** particuliers pour les formations ont été proposés : la santé mentale chez les nouveaux immigrants, les troubles périnataux de l'humeur, les modèles de promotion de la santé mentale, la santé mentale en milieu de travail, la sensibilisation des gestionnaires aux politiques de santé mentale et aux problèmes de santé mentale liés aux environnements de travail, le développement de la résilience chez les jeunes de 5 à 18 ans, la santé mentale positive, la santé mentale et les dépendances chez les communautés autochtones, les lois et politiques associées à la santé mentale, la réussite du jumelage santé mentale et vieillissement du point de vue de la formation aux bénévoles.

Enfin, le besoin de formations dans certains contextes mal desservis, comme le Nord, a été exprimé.

Dans certains cas, des besoins généraux de formations étaient précisés, tels que « le besoin de formation avancée en recherche documentaire, rédaction de procédures politiques en établissement de santé, et lecture critique de la littérature scientifique ».

3.7 METTRE EN PLACE DES COMMUNAUTÉS DE PRATIQUE

Les praticiens ont exprimé le besoin de **réseaux et de communautés de pratique**. Ils souhaitent avoir « 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 ». Ils mentionnent l'utilité d'accéder à des conférences. Dans certains cas, des sujets précis sur lesquels pourraient se pencher des communautés de pratique ont été relevés, comme la promotion de la santé au sein de communautés autochtones, l'analyse des politiques publiques, l'évaluation des programmes ou le plaidoyer.

3.8 DÉVELOPPER ET RENDRE ACCESSIBLES DES RESSOURCES RELATIVES AUX PRATIQUES EXEMPLAIRES

Les praticiens ont exprimé le besoin d'avoir accès et de mieux connaître les pratiques exemplaires pour les interventions en promotion de la santé mentale, en prévention des troubles mentaux et en santé mentale (celles qui ciblent le traitement des troubles mentaux), ainsi qu'en matière de planification de programmes :

« Des stratégies et des interventions axées sur les niveaux structurel, communautaire et individuel, 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 déterminants de la santé au niveau structurel. »

« Des documents simples qui montrent clairement quels programmes et quelles initiatives sont les plus efficaces. »

« Des outils pour les écoles, comment développer les facteurs de protection chez les jeunes pour prévenir les problèmes de santé mentale. »

« Des pratiques gagnantes sur le lien entre le milieu communautaire et les CSSS en matière de soutien à la participation sociale des aînés présentant des problèmes de santé mentale ou des troubles de comportement, ou des pertes cognitives. »

Connaitre ce qui fonctionne à plusieurs niveaux (structurel, communautaire, familial, dans les milieux, individuel).

Les répondants ont précisé que ces **ressources devaient être adaptées à des clientèles particulières et pour des sujets précis. Ils souhaitent :**

- **le développement de ressources pour les divers professionnels et niveaux d'intervention :** les décideurs, les gestionnaires, les médecins et infirmières, les acteurs de santé publique locaux, les bénévoles, les groupes communautaires, etc. ;

Connaitre ce qui fonctionne pour plusieurs types d'acteurs.

- **le développement de ressources pour différents sous-groupes de populations ou milieux précis :** la population en général, les familles et les proches touchés, les aînés, les sans-abris, les hommes, les personnes gaies lesbiennes, bisexuelles, transgenres et transsexuelles (GLBT), les nouveaux immigrants et les réfugiés, les populations francophones en situation de minorité, et des milieux tels que : des maternelles, des écoles et des universités, des milieux de travail, la base militaire à Ottawa, des communautés autochtones, des communautés rurales, etc.;

Connaitre ce qui fonctionne avec qui et où.

- **le développement de ressources sur des sujets précis, tels que :** la stigmatisation; le développement de la résilience; la santé mentale et la toxicomanie; les impacts des changements climatiques ou des camps industriels sur la santé mentale; les inégalités et la santé mentale; la santé mentale au travail; le vieillissement et la santé mentale; la mise à jour des connaissances par rapport au traitement, au diagnostic et aux approches thérapeutiques; un cadre de référence en santé mentale pour les milieux universitaires; et le développement de ressources sur des domaines précis de politiques publiques, comme les liens entre le transport et la santé mentale ou entre l'environnement bâti et la santé mentale, et plus largement sur les lois et politiques en général associées à la santé mentale.

Connaitre les ressources et meilleures pratiques pour différents sujets.

Des propositions ont été formulées pour **faciliter l'accès à ces ressources et leur utilisation, telles que :**

- un « dépôt » ou une zone centralisée pour recueillir ce matériel, « une plateforme de partage d'initiatives et de connaissances »;
- un accès plus facile aux revues scientifiques, aux bases de données, aux sites Web, des mises à jour sur la recherche dans le domaine;
- du matériel pour le partage des connaissances qui soit pratique, succinct et facile d'utilisation;
- des outils électroniques, plus d'applications mobiles, des veilles scientifiques ciblées, des courriels informatifs sur les dernières recherches et un accès aisé à de l'information portant sur la santé mentale grâce à des listes de diffusion.

Enfin, sur le plan procédural, la participation des acteurs concernés est souhaitée pour l'élaboration de ces différentes ressources : « Être consultés lors de l'élaboration des recherches et l'élaboration de programmes et outils de communication ».

Inclure des processus participatifs dans le développement et le partage de ressources.

3.9 DÉVELOPPER ET RENDRE ACCESSIBLES DES MESURES, DES INDICATEURS ET DES DONNÉES DE SANTÉ MENTALE

Les praticiens ont **besoin d'un accès à des mesures, à des indicateurs et à des données de santé mentale positive.** Ils veulent pouvoir consulter des données à différents niveaux telles que les données à l'échelle de la population en général (comme la prévalence et l'incidence de la santé mentale par province, par sexe, etc.). Ils ont mentionné également le besoin d'avoir à leur disposition des données et des mesures spécifiques à certains milieux et clientèles, telles qu'un indicateur sur le bien-être pour les jeunes; des données à l'échelle locale et régionale, des données à l'échelle clinique (comme des données anonymes de patients), des données sur les aînés, sur les climats des écoles, sur les francophones en situation minoritaire, sur la santé mentale et le système de justice, ainsi que des données sur les liens entre la santé mentale et de multiples maladies chroniques. Ils souhaitent également savoir quelles mesures utiliser pour le suivi de leurs interventions.

Connaitre et utiliser des données et des mesures de suivi et d'évaluation de la santé mentale dans différents contextes.

4 SYNTHÈSE

Les résultats de ce questionnaire exploratoire nous indiquent que les acteurs de la main-d'œuvre *générale* de santé publique travaillent déjà beaucoup en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux, qu'ils établissent des partenariats et qu'ils ont un bon niveau de compréhension de la santé mentale, des troubles mentaux et des liens entre ceux-ci et la santé physique, les déterminants sociaux de la santé et les divers milieux de pratique de la santé publique. Ils connaissent et utilisent également un éventail de ressources et d'outils pour soutenir leurs pratiques. Ils sont déjà impliqués au sein de plusieurs domaines d'intervention et champs de pratique qui sont associés à la santé mentale des populations.

Malgré ces forces, la main-d'œuvre de santé publique fait toujours face à des besoins pour être en mesure de bonifier son action en faveur de l'amélioration de la santé mentale de la population. Ces besoins peuvent être conçus comme étant de deux ordres, les premiers plus structurels et les seconds plus opérationnels.

4.1 LES BESOINS STRUCTURELS

Les besoins structurels font référence à :

- la nécessité pour la santé publique de se positionner et de clarifier son rôle et ses responsabilités dans le champ de la santé mentale afin de pouvoir procurer aux acteurs des mandats et des lignes directrices claires et qui légitiment leurs pratiques;
- la nécessité d'obtenir le soutien organisationnel requis afin de développer ou de renforcer l'action en faveur de la santé mentale, que ce soit en santé publique, dans les pratiques des intervenants des soins de santé primaires et communautaires ou encore en vue de renforcer les liens entre ces acteurs, de briser les silos et de rendre les services proposés plus holistiques, intégrés et optimaux;
- la formulation d'une demande visant à procurer le soutien institutionnel nécessaire pour favoriser la santé mentale de la main-d'œuvre de santé publique.

