

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

Mars 2014

Note documentaire

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

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

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

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

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

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

Aujourd'hui, on s'intéresse de plus en plus à la façon dont un point de mire sur le bien-être pourrait influencer sur l'orientation future des politiques publiques en général (Bok, 2010; Diener, Lucas, Schimmack, et Helliwell, 2009; Barry, 2009). Cet intérêt se manifeste par ailleurs dans plusieurs domaines, tels que l'économie, l'éducation, l'emploi, la culture, les transports, l'environnement bâti, etc.

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

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

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

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



Les politiques publiques favorables à la santé telles que définies par Milio (2001, p. 622) « améliorent les conditions dans lesquelles vivent les gens : des milieux de vie, des habitudes de vie et des environnements stables, sûrs, décents et durables, entre autres le logement, l'éducation, l'alimentation, l'échange d'informations, les garderies, le transport, et les services sociaux et de santé essentiels pour les communautés et les individus » (traduction libre).

Les PPFSM peuvent donc être définies comme étant des politiques publiques provenant généralement d'autres secteurs que celui de la santé mentale, mais qui ont des répercussions sur la santé mentale et les inégalités en santé mentale. Ces politiques publiques portent par exemple sur l'éducation, l'équilibre travail-vie personnelle ou la fiscalité.

Les PPFSM qui ciblent l'amélioration de la santé mentale dans la population visent à promouvoir la santé mentale (le bien-être) dans toute la population, tout en considérant l'impact sur les inégalités en santé mentale, à prévenir les problèmes et troubles de santé mentale, ainsi qu'à améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de troubles ou problèmes de santé mentale. Pour ce faire, elles favorisent les facteurs qui améliorent ou protègent la santé mentale, appelés « facteurs de protection », ou atténuent les facteurs ayant un effet négatif sur la santé mentale, appelés « facteurs de risque ».

Les décisions relatives aux politiques publiques devraient être basées sur les meilleures données probantes disponibles. En ce sens, la création de PPFSM exige de savoir « ce qui fonctionne » et dans quels contextes (Nutley, Walter et Davies, 2007).

Cependant, bien qu'il soit important d'évaluer les effets que peuvent avoir les politiques publiques sur la santé mentale, il demeure difficile d'évaluer les effets ultimes des politiques publiques. Premièrement, il faut du temps avant que les effets puissent être observés. Deuxièmement, il est difficile de prouver l'existence d'une relation de cause à effet et, troisièmement, il existe généralement peu d'études publiées se penchant sur le lien entre les politiques publiques et leurs effets ultimes (Morestin, 2012). Cette absence de preuve est d'autant plus importante en ce qui concerne la santé mentale (Petticrew *et al.*, 2005; Petticrew, Platt, McCollam, Wilson et Thomas, 2008).

Ainsi, alors qu'il existe peu de données concernant les effets des politiques publiques sur la santé

mentale, il est possible de se tourner vers un autre type de données. Il s'agit alors d'évaluer l'alignement des politiques publiques avec les déterminants de la santé mentale (Petticrew *et al.*, 2008) et d'examiner par la suite les liens établis entre les déterminants de la santé mentale et les résultats en santé mentale.

Les liens établis entre les conditions dans lesquelles vivent les gens, leurs comportements, leur santé physique et leur santé mentale forment l'assise sur laquelle devront s'appuyer les PPFSM pour influencer la santé mentale et les inégalités en santé mentale.

Description des liens entre les conditions de vie des gens, leur santé physique, leurs comportements et leur santé mentale

La santé mentale découle de l'interaction dynamique entre les individus, les collectivités et l'environnement durant la totalité du parcours de vie (Herrman et Jané-Llopis, 2005). Les facteurs de protection et les facteurs de risque pour la santé mentale agissent à plusieurs niveaux : individuel, familial et communautaire, ainsi qu'au niveau plus macro de la société. Les facteurs de protection contribuent à favoriser une santé mentale positive et à réduire la probabilité qu'un trouble mental se développe (Barry et Friedli, 2008). Ils augmentent la capacité des gens à jouir de la vie et à faire face à ses difficultés, tout en amoindrissant les effets de ces dernières. Inversement, les facteurs de risque augmentent la probabilité que des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux surviennent. Ils peuvent augmenter également la durée et la gravité d'un tel trouble s'il survient.

Les facteurs qui déterminent la santé mentale peuvent être regroupés selon des niveaux d'influence. Dans cette note d'information, nous parlerons des niveaux individuel, social et structurel d'influence sur la santé mentale (Herrman et Jané-Llopis, 2012).

Tableau 1 Déterminants de la santé mentale

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

Ces niveaux sont ici utilisés d'une part pour regrouper les déterminants qui influent sur la santé mentale.¹ Ils représentent d'autre part les secteurs d'influence des politiques publiques (Barry et Friedli, 2008; Huppert, 2005; Department of Health -

Victoria, Aus., 2012). Le tableau 1 présente un résumé de quelques uns des déterminants de la santé mentale les plus importants et les plus fréquemment mentionnés, dont les facteurs de protection et les facteurs de risque.

¹ On retrouve dans la documentation plusieurs autres listes de facteurs, catégories de classement et termes pour désigner ces catégories (Coggins *et al.*, 2007; Keleher et Armstrong, 2005; Lavikainen, Lahtinen, et Lehtinen, 2000; Marshall Williams, Saxena, et McQueen, 2005; Public Health Agency of Canada, 2006).

