

Notre état de santé est
empreint de nos modes
de vie, d'apprentissage
et de travail.



Améliorer la santé
des Canadiens
2009

Explorer la santé
mentale positive

Initiative sur la santé de la population canadienne



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca

ISBN 978-1-55465-492-5 (PDF)

© 2009 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive*, Ottawa, ICIS, 2009.

This publication is also available in English under the title *Improving the Health of Canadians: Exploring Positive Mental Health*.

ISBN 978-1-55465-490-1 (PDF)

Cette publication est imprimée avec de l'encre végétale sur un papier sans acide ni chlore.

Table des matières

À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne.....	v
À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé	v
Conseil de l'ISPC	vii
Remerciements	ix
Introduction	3
Section 1. Le concept de santé mentale positive.....	7
Comment définit-on la santé mentale positive?.....	8
La santé mentale selon les Canadiens	8
Distinguer la santé mentale de la maladie mentale	8
La promotion de la santé mentale positive	10
Mise en œuvre de la santé mentale positive.....	10
Aptitude à jouir de la vie.....	11
Génétique et personnalité.....	11
Circonstances de la vie et caractéristiques familiales et sociales.....	11
Comportements.....	12
Adaptation aux événements de la vie.....	13
Adaptation aux défis auxquels nous sommes confrontés	13
Évoluer grâce aux défis qui se présentent : la résilience et la capacité de tirer parti des situations négatives	13
Bien-être émotionnel	15
Valeurs spirituelles	16
Appartenance sociale et respect de la culture, de l'équité, de la justice sociale et de la dignité personnelle	17
Section 2. La santé mentale positive : comment la mesure-t-on?	21
Mesure et indicateurs à l'échelle internationale.....	22
Mesure et indicateurs à l'échelle canadienne	22
L'autoévaluation de la santé mentale comme critère de santé mentale positive	23
Section 3. Le rôle de la santé mentale positive dans la santé.....	27
Liens entre la santé mentale positive et la santé.....	28
Aptitude à jouir de la vie	28
Adaptation aux événements de la vie	30
Bien-être émotionnel.....	31
Valeurs spirituelles.....	32
Analyses de l'ISPC des liens entre santé mentale positive et santé	32
Les caractéristiques associées à des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive.....	37
Emplacement géographique	38

Âge	40
Sexe.....	41
Statut socioéconomique	41
Situation d'emploi.....	41
Formation.....	41
Revenu familial adéquat	42
État matrimonial et conditions de logement.....	43
Culture et collectivité.....	43
Statut d'immigration	43
Origine culturelle et raciale	43
Participation aux offices religieux	44
Sentiment d'appartenance à la collectivité	44
Soutien social disponible	45
Autres aspects à prendre en compte dans la mesure de la santé mentale positive : le bien-être psychologique et la satisfaction à l'égard de la vie	45
Section 4. La promotion de la santé mentale positive	49
Les politiques en matière de santé mentale au Canada.....	50
La promotion de la santé mentale positive : un rôle pour chacun.....	51
Distinguer la promotion de la santé mentale de la prévention et du traitement de la maladie mentale	51
La promotion de la santé mentale positive à l'échelle sociétale.....	52
La promotion de la santé mentale positive à l'échelle communautaire	53
La promotion de la santé mentale positive à l'échelle individuelle.....	57
La promotion de la santé mentale positive : recherches, données et services de santé.....	58
Résumé et conclusions	61
Explorer la santé mentale positive.....	62
Mesurer la santé mentale positive et son rôle dans la santé	62
Promouvoir la santé mentale positive.....	63
Conclusions.....	64
Explorer la santé mentale positive : messages clés	65
Explorer la santé mentale positive : lacunes en matière d'information	66
Quelles sont les recherches de l'ISPC dans le domaine?.....	67
Pour en savoir plus	68
Le Web : une mine de renseignements!.....	69

Annexes	73
Annexe A. Exemples des différentes façons d'envisager la santé mentale.....	73
Annexe B. Pourcentage de répondants présentant des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive selon les caractéristiques sociales et démographiques, population de 15 ans et plus, 2002	75
Annexe C. Cotes ajustées de déclaration de résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive selon certaines caractéristiques, population de 15 ans et plus, 2002.....	79

Références	81
-------------------------	-----------

Figures

Figure 1. Liens entre la santé mentale positive, la maladie mentale, la santé physique positive et la maladie physique.....	28
Figure 2. Pourcentage de répondants rapportant des résultats favorables pour la santé selon le type de stratégie d'adaptation, population de 15 ans et plus, 2002	31
Figure 3. Pourcentage de répondants évaluant leur santé physique comme étant excellente selon la capacité d'adaptation, population de 15 ans et plus, 2002.....	35
Figure 4. Pourcentage de répondants rapportant une maladie mentale selon l'appartenance sociale, population de 15 ans et plus, 2002.....	36
Figure 5. Pourcentage de répondants déclarant un degré élevé d'aptitude à jouir de la vie, de bien-être émotionnel et d'appartenance sociale selon la province, population de 15 ans et plus, 2002.....	38
Figure 6. Pourcentage de répondants déclarant une aptitude élevée à jouir de la vie selon la région métropolitaine de recensement au Canada, population de 15 ans et plus, 2002	39
Figure 7. Pourcentage de répondants présentant des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive selon le groupe d'âge, population de 15 ans et plus, 2002.....	40
Figure 8. Pourcentage de répondants présentant des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive selon la catégorie de revenu familial adéquat, population de 15 ans et plus, 2002	42
Figure 9. Pourcentage de répondants présentant des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive selon le sentiment d'appartenance à la collectivité, population de 15 ans et plus, 2002.....	44

Tableaux

Tableau 1. Stratégies d'adaptation, population de 15 ans et plus, 2002	13
Tableau 2. Autoévaluation de la santé comme étant excellente, autoévaluation de la santé mentale comme étant excellente et satisfaction élevée à l'égard de la vie au Canada, par province, population de 12 ans et plus, 2005	24
Tableau 3. Variables de la santé mentale positive, population de 15 ans et plus, 2002	33
Tableau 4. Pourcentage de répondants ayant rapporté des résultats défavorables et favorables pour la santé selon le degré de santé mentale positive, population de 15 ans et plus, 2002	34
Tableau 5. Exemples d'initiatives de santé mentale à l'échelle sociétale dotés d'une composante ou d'une approche axée sur la santé mentale positive...	53
Tableau 6. Exemples de programmes de santé mentale dotés d'une composante ou d'une approche axée sur la santé mentale positive: la famille, l'école, le milieu de travail et la collectivité	55
Tableau 7. Exemples de programmes de santé mentale à l'échelle individuelle dotés d'une composante ou d'une approche axée sur la santé mentale positive.....	57

À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), une composante de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), a été mise sur pied en 1999. Sa mission comporte deux volets :

- aider à mieux comprendre les facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités;
- contribuer à l'élaboration de politiques qui réduisent les inégalités et améliorent la santé et le bien-être des Canadiens.