4.2 LES BESOINS OPÉRATIONNELS : BESOINS DE RESSOURCES

Les besoins opérationnels sont caractérisés par l'identification d'une panoplie de ressources requises pour soutenir et orienter les pratiques. Il s'agit de proposer des ressources en français et en anglais telles que :

- des lignes directrices qui visent à étendre la base de connaissances et qui rendent claires et explicites certaines définitions, approches, distinctions, perspectives et relations propres à la santé mentale des populations;
- de la formation continue accessible sur des thèmes variés; la formation doit être adaptée aux différents secteurs et acteurs, et veiller à intégrer les notions de santé mentale dans le cursus de formation universitaire des différents secteurs concernés;
- des communautés de pratique;
- des pratiques exemplaires pour agir en promotion de la santé mentale :

- dans différents milieux (dans les maisons, dans les milieux d'apprentissage, de travail, de soins [physiques et mentaux] et dans les communautés, etc.),
 - à différents moments du parcours de vie (petite enfance, adolescence, âge adulte, vieillesse, pendant les transitions.),
 - par des voies diversifiées (politiques publiques, promotion de sains milieux de vie, de travail et de soins, interventions visant le développement des communautés et des individus, communications aux médias, plaidoyer, etc.),
 - selon les besoins et les réalités spécifiques des secteurs et des types d'acteurs (promoteurs de la santé au niveau local, acteurs de prévention clinique, cliniciens, acteurs communautaires, acteurs politiques, gestionnaires et décideurs, etc.),
 - en intégrant des processus participatifs nécessaires à une correspondance et à l'adaptation aux contextes et aux cultures;
- des outils qui favorisent les collaborations et les partenariats (en amont et au niveau local) :
 - en visant une compréhension partagée de l'importance de promouvoir la santé mentale dans la population, tout en respectant la diversité de langages et de terminologies employés dans les différents secteurs ou milieux d'intervention au regard de la santé mentale (santé mentale positive ou florissante, bien-être mental, résilience, développement socio-affectif, rétablissement, etc.),
 - en soutenant la littératie en santé mentale des différents acteurs aux divers paliers (gestionnaires et décideurs, acteurs de planification, de soutien, de promotion et de prévention, de clinique, communautaires, etc.),
 - l'accès à des données, à des indicateurs et à des instruments de mesure pour la mise en œuvre, l'évaluation et le suivi d'activités liées à la santé mentale des populations dans des contextes variés.

4.3 LES BESOINS OPÉRATIONNELS : BESOINS DE SAVOIRS, D'ATTITUDES ET D'HABILITÉS

Les besoins opérationnels sont aussi caractérisés par l'identification d'un certain nombre de besoins en termes de savoirs, d'attitudes et d'habiletés qui pourraient être ciblées par les ressources proposées. Ceux-ci sont résumés dans le tableau 8 ci-dessous.

Tableau 8 Résumé des besoins de savoirs, d'attitudes et d'habiletés identifiés par les répondants

Besoins de type « savoirs »	Besoins de type « attitudes et habiletés »
<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les orientations, les stratégies, les politiques et les ressources clés liées à la santé mentale. • Étendre la base de connaissances : Connaître les définitions, approches, distinctions, perspectives et liens clés du domaine. (Les éléments clés incluent mais ne se limitent pas à : la santé mentale, les troubles mentaux, les déterminants sociaux de la santé mentale, le parcours de vie, les inégalités en santé mentale, une approche holistique, la promotion de la santé mentale, la prévention des troubles mentaux, la santé mentale des populations, etc.) • Connaître ce qui fonctionne à plusieurs niveaux (structurel, communautaire, familial, dans les milieux, individuel). • Connaître ce qui fonctionne aux différents paliers de pratique (pour plusieurs types d'acteurs). • Connaître ce qui fonctionne avec qui et où. • Connaître ce qui fonctionne pour différents sujets. • Connaître les données de santé mentale et les mesures et stratégies de suivi et d'évaluation adaptées à différents contextes. • Connaître les ressources et réseaux propres à son palier et champ d'action. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre que tous les acteurs peuvent contribuer au travail (la santé mentale est l'affaire de tous). • Adopter un rôle de « champion » en santé publique. • Savoir communiquer efficacement l'importance de la santé mentale avec les partenaires. • Adapter le langage de la santé mentale au public visé afin de mieux cibler les personnes, favoriser un entendement commun et davantage de collaborations. • Connaître, défendre et appuyer les liens entre la santé mentale, sa promotion et la santé publique. • Comprendre comment sa propre santé mentale interagit avec son habileté à promouvoir la santé mentale de la population. • Comprendre comment la santé mentale et la capacité communautaire sont intégrées aux modèles connus de santé publique. • Comprendre que la santé mentale et la santé physique doivent être traitées avec la même importance. • Adopter une pratique plus intégrée et collaborative. • Communiquer efficacement la valeur économique (le retour sur l'investissement) de la promotion et de la prévention. • Adopter une pratique participative et inclure des processus participatifs dans le développement et le partage de ressources. • Intégrer et utiliser des données, mesures et stratégies de suivi et d'évaluation de la santé mentale dans différents contextes.

CONCLUSION ET DISCUSSION

Les résultats de ce questionnaire exploratoire exposent les forces et les besoins des répondants et ne constituent pas une caractérisation représentative de la main-d'œuvre *générale* de santé publique. Ils tracent les contours des grandes familles de besoins ciblées par les répondants aux questionnaires des CCN sur la santé mentale des populations et par les acteurs rencontrés par le CCNPPS. Il s'agit notamment de besoins structurels et opérationnels, en particulier le besoin d'un éventail de ressources de formats multiples permettant d'étendre la base de connaissances, d'attitudes et d'habiletés précisées par les répondants comme étant requises pour l'action de santé mentale des populations.

Ce questionnaire comportait un certain nombre de limites; il ne nous permettait pas, par exemple, de connaître les besoins spécifiques de certains types d'acteurs ou secteurs d'intervention, c'est-à-dire qu'il ne permettait pas d'établir clairement les besoins particuliers des gestionnaires par rapport à ceux des infirmières de santé publique, ou encore de saisir les besoins variables au sein de différentes unités de santé publique ou secteurs d'interventions, qui pourraient s'approprier de façon hétérogène les stratégies qui guident leurs actions.

La difficulté la plus importante liée à ce questionnaire exploratoire se trouvait toutefois dans son titre : « Sondage sur les besoins en santé mentale des populations ». Bien que le paragraphe d'introduction au questionnaire proposait une courte définition de la santé mentale des populations, les résultats du questionnaire indiquent que le terme lui-même a posé un certain nombre d'enjeux liés aux multiples interprétations qui peuvent lui être associées. Bien que nous référions à une *approche* de santé mentale des populations¹¹ inspirée largement de l'approche de santé des populations couramment utilisée au Canada, nous avons réalisé que le terme *santé mentale des populations* était non seulement compris en tant que concept (et non en tant qu'approche), mais surtout largement utilisé ainsi.

Le *concept* de santé mentale des populations réfère à la santé mentale *de* la population. Pour certains, la santé mentale pourrait correspondre aux variations de troubles mentaux dans la population ; pour d'autres, elle pourrait aussi inclure des variations d'états positifs de santé mentale dans la population. L'utilisation du terme en tant que concept n'implique pas nécessairement une notion d'approche qui viserait à améliorer les niveaux de santé mentale (positive) dans la population (par une action sur les déterminants sociaux de la santé mentale) ou à réduire les inégalités de santé mentale.