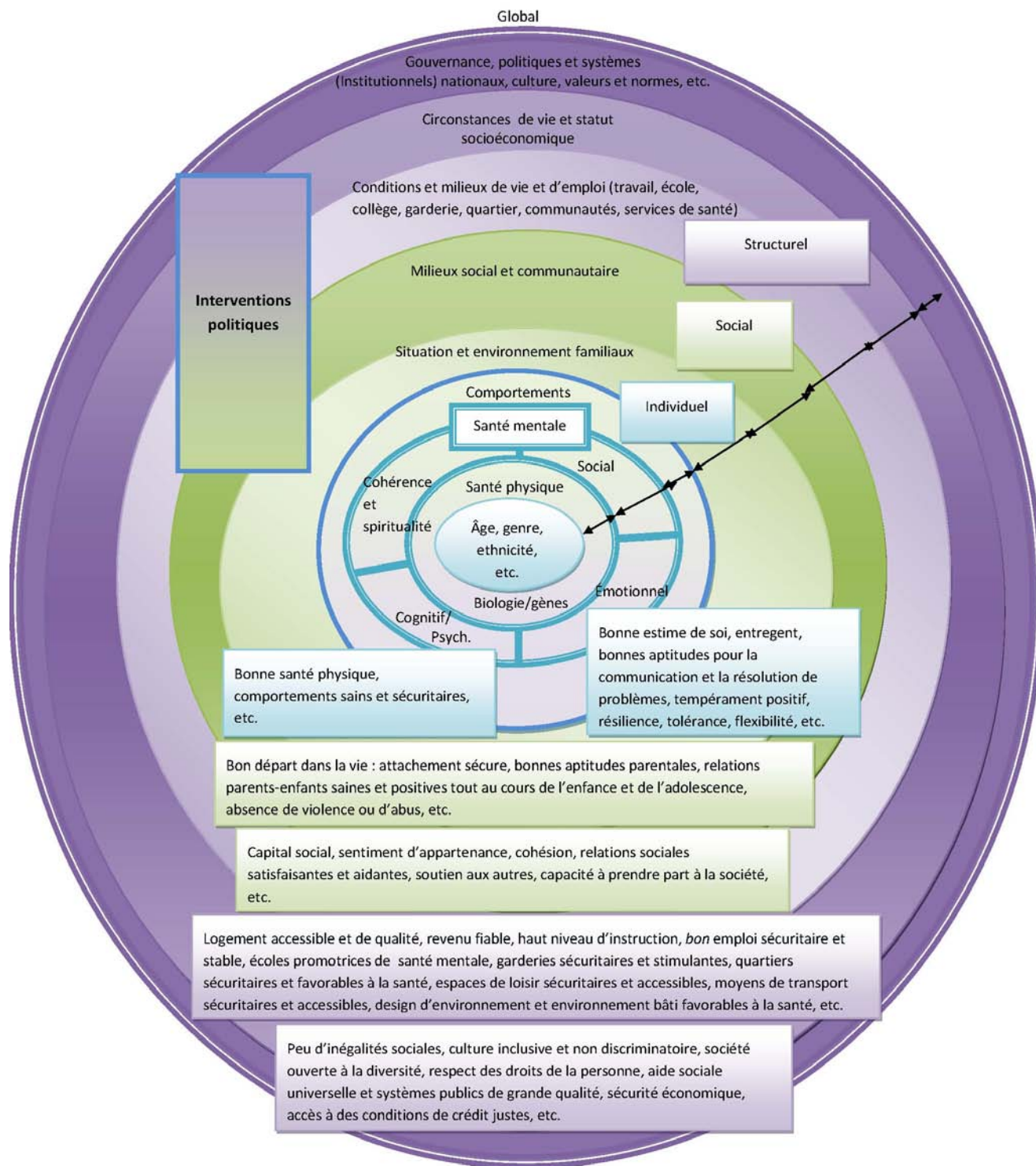


Figure 1 Cadre de référence pour les PPFSM

Un cadre de référence pour illustrer les secteurs d'influence politique en faveur de la santé mentale

Pour illustrer les secteurs potentiels d'intervention politique en faveur de la santé mentale, nous présentons, dans la figure 1 ci-dessus, une illustration conceptuelle des influences sur la santé mentale.

L'illustration montre les influences sur la santé mentale à deux niveaux. Certains des déterminants importants de la santé mentale sont présentés dans la partie inférieure de la figure. Il s'agit de quelques-uns des principaux facteurs de protection aux niveaux individuel, social, environnemental et structurel. Les secteurs d'influence des politiques publiques sont présentés dans la partie supérieure de la figure.

LES NIVEAUX D'INFLUENCE DES POLITIQUES PUBLIQUES

Le niveau structurel et environnemental est constitué des influences politiques, des modes de gouvernance, des nombreux systèmes et institutions qui influent sur nos vies (économiques, juridiques, éducatifs, etc.). Ce niveau est également constitué des circonstances d'existence qui façonnent le statut socio-économique et des différents cadres de la vie quotidienne (milieux de vie) qui caractérisent « là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime » (Organisation mondiale de la Santé, 1986).

Le niveau social est constitué des environnements et circonstances qui façonnent nos interactions tout au long de la vie, que ce soit dans la sphère familiale ou communautaire.

Le niveau individuel est constitué des comportements ou modes de vie, des composantes psychologiques individuelles (santé mentale), de la santé physique, de la biologie et des gènes, ainsi que de l'âge, du genre, de l'orientation sexuelle, du statut migratoire et de l'ethnicité d'une personne.

COMPORTEMENTS / MODES DE VIE

Quoique les comportements ou modes de vie soient classés parmi les déterminants du niveau individuel, ils sont considérés comme étant des activités socialement structurées, soit des « modes de vie collectifs » (Frohlich et Potvin, 1999) ou des

« pratiques de santé » (Frohlich et Abel, 2014). Cela implique qu'ils sont régis par les influences socioculturelles et contextuelles (par exemple, les valeurs et les normes qui guident les comportements qui sont acceptables ou attendus), par les ressources ou les infrastructures matérielles disponibles (par exemple, avoir accès à des espaces verts sécuritaires ou des épiceries offrant des fruits et légumes de qualité et à bon prix) et par les fonctionnements acquis des individus (ce que les personnes sont capables de faire et d'être) (Frohlich et Potvin, 1999; Delormier, Frohlich et Potvin, 2009; Macintyre, Ellaway, et Cummins, 2002; Frohlich et Abel, 2014). Ces comportements ou modes de vie ont des interactions importantes avec la santé mentale.

COMPOSANTES PSYCHOLOGIQUES

Les composantes psychologiques individuelles sont constituées de caractéristiques cognitives et psychologiques (style cognitif et fonctionnement), émotionnelles (affect, sentiments), sociales (relations avec autrui et avec la société) et spirituelles (sens à la vie, cohérence, objectif de vie).

Ces dimensions conceptualisent souvent la santé mentale et représentent les aspects hédoniques (sentiment de bien-être) et eudémoniques (bon fonctionnement) de la santé mentale (Keyes, 2002; Huppert, 2009; Ryan, 2001; Lyubomirsky, King et Diener, 2005; Huppert et So, 2013). La santé physique peut également être comprise en tant que dimension de la santé mentale (Barry, 2009; Diener *et al.*, 2009).

Les facteurs psychologiques individuels peuvent être vus comme les aboutissements de facteurs psychosociaux agissant à des niveaux plus distaux (Martikainen, Bartley et Lahelma, 2002). En effet, des facteurs tels que les réseaux sociaux et les soutiens sociaux, le pouvoir décisionnel sur le travail ou l'autonomie, le pouvoir décisionnel sur le ménage ainsi que les conflits travail-vie personnelle, sont considérés comme étant des concepts psychosociaux de niveau moyen qui se manifestent lors des relations interpersonnelles (Martikainen *et al.*, 2002). Ultiment, ils influenceront sur les facteurs psychologiques individuels. Par exemple, un processus psychosocial se met en œuvre lorsque le chômage entraîne une perte de l'estime de soi et un sentiment d'inutilité, ou lorsque les réseaux sociaux procurent un soutien émotionnel et du réconfort (Martikainen *et al.*, 2002).