L'ISPC, en tant qu'acteur essentiel dans le domaine de la santé de la population :

- analyse les éléments de preuve sur la santé de la population à l'échelle canadienne et internationale pour éclairer les politiques qui améliorent la santé des Canadiens;
- commande des travaux de recherche et crée des partenariats scientifiques pour faire comprendre davantage les résultats de la recherche et promouvoir l'analyse des stratégies qui améliorent la santé de la population;
- résume les éléments de preuve des expériences politiques, analyse ceux qui portent sur l'efficacité des initiatives stratégiques et développe des options en matière de politiques;
- travaille à améliorer les connaissances du public et sa vision des déterminants qui influent sur la santé et le bien-être des individus et des collectivités;
- travaille au sein de l'Institut canadien d'information sur la santé pour contribuer à l'amélioration du système de santé au Canada et de la santé des Canadiens.

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) recueille de l'information sur la santé et les soins de santé au Canada, l'analyse, puis la rend accessible au grand public. L'ICIS a été créé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en tant qu'organisme autonome sans but lucratif voué à la réalisation d'une vision commune de l'information sur la santé au Canada. Son objectif : fournir de l'information opportune, exacte et comparable. Les données que l'ICIS rassemble et les rapports qu'il produit éclairent les politiques de la santé, appuient la prestation efficace de services de santé et sensibilisent les Canadiens aux facteurs qui contribuent à une bonne santé.

Conseil de l'ISPC (en date de juin 2008)

Un conseil composé de chercheurs et de décideurs réputés provenant des quatre coins du Canada oriente les travaux de l'ISPC. En voici les membres :

- **Cordell Neudorf** (président), médecin hygiéniste en chef et vice-président, Recherche, Saskatoon Health Region, Saskatchewan;
- **David Allison**, médecin hygiéniste, Eastern Regional Integrated Health Authority, Terre-Neuve-et-Labrador;
- **André Corriveau**, médecin hygiéniste en chef et directeur, Santé de la population, ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, Territoires du Nord-Ouest;
- **Nancy Edwards**, directrice de l'Unité de recherche sur la santé communautaire de l'Université d'Ottawa, Ontario;
- **Brent Friesen**, médecin hygiéniste, Northern Lights Health Region, Alberta;
- **Judy Guernsey**, professeure agrégée, Department of Community Health and Epidemiology, Faculty of Medicine, Dalhousie University, Nouvelle-Écosse;
- **Richard Massé**, président-directeur général, Institut national de santé publique du Québec, Université de Montréal, Québec;
- **Ian Potter** (membre d'office), sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada, Ontario;
- **Deborah Schwartz**, directrice générale, Aboriginal Health Branch, British Columbia Ministry of Health, Colombie-Britannique;
- **Gregory Taylor** (membre d'office), directeur général, Bureau de la pratique en santé publique, Agence de la santé publique du Canada, Ontario;
- **Elinor Wilson**, présidente, Procréation assistée Canada, Santé Canada, Ontario;
- **Michael Wolfson** (membre d'office), statisticien en chef adjoint du Canada, Analyse et développement, Statistique Canada, Ontario.

Remerciements

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), souhaite remercier les nombreuses personnes et organisations qui ont participé à l'élaboration du rapport *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive*, particulièrement les membres du groupe consultatif d'experts pour leurs précieux conseils. En voici la liste :

- **Gregory Taylor** (président), directeur général, Bureau de la pratique en santé publique, Agence de la santé publique du Canada, Ontario;
- **Carl Lakaski**, analyste principal des politiques, Unité de la promotion de la santé mentale, Division de la santé des collectivités, Agence de la santé publique du Canada, Ontario;
- **Kathy Langlois**, directrice générale, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Ontario;
- **Alain Lesage**, professeur, Département de psychiatrie, Université de Montréal, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Québec;
- **Rémi Quirion**, directeur, Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, Instituts de recherche en santé du Canada, Québec;
- **Margaret Shim**, gestionnaire de projet, Population Health Strategies, Alberta Health and Wellness, et professeure agrégée adjointe, Faculty of Rehabilitation Medicine, Department of Occupational Therapy, University of Alberta, Alberta;
- **Phil Upshall**, directeur exécutif national, Société pour les troubles de l'humeur du Canada, Ontario, et conseiller, Relations avec les intervenants, Commission de la santé mentale du Canada;
- **Cornelia Wieman**, codirectrice, Indigenous Health Research Development Program et professeure adjointe, Department of Public Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Toronto, Ontario.

Nous voulons également exprimer notre reconnaissance aux membres du comité de lecture qui ont passé en revue le rapport et qui nous ont fait profiter de leurs précieux commentaires :

- **Mary Bartram**, conseillère principale, Relations gouvernementales, Stratégie nationale, Commission de la santé mentale du Canada;
- **Peter Coleridge**, vice-président, Education and Population Health, BC Mental Health and Addiction Services, Provincial Health Services Authority;
- **Natacha Joubert**, promotion de la santé mentale des populations, Institut de recherche en santé mentale de l'Université d'Ottawa;
- **Lynn McIntyre**, professeure, Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, Université de Calgary;
- **Gillian Mulvale**, conseillère de direction principale, Stratégie nationale, Commission de la santé mentale du Canada.