Cet enjeu de cadrage et d'utilisation du terme a eu certaines répercussions sur les résultats du questionnaire : des répercussions parfois connues, comme le fait que plusieurs acteurs de clinique se soient sentis interpellés par ce questionnaire en indiquant des réalités et besoins très ancrés dans les préoccupations cliniques; et d'autres répercussions, moins claires, mais sur lesquelles nous pouvons émettre des hypothèses, comme le fait que certains acteurs aient pu indiquer une présence ou une absence de liens entre leurs

¹¹ Voir Mantoura, P. (2014). *Définir un cadre de référence sur la santé mentale des populations à l'intention de la santé publique*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Consulté en ligne à : http://www.ccnpps.ca/docs/2014_SanteMentale_FR.pdf

pratiques et la santé mentale des populations qui aurait pu être relatée autrement si le terme n'avait pas été si polysémique et sujet à tant de variations interprétatives (c'est-à-dire que la relation entre les pratiques des acteurs et la santé mentale des populations aurait pu être comprise différemment).

Ces difficultés de terminologie et d'interprétation sont devenues une force de ce questionnaire exploratoire :

- D'une part, nous avons pu saisir certaines réalités d'environnements cliniques et paracliniques que nous n'aurions peut-être pas connues ou prises en compte autrement. Nous avons ainsi saisi et pu relater toute l'importance des relations et des partenariats au niveau local et d'un système de soins de santé primaires plus intégré, holistique et mieux lié à la santé publique pour l'intervention visant à améliorer la santé mentale de la population.
- D'autre part, nous ne pouvons que prendre en compte ces enjeux de terminologie et le caractère fortement polysémique de la notion de santé mentale des populations. Il est difficile de ne pas en faire une utilisation « double » de l'ordre de l'approche et du concept : *une approche de santé mentale des populations* (interventions populationnelles ciblant les déterminants de la santé mentale) qui vise l'amélioration équitablement répartie de *la santé mentale de la population* (idéalement considérée comme un état « complet »¹² et donc conçue comme une absence de troubles mentaux et une présence de santé mentale positive). Il est certainement nécessaire de poursuivre la réflexion à ce sujet avec les acteurs concernés et les partenaires et de veiller à rendre très explicite le sens qui est accordé au terme lorsqu'il est utilisé.

¹² Keyes, C. (2007). Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing. A Complementary Strategy for Improving National Mental Health. *American Psychologist*, 62(2), 95–108. Consulté en ligne à : http://tpartnership.org/enterprise/docs/RESOURCE%20BANK/RB-PUBLIC%20HEALTH/General%20Resources/Promoting_and_Protecting_MH_Keyes_2007.pdf

ANNEXE 1
QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE WEB

Prise de besoins en santé mentale des populations

Nous vous remercions de consacrer quelques minutes à remplir ce court questionnaire. Ce sondage permettra aux Centres de collaboration nationale (CCN) en santé publique de définir les besoins des professionnels en santé publique dont les pratiques sont liées à la santé mentale des populations.

Les Centres de collaboration nationale en santé publique regroupent six centres dont la mission consiste à transposer les données probantes produites par les chercheurs et les universitaires afin qu'elles soient utilisées par les praticiens en santé et les responsables des politiques de santé publique. Voici quelques exemples de leurs possibilités d'intervention en matière de santé mentale des populations :

- Le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) : définir les meilleures pratiques en santé mentale autochtone liant la santé mentale et les déterminants sociaux de la santé.
- Le Centre de collaboration nationale en santé environnementale (CCNSE) : relations entre la santé mentale et l'environnement, effets des punaises de lit sur la santé mentale.
- Le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI) : incidence des maladies transmissibles (tuberculose, sida, MTS, etc.) sur la santé mentale.
- Le Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO) : stratégies de transposition des connaissances, méthodes et outils liés aux données probantes en matière de santé mentale de la population.
- Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) : relation entre les politiques favorables à la santé mentale et la santé mentale de la population.
- Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) : comprendre les liens entre les déterminants sociaux de la santé mentale et du bien-être, et développer des moyens de les améliorer.

Une approche de santé mentale des populations repose sur l'idée qu'il n'y a pas de santé sans santé mentale et vise à améliorer la santé mentale de la population et à accroître l'équité en santé mentale. En ce sens, tous les professionnels en santé publique sont concernés par la santé mentale des populations.

Questionnaire

Comment décririez-vous votre niveau de connaissance en matière de santé mentale (santé mentale positive, bien-être)?

- Aucun (je ne suis pas familier avec la santé mentale positive)
- Bas (je suis un peu familier avec le sujet)
- Intermédiaire (j'ai suivi une formation, je suis au fait des dernières connaissances dans le domaine)
- Avancé (je suis engagé dans le domaine ou je travaille à la promotion de la santé mentale)

Comment décririez-vous votre niveau de connaissance en matière de maladies mentales?

- Aucun (je ne suis pas familier avec les maladies mentales)
- Bas (je suis un peu familier avec le sujet)
- Intermédiaire (j'ai suivi une formation, je suis au fait des dernières connaissances dans le domaine)
- Avancé (je suis engagé dans le domaine ou je travaille avec les maladies mentales)

Veillez indiquer les domaines d'activité qui correspondent le mieux à votre pratique

	Santé mentale	Maladie mentale	Santé publique	Titre d'emploi
Promotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prévention ou services de prévention en clinique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thérapie et consultation, ou professionnel de santé publique au niveau clinique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Planification et mise en œuvre de programmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Recherche et évaluation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Partage de connaissances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Communications et médias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Décideurs en santé publique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consultant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Épidémiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Promotion et plaidoyer / politiques publiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Surveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Quels outils, formations ou ressources vous sont utiles pour ce travail?

Qu'est-ce qui vous aiderait à mieux faire votre travail?

Veillez indiquer le niveau d'intervention où vous travaillez

Local

Régional

Provincial

Fédéral

Identifiez-vous des liens entre votre pratique et la santé mentale des populations?

- Oui
- Non

Si oui, pouvez-vous décrire ces liens (entre votre pratique actuelle et la santé mentale des populations)?

Veillez indiquer les populations visées par vos activités

- Développement de l'enfant (0 à 6 ans)
- Enfants et jeunes (7 à 14 ans)
- Adolescents et jeunes adultes (15 à 25 ans)
- Parents, éducateurs, services de garde
- Personnes âgées (plus de 65 ans)
- Santé des autochtones
- Groupes vulnérables, veuillez préciser... _____
- Autres, veuillez préciser... _____

Veillez indiquer les domaines d'intervention, liés aux déterminants sociaux de la santé, visés par vos activités

- Conditions de vie et environnement (logement, urbanisation, parcs et espaces récréatifs, conditions de travail, etc.)
- Isolement et exclusion sociale
- Engagement communautaire et cohésion sociale
- Résilience et autonomie
- Stigmatisation et discrimination
- Comportements liés à la santé (activité physique, tabagisme, alcoolisme, etc.)
- Maladies chroniques et santé physique
- Maladies infectieuses
- Politiques publiques
- Autres, veuillez préciser... _____

Veillez indiquer les domaines d'intervention, liés à la santé mentale, visés par vos activités

- Soutien et services communautaires en santé mentale
- Prévention du suicide
- Toxicomanie et dépendances
- Traitement et rétablissement en santé mentale
- Campagnes de sensibilisation et d'éducation en santé mentale/ Plaidoyer
- Politiques de santé mentale
- Autres, veuillez préciser... _____

Si vous avez mis en œuvre des activités liées à la santé mentale, d'où est venue la première impulsion pour ces initiatives?

- Mandat du Conseil de santé
- Stratégie provinciale en santé mentale et bien-être d'un ministère de la Santé (s'il y a lieu)
- Stratégie nationale de santé mentale de la Commission de la santé mentale du Canada
- Demande d'un partenaire local (commission scolaire, organisme communautaire, etc.)
- Demande d'un partenaire externe
- Connaissance personnelle de la littérature sur la santé mentale
- Autre, veuillez préciser... _____
- Ne sais pas
- Ne s'applique pas

Avez-vous créé des partenariats hors de votre juridiction visant la promotion de la santé mentale dans votre communauté ou votre environnement, ou pouvant y être associés?

- Écoles et services de garde
- Organismes communautaires
- Acteurs municipaux
- Secteur commercial
- Autres secteurs _____
- Autre, veuillez préciser...
- Ne s'applique pas

Comment décririez-vous les points forts de votre action dans le domaine de la santé mentale?