Les risques psychosociaux, tout comme les facteurs protecteurs, s'accumulent tout au long de la vie et les caractéristiques psychologiques individuelles sont pertinentes durant l'entièreté du parcours de vie, particulièrement durant les périodes de transition (Barry et Friedli, 2008).

SANTÉ PHYSIQUE

La santé physique est étroitement liée à la santé mentale. En fait, « la santé est considérée par les gens comme étant le plus important critère en ce qui a trait à leur bien-être » (Department of Health - UK, 2014, traduction libre). Elle est souvent associée aux résultats de santé mentale, que ce soit en tant que déterminant ou en tant que conséquence de la santé mentale. De plus, tout comme cette dernière, la santé physique fait partie intégrante de la santé en général, étant donné « qu'il ne peut y avoir de santé sans santé mentale » (Department of Health - UK, 2011, traduction libre). Santé physique et santé mentale sont à la fois tout et parties d'une conceptualisation holistique de la santé.

GÈNES ET BIOLOGIE

La figure 1 montre comment la contribution relative de l'héritage génétique est également affectée par une vaste gamme de facteurs sociaux et environnementaux (Barry, 2009), lesquels provoquent l'expression de traits génétiques liés à la santé mentale. De la même manière, la biologie, en plus d'être un fondement de la santé d'un individu, peut aussi être modifiée par des changements dans les caractéristiques psychologiques d'une personne. Ces modifications peuvent alors entraîner des vulnérabilités (ou protections) physiques par l'entremise de processus psychobiologiques (Martikainen *et al.*, 2002).

ÂGE, GENRE, ORIENTATION SEXUELLE, STATUT MIGRATOIRE ET ETHNICITÉ

L'âge, le genre, l'orientation sexuelle, le statut migratoire et l'ethnicité sont également des déterminants de la santé mentale, et sont liés à des expositions variables à des facteurs de protection et de risques. Ils influencent aussi la façon dont la mauvaise santé mentale se manifeste, ainsi que sa prévalence et son incidence (Barry et Friedli, 2008). Même si ces déterminants ne peuvent être modifiés par des interventions, la structure sociale fait en sorte que les personnes et les collectivités ayant certaines caractéristiques en lien avec ces

déterminants pourraient être beaucoup plus à risque d'avoir des problèmes de santé mentale.

Il existe des liens complexes et multiples entre les différents déterminants de la santé mentale et la manière dont ceux-ci influencent la santé mentale et le bien-être tout au cours de la vie. Cela rend l'identification d'une direction de causalité ardue (Barry, 2009). Les interactions variées et complexes entre tous ces facteurs et la santé mentale sont illustrées graphiquement dans la figure 1 par les nombreuses flèches qui lient potentiellement les différents déterminants entre eux.

Prenons l'exemple d'une personne démunie socialement et économiquement, vivant dans un environnement où l'aide sociale est insuffisante, où la réglementation concernant les diverses formes de protection sociale est inadéquate, et dont la santé mentale est affaiblie par le stress chronique et quotidien associé à des conditions de vie difficiles. Cette personne pourrait développer une habitude de consommation d'alcool qui la mettrait à risque de traumatismes. Ceci pourrait par la suite entraîner une perte d'emploi, empirant par le fait même les circonstances familiales, et hypothéquant gravement la possibilité d'une bonne santé mentale ou physique de la personne, ses proches et des générations suivantes.

L'exemple qui précède, ainsi que le cadre de référence pour les PPFMS montrent que les résultats de santé mentale sont forgés par des influences socio-structurelles et entretiennent des liens complexes avec la santé physique et les comportements. Ces derniers étant, tout comme la santé mentale, similairement socio-structurellement constitués.

Quels types de politiques publiques sont ou pourraient être favorables à la santé mentale?

Les politiques publiques qui peuvent agir sur la santé mentale peuvent directement influencer les déterminants structurels, environnementaux, sociaux et individuels. Il est également important de prendre en considération les étapes et transitions de la vie et leurs répercussions sur la santé mentale. La petite enfance et l'enfance, l'éducation, l'adolescence, les premières années de la vie d'adulte, le travail, la retraite et le vieillissement ont tous des incidences

réelles et variées sur la santé mentale (Bacon, Brophy, Mguni, Mulgan et Shandro, 2010). Ces étapes et transitions interagissent avec les nombreux déterminants de la santé mentale pour forger la santé mentale de l'individu tout au long de sa vie (Kirkwood, Bond, May, McKeith et Teh, 2008). Les politiques publiques visant à améliorer la santé mentale devront donc tenir compte de ces interactions.

Certaines politiques publiques ont démontré leur efficacité pour promouvoir la santé mentale, particulièrement dans les populations défavorisées et les milieux à faible revenu. En particulier, les politiques ayant pour objectifs d'améliorer la nutrition, l'apport en iode, le logement ou l'accès à l'éducation, ont toutes entraîné des améliorations dans les résultats de santé mentale (Thomson et Petticrew, 2005; Jané-Llopis, Barry, Hosman et Patel, 2005; Petticrew *et al.*, 2005; Hosman et Jané-Llopis, 2005; Organisation mondiale de la Santé, 2004; Herrman, Saxena et Moodie, 2005).

En outre, les données confirment la présence d'associations entre de nombreux déterminants de la santé mentale et les résultats de santé mentale. Ceci laisse présumer des liens plausibles entre les politiques publiques visant ces déterminants et une amélioration de la santé mentale.

Quelles pourraient donc être ces politiques publiques favorables à la santé mentale? Nous proposons ici des exemples illustrant les types d'interventions politiques possibles pouvant influencer sur certains des nombreux déterminants ayant une incidence établie sur la santé mentale. Ces exemples de politiques publiques ne suggèrent pas la préséance d'une politique sur une autre. Ils ne reflètent pas l'ensemble des nombreuses répercussions potentielles des politiques publiques sur la santé mentale, ni l'intégralité de la documentation sur les déterminants de la santé mentale. Ils ne représentent pas non plus les plus importantes politiques publiques dans chacun des domaines.

Politiques publiques visant les déterminants structurels et environnementaux

Plusieurs facteurs aux niveaux structurel et environnemental ont des liens bien établis avec la santé mentale et les troubles mentaux. Par exemple :

Un statut socio-économique faible en début de vie est un facteur de risque associé à un risque accru de dépression à l'adolescence et à l'âge adulte (Harper, Lynch, Hsu, Everson, Hillemeier, Raghunathan, Salonen et Kaplan, 2002; Kennedy, Huibert, Ormel, Huisman, Verhulst et Oldehinkel, 2009).