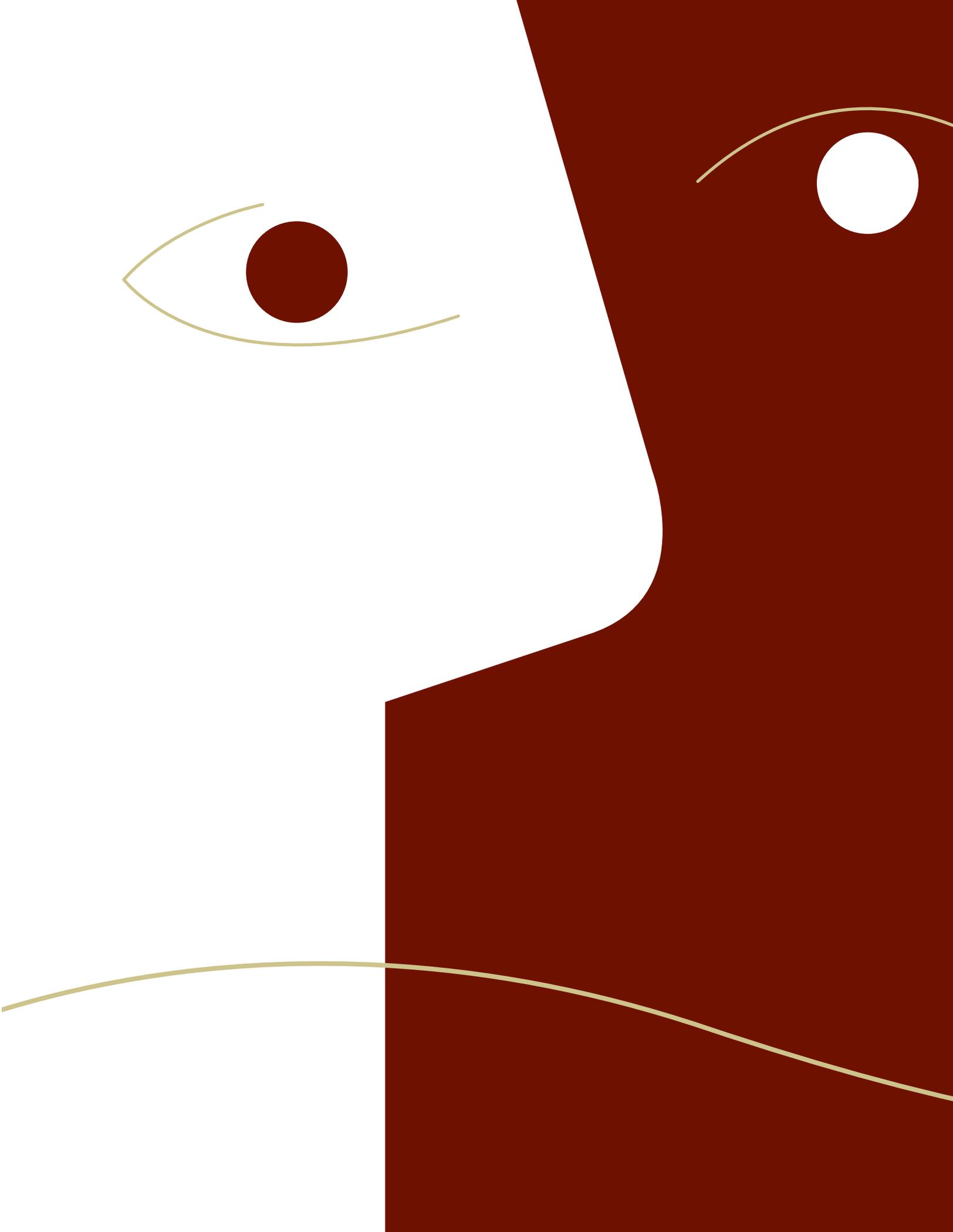
Il importe de souligner que les analyses et les conclusions contenues dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement le point de vue des membres du groupe consultatif d'experts, des examinateurs ou de leur organisme affilié.

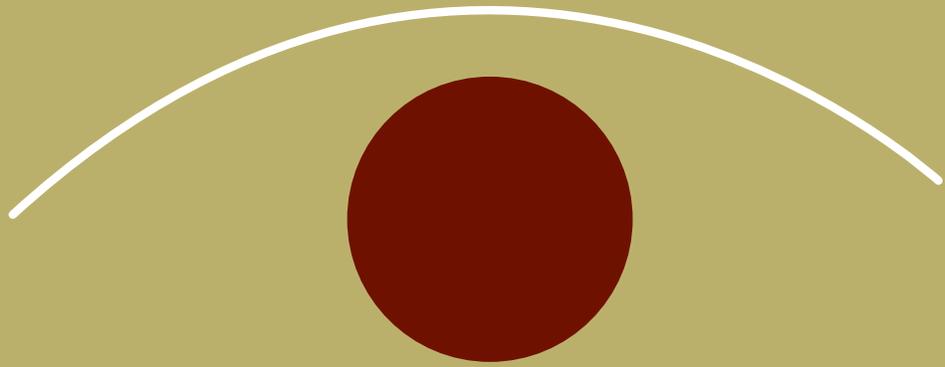
L'ISPC aimerait aussi remercier le Conseil d'administration de l'ICIS ainsi que le Conseil de l'ISPC de leur soutien et de leurs conseils quant à l'orientation stratégique du présent rapport.

Les membres de l'ISPC qui composent l'équipe de projet dans le cadre du présent rapport sont les suivants :

- **Elizabeth Votta**, chercheuse principale
- **Andrew Taylor**, analyste principal
- **Lisa Corcadden**, analyste principale
- **Yann Vinette**, analyste
- **Emily Maddocks**, analyste
- **Alexey Dudevich**, analyste
- **Jean Harvey**, directrice

Nous tenons à souligner les efforts continus déployés par les chercheurs qui œuvrent dans le domaine de la santé de la population pour faire progresser nos connaissances et notre compréhension des questions importantes qui entourent les déterminants de la santé et les façons d'améliorer la santé de la population.





Introduction

Il est généralement admis que la santé mentale ne se résume pas à constater l'absence de maladie mentale¹. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté »². L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a également adopté une définition globale : « La santé mentale est la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle^{i, 3}. »

i. Tel qu'on le précise dans l'article « Mental Health Promotion: People, Power and Passion » publié en 1998 dans le numéro inaugural de *l'International Journal of Mental Health Promotion* (auteurs : N. Joubert et J. Raeburn), cette définition a été établie lors d'un atelier international organisé en 1996 par le Centre de promotion de la santé de l'Université de Toronto et par l'Unité de la promotion de la santé mentale de Santé Canada.

La santé mentale figure de plus en plus au centre des discussions et des interventions au chapitre de la santé globale et du bien-être en général. Le gouvernement fédéral a mis sur pied des initiatives telles que la Commission de la santé mentale du Canada⁴, et publié des rapports, notamment *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006*⁵ de l'Agence de la santé publique du Canada et *De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada* du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie⁶. Des provinces, des territoires, des régions sanitaires, des organisations non gouvernementales et d'autres intervenants participent également à diverses initiatives et consultations. Dans ce contexte, l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) a fait de la santé mentale et de la résilience un thème clé de ses travaux actuels⁷. Elle vise ainsi à miser sur les efforts déployés et à guider ces derniers afin de mieux comprendre les facteurs qui favorisent une bonne santé mentale.