- Connaissance des liens entre la santé mentale et la santé physique
- Déjà engagé dans des interventions potentiellement liées à la santé mentale (déterminants de la santé mentale, politiques publiques favorables à la santé mentale, surveillance des indicateurs de santé mentale, etc.)
- Autre, veuillez préciser... _____

Comment décririez-vous les points faibles de votre action dans le domaine de la santé mentale?

- Manque de connaissances en matière de santé mentale
- Manque de ressources humaines et/ou financières pour promouvoir la santé mentale
- Absence de mandat clair, de politique ou de stratégie favorables à la santé mentale
- Autre, veuillez préciser... _____

Veillez classer les activités suivantes, qui pourraient être entreprises par les Centres de collaboration nationale en santé publique (CCNSP), selon l'utilité qu'elles pourraient avoir pour soutenir votre travail en santé mentale des populations. Glissez les boîtes de gauche vers la droite selon leur niveau d'utilité.

	1 (le plus utile)	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12 (le moins utile)
Définition et clarification de concepts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Déterminants de la santé mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mesure et indicateurs de la santé mentale positive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Politiques publiques favorables à la santé mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inégalités et santé mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pratiques de promotion de la santé mentale informées par des données probantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Santé mentale autochtone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relation entre santé physique et santé mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies infectieuses et santé mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Santé mentale et maladies chroniques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Santé et environnement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traduction des données probantes sur la santé mentale des populations dans la pratique et les politiques publiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tel qu'à la question précédente, veuillez glisser les boîtes de gauche vers la droite pour indiquer les meilleures façons de transmettre ces activités:

	1 (meilleure façon)	2	3
Synthèses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ateliers et/ou conférences en ligne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outils multimédias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous des commentaires à ajouter ?

Merci de votre participation.

Nous désirons remercier « Établir les liens Ontario », dont l'étude « Établir les liens : Comment les bureaux de santé publique de l'Ontario traitent la santé mentale chez les enfants et les jeunes » a servi d'inspiration et de point de départ pour réaliser ce sondage.

Si vous avez des questions ou des commentaires, veuillez communiquer avec Pascale Mantoura, au Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, par courriel à l'adresse pascale.mantoura@inspq.qc.ca ou par téléphone au 514 864-1600, poste 3611.

En cliquant sur "envoyer" vous serez dirigés vers une page où vous pouvez vous inscrire au bulletin électronique ou aux listes de diffusions du CCNPPS.

ANNEXE 2
EXEMPLES DE TITRES D'EMPLOI

Les titres d'emploi sont fournis tels que proposés par les répondants. La forme masculine en français est utilisée par souci de concision.

Promoteurs de la santé	Praticiens d'intervention clinique ou de prévention	Plaidoyer et politiques publiques	Décideurs
<ul style="list-style-type: none"> • Public health planner/Program manager (<i>planificateur en santé publique/gestionnaire de programme</i>) • Provincial injury prevention coordinator (<i>coordonnateur provincial de prévention des blessures</i>) • Director healthy living (<i>directeur des modes de vie sains</i>) • Manager chronic disease & Injury prevention (<i>gestionnaire, maladies chroniques et prévention des blessures</i>) • Health Policy specialist (<i>spécialiste en politique de santé</i>) • Public Health Nurse (PHN)/Nurse educator/consultant (<i>infirmier de santé publique [ISP]/infirmier enseignant / consultant</i>) • M.D. (<i>docteur en médecine</i>) • Family health manager in public health (PH) (<i>gestionnaire de santé familiale en</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Public Health Nurse (PHN)/home care nurse/Registered Nurse (RN) (<i>infirmier de santé publique [ISP]/infirmier autorisé [IA]</i>) • M.D. (<i>docteur en médecine</i>) • Public health inspector (<i>inspecteur en santé publique</i>) • Mental health worker/therapist/ social worker/private practice counsellor/ Case manager (<i>travailleur du domaine de la santé mentale/thérapeute e/travailleur social/thérapeute en pratique privée/gestionnaire de cas</i>) • Program manager (<i>gestionnaire de programme</i>) • Family health manager in PH (<i>gestionnaire de santé familiale en SP</i>) • Provincial injury prevention coordinator (<i>coordonnateur</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Policy Analyst (PA) and Senior PA (<i>Analyste de politique (AP) et AP supérieur</i>) • Quality standards specialist (<i>spécialiste des normes de qualité</i>) • Community development coordinator (<i>coordonnateur du développement des communautés</i>) • Public health nurse (PHN)/Registered Nurse (RN) (<i>infirmier de santé publique [ISP]/infirmier enseignant/consultant</i>) • Psychiatrist (<i>psychiatre</i>) • Director (<i>directeur</i>) • Community Health (<i>santé des communautés</i>) • Tobacco reduction (<i>réduction du tabagisme</i>) • Manager Healthy Public Policy (<i>gestionnaire, politique publique saine</i>) • Research Analyst (<i>analyste de la recherche</i>) • Health & Safety Rep. (<i>représentant</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Director (<i>directeur</i>) • Public health nurse (PHN) (<i>infirmier de santé publique</i>) • M.D. (<i>docteur en médecine</i>) • Team Manager (<i>chef d'équipe</i>) • Program Manager (<i>gestionnaire de programme</i>) • Manager of EH (<i>gestionnaire, santé environnementale</i>) • Medical Officer (<i>médecin</i>) • Sr. Policy analyst (<i>analyste supérieur de la politique</i>) • Communicable disease coordinator (<i>coordonnateur, maladies transmissibles</i>) • Director Public health practice and population health (<i>directeur, pratiques de santé publique et de santé des populations</i>) • Clinical Nurse, Educator in public health nursing (<i>infirmier clinicien, éducateur en soins infirmiers de santé publique</i>).

<p><i>santé publique [SP]</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Community development coordinator (<i>coordonnateur en développement des communautés</i>) • Youth engagement specialist (<i>spécialiste de la mobilisation de la jeunesse</i>) • Mental health promotion worker (<i>travailleur du domaine de la promotion de la santé mentale</i>) • Health promotion (HP) worker (<i>travailleur du domaine de la promotion de la santé [PS]</i>) • HP facilitator addiction and mental health (<i>facilitateur en PS, toxicomanie et santé mentale</i>) • Population health promotion practitioner (<i>professionnel en promotion de la santé des populations</i>) • Public health Inspector (<i>inspecteur en santé publique</i>) • Academic/epidemiologist/ Research analyst (<i>chercheur/épidémiologiste/analyste de la recherche</i>) 	<p><i>provincial de prévention des blessures</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Community health (<i>santé communautaire</i>) • Team manager (<i>chef d'équipe</i>) • Prevention project coordinator (<i>coordonnateur de projet de prévention</i>) • National Native Alcohol and Drug Abuse Program coordinator (<i>coordonnateur du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones</i>) • Resident (<i>résident</i>) 	<p><i>en santé et sécurité</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Communicable disease consultant (<i>consultant, maladies transmissibles</i>) • Health Promotion specialist (<i>spécialiste en promotion de la santé</i>) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Gestionnaire en promotion de la santé • Agent de programmation, de planification et de recherche (APPR)/agent de recherche 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonnateur • Médecin-conseil • Directrice adjointe • Agent de programmation, de planification et de recherche (APPR) • Nutritionniste 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonnateur • Directeur • Agente de recherche • étudiante 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonnateur • Médecin-conseil