Un faible niveau d'instruction chez les mères est associé à une probabilité accrue de dépression chez leurs enfants au début de l'âge adulte (Park, Fuhrer et Quesnel-Vallee, 2013). La scolarité de la mère est une des plus importantes variables prédictives de la santé physique et psychologique de ses enfants (Chen et Hongbin, 2009).

L'emploi, un autre marqueur du statut socio-économique, est également associé aux résultats de santé mentale. Plus spécifiquement, le *bon* emploi (la nature de l'emploi et son organisation) a des effets positifs sur le bien-être (McDaid, 2008).

Il semble aussi qu'avoir un pouvoir décisionnel sur ses conditions de travail avant la retraite, ainsi que pouvoir décider des circonstances et du moment de la retraite sont des facteurs importants de la santé mentale d'une personne durant la retraite (Leinonen, Pietilainen, Laaksonen, Rahkonen, Lahelma et Martikainen, 2011).

En outre, les désavantages accumulés au cours de la vie mèneront plus probablement à la pauvreté, à l'exclusion sociale, ainsi qu'à une mauvaise santé physique et mentale à la vieillesse (Mckee et the Older Age Working Group, 2010).

Le chômage, le revenu faible, les coupures dans les pensions et les avantages sociaux ainsi que la montée des prix augmentent la pression financière sur les individus et les familles et, dans plusieurs cas, causent un endettement. Ce dernier est un important facteur de risque pour la mauvaise santé mentale et les troubles mentaux (Meltzer, Bebbington, Brugha, Farrell et Jenkins, 2013).

L'acculturation autochtone et la discrimination envers les Autochtones sont d'importants facteurs de risque pour la santé mentale. De plus, l'enculturation, ou la continuité culturelle est un facteur de protection associé à une réduction des problèmes de dépendance aux drogues et aux médicaments chez les adultes autochtones vivant en milieu urbain au Canada (Currie, Wild, Schopflocher, Laing et Veugelers, 2013).

Enfin, de hauts niveaux d'inégalités de revenus sont liés à une plus forte prévalence de troubles mentaux et d'abus de drogues dans les sociétés riches (Pickett et Wilkinson, 2013).

À partir de cela, nous pouvons croire que les politiques publiques suivantes pourraient influencer la santé mentale via des déterminants de niveaux structurel et environnemental.

EXEMPLES DE POLITIQUES PUBLIQUES :

- Les politiques publiques réduisant la pauvreté peuvent être particulièrement favorables à la santé mentale et à l'amélioration des performances scolaires et du bien-être émotionnel des étudiants (Sznitman *et al.*, 2011).
- Les politiques publiques favorisant des conditions de crédit justes et responsables et la formation adéquate du personnel des entreprises et agences œuvrant dans l'octroi de prêts ainsi que dans la gestion et le recouvrement de dettes peuvent contribuer à la santé mentale de la société (Meltzer *et al.*, 2013).
- Les politiques publiques aidant les jeunes à acquérir les compétences de base et une qualification professionnelle, tout comme celles visant l'amélioration des chances d'emploi et favorisant la maîtrise des conditions d'emploi amélioreront vraisemblablement la santé mentale tout au long de la vie (Bartley, 2012). Par exemple, certaines politiques de transition de l'aide sociale au travail (Ayala et Rodriguez, 2013) ou des initiatives locales d'emploi dans les communautés défavorisées (Fone et Dunstan, 2006) seraient prometteuses pour l'amélioration des états de santé mentale.
- Les politiques publiques favorisant la continuité culturelle chez les Autochtones et valorisant la culture autochtone dans les principaux milieux urbains canadiens peuvent jouer un rôle important pour améliorer la santé mentale des Autochtones (Currie, 2014).
- Les politiques publiques soutenant l'éducation des femmes favoriseraient plausiblement la santé mentale de leurs enfants, une fois arrivés à l'âge adulte (Park *et al.*, 2013; Grytten, Skau et Sorensen, 2014).
- Les politiques publiques favorisant une pension sociale universelle pour toutes les personnes âgées sont fréquemment considérées un droit humain fondamental afin de réduire la pauvreté et favoriser plus d'équité dans le vieil âge (HelpAge

International, 2006; Cattan, 2013). Ces politiques publiques sont donc probablement liées à certaines améliorations de la santé mentale, puisqu'en effet, éviter la pauvreté et conserver son pouvoir d'achat à un âge avancé sont associés à la santé mentale.

- Les politiques publiques réduisant les inégalités de revenu (par exemple, via la redistribution du revenu ou par l'entremise du soutien aux syndicats) sont plausiblement liées à une meilleure santé mentale (Pickett et Wilkinson, 2013). Les politiques publiques de réduction des inégalités peuvent également réduire l'incidence de la violence urbaine, ce qui aurait des répercussions sur la santé mentale (Wolf, Gray et Fazel, 2014).

Politiques publiques visant les conditions et milieux de vie

Les conditions de logement, les caractéristiques des quartiers, la sécurité et la violence, le design urbain, le transport, etc., ont des répercussions démontrées sur la santé mentale et les troubles mentaux tout au long de la vie.

À partir de cela, nous pouvons croire que les politiques publiques suivantes pourraient influencer la santé mentale via des déterminants liés aux conditions de vie.

EXEMPLES DE POLITIQUES PUBLIQUES :

- Les politiques publiques favorisant la revitalisation des quartiers (Burke, O'Campo, Salmon et Walker, 2009; Elliott, 2000; Truong et Ma, 2006; Ludwig, Duncan, Gennetian, Katz, Kessler, Kling et Sanbonmatsu, 2012);
- celles qui s'intéressent spécifiquement à la disponibilité des espaces verts (Francis, Wood, Knuiman et Giles-Corti, 2012);
- les politiques publiques qui améliorent le transport (Delbosc, 2012);
- celles visant l'amélioration des conditions de logement (Blackman, 2001) ou l'accès au logement (comme le logement social dans certaines circonstances (Kearns, Petticrew, Mason et Whitley, 2008) ou les approches « logement d'abord » (Patterson, Moniruzzaman, Palepu, Zabkiewicz, Frankish, Krausz et Somers, 2013; Gilmer, Stefancic, Ettner, Manning et Tsemberis, 2010), ou encore;

- celles favorisant la protection de l'environnement naturel (Carbonell et Gowdy, 2007) pourraient toutes être possiblement associées à la santé mentale.

La qualité des milieux de vie comme les garderies, les écoles, les collèges et les universités ou encore les communautés et les lieux de travail est aussi associée aux résultats en santé mentale (Barry, 2009; Petticrew *et al.*, 2005; Jané-Llopis, Anderson et Cooper, 2012; Alegria, Perez et Williams, 2003; Fesus, Ostlin, McKee et Adany, 2012; Jané-Llopis *et al.*, 2005; Bacon *et al.*, 2010).