De façon générale, les travaux qui ont été effectués dans le domaine de la santé mentale n'ont pas eu comme objectif de favoriser la mise en valeur d'une santé mentale positive; ils ont plutôt été axés principalement sur la maladie mentale, et plus particulièrement sur les questions liées à l'accès, aux services et à la problématique de la discrimination. Cette

orientation a été considérée comme présentant des lacunes par les experts que l'ISPC a consultés au sujet de l'objectif du présent rapport. La santé mentale positive est vue comme un élément en développement, qui commence à être examiné dans la littérature. Dans cette optique, le rapport de l'ISPC s'intéresse au concept de santé mentale positive en examinant la santé mentale indépendamment de la maladie mentale, et en considérant la santé mentale positive comme une composante de l'état de santé global et de la promotion de la santé mentale.

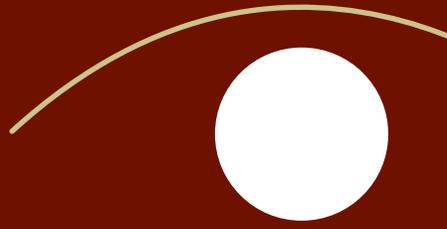
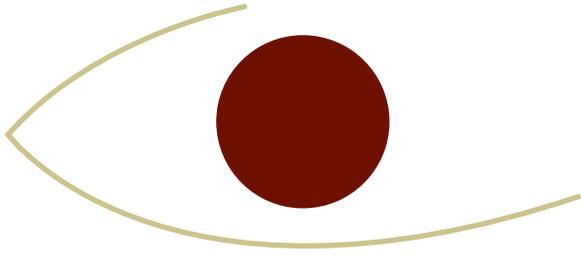
La promotion de la santé mentale consiste à favoriser l'acquisition d'une santé mentale positive en encourageant la résilience individuelle, en créant des environnements de soutien⁸ et en étudiant l'influence des déterminants plus généraux de la santé mentale⁹. Ce rapport regroupe de l'information et des analyses de données qui portent sur une façon de définir et de mesurer la santé mentale positive, sur ses liens avec la santé, sur les facteurs associés à des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive et sur les stratégies qui contribuent, ou qui pourraient contribuer, à améliorer la santé mentale de la population, servant ainsi de guide à la planification des programmes de promotion de la santé mentale positive. Selon nous, aucun autre rapport canadien n'a exploré la santé mentale positive de cette manière.

Série de rapports Améliorer la santé des Canadiens de l'ISPC

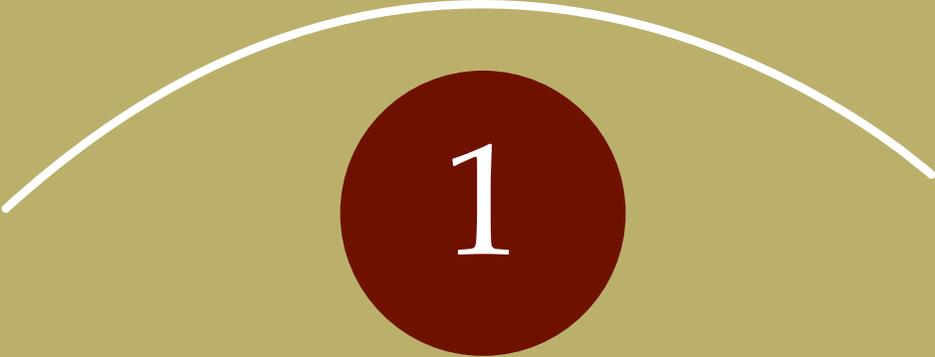
La série de rapports *Améliorer la santé des Canadiens* publiée par l'ISPC vise à résumer les résultats de recherches clés sur un thème donné, à présenter de nouvelles analyses sur un sujet et à partager ce que nous savons ou ignorons des stratégies efficaces en matière de politiques et de programmes. L'objectif sous-tendant chacun de ces rapports est de brosser un tableau qui saura intéresser les responsables de l'élaboration des politiques, les décideurs, les organisations non gouvernementales et les dirigeants des collectivités dans le but de faire progresser la réflexion et les pratiques dans le domaine de la santé de la population au Canada.

Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive est le troisième et dernier rapport de la série consacrée à la santé mentale. Les deux premiers rapports, *Santé mentale et itinérance*¹⁰ et *Santé mentale, délinquance et activité criminelle*¹¹, se penchaient sur les questions de santé mentale chez les itinérants ainsi que chez les personnes ayant commis des actes de délinquance et ayant eu des démêlés

avec le système de justice pénale. En nous concentrant sur ces deux sous-groupes, nous avons pu explorer les liens complexes qui existent entre la santé mentale, la maladie mentale et les déterminants de la santé. À l'instar des conclusions formulées dans d'autres rapports, nous avons observé que divers déterminants de la santé peuvent influencer sur la santé mentale et la maladie mentale, notamment les caractéristiques individuelles, environnementales, sociales, culturelles et socioéconomiques⁵. Les conclusions des rapports démontrent en outre que les approches ascendantes qui mettent davantage l'accent sur les aspects positifs et protecteurs reliés à la santé mentale sont souvent aussi essentielles que les stratégies visant à traiter et à prévenir les conséquences des facteurs de risque liés à une mauvaise santé mentale et à la maladie mentale. Ce sont ces conclusions, ainsi que les commentaires des différents intervenants, qui ont mené à la création du présent rapport, dans lequel nous examinons le concept de santé mentale positive.



1



1

Le concept de santé
mentale positive

Selon les données de 2005 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) publiée par Statistique Canada, 37 % des Canadiens se disent en excellente santé mentale¹². Que suppose cette donnée? Pour certains, cela signifie ne pas être atteint d'une maladie mentale¹³; pour d'autres, cela pourrait signifier souffrir d'une maladie mentale tout en étant capable de bien fonctionner¹⁴. Cette proportion pourrait également comprendre les personnes capables de jouir de la vie et de s'adapter aux événements de la vie, celles qui se sentent liées aux autres et celles qui éprouvent un sentiment de bien-être émotionnel et spirituel¹⁵. La présence d'une ou de plusieurs de ces conditions est-elle synonyme d'une santé mentale « positive »? Dans l'affirmative, comment cela se répercute-t-il sur leur état de santé global?