<ul style="list-style-type: none"> • Nutritionniste • Coordonnateur • Agente de promotion de saines habitudes de vie • Directeur général (DG) • Analyste-rechercheur • Infirmier • Médecin spécialiste en santé communautaire/médecin • Organisateur communautaire • Conseiller • Résident • Responsable de veille informationnelle • Intervenant en santé mentale • Cadre • Conseiller en promotion de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenant en santé mentale • Organisateur communautaire en centre de santé et de services sociaux (CSSS) • Counselling 		
Recherche et évaluation	Partage de connaissances	Planification et implantation de programmes	Surveillance
<ul style="list-style-type: none"> • Community health (<i>santé communautaire</i>) • Health research specialist (<i>spécialiste de la recherche en santé</i>) • Project coordinator (<i>coordonnateur de projet</i>) • Community development coordinator (<i>coordonnateur du développement des communautés</i>) • Family health manager in public health (<i>gestionnaire de santé familiale en</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Community health (<i>santé communautaire</i>) • Project manager, research and knowledge transfer (<i>gestionnaire de projet, recherche et partage de connaissances</i>) • Health analyst (<i>analyste de la santé</i>) • Manager, knowledge exchange/family health manager (<i>gestionnaire, échange de connaissances/ges</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Director (<i>directeur</i>), • Community health (<i>santé communautaire</i>) • Public Health Nurse (PHN)/nursing instructor (<i>infirmier en santé publique [ISP]/enseignant en soins infirmiers</i>) • Manager family health/manager (<i>gestionnaire en santé familiale/gestionnaire</i>) • Suicide prevention (<i>prévention du</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Community health (<i>santé communautaire</i>) • Public Health Nurse (PHN) (<i>infirmier de santé publique [ISP]</i>) • Epidemiologist (<i>épidémiologiste</i>) • Research analyst (<i>analyste de la recherche</i>) • Communicable disease consultant (<i>consultant, maladies transmissibles</i>) • M.D. (<i>docteur en médecine</i>)

<p><i>santé publique)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Research policy analyst (<i>analyste des politiques et de la recherche</i>) • Public Health Nurse (PHN) (<i>infirmier de santé publique [ISP]</i>) • Ph.D candidate (<i>doctorant</i>) • Health and safety Representative (<i>représentant en santé et sécurité</i>) • Epidemiologist (<i>épidémiologiste</i>) • Senior policy analyst and research scientist (<i>scientifique supérieur en analyse de la politique et recherche</i>) • Health promotion specialist (<i>spécialiste de la promotion de la santé</i>) 	<p><i>tionnaire, santé familiale)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Public Health Nurse (PHN) (<i>infirmier de santé publique [ISP]</i>) • Community development coordinator (<i>coordonnateur du développement des communautés</i>) • Ph.D Candidate (<i>doctorant</i>) • Health and safety rep (<i>représentant en santé et sécurité</i>) • Research analyst (<i>analyste de la recherche</i>) • University nursing instructor (<i>professeur en soins infirmiers</i>) • Research associate (<i>assistant à la recherche</i>) • Family visitor (<i>visiteur familial</i>) • Health promotion consultant (<i>consultant en promotion de la santé</i>) 	<p><i>suicide)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Epidemiologist (<i>épidémiologiste</i>) • Program consultant (<i>conseiller de programme</i>) • Health promoter (<i>promoteur de la santé</i>) • Academic (<i>chercheur</i>) • Senior policy analyst (<i>analyste supérieur de la politique</i>) • Health promotion (<i>promotion de la santé</i>) • Health equity lead (<i>directeur, équité en santé</i>) • Assistant director health research (<i>directeur adjoint de la recherche en santé</i>) • Campus health volunteer (<i>bénévole, santé sur le campus</i>) • coordinator (<i>coordonnateur</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Director (<i>directeur</i>) • Research associate (<i>assistant à la recherche</i>) • Program manager (<i>gestionnaire de programme</i>)
<ul style="list-style-type: none"> • Agent de programmation, de planification et de recherche (APPR)/agent de recherche • Nutritionniste • Coordonnatrice • Agent de promotion des saines habitudes de vie • Cochercheur • Directeur général 	<ul style="list-style-type: none"> • Agent de programmation, de planification et de recherche (APPR)/agent de recherche • Nutritionniste • Coordonnateur • Travailleur social (conseiller en santé mentale) • Gestionnaire en promotion de la 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionnaire en promotion de la santé • Agent de programmation, de planification et de recherche (APPR)/Agent de recherche • Nutritionniste • Coordonnateur • Agent de promotion des saines habitudes 	<ul style="list-style-type: none"> • Agent de programmation, de planification et de recherche (APPR) • Coordonnateur • Médecin • APPR, Direction de santé publique de Montréal

<p>(DG)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médecin • Travailleur social (conseiller en santé mentale) 	<p>santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étudiant au doctorat (chaire d'études sur l'application de connaissances) • Moniteur clinique et enseignant (externat en médecine communautaire). • Médecin • Directeur général (DG) du Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario • Chercheur 	<p>de vie (spécialisation en santé mentale)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médecin-conseil • Intervenant en santé mentale • Travailleur social (conseiller en santé mentale) 	
---	--	---	--

ANNEXE 3

**INFORMATION SUR LES RÉPONDANTS AUX QUESTIONNAIRES
PRÉSENTÉE SÉPARÉMENT
POUR LES FRANCOPHONES ET LES ANGLOPHONES**

Anglophones n= 244	SM	MM	SP
Promotion	70 (28,7 %)	19 (7,8 %)	143 (58,6 %)
Prévention ou services de prévention en clinique	23 (9,5 %)	10 (4,1 %)	64 (26,2 %)
Thérapie et consultation, ou professionnels de santé publique au niveau clinique	15 (6,1 %)	12 (4,9 %)	25 (10,3 %)
Planification et mise en œuvre de programmes	36 (14,8 %)	11 (4,5 %)	92 (37,7 %)
Recherche et évaluation	29 (11,9 %)	14 (5,8 %)	67 (27,5 %)
Partage de connaissances	47 (19,3 %)	20 (8,2 %)	101 (41,6 %)
Communications et médias	14 (5,7 %)	5 (2,0 %)	33 (13,5 %)
Décideurs en santé publique	5 (2,1 %)	1 (0,4 %)	44 (18,0 %)
Consultants	18 (7,4 %)	4 (1,6 %)	37 (15,2 %)
Épidémiologie	9 (3,7 %)	9 (3,7 %)	30 (12,3 %)
Promotion et plaidoyer/politiques publiques	36 (14,8 %)	13 (5,3 %)	82 (33,6 %)
Surveillance	8 (3,3 %)	9 (3,7 %)	41 (16,9 %)

Francophones N=82	SM	MM	SP
Promotion	23 (28,0 %)	6 (7,3 %)	37 (45,1 %)
Prévention ou services de prévention en clinique	5 (6,1 %)	4 (4,9 %)	12 (14,6 %)
Thérapie et consultation, ou professionnels de santé publique au niveau clinique	7 (8,5 %)	4 (4,9 %)	4 (4,9 %)
Planification et mise en œuvre de programmes	20 (24,4 %)	8 (9,8 %)	21 (25,6 %)
Recherche et évaluation	11 (13,4 %)	6 (7,3 %)	23 (28,0 %)
Partage de connaissances	17 (20,7 %)	7 (8,5 %)	26 (31,7 %)
Communications et médias	9 (11,0 %)	3 (3,7 %)	10 (12,2 %)
Décideurs en santé publique	1 (1,2 %)	1 (1,2 %)	6 (7,3 %)
Consultants	4 (4,9 %)	1 (1,2 %)	7 (8,5 %)
Épidémiologie	3 (3,7 %)	2 (2,4 %)	5 (6,1 %)
Promotion et plaidoyer/politiques publiques	4 (4,9 %)	2 (2,4 %)	10 (12,2 %)
Surveillance	7 (8,5 %)	5 (6,1 %)	16 (19,5 %)

ANNEXE 4

**PRATIQUES DES RÉPONDANTS
ANGLOPHONES ET FRANCOPHONES**

Question : Veuillez indiquer les populations visées par vos activités de santé publique/santé mentale		
Réponse	Fr n=57	An n=194
Développement de l'enfant (0 à 6 ans)	21 %	51 %
Enfants et jeunes (7 à 14 ans)	47 %	47 %
Adolescents et jeunes adultes (15 à 25 ans)	60 %	60 %
Parents, éducateurs, services de garde	32 %	64 %
Personnes âgées (plus de 65 ans)	42 %	30 %
Santé autochtone	12 %	33 %
Groupes vulnérables , veuillez préciser...	44 %	47 %
Autres , veuillez préciser...	46 %	18 %

Groupes vulnérables visés par les activités des répondants francophones : personnes avec des comportements de dépendance; clientèle des organisations non gouvernementales; personnes au Nunavik à risque pour des problèmes de santé mentale; femmes vivant avec le VIH; personnes transsexuelles; personnes isolées; familles défavorisées; familles monoparentales et familles socialement et économiquement vulnérables; francophones vivant en situation minoritaire; itinérants; personnes des communautés autochtones; femmes victimes de violence; personnes âgées; travailleurs du sexe; différents groupes ethnoculturels; adultes de tous âges^a.