À partir de cela, nous pouvons croire que les politiques publiques suivantes pourraient influencer la santé mentale via des déterminants liés aux milieux de vie.

EXEMPLES DE POLITIQUES PUBLIQUES :

- Les politiques publiques favorisant une approche globale de l'école (en s'intéressant non seulement à la réussite scolaire, mais aussi aux objectifs éducationnels plus étendus, comme les compétences sociales et émotionnelles permettant l'épanouissement des jeunes), mises en œuvre de manière complète (Weare et Nind, 2011), seraient plausiblement liées à l'amélioration de la santé mentale chez tous les enfants. De la même manière, celles visant à procurer des milieux de garde et garderies de grande qualité favoriseraient également la santé mentale des jeunes.
- Les politiques publiques favorisant l'équilibre travail-vie personnelle montreraient un bon potentiel pour améliorer le bien-être des familles. Elles favoriseraient le bien-être parental, essentiel aux bonnes compétences parentales et bénéficieraient donc également au bien être des enfants. Elles seraient ainsi liées à une meilleure santé mentale pour *tous* les membres de la famille.
- Les arts, en tant que secteur d'intervention politique en milieux communautaires, sont de plus en plus considérés comme un domaine qui devrait être soutenu pour ses liens avec la santé mentale. La participation à des activités artistiques et culturelles pourrait avoir des effets considérables sur la santé mentale ainsi que sur le bien-être des individus et des populations (Cox, Lafrenière, Brett-MacLean, Collie, Cooley, Dunbrack et Frager, 2010; Lander et Graham-Pole, 2008).

- Les politiques publiques améliorant les conditions de travail assurent non seulement une meilleure santé mentale chez les travailleurs (McDaid, 2008), mais peuvent aussi maintenir les gens sur le marché du travail et réduire le nombre de retraites précoces (Siegrist et Wahrendorf, 2009; Siegrist, Wahrendorf, von dem Knesebeck, Jurges et Borsch-Supan, 2007). Il a été révélé que prendre une retraite plus tardive peut réduire ou reporter la mauvaise santé chez certaines personnes et augmenter le bien-être plus tard dans la vie (Dave, Rashad et Spasojevic, 2006).

Politiques publiques visant les déterminants de niveau social

Parallèlement, il est fort plausible que les politiques publiques ciblant les relations qui se tissent au sein des milieux communautaires et des familles aient des répercussions sur la santé mentale. En effet, la qualité des relations et des réseaux qui se créent à l'intérieur de la famille et de la communauté tout au long de la vie, est étroitement liée à la santé mentale. De plus, le fait d'apporter son soutien semble être encore plus associé à une bonne santé mentale que le fait de recevoir du soutien (Brown, Nesse, Vinokur et Smith, 2003).

À partir de cela, nous pouvons croire que les politiques publiques suivantes pourraient influencer la santé mentale via des déterminants au niveau social.

EXEMPLES DE POLITIQUES PUBLIQUES :

- Les politiques publiques qui visent le sain développement de l'enfant et permettent des attachements sécurisés et des relations sécurisantes, en favorisant par exemple des techniques parentales positives, la méthode de contact peau contre peau ou l'allaitement maternel (Stewart-Brown et Schrader-Mcmillan, 2011; Bartley, 2012; Barlow, 2013) pourraient protéger et favoriser la santé mentale.
- Les politiques publiques facilitant le contact interpersonnel, comme celles favorisant ou créant des occasions de se rencontrer et de demeurer en contact (Friedli, 2009; Bacon *et al.*, 2010) et celles facilitant le bénévolat (Binder et Freytag, 2013) peuvent être bénéfiques pour tous, et surtout pour les personnes âgées (Von Bonsforff et Rantanen, 2010; Cattan, Hogg et Hardill, 2011). Pour des raisons similaires, des politiques

publiques permettant la gratuité du transport en commun pour les personnes âgées (Bartley, 2012) pourraient entraîner des répercussions positives sur la santé mentale.

- Les politiques publiques encourageant la participation communautaire et civique et renforçant les réseaux et l'action communautaires, par exemple (Jané-Llopis *et al.*, 2005; Mathieson, Ashton, Church et Quinn, 2013; Bacon *et al.*, 2010), peuvent également avoir des effets sur l'amélioration de la santé mentale.

Politiques publiques visant les déterminants de niveau individuel

Finalement, certaines politiques publiques pourraient, entre autres, viser certains comportements, par exemple l'activité physique chez les personnes âgées, ou la consommation d'alcool à l'adolescence. Il a effectivement été démontré que le bien-être mental chez les aînés peut être bonifié grâce à l'activité physique (Windle, Hughes, Linck, Russell et Woods, 2010). En outre, la forte consommation d'alcool à l'adolescence semble être liée à l'abus d'alcool à l'âge adulte (Cable et Sacker, 2008), ce qui est un facteur de risque pour la santé mentale. À partir de cela, nous pouvons croire que les politiques publiques suivantes pourraient influencer la santé mentale via des déterminants liés au niveau individuel.

EXEMPLES DE POLITIQUES PUBLIQUES :

- Les politiques publiques promouvant le vieillissement actif sont présentées comme étant parmi les plus importantes pour maintenir le bien-être mental chez les personnes âgées (Cattan, 2013; Lang, Resch, Hofer, Braddick et Gabilondo, 2010). Cependant, le cadre de référence sur les politiques publiques favorables à un vieillissement actif promeut plus qu'un mode de vie actif, et nécessite des interventions liées à trois aspects fondamentaux : la participation, la santé et la sécurité (Organisation mondiale de la Santé, 2002).
- Les interventions politiques s'attaquant à l'abus d'alcool chez les adultes pourraient débiter à l'adolescence et promouvoir une culture sans alcool chez les jeunes (Bartley, 2012; Cable et Sacker, 2008); s'ajouterait à ceci la taxation des produits de l'alcool, qui semble être une mesure efficace (Jané-Llopis *et al.*, 2005; Henderson, Liu, Diez Roux, Link et Hasin, 2004).

Dans les pages précédentes, nous avons présenté les impacts plausibles d'une série de politiques publiques, en nous basant sur leurs effets sur les déterminants de la santé mentale, ainsi que sur les liens connus entre ces déterminants et les résultats en santé mentale.

Pour analyser la pertinence d'une politique particulière dans un contexte social et historique donné, nous devons considérer non seulement le caractère plausible des effets proposés, mais aussi son efficacité réelle et ses effets non recherchés; son équité, ses coûts, sa faisabilité et son acceptabilité (Morestin, 2012). Pour certains des domaines ci-dessus, McDaid et Park (2011) se sont penchés sur le poids d'un argument économique qui justifierait les interventions.