Diverses publications se sont penchées sur la maladie mentale chez les Canadiens⁵, le fardeau économique lié aux problèmes de santé mentale¹⁶ et de la maladie mentale¹⁷, les liens entre un état émotif préjudiciable et la santé physique¹⁸ ainsi que les liens entre maladie mentale et santé physique¹⁹. Or, le concept de santé mentale positive est peu abordé dans la littérature. Le rapport *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive* explore ce concept : certaines méthodes utilisées actuellement pour mesurer la santé mentale positive, comment cette dernière est liée à la santé, les facteurs associés à des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive et les stratégies qui contribuent, ou qui pourraient contribuer, à améliorer la santé mentale des personnes, des familles, de certains groupes et de certaines collectivités et de la population dans son ensemble.

Comment définit-on la santé mentale positive?

Pour comprendre en quoi consiste une santé mentale positive, il est pertinent de jeter un œil sur la perception qu'ont les Canadiens de la santé mentale, à la conceptualisation et à la définition actuelles de la santé mentale et de la promotion de la santé mentale et à la place qu'occupe la santé mentale positive dans les efforts visant à favoriser la santé mentale de la population.

La santé mentale selon les Canadiens

Un sondage d'opinion commandé par l'ISPC, réalisé par téléphone auprès de 1 840 adultes canadiens, a permis d'en savoir davantage sur leur perception de la santé mentale. Les résultats ont révélé qu'il règne une certaine confusion quant à la définition de santé mentale. Par exemple, 56 % des répondants estimaient que la santé mentale et la maladie mentale étaient « sensiblement » ou « exactement » la même chose, tandis que 40 % d'entre eux ont affirmé qu'il s'agissait de deux concepts aux significations différentes¹³. En examinant les résultats de plus près, on a constaté que les définitions les plus courantes de santé mentale se composaient d'un ensemble de termes se rapportant à des aspects positifs (p. ex., un état mental équilibré, sain ou stable, la capacité de s'adapter au stress ou le fait d'être heureux) et à des problèmes liés à la maladie (comme le fait de souffrir d'une maladie mentale ou l'incapacité de s'adapter au stress)¹³.

Lorsqu'on leur a demandé d'évaluer leur état de santé global et leur santé mentale, 22 % des répondants ont indiqué être globalement en excellente santé et 31 %, jouir d'une excellente santé mentale¹³. Ces proportions correspondent à celles obtenues dans le cadre de l'ESCC de 2005 (cycle 3.1) publiée par Statistique Canada, où 22 % des répondants âgés de 12 ans et plus provenant de l'ensemble des provinces et territoires se disaient globalement en excellente santé²⁰ et 37 % affirmaient jouir d'une excellente santé

mentale¹². Mais qu'entendent les Canadiens par « excellente santé mentale »? Pour comprendre pleinement ce que nous disent les données sur la façon dont la santé mentale positive est mesurée et ce que cela signifie, il importe de se pencher sur notre compréhension actuelle du concept de santé mentale et sur la place qu'occupe la santé mentale positive au sein des approches en vigueur.

Distinguer la santé mentale de la maladie mentale

La santé ne se limite pas à l'absence de maladie physique²¹; de la même façon, la santé mentale ne se limite pas à l'absence de maladie mentale¹. Composante de la santé globale²¹, elle est façonnée par les caractéristiques individuelles, environnementales, sociales, culturelles et socioéconomiques⁵.

La santé mentale peut être envisagée de bien des façons, c'est-à-dire survenir au cours d'un continuum, au croisement de deux continuums ou en tant que partie intégrante de modèles qui favorisent le bien-être et la qualité de vie dans leur ensemble, pour ne nommer que celles-là (des illustrations de ces modèles sont présentées à l'annexe A).

- Dans l'approche fondée sur un continuum unique, la santé mentale optimale et la santé mentale non optimale, notamment les troubles mentaux, occupent chacune une extrémité. Entre les deux se trouvent les problèmes de santé mentale²². Ce modèle comporte toutefois certaines limites. Par exemple, il suppose qu'une personne souffrant d'une maladie mentale ne peut pas jouir d'une santé mentale positive²³.
- L'approche fondée sur le croisement de deux continuums remédie à ce problème. L'un des continuums va de la santé mentale optimale à la mauvaise santé mentale tandis que le second va de l'absence de symptôme de maladie mentale à la maladie mentale grave¹⁴. Quatre quadrants sont ainsi formés : santé mentale optimale et maladie mentale; santé mentale optimale et absence de symptôme de maladie mentale; mauvaise santé mentale

et maladie mentale; mauvaise santé mentale et aucun symptôme de maladie mentale^{23, 24}. Le fait qu'une personne corresponde à un seul quadrant représente cependant l'une des limites possibles du modèle.

- Une troisième approche intègre la santé mentale à un modèle circulaire de promotion du bien-être et de la qualité de vie. L'une des demies du cercle comprend les composantes essentielles à la prévention, au traitement et à la stabilisation de la maladie mentale. L'autre traduit les composantes liées à la promotion de la santé mentale, notamment la compétence, la résilience, l'autonomie et les environnements de soutien²⁵.

Il existe également des approches plus holistiques en matière de santé mentale, caractérisées par des termes tels que « psychologie positive », « épanouissement » ou « bien-être mental ». Plutôt que d'être axées sur la maladie mentale, elles mettent l'accent sur les aspects positifs de la santé mentale, du bien-être et de la capacité de fonctionner. En voici des exemples :

- Les disciplines comme la psychologie positive misent sur le bien-être, les forces et le fonctionnement optimal^{26, 27}. Dans cette optique, l'absence d'un état mental préjudiciable ne suffit pas au bien-être; en outre, bâtir un état mental positif peut avoir des conséquences favorables supérieures à celles qu'apporte l'absence d'un état mental préjudiciable²⁶. Trois sphères du bonheur, ou chemins à emprunter pour atteindre un état de bien-être, ont ainsi été élaborées :
 - Vie agréable : émotions positives suscitées par la vie passée, présente et future d'une personne. Cette sphère se mesure grâce à l'évaluation de la satisfaction à l'égard de la vie, du bonheur et du bien-être subjectif^{26, 28} d'une personne.
 - Vie épanouissante : servir une cause qui mène au dépassement de soi²⁸ et se consacrer à sa famille, à ses amis

ou à la collectivité²⁶. On la mesure en évaluant le sens qu'une personne donne à sa vie²⁶.