« **Autres** » **groupes visés par les activités des répondants francophones :** adultes militaires et civils; population générale; hommes; employés; adolescents de 14 à 18 ans; personnes de communautés culturelles; population francophone en situation minoritaire; employés des centres de santé et de services sociaux (CSSS) (avec entreprises en santé); intervenants qui travaillent avec les communautés autochtones; élus et entrepreneurs; proches aidants.

Groupes vulnérables visés par les activités des répondants anglophones : n'importe quel client identifié comme étant vulnérable en fonction des déterminants sociaux de la santé ; clients porteurs du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou de l'Hépatite C; clients toxicomanes; clients des services de santé mentale; clients gais, lesbiennes, bisexuelles, transsexuelles et transgenres (GLBT); utilisateurs de substances; jeunes troublés et en détresse; clients à faibles revenus; hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes; clientèle prénatale/post-partum; clients des groupes autochtones; parents adolescents; nouveaux arrivants et réfugiés; personnes de couleur; familles à risques avec enfants de moins de 6 ans; sans-abris; familles monoparentales; clients subissant de la violence familiale; clients isolés; parents dans des refuges; travailleurs du sexe; travailleurs blessés ou avec troubles mentaux; personnes recourant au système judiciaire; clients qui font face à la pauvreté ou à la pauvreté rurale; personnes âgées.

« **Autres** » **groupes visés par les activités des répondants anglophones :** toute la communauté; professionnels de la santé publique; acteurs politiques; infirmières de santé publique; visiteurs familiaux et travailleurs sociaux; adultes en âge de travailler; futurs parents; personnel des forces armées; la promotion du bien-être en milieu de travail; étudiants en sciences infirmières; gouvernements locaux et régionaux; collaborations interorganisationnelles; milieux industriels et des affaires; organisations non gouvernementales; écoles; les problèmes de stockage et d'accumulation; jeunes en détresse; étudiants universitaires; les professeurs.

^a Toutes les réponses des sections autres sont présentées telles qu'indiquées dans les questionnaires (avec de légers ajustements).

Question : Veuillez indiquer les domaines d'intervention, liés aux déterminants sociaux de la santé, visés par vos activités de santé publique/santé mentale		
Réponse	Fr n=58	An n=193
Conditions de vie et environnement (logements, urbanisation, parcs et espaces récréatifs, conditions de travail, etc.)	50 %	52 %
Isolement et exclusion sociale	59 %	58 %
Engagement communautaire et cohésion sociale	53 %	54 %
Résilience et autonomie	41 %	64 %
Stigmatisation et discrimination	52 %	53 %
Comportements liés à la santé (activité physique, tabagisme, alcoolisme, etc.)	64 %	77 %
Maladies chroniques et santé physique	48 %	51 %
Maladies infectieuses	10 %	26 %
Politiques publiques	38 %	47 %
Autres, veuillez préciser...	10 %	12 %

« **Autres** » domaines d'intervention mentionnés par les répondants francophones : alimentation; santé sexuelle; cohabitation; développement de la résilience; compétences parentales; violence à l'école et dans les relations amoureuses; développement de facteurs de protection; habiletés sociales et émotionnelles.

« **Autres** » domaines d'intervention mentionnés par les répondants anglophones : abus d'alcool et d'autres substances; transport actif — Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario (LAPHO); Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP); environnements bâtis sains; qualité de l'air extérieur et intérieur; qualité de l'eau; élimination des déchets; revenu; emploi; sécurité alimentaire; éducation; littératie; expériences de la petite enfance; plaidoyer en faveur de services adaptés aux différences culturelles; santé maternelle et infantile et habiletés parentales; politiques en milieu de travail; adaptation aux changements climatiques; travail en réduction des méfaits; politiques institutionnelles; stress; détection précoce de troubles mentaux.

Question : Veuillez indiquer les domaines d'intervention, liés à la santé mentale (des services ou des secteurs de la santé mentale), visés par vos activités de santé publique/santé mentale		
Réponse	Fr n=51	An n=178
Soutien et services communautaires en santé mentale	57 %	50 %
Prévention du suicide	43 %	40 %
Toxicomanie et dépendances	33 %	44 %
Traitement et rétablissement en santé mentale	26 %	17 %
Campagnes de sensibilisation et d'éducation en santé mentale/Plaidoyer	49 %	57 %
Politiques de santé mentale	31 %	33 %
Autres, veuillez préciser...	28 %	24 %

« **Autres** » domaines d'intervention mentionnés par les francophones : formations en gestion du stress; gestion des moments de colère; promotion de la demande d'aide; résilience; soutien aux centres de santé et de services sociaux (CSSS); rédaction de politiques et de procédures; programmes de santé mentale dans un

CSSS; financement et suivi de projets pour améliorer la santé mentale; développement sain des jeunes; domaine de surveillance de l'état de santé (physique et mental); production des données utiles aux décisions; promotion de la santé mentale positive; counselling nutritionnel; sécurité alimentaire; saines habitudes de vie.

« **Autres** » domaines d'intervention mentionnés par les anglophones : tout ce qui précède (dans le tableau); option d'atténuation des changements climatiques; « Bébés en santé, enfants en santé »; soutien aux familles à risque; logement, y compris les considérations de santé mentale dans les décisions et les processus de gestion des ressources; éducation des personnes et création de contacts entre les clients et des ressources de soutien pour favoriser le bien-être mental; offre d'infrastructures pour que la Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario (LAPHO) et le transport actif deviennent de vrais choix dans une communauté; promotion de la santé mentale en milieu scolaire; soutien aux mères ayant un trouble dysphorique prémenstruel (TDPM); travail sur les déterminants de la santé auprès des populations vulnérables; plaider pour des changements aux politiques de revenus, de logement, etc.; intégration des facteurs de santé mentale dans la vie quotidienne, parentalité, relations; surveillance de la santé; communautés d'écoles en santé; activités en réponse à l'accumulation compulsive; services à domicile pour les familles; intégration d'activités traditionnelles de soutien à la santé et de guérison; gestion de notre projet ACCESS; promotion de la santé mentale, amélioration des connaissances et des compétences parentales; ressources parentales qui englobent la santé mentale; interventions de dépistage et de prévention de la dépression périnatale; promotion de la santé mentale positive; actions de bien-être mental en milieu scolaire grâce à des approches de santé globales dans les écoles; soutien aux partenaires communautaires dans leur offre d'initiatives de santé mentale; politiques en milieu de travail; accès à des espaces verts réparateurs; application de règles et de normes minimales en matière de logements sociaux; politiques de santé publique; travail de collaboration intersectorielle en amont; résilience et adaptation aux changements climatiques; collaboration avec les partenaires communautaires; pratiques et prise de décision éclairées par des données probantes; soutien aux mères souffrant de maladies mentales; prévention des troubles alimentaires; interventions indirectes, par la reconnaissance des personnes qui pourraient avoir besoin de références vers des services supplémentaires, ainsi que par des inspections communes avec des professionnels en santé mentale; surveillance; facteurs de stress liés à la transition vers le rôle de parent.