Distribution des effets des politiques publiques favorables à la santé mentale

L'amélioration de la santé mentale de la population nécessite des politiques universelles ainsi que des politiques publiques orientées vers les plus démunis. Comme la santé mentale est un produit social et qu'il existe un gradient social pour de nombreuses manifestations de troubles mentaux, il est nécessaire de se pencher sur la distribution des déterminants de la santé mentale dans la population, tout comme sur les effets des politiques publiques sur les sous-groupes de population.

Besoin d'indicateurs

Enfin, le besoin de surveiller les impacts de politiques publiques visant l'amélioration de la santé mentale implique :

- de clarifier les diverses définitions de la santé mentale (lesquelles varient selon les contextes, les cultures, etc.) (Littlewood, 2008); et
- de définir des mesures et indicateurs multidimensionnels appropriés de santé mentale (Huppert et So, 2013).

Clarifier les définitions et définir des indicateurs constituent certaines des principales préoccupations inhérentes à l'élaboration et à l'analyse des politiques publiques favorables à la santé mentale.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*. Consulté en ligne à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/index-fra.php>
- Alegria, M., Perez, D. J. et Williams, S. (2003). The role of public policies in reducing mental health status disparities for people of color. *Health Affairs*, 22(5), 51-64.
- Ayala, L. et Rodriguez, M. (2013). Health-related effects of welfare-to-work policies. *Social Science & Medicine*, 93(0), 103-112.
- Bacon, N., Brophy, M., Mguni, N., Mulgan, J. et Shandro, A. (2010). *The State of happiness. Can public policy shape people's wellbeing and resilience?* The Young Foundation. Consulté en ligne à : <http://youngfoundation.org/wp-content/uploads/2012/10/The-State-of-Happiness.pdf>
- Barlow, J. (2013). Parenting during the first two years and public mental health. Dans L. Knifton et N. Quinn (dir.), *Public Mental Health. Global Perspectives*, (pp. 119-126). Maidenhead, Berkshire: Open University Press.
- Barry, M. et Friedli, L. (2008). *Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. State-of-Science Review: SR-B3. The influence of social, demographic and physical factors on positive mental health in children, adults and older people*. Londres : Government Office of Science. Consulté en ligne à : http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/201212135622/http://www.bis.gov.uk/assets/foresight/docs/mental-capital/sr-b3_mcw.pdf
- Barry, M. (2009). Addressing the determinants of positive mental health: concepts, evidence and practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4-17.
- Bartley, M. (2012). *Life gets under your skin*. UCL Research Department of Epidemiology and Public Health. Consulté en ligne à : <http://www.ucl.ac.uk/ics/publications/booklets/lguys.pdf>
- Binder, M. et Freytag, A. (2013). Volunteering, subjective well-being and public policy. *Journal of Economic Psychology*, 34(0), 97-119.
- Blackman, T. (2001). Housing renewal and mental health: A case study. *Journal of Mental Health*, 10(5), 571-583.
- Bok, D. (2010). *The Politics of happiness. What governments can learn from the new research on well-being*. Princeton and Oxford: Princeton University Press.
- Brown, S. L., Nesse, R. M., Vinokur, A. D. et Smith, D. M. (2003). Providing social support may be more beneficial than receiving it: results from a prospective study of mortality. *Psychological Science*, 14(4), 320-327.
- Burke, J., O'Campo, P., Salmon, C. et Walker, R. (2009). Pathways connecting neighbourhood influences and mental well-being: Socioeconomic position and gender differences. *Social Science & Medicine*, 68(7), 1294-1304.
- Cable, N. et Sacker, A. (2008). Typologies of alcohol consumption in adolescence: Predictors and adult outcomes. *Alcohol and Alcoholism*, 43(1), 81-90.
- Carbonell, A. et Gowdy, J. M. (2007). Environmental degradation and happiness. *Ecological Economics*, 60(3), 509-516.
- Cattan, M. (2013). Later Life. Dans L. Knifton et N. Quinn (dir.), *Public mental health. Global perspectives*, (pp. 145-151). Maidenhead, Berkshire : Open University Press.
- Cattan, M., Hogg, E. et Hardill, I. (2011). Improving quality of life in ageing populations: What can volunteering do? *Maturitas*, 70, 328-332.

- Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. (2012). *Que faisons-nous?* Montréal : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Consulté en ligne à : http://www.ccnpps.ca/95/Que_faisons-nous.ccnpps
- Chen, Y. et Hongbin, L. (2009). Mother's education and child health: Is there a nurturing effect? *Journal of Health Economics*, 28(2), 413-426.
- Coggins, T., Cooke, A., Friedli, L., Nicholls, J., Scott-Samuel, A. et Stansfield, J. (2007). *Mental Well-being Impact Assessment: A Toolkit. A living and working document*. Hyde, Cheshire : Care Services Improvement Partnership (CSIP). North West Development Centre. Consulté en ligne à : <http://www.nmhd.org.uk/silo/files/mwia-toolkit-2007.pdf>
- Cox, S. M., Lafrenière, D., Brett-MacLean, P., Collie, K., Cooley, N., Dunbrack, J. et Frager, G. (2010). Tipping the iceberg? The state of arts and health in Canada. *Arts and Health*, 2(2), 109-124.
- Currie, C. L. (2014). *Mental health in cities: The role of cultural continuity for Aboriginal peoples*. The Social Aetiology of Mental Illness [SAMI] webinar, February 18, 2014.
- Currie, C. L., Wild, C. T., Schopflocher, D. P., Laing, L. et Veugelers, P. (2013). Illicit and prescription drug problems among urban Aboriginal adults in Canada: The role of traditional culture in protection and resilience. *Social Science & Medicine*, 88, 1-9.
- Dave, D., Rashad, I. et Spasojevic, J. (2006). *The effects of retirement on physical and mental health outcomes*. Consulté en ligne à : http://www.nber.org/papers/w12123.pdf?new_window=1
- Delbosc, A. (2012). The role of well-being in transport policy. *Transport Policy*, 23(0), 25-33.
- Delormier, T., Frohlich, K. L. et Potvin, L. (2009). Food and eating as social practice - understanding eating patterns as social phenomena and implications for public health. *Sociology of Health & Illness*, 31(2), 215-228.
- Department of Health - UK. (2011). *No health without mental health. A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages*. United Kingdom. Consulté en ligne à : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213761/dh_124058.pdf
- Department of Health - UK. (2014). *Well-being why it matters to health policy. Health is the top thing people say matters to their wellbeing*. United Kingdom. Consulté en ligne à : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/277566/Narrative_January_2014_.pdf
- Department of Health – Victoria, Aus. (2012). *Using policy to promote mental health and wellbeing- A guide for policy makers*. Melbourne : Prevention and Population Branch, Victorian Government. Consulté en ligne à : [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/CF6408DF588418D3CA257A5A0015241A/\\$FILE/Using%20policy%20to%20promote%20mental%20health%20and%20wellbeing%20-%20A%20guide%20for%20policy%20makers.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/CF6408DF588418D3CA257A5A0015241A/$FILE/Using%20policy%20to%20promote%20mental%20health%20and%20wellbeing%20-%20A%20guide%20for%20policy%20makers.pdf)
- Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U. et Helliwell, J. (2009). *Well-being for public policy*. Oxford : Oxford University Press.
- Elliott, M. (2000). The stress process in neighborhood context. *Health & Place*, 6(4), 287-299.
- Fesus, G., Ostlin, P., McKee, M. et Adany, R. (2012). Policies to improve the health and well-being of Roma people: The European experience. *Health Policy*, 105(1), 25-32.
- Fone, D. L. et Dunstan, F. (2006). Mental health, places and people: A multilevel analysis of economic inactivity and social deprivation. *Health & Place*, 12(3), 332-344.