- Vie saine²⁸ ou vie bien remplie²⁶ : forces de caractère que possède la personne, lesquelles façonnent son engagement dans son milieu²⁶. Elle se traduit par la présence de forces de caractère telles que la sagesse, le savoir, le courage, l'humanité, la justice, l'humilité, l'indulgence, l'espoir et la spiritualité^{26, 29}. Les recherches démontrent que de nombreuses cultures présentent ces forces de caractère³⁰.
- L'approche qui table sur une vie florissante plutôt que languissante souligne la nature multidimensionnelle de la santé mentale positive, notamment le bien-être émotionnel, le fonctionnement psychologique et l'appartenance sociale^{31, 32}. Les recherches sur ces concepts indiquent que l'absence d'une santé mentale positive peut avoir les mêmes conséquences néfastes sur le fonctionnement d'une personne que la présence d'une maladie³².
- Les Autochtones du Canada envisagent la santé mentale de façon plus holistique. Le terme « bien-être mental » illustre cette façon de penser. Dans un document de travail élaboré par l'Assemblée des Premières Nations relativement à la mise en place de services de santé mentale complets conformes à la culture au sein des groupes de Premières Nations et d'Inuits, on définit le bien-être mental comme étant « le parcours d'une vie pour atteindre le bien-être et l'équilibre entre les dimensions physique, intellectuelle et spirituelle [...] [et] il porte sur l'estime de soi, la dignité personnelle, l'identité culturelle et le sentiment d'interrelation en présence d'un bien-être physique, émotionnel, mental et spirituel harmonieux³³. » [Traduction] Le bien-être mental, atteint lorsqu'une personne est en harmonie avec elle-même et avec son environnement, permet de fonctionner efficacement et de relever de nouveaux défis³⁴.

Les définitions actuelles de la santé mentale reflètent en partie l'évolution conceptuelle de ses aspects plus holistiques. Par exemple :

- Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la santé mentale est « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté »².
- L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) affirme que « la santé mentale est la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle³. »

Ces définitions plus holistiques démontrent non seulement que la santé mentale est distincte de la maladie mentale, mais également que ce type de santé mentale correspond en fait à une santé mentale positive. La promotion de la santé mentale positive représente elle-même un objectif principal de la promotion de la santé mentale.

La promotion de la santé mentale

La promotion de la santé mentale est « un processus visant à renforcer la capacité des personnes et des collectivités à prendre leur vie en main et à améliorer leur santé mentale. Elle met en œuvre des stratégies qui favorisent les environnements de soutien et la résilience individuelle tout en respectant l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle »³⁵. [Traduction] La promotion de la santé mentale est fondée sur la reconnaissance de l'esprit d'initiative et de l'aptitude à la santé mentale et au bien-être inhérentes à l'humain, et sur la confiance en celles-ci³⁶. Elle vise toutes les personnes et les

collectivités, notamment les personnes et les groupes à risque ainsi que les personnes atteintes d'une maladie mentale⁸. Dans le même ordre d'idées, les Autochtones voient la promotion du bien-être mental comme un processus de guérison qui fait appel à la collaboration avec les personnes, les familles, les collectivités et d'autres structures sociales qui travaillent à favoriser, à soutenir et à rétablir l'équilibre et l'harmonie^{37, 38}.

Les définitions actuelles de la santé mentale peuvent sembler essentiellement axées sur la personne. Elles illustrent pourtant une perspective en matière de santé à la fois individuelle et plus vaste, à l'échelle de la population. La santé mentale, c'est mettre l'accent sur des concepts positifs tels que l'autonomisation et la résilience⁵, favoriser la santé mentale positives des personnes et créer des environnements de soutien qui contribuent à la résilience et au bien-être⁸.

Mise en œuvre de la santé mentale positive

Afin de comprendre comment on peut le mieux favoriser la santé mentale positive, il peut s'avérer utile de se pencher sur la signification du concept de santé mentale positive. Dans les pages qui suivent, nous examinerons une façon de mettre en œuvre le concept de santé mentale positive. Pour les besoins du présent rapport, nous avons choisi de nous servir de la définition de l'ASPC comme cadre de référence⁵ pour examiner cinq composantes possibles de la santé mentale.

1. Aptitude à jouir de la vie
2. Adaptation aux événements de la vie
3. Bien-être émotionnel
4. Valeurs spirituelles
5. Appartenance sociale et respect de la culture, de l'équité, de la justice sociale et de la dignité personnelle

I. Aptitude à jouir de la vie

« La santé mentale est la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre **aptitude à jouir de la vie** et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle³. »

Notre aptitude à jouir de la vie constitue l'une des composantes de la santé mentale positive étudiée ici. Elle est couramment mesurée à l'aide de concepts comme le bonheur³⁹, la satisfaction de sa vie⁴⁰ et le bien-être subjectif⁴¹. La recherche révèle qu'une plus grande jouissance de la vie est liée à une combinaison de facteurs relatifs à la génétique et à la personnalité, aux circonstances de la vie, aux caractéristiques familiales et sociales ainsi qu'aux comportements.

Génétique et personnalité

Au chapitre de la génétique, certains chercheurs avancent que nous possédons une « valeur prédéterminée » de bonheur ou de satisfaction, qui serait génétiquement définie et évoluerait peu au cours de la vie³⁹. Bien que le degré de jouissance de la vie puisse fluctuer, il revient généralement à son état initial après une période d'ajustement⁴².

D'autres sont d'avis qu'une grande aptitude à jouir de la vie est associée à divers types ou traits de personnalité, tels que l'extraversion⁴³⁻⁴⁵, l'optimisme^{46, 47}, la résistance⁴⁸ et l'espoir⁴⁹.

Circonstances de la vie et caractéristiques familiales et sociales

Des études ont démontré que le degré de jouissance de la vie n'est pas stable, qu'il peut évoluer au fil du temps^{50, 51}. Certains des éléments à l'origine de ces fluctuations pourraient avoir trait aux circonstances de la vie ou aux caractéristiques propres aux milieux familial et social.

Pour ce qui est des circonstances de la vie, les études établissent un lien entre les conditions psychosociales suivantes et un degré élevé de jouissance de la vie :

- bonne perception de sa propre santé⁵²⁻⁵⁴;
- soutien social important^{54, 55};
- niveau de confiance élevé à l'égard d'autrui⁵⁴;
- sentiment d'avoir sa vie en main⁵⁶.