Question : Si vous avez mis en œuvre des activités liées à la santé mentale, d'où est venue la première impulsion pour ces initiatives?		
Réponse	Fr n=53	Ang n=181
Mandat du Conseil de santé	0 %	13 %
Stratégie provinciale en santé mentale et bien-être d'un ministère de la Santé (s'il y a lieu)	26 %	23 %
Stratégie nationale de santé mentale de la Commission de la santé mentale du Canada	9 %	11 %
Demande d'un partenaire local (commission scolaire, organisme communautaire, etc.)	32 %	36 %
Demande d'un partenaire externe	11 %	19 %
Connaissance personnelle de la littérature sur la santé mentale	28 %	31 %
Autre, veuillez préciser...	26 %	28 %
Ne sais pas	2 %	3 %
Ne s'applique pas	26 %	18 %

« **Autres** » raisons données par les francophones : Notre mandat de travail a quatre volets d'intervention : vie active et prévention des blessures sportives, prévention des dépendances, mieux-être nutritionnel, mieux-être social; subvention de la part d'un organisme; orientation de la direction de santé publique régionale de développer la promotion de la santé mentale; programme institutionnel de santé impulsé par l'Université de Montréal, HEC et l'École Polytechnique de Montréal; initiatives personnelles (expérimentation d'une nouvelle approche et désir de recréer un milieu de vie dans lequel les participants (incluant la clientèle, les employés, les partenaires extérieurs) se reconnaissent dans le mode de gestion et la délivrance des services cliniques); mission de l'organisme depuis plus de 35 ans; accessibilité limitée à des programmes d'activité physique adaptés à tous; partie de notre mandat; services pour les francophones/réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS); demande à

l'interne; lien avec le PNSP (Programme national de santé publique), les PAR (plans d'action régionaux) et les PAL (plans d'action locaux); besoins et demandes des communautés.

« Autres » raisons données par les anglophones (traductions libres) : dans le cadre du programme « Bébé en santé, enfants en santé » (BSES) financé par le gouvernement provincial; centres de la petite enfance; lien général avec la prévention des effets sur la santé des changements climatiques; rapport sur les inégalités de santé et étude des causes profondes des problèmes de santé mentale; ministère des Services à l'enfance et à la Jeunesse (BSES); soutien aux plans secondaires d'utilisation du territoire dans nos organisations; plans directeurs de transport; utilisation des sentiers par les cyclistes et les piétons — à la demande du public ou dans le cadre de plans plus larges; mandat du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (*PNLAADA*); « Nous avons un mandat depuis 1996, mais il a été très difficile d'y porter une attention précise. J'ai mis en œuvre plusieurs projets de recherche et j'ai essayé de faire la promotion du dossier en général, parce que c'est un domaine très négligé dans notre région. Je réponds aussi à des demandes de données de certaines communautés; dossiers de clients du programme BSES »; soutien dans cette voie de notre personnel en santé mentale et des hauts dirigeants; rôle d'éducateur afin d'offrir aux membres du personnel de l'orientation et du perfectionnement au sujet de la promotion de la santé mentale et du bien-être dans la population dont ils s'occupent; besoin interne d'autres programmes pour augmenter la capacité à intégrer le bien-être mental dans le programme et de soutenir les personnes ayant des problèmes de santé mentale; connaissance des écarts systémiques nécessitant de l'attention; expérience vécue; données et besoins locaux en santé; mandat d'Enfants en santé Manitoba; occasion de financement de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) : domaine de la santé des populations et de la santé publique; notre partenariat sur les communautés en santé a défini la santé mentale comme un domaine prioritaire; partie de notre mandat national; partenaire de recherche; une passion du personnel pour cet enjeu important; loi 14 (intimidation en milieu de travail); Norme nationale du Canada sur la sécurité psychologique en milieu de travail; préoccupation des jeunes à propos de cet enjeu; demande/intérêt de clients; priorité établie par la communauté (dans le cadre du Partenariat sur les communautés en santé); collaboration et intégration des programmes et des services entre la santé publique et la santé mentale; accès à un petit fonds permettant de lancer un projet; la priorité stratégique de notre centre de santé est la santé mentale; plusieurs partenariats ad hoc ont évolué avec des organismes travaillant dans le domaine de l'accumulation compulsive, IPACT (*inner-city police and crisis team* [équipe de policiers et de spécialistes de la gestion de crise au centre-ville]) et d'autres travailleurs du domaine de la santé mentale; préoccupation envers la santé mutuelle humaine-écologique à titre de bénévole; nous constatons un lien avec la maladie chronique, et notre stratégie doit se pencher là-dessus.

ANNEXE 5

EXEMPLES DE DOCUMENTS, D'APPROCHES, DE FORMATIONS ET DE RESSOURCES UTILISÉS PAR LES RÉPONDANTS

A) Documents et approches d'orientation utilisés par les répondants^a

Documents et ressources d'orientation :

- ACCESS Canada — Réseau de recherche développé par TRAM — Recherche transformationnelle sur la santé mentale des adolescents
Disponible en ligne à : <http://tramcan.ca/fr>
- Addictions Foundation Manitoba (AFM) [Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances]
Disponible en ligne à : <http://afm.mb.ca/> (en anglais seulement)
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC)
Disponible en ligne à : <http://www.santepublique.gc.ca>
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC) — Portail canadien des pratiques exemplaires
Disponible en ligne à : <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr>
- Agences de santé et des services sociaux, maintenant des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSS) (Québec).
- Association canadienne des infirmiers et infirmières (ACII)
Disponible en ligne à : <https://www.cna-aiic.ca/>
- Association canadienne pour la santé mentale (ACSM)
Disponible en ligne à : <http://www.cmha.ca/fr/>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) — *Nursing Best Practice Guidelines* [Lignes directrices sur les meilleures pratiques en soins infirmiers]
Disponible en ligne à : <http://rnao.ca/bpg> (en anglais seulement)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
Disponible en ligne à : <http://www.cdc.gov/>
- Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)
Disponible en ligne à : <http://www.camh.ca/fr/hospital/Pages/home.aspx>
- Centres de collaboration nationale en santé publique (CCNSP)
Disponible en ligne à : <http://www.ccnsp.ca/1/accueil.ccnsp>
- Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) — Cadre de référence sur la santé mentale des populations à l'intention de la santé publique
Disponible en ligne à : http://www.ccnpps.ca/551/publications.ccnpps?id_article=1269
- Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé
Disponible en ligne à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/index-fra.php>
- Collaborative for Academic, social and emotional learning (CASEL) [Collaboration visant l'apprentissage scolaire, social et émotionnel]
Disponible en ligne à : <http://www.casel.org/> (en anglais seulement)
- Commission de la santé mentale du Canada (CSMC)
Disponible en ligne à : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais>
- Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) — Norme nationale sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail
Disponible en ligne à : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/issues/workplace/national-standard>
- Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) -, par exemple le Rapport Evergreen-
Document-cadre en matière de santé mentale des enfants et des adolescents au Canada

^a Les documents, ressources, cadres, approches et formations sont proposés tels que mentionnés par les répondants. Nous avons pris l'initiative d'ajouter certains hyperliens lorsque des organisations, des plans, des programmes ou des ressources spécifiques étaient mentionnés. Ces ressources ne sont donc que le reflet des réponses fournies par les acteurs qui ont répondu aux questionnaires; elles ne constituent pas un répertoire des diverses ressources disponibles dans ces domaines.