- Foresight Mental Capital and Wellbeing Project (2008). *Final Project report*. The Government Office for Science, London. Consulté en ligne à : http://www.bis.gov.uk/assets/biscore/corporate/migratedD/ec_group/113-08-FO_b
- Francis, J., Wood, L. J., Knuiiman, M. et Giles-Corti, B. (2012). Quality or quantity? Exploring the relationship between Public Open Space attributes and mental health in Perth, Western Australia. *Social Science & Medicine*, 74(10), 1570-1577.
- Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. WHO Europe. Consulté en ligne à : <http://www.euro.who.int/document/e92227.pdf>
- Frohlich, K.L. et Abel, T. (2014). Environmental justice and health practices: understanding how health inequalities arise at the local level. *Sociology of Health and Illness*, 36(2), 199-212.
- Frohlich, K. L. et Potvin, L. (1999). Collective lifestyles as the target for health promotion. *Canadian Journal of Public Health*, 90(Suppl 1), S11-S14.
- Gilmer, T. P., Stefancic, A., Ettner, S. L., Manning, W. G. et Tsemberis, S. (2010). Effect of full-service partnerships on homelessness, use and costs of mental health services, and quality of life among adults with serious mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 67(6), 645-652. doi : 10.1001/archgenpsychiatry.2010.56
- Grytten, J., Skau, I. et Sorensen, R. J. (2014). Educated mothers, healthy infants. The impact of a school reform on the birth weight of Norwegian infants 1967–2005. *Social Science & Medicine*, 105, 84-92.
- Harper, S., Lynch, J., Hsu, W. L., Everson, S. A., Hillemeier, M. M., Raghunathan, T. E., Salonen, J. T. et Kaplan, G. A. (2002). Life course socioeconomic conditions and adult psychosocial functioning. *International Journal of Epidemiology*, 31(2), 395-403.
- HelpAge International. (2006). *Why social pensions are needed now*. Londres : HelpAge International. Consulté en ligne à : <http://www.globalaging.org/pension/world/2007/needed.pdf>
- Henderson, C., Liu, X., Diez Roux, A. V., Link, B. G. et Hasin, D. (2004). The effects of US state income inequality and alcohol policies on symptoms of depression and alcohol dependence. *Social Science & Medicine*, 58(3), 565-575.
- Herrman, H. et Jané-Llopis, E. (2012). The status of mental health promotion. *Public Health Reviews*, 34(2), 121.
- Herrman, H. et Jané-Llopis, E. (2005). Mental health promotion in public health. *Promotion and Education*, Suppl 2, 42-46.
- Herrman, H., Saxena, S. et Moodie, R., (Dir). (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Consulté en ligne à : http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- Hosman, C. et Jané-Llopis, E. (2005). The evidence of effective interventions for mental health promotion. Dans H. Herrman, S. Saxena, & R. Moodie (dir.), *Promoting Mental Health. Concepts, emerging evidence, practice*, (pp. 169-188). Genève : Organisation mondiale de la Santé. Consulté en ligne à : http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- Huppert, F. A. (2005). Positive mental health in individuals and populations. Dans F.A. Huppert, N. Baylis et B. Keverne (dir.), *The science of well being*, (pp. 307-342). Oxford : Oxford University Press.
- Huppert, F. A. et So, T. T. C. (2013). Flourishing across Europe: application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 110, 837-861.

- Huppert, F. A. (2009). Psychological well-being: evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(2), 137-164.
- Jané-Llopis, E., Anderson, P. et Cooper, C. (2012). Well-being in the global agenda. *Stress and Health*, 28(2), 89-90.
- Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C. et Patel, V. (2005). Mental health promotion works: a review. *Promotion & Education*, 12(2 suppl), 9-25.
- Kearns, A., Petticrew, M., Mason, P. et Whitley, E. (2008). *SHARP survey findings: Mental health and well-being outcomes*. Scottish Government Social Research. Consulté en ligne à : <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/246063/0069427.pdf>
- Keleher, H. et Armstrong, R. (2005). *Evidence-based mental health promotion resource*. Department of Human Services and VicHealth, Melbourne. Consulté en ligne à : [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/9BBC986EBEEC1932CA257B2C0022ABE9/\\$FILE/mental_health_resource.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/9BBC986EBEEC1932CA257B2C0022ABE9/$FILE/mental_health_resource.pdf)
- Kennedy, A. P., Huibert, B., Ormel, J., Huisman, M., Verhulst, F. et Oldehinkel, A. (2009). Socioeconomic position and mental health problems in pre- and early-adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(3), 231-238.
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing. A complementary strategy for improving mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108.
- Kirkwood, T., Bond, J., May, C., McKeith, I. et Teh, M. (2008). *Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Mental capital through life: Future challenges*. Londres : The Government Office for Science. Consulté en ligne à : http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20121212135622/http://www.bis.gov.uk/assets/foresight/docs/mental-capital/mental_capital_through_life.pdf
- Lander, D. A. et Graham-Pole, J. R. (2008). *Art as a determinant of health*. Antigonish : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS). Consulté en ligne à : http://artshealthnetwork.ca/ahnc/art_as_determinant_of_health_ncc-dh_2010.pdf
- Lang, G., Resch, K., Hofer, K., Braddick, F. et Gabilondo, A. (2010). *Background document for the Thematic Conference on Mental Health and Well-being among Older People*. Luxembourg : European Communities. Consulté en ligne à : http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/older_background.pdf
- Lavikainen, J., Lahtinen, E. et Lehtinen, V. (2000). *Public health approach on mental health in Europe*. Saarijärvi : National Research and Development Centre for Welfare and Health, STAKES Ministry of Social Affairs and Health. Consulté en ligne à : http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/promotion/fp_promotion_1998_frep_11_c_en.pdf
- Leinonen, T., Pietilainen, O., Laaksonen, M., Rahkonen, O., Lahelma, E. et Martikainen, P. (2011). Occupational social class and disability retirement among municipal employees - the contribution of health behaviors and working conditions. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37(6), 464-472.
- Littlewood, R. (2008). *Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. State-of-Science Review: SR-X5. Comparative Cultural Perspectives on Wellbeing*. Londres : The Government Office for Science. Consulté en ligne à : http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20121212135622/http://www.bis.gov.uk/assets/foresight/docs/mental-capital/sr-x5_mcw.pdf
- Ludwig, J., Duncan, G. J., Gennetian, L. A., Katz, L. F., Kessler, R. C., Kling, J. R. et Sanbonmatsu, L. (2012). Neighborhood effects on the long-term well-being of low-income adults. *Science*, 337(6101), 1505-1510.
- Lyubomirsky, S., King, L. et Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855. doi :10.1037/0033-2909.131.6.803