Du côté de l'âge, les études tendent à démontrer une distribution en U. Les jeunes à la fin de l'adolescence ou au début de la vingtaine ainsi que les personnes âgées de 50 ans et plus tendent à jouir davantage de la vie que les personnes des groupes d'âge situés dans l'intervalle entre les deux extrémités^{52, 53}.

Des études ont également examiné le lien entre l'aptitude à jouir de la vie et divers facteurs associés au revenu.

Les résultats varient :

- Le fait d'occuper un emploi⁵³ et d'être satisfait de son emploi⁴² serait lié à un degré plus élevé de jouissance de la vie. De même, des études ont révélé que le fait d'être sans emploi était lié à un plus faible degré de jouissance de la vie^{52, 54}.
- Le revenu d'une personne par rapport à celui de son milieu (tel que mesuré par le revenu par personne par état⁵⁷) ainsi que le fait de dépenser de l'argent pour soi-même ou pour autrui⁵⁸ peuvent influencer sur la jouissance de la vie. Par ailleurs, l'incidence du revenu individuel diminue lorsque la personne sort de la catégorie de faible revenu⁵².
- À l'échelle de la population, certaines études font état d'un sentiment de bonheur plus fort dans les pays riches que dans les pays pauvres^{53, 59, 60}; d'autres révèlent des résultats mitigés quant à la perception du bonheur en période de croissance économique du pays^{53, 59, 60}.

Ces observations pourraient s'expliquer par l'interrelation entre le revenu et d'autres déterminants de la santé, comme l'âge. Par exemple, une étude a démontré que la satisfaction à l'égard de la situation financière augmente tout au long de la vie pour atteindre son apogée en fin de vie, moment où le revenu se met généralement à diminuer⁴². Dans le même ordre d'idées, une revue consacrée à plus de 30 années de recherche sur le bien-être subjectif a établi que la richesse était considérée comme un facteur en ce sens qu'elle permet de combler les besoins de base; cependant, l'importance du revenu dans le bien-être subjectif diminuait une fois les besoins comblés⁶⁰.

Les recherches montrent également un lien entre les caractéristiques familiales (mariage⁵²⁻⁵⁴, union conjugale assez harmonieuse ou très harmonieuse⁶¹, compétences parentales de qualité⁶², grande stabilité familiale⁶³ et attachement parental fort) et un degré élevé de jouissance de la vie, qu'il soit mesuré en termes de satisfaction à l'égard de la vie ou de bien-être subjectif⁶⁴.

Hors du contexte familial, la recherche révèle également un lien entre les caractéristiques de l'environnement social, par exemple le bénévolat⁶⁵ et le soutien social⁵⁵, et une satisfaction accrue à l'égard de la vie. Le rôle de l'appartenance sociale ou des interactions au chapitre de la santé mentale positive est étudié plus loin dans le présent rapport.

Comportements

La recherche démontre également que le degré de jouissance de la vie peut être amplifié par notre façon de penser et d'agir (p. ex., faire de l'exercice, reconsidérer les choses sous un angle plus positif ou consacrer du temps à des causes qui nous sont chères)³⁹. Une série d'études s'est intéressée aux effets d'une attitude reconnaissante sur le bien-être psychologique et physique : les personnes qui manifestaient de la reconnaissance, en pensée ou par écrit, étaient plus optimistes, adoptaient davantage de comportements prosociaux et éprouvaient un sentiment d'interrelation plus fort que les groupes témoins⁶⁶.

L'aptitude à jouir de la vie est en partie tributaire de la personnalité, mais elle peut évoluer au fil du temps en fonction des circonstances de la vie et de l'environnement.

2. Adaptation aux événements de la vie

« La santé mentale est la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle³. »

Une autre composante de la santé mentale positive, sur le plan opérationnel, est la capacité d'adaptation aux défis du quotidien et aux événements majeurs qui surviennent au cours de la vie. Les personnes, les groupes et les collectivités composent de la même façon avec le stress : ils l'affrontent ou s'en détournent.

Adaptation aux défis auxquels nous sommes confrontés

L'adaptation correspond aux efforts conscients déployés par une personne en période de stress afin de l'aider à maîtriser ses émotions, ses pensées, ses comportements, sa santé physique et son environnement⁶⁷. Il s'agit par exemple de gérer une situation stressante en l'affrontant ou en se préoccupant des émotions qu'elle

suscite, ou en l'évitant sans lui faire face⁶⁷. Les efforts peuvent être axés sur le problème ou sur les émotions⁶⁸. Comme l'indique le tableau 1, les Canadiens ont davantage recours à des stratégies d'adaptation actives ou d'affrontement.

Lorsqu'elles sont confrontées à des problèmes sociaux comme le suicide⁶⁹ et le crime, ou à des situations de grande envergure telles que des catastrophes naturelles et le chômage⁷⁰, les individus et les collectivités tendent à s'adapter de façon similaire, et présentent des variations semblables au chapitre des résultats. Ils adoptent des stratégies d'adaptation comme la mise en commun de ressources et la mobilisation pour faire face à l'adversité^{69, 70}, ou l'évitement et la manifestation d'indifférence ou de colère⁷¹. Les stratégies actives sont susceptibles d'engendrer des résultats favorables ou de favoriser la résilience chez les couples, les familles, les groupes et les collectivités⁷⁰.

Évoluer grâce aux défis qui se présentent : la résilience et la capacité de tirer parti des situations négatives

On appelle résilience la capacité dont semblent faire preuve certaines personnes à composer avec les situations difficiles sans changement notable dans leur

Tableau 1
Stratégies d'adaptation, population de 15 ans et plus, 2002

	Stratégies d'adaptation	Pourcentage de la population de 15 ans et plus ayant « souvent » recours à la stratégie d'adaptation donnée pour composer avec le stress
Stratégies d'affrontement	Résoudre le problème	75 %
	Parler aux autres	48 %
	Prier ou faire appel à une aide spirituelle	24 %
	Faire de l'exercice	14 %
Stratégies d'évitement	Avoir recours aux aliments ou consommer des substances (telles que de l'alcool, des drogues ou du tabac)	23 %
	Fuir (dormir ou éviter les gens)	11 %

Remarque

Les réponses ne s'excluent pas mutuellement.