Disponible en ligne à : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/node/1164>

- Consortium conjoint pour les écoles en santé (CCES)
Disponible en ligne à : <http://www.jcsh-cces.ca/index.php/accueil>
- Diététistes du Canada (ressources en santé mentale et nutrition)
Disponible en ligne à : <http://www.dietitians.ca/Nos-opinions/Le-systeme-de-soins-de-sante-/La-sante-mentale.aspx>
- Fondation de psychologie du Canada
Disponible en ligne à : <https://psychologyfoundation.imiscloud.com/LaFondationDePsychologieDuCanada/>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
Disponible en ligne à : <https://www.inspq.qc.ca/>
- Institute of HeartMath (Institut qui étudie l'intelligence du cœur et la gestion du stress)
Disponible en ligne à : <http://www.heartmath.com/> (en anglais seulement)
- Normes de santé publique de l'Ontario et protocoles (NSPO)
Disponible en ligne à : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/ohsprotocols.aspx
- Perinatal Services BC (PSBC) - Newborn Nursing Care Pathway [Services périnataux de la Colombie-Britannique — Trajectoire de soins infirmiers pour les nouveau-nés]
Disponible en ligne à : <http://www.perinatalervicesbc.ca/health-professionals/professional-resources/pathways-toolkits/newborn-nursing-care-pathway> (en anglais seulement)
- Plans d'action régionaux de santé publique (Québec)
- Plans d'action locaux de santé publique (Québec)
- Plans stratégiques provinciaux de santé mentale, tels que : *Esprit ouvert, esprit sain* du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Disponible en ligne à : http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/mental_health2011/mentalhealth.aspx
- Projet de recherche *Vers l'Épanouissement. Promotion de la santé mentale pour les familles*
Disponible en ligne à : <http://www.gov.mb.ca/healthychild/towardsflourishing/resources.fr.html>
- Programme national de santé publique du Québec.
Disponible en ligne à :
2003-2012 : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-216-01.pdf>
2015-2025 : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>
- Réseau québécois des établissements promoteurs de santé.
Disponible en ligne à : <http://www.eps.santemontreal.qc.ca/>
- Ressources en santé mentale de la Colombie-Britannique
- Santé Canada
Disponible en ligne à : <http://www.hc-sc.gc.ca/index-fra.php>
- Santé publique Ontario (SPO)
Disponible en ligne à : <http://www.publichealthontario.ca/FR/Pages/default.aspx>

Cadres et approches généraux :

- Changements de comportements
- Participation et développement communautaires
- Évaluation d'impact sur la santé (ÉIS), santé dans toutes les politiques (SDtP)
- Cadres de référence et littérature/études sur l'apprentissage socioémotionnel
- Planification de programmes

B) Ressources et formations

i) Thèmes

- Domaine clinique et préventif (dépistage/diagnostic et intervention)
- Promotion de la santé mentale
- Thèmes généraux de santé publique
- Données et indicateurs en santé mentale

Dépistage et diagnostic

- DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
- Outil de dépistage de la dépression post-partum d'Édimbourg (EPDS)
- Outils d'évaluation de la violence conjugale
- Outils de dépistage de la détresse (p. ex., HADS [Hamilton Depression and Anxiety Scale ou Échelle de dépression et d'anxiété de Hamilton], BDI [Beck Depression Inventory ou Inventaire de dépression de Beck], BSI [Beck Suicide Inventory ou Inventaire d'idées suicidaires de Beck])
- Outils de dépistage et d'évaluation
- Évaluation/gestion des risques à utiliser dans le cadre de soins de santé primaires
- Substance Abuse Subtle Screening Inventory (outil de dépistage SASSI, ou Inventaire de dépistage subtil de la toxicomanie)
- Dépistage GAIN (The Global Appraisal of Individual Needs ou l'évaluation globale des besoins individuels [GAIN])

Intervention

- Formation en gestion de crise
- Outils cliniques
- Thérapie/formation à solution rapide
- Formation « Watch, Wait and Wonder »
- Stratégies générales de gestion du stress et du changement
- Groupe de travail interne sur l'humeur périnatale et le trouble de l'anxiété
- Dépliants à distribuer aux clients au sujet du trouble de l'humeur post-partum
- Clinique de santé mentale périnatale
- Guide de référence sur le trouble de l'humeur post-partum pour les médecins
- Stratégies de counselling
- Fiches de renseignements et listes de vérification destinées au personnel, à utiliser avec les clients et les familles
- Formation sur les techniques d'entrevue motivationnelle et l'établissement d'objectifs
- Thérapie cognitivo-comportementale (TCC), thérapie comportementale dialectique (TCD)
- SafeTALK (formation sur la prévention du suicide)
- Programme S4?^b
- LivingWorks (pour des communautés plus à l'abri du suicide, Alberta)
- Formation ASIST (formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide)
- Formation de premiers soins en santé mentale (CSMC)

^b Comme aucune précision n'a été donnée concernant les réponses, pour cet exemple, nous avons émis l'hypothèse que cet élément fait référence au programme scolaire albertain S4 (Start Smart, Stay Safe) : <http://startsmartstaysafe.ca/s4-in-schools/>

Promotion de la santé mentale
<ul style="list-style-type: none">• Promotion de la santé pour le bien-être mental et la résilience• Informations et recherches sur la résilience• Trousse de la santé mentale positive• Ressources sur la santé mentale positive visant les jeunes, les élèves, les enseignants, le personnel et les familles (santé mentale en milieu scolaire et communautaire)• Formations sur la santé mentale• Outils au soutien de la santé mentale maternelle, paternelle et infantile• Pratiques basées sur les données probantes pour la prévention du suicide et la réduction de la stigmatisation• Cadres d'apprentissage socioémotionnel• Connaissances en santé mentale pour les aînés• Ressources NCAST (Nursing Child Assessment Satellite Training) faisant la promotion de la santé mentale maternelle; échelles NCAST d'interaction parent-enfant• Trousse de la santé mentale positive du Consortium conjoint pancanadien pour les écoles en santé (CCES)• Ressources Meilleur départ• Ressources HeartMath (Institute of HeartMath)• Livres sur la promotion/prévention• Bouteilles de conscience (réduction du stress dans les écoles en Ontario (Porcupine Health Unit))
Thèmes généraux en santé publique
<ul style="list-style-type: none">• Trousses de travail sur les politiques publiques• Outils d'évaluation des données probantes en santé• Revues systématiques• Stratégies populationnelles et pratiques exemplaires• Documents de travail au sujet des politiques publiques canadiennes favorables à la santé• Méta-analyses• Documents de synthèse qui résument des résultats de recherche• Outils et ateliers basés sur les « meilleures pratiques » pour l'analyse de politiques et le plaidoyer• Outils qui ont évalué l'efficacité d'autres programmes/trousses pour l'efficacité
Données et indicateurs
<ul style="list-style-type: none">• Surveillance de la santé mentale par des bases de données administratives de santé• Surveillance de la santé mentale par des enquêtes en santé des populations, Ontario• Système d'information sur la santé mentale• Données de surveillance pertinentes et rapides• Données ventilées (origine ethnoraciale, [in]capacité, sexe, orientation sexuelle, identité de genre, statut de citoyen ou d'immigrant, statut familial, etc.), outils analytiques, indicateurs• Données, bases de données et fiches d'indicateurs

ii) Formats de partage de connaissances

Matériel de recherche général	Matériel électronique	Court et pratique	En personne
<ul style="list-style-type: none"> • Journaux, Livres • Revues scientifiques • Articles sur les politiques et articles généraux • Bibliothèques et personnel de bibliothèques • Revues de littérature • Articles sur les déterminants sociaux de la santé • Rapports, études, enquêtes 	<ul style="list-style-type: none"> • Webinaires • Modules et cours en ligne • Ressources en ligne sur la santé mentale • Outils éducatifs destinés au public, incluant des outils électroniques et l'affichage numérique. • Webinaires au sujet de la santé mentale et du bien-être • Médias sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources en langage simple • Feuilles de renseignements • Information à jour dans différentes langues • Outils traduits et ciblés pour des auditoires (c.-à-d. appropriés pour les nouveaux arrivants, les divers groupes autochtones et d'autres auditoires précis) • Documents concrets présentant les meilleures pratiques ainsi que les messages clés à partager avec les collègues intersectoriels • Listes de contrôle sur les stratégies pour viser la santé mentale et le bien-être des jeunes 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation continue et perfectionnement professionnel • Présentations en personne pour offrir un partage des connaissances • Présentations de groupe de 30 minutes • Ateliers de Santé publique Ontario (SPO). • Réunions • Journées annuelles de santé publique (JASP) au Québec
Communautés de pratique et réseaux			
<ul style="list-style-type: none"> • Groupes de soutien • Travail en équipe et réseautage • Équipes multidisciplinaires et autres professionnels de la santé • Collaborations avec chercheurs et universitaires • Protocole d'entente avec partenaires institutionnels 			