- Macintyre, S., Ellaway, A. et Cummins, S. (2002). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science & Medicine*, 55, 125-139.
- Mantoura, P. (2014). *Définir un cadre de référence sur la santé mentale des populations à l'intention de la santé publique* (non publié). Montréal : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS).
- Marshall Williams, S., Saxena, S. et McQueen, D. V. (2005). The momentum for mental health promotion. *Promotion & Education*, 12(2 suppl), 6-9.
- Martikainen, P., Bartley, M. et Lahelma, E. (2002). Psychosocial determinants of health in social epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, 31(6), 1091-1093.
- Mathieson, J., Ashton, J., Church, E. S. J. et Quinn, N. (2013). Community development, regeneration and mental health. Dans L. Knifton et N. Quinn (dir.), *Public mental health. Global perspectives*, (pp. 12-21). Maidenhead, Berkshire : Open University Press.
- McDaid, D. (2008). Consensus Paper: *Mental Health in Workplace Settings*. Luxembourg : European Commission. Consulté en ligne à : http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_workplace_en.pdf
- McDaid, D. et Park, A. L. (2011). Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project. *Health Promotion International*, 26(suppl 1), i108-i139.
- McKee, S. et the Older Age Working Group. (2010). *The forgotten age - Understanding poverty and social exclusion in later life*. Westminster Palace Gardens, Londres : The Centre for Social Justice. Consulté en ligne à : <http://www.centreforsocialjustice.org.uk/UserStorage/pdf/Pdf%20reports/ForgottenAge.pdf>
- Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M. et Jenkins, R. (2013). The relationship between personal debt and specific common mental disorders. *The European Journal of Public Health*, 23(1), 108-113.
- Milio, N. (2001). Glossary: healthy public policy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(9), 622-623.
- Morestin, F. (2012). *Un cadre d'analyse de politique publique : guide pratique*. Montréal : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Consulté en ligne à : http://www.ccnpps.ca/docs/Guide_cadre_d'analyse_politiques_Fr.pdf
- Nutley, S. M., Walter, I. et Davies, H. T. O. (2007). *Using evidence: How research can inform public services*. Bristol : The Policy Press.
- Organisation mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Consulté en ligne le 6 juin 2011 : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/index-fra.php>
- Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Vieillir en restant actif : cadre d'orientation*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Consulté en ligne à : http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (2004). *Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options*. Genève. Consulté en ligne à : http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf
- Park, A., Fuhrer, R. et Quesnel-Vallee, A. (2013). Parents education and the risk of major depression in early adulthood. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(11), 1829-1839.
- Patterson, M., Moniruzzaman, A., Palepu, A., Zabkiewicz, D., Frankish, C., Krausz, M. et Somers, J. (2013). Housing first improves subjective quality of life among homeless adults with mental illness: 12-month findings from a randomized controlled trial in Vancouver, British Columbia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(8), 1245-1259.

- Petticrew, M., Chisholm, D., Thompson, H. et Jané-Llopis, E. (2005). Evidence: the way forward. Dans H. Herrman, S. Saxena, et R. Moodie (dir.), *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*, (pp. 203-214). Genève : Organisation mondiale de la Santé. Consulté en ligne à : http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf
- Petticrew, M., Platt, S., McCollam, A., Wilson, S. et Thomas, S. (2008). "We're not short of people telling us what the problems are. We're short of people telling us what to do": An appraisal of public policy and mental health. *BMC Public Health*, 8(1), 314. doi : 10.1186/1471-2458-8-314
- Pickett, K. E. et Wilkinson, R. G. (2013). Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. Dans L. Knifton et N. Quinn (dir.), *Public mental health. Global perspectives*, (pp. 45-49). Maidenhead, Berkshire : Open University Press.
- Ryan, R. M. D. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166.
- Siegrist, J. et Wahrendorf, M. (2009). Quality of work, health, and retirement. *The Lancet*, 374(9705), 1872-1873.
- Siegrist, J., Wahrendorf, M., von dem Knesebeck, O., Jürges, H. et Borsch-Supan, A. (2007). Quality of work, well-being, and intended early retirement of older employees - baseline results from the SHARE Study. *The European Journal of Public Health*, 17(1), 62-68.
- Stewart-Brown, S. L. et Schrader-Mcmillan, A. (2011). Parenting for mental health: what does the evidence say we need to do? Report of Workpackage 2 of the DataPrev project. *Health Promotion International*, 26(suppl 1), i10-i28.
- Sznitman, S. R., Reisel, L. et Romer, D. (2011). The neglected role of adolescent emotional well-being in national educational achievement: bridging the gap between education and mental health policies. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 48 (2), 135-142.
- Thomson, H. et Petticrew, M. (2005). *Is housing improvement a potential health improvement strategy?* WHO Europe: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). Consulté en ligne à : http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/74680/E85725.pdf
- Truong, K. D. et Ma, S. (2006). A systematic review of relations between neighborhoods and mental health. *The journal of mental health policy and economics*, 9(3), 137-154.
- Von Bonsdorff, M. et Rantanen, T. (2010). Benefits of formal voluntary work among older people. A review. *Aging Clinical and Experimental Research*, 23, 162-169.
- Weare, K. et Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promotion International*, 26(suppl 1), i29-i69.
- Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I. et Woods, B. (2010). Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. *Aging & Mental Health*, 14(6), 652-669.
- Wolf, A., Gray, R. et Fazel, S. (2014). Violence as a public health problem: An ecological study of 169 countries. *Social Science & Medicine* (1982), 104, 220-227.

Mars 2014

Auteure : Pascale Mantoura du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Édition: Alima Alibhay du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

COMMENT CITER CE DOCUMENT

Mantoura, P. (2014). *Cadre de référence pour des politiques publiques favorables à la santé mentale*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

REMERCIEMENTS

Le CCNPPS tient à remercier David McDaid, ainsi qu'un autre relecteur qui a souhaité demeurer anonyme, pour leurs commentaires sur une version préliminaire de ce document.

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

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par le biais du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

N° de publication : XXXX

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

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

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