Source

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (cycle 1.2), 2002.

fonctionnement quotidien ou dans leur développement^{72,73}. Certaines définitions mettent l'accent sur la façon dont les personnes s'adaptent positivement⁷⁴ ou évitent les situations et les trajectoires négatives⁷⁵. D'autres vont plus loin et supposent un processus dynamique et une interaction à plusieurs niveaux entre les facteurs de risque et de protection relatifs à la personne, à la famille ou aux relations, au système ou à la collectivité, et à la culture^{74, 76}. Dans cette perspective, « la résilience est la capacité d'une personne ou d'un système (famille, groupe, collectivité) de faire face avec succès à l'adversité ou au risque. Cette capacité se développe et évolue au fil du temps, est renforcée par les facteurs de protection de la personne ou du système et de son environnement et contribue au maintien ou à l'amélioration de la santé⁷⁷ ». [Traduction] Les facteurs qui influent sur la résilience peuvent constituer tant des facteurs de risque que des facteurs de protection, selon diverses circonstances⁷⁶. Ils peuvent également interagir à différents niveaux et ainsi entraîner des retombées cumulatives plus importantes au fil du temps⁷⁸.

On peut également considérer la résilience comme le processus par lequel une personne va chercher des ressources (sollicite de l'aide) et négocie avec la famille, la collectivité et la culture pour obtenir des ressources précieuses à ses yeux qui lui permettront de s'adapter à sa réalité⁷⁹. Cette perspective a émergé d'un projet dirigé par le Canada auquel ont participé 1 500 jeunes provenant de 14 collectivités dans 11 pays⁷⁹. Les résultats ont révélé que la réussite de la prise en charge des situations difficiles par les jeunes dépendait de leur attitude relativement aux éléments suivants :

- avoir accès à des ressources matérielles et à des occasions de les utiliser;

- établir des relations avec la famille, les pairs et la collectivité;
- donner un sens à sa vie et se construire une identité;
- avoir la capacité de provoquer le changement dans son environnement;
- adhérer à des pratiques, à des valeurs ou à des croyances culturelles;
- veiller à la justice sociale en jouant des rôles importants dans la collectivité et dans l'égalité sociale;
- sentir une appartenance à une réalité plus grande que son milieu immédiat⁸⁰.

Outre le concept de résilience, les chercheurs s'intéressent de plus en plus à l'adversité, aux défis et aux difficultés comme des avenues pouvant susciter des conséquences positives, le développement et le changement. En envisageant la vie comme un processus continu et dynamique, les risques ainsi que les expériences positives et négatives peuvent contribuer à renforcer la capacité de faire face à l'adversité dans le futur⁷⁵. Les auteurs avancent que l'une des clés consiste alors à déterminer le soutien qui favorisera le développement individuel et collectif à partir de situations préjudiciables et de l'adversité⁸. Pour certains, comme les personnes très mûres, il pourrait s'agir de trouver un sens aux transitions et aux expériences personnelles et d'en tirer parti pour contribuer à son développement⁸¹. De plus, acquérir les compétences et les connaissances qui permettent d'affronter les problèmes et d'accroître ses ressources⁸² peut aider à atteindre un niveau de fonctionnement supérieur⁸³, comme en témoigne la mobilisation efficace des ressources individuelles et sociales en présence d'une menace.

L'adaptation et la résilience ne consistent pas à éviter le changement ou l'adversité, mais plutôt à encourager les gens à évoluer à partir des événements de la vie et à y faire face.

3. Bien-être émotionnel

« La santé mentale est la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un **sentiment positif de bien-être émotionnel** et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle³. »

Le concept d'intelligence émotionnelle élargit la notion de maîtrise des émotions et suppose un certain nombre de compétences ou d'aptitudes, notamment :

- la maîtrise réfléchie des émotions (p. ex., être ouvert aux sentiments positifs et négatifs et les prendre en charge);
- la compréhension et l'analyse des émotions (p. ex., interpréter les émotions);

Le bien-être émotionnel se rapporte au fait de vivre des émotions positives et de les maîtriser de façon à en tirer le maximum de bienfaits et d'en limiter les effets négatifs potentiels.

À titre de composante de la santé mentale positive, le bien-être émotionnel positif peut être considéré tant comme le fait de vivre des émotions que le fait de maîtriser ses émotions. Parmi les exemples d'émotions positives, notons la joie, l'intérêt, le contentement et l'amour¹²⁷. L'objectif de la maîtrise des émotions est d'agir sur la façon dont celles-ci sont vécues afin d'en tirer le maximum de bienfaits et de limiter tout effet destructeur potentiel. Pour y arriver, il faut changer la perception qu'ont les gens des circonstances qui provoquent les émotions ou la façon dont ils expriment les émotions⁸⁴.

- la pensée axée sur les émotions (p. ex., organiser les pensées en fonction des émotions);
- la perception, l'évaluation et l'expression des émotions (p. ex., cerner ses propres émotions et celles des autres)⁸⁵.

4. Valeurs spirituelles

« La santé mentale est la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un **sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel** qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle³. »

Éprouver un sentiment de bien-être spirituel, c'est-à-dire ressentir un sentiment d'appartenance envers une réalité plus grande que soi et donner un sens à sa vie, constitue également une composante de la santé mentale positive. Les recherches qui se consacrent à la spiritualité s'intéressent souvent à deux aspects principaux, par ailleurs susceptibles de se chevaucher de bien des manières :

- la spiritualité par l'intermédiaire de la religion, soit les pratiques, les croyances et l'appartenance religieuses⁸⁶ ou l'expression de croyances par la conduite, les rituels, les cultes et l'appartenance à un groupe religieux⁸⁷;

- la spiritualité envisagée de façon holistique, au-delà des pratiques et des croyances religieuses, en embrassant des valeurs et des principes plus vastes qui donnent un sens à la vie⁸⁶.

Outre l'adoption d'un ensemble de valeurs, de croyance et de pratiques⁸⁸, la littérature fait état d'éléments communs aux nombreuses manifestations de la spiritualité :

- rechercher et trouver la vérité et un sens à sa vie;
- établir et entretenir des relations et un sentiment de contact avec soi-même, les autres et une puissance supérieure ou une réalité plus grande que soi^{86, 87, 89}.

Les valeurs spirituelles peuvent se traduire par des pratiques religieuses ainsi que par l'adoption de valeurs et de principes plus vastes qui donnent un sens à la vie.

5. Appartenance sociale et respect de la culture, de l'équité, de la justice sociale et de la dignité personnelle

« La santé mentale est la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel **qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle**³. »

La dernière composante de la définition de l'ASPC utilisée en vue de décrire la santé mentale positive dans le présent rapport porte sur le respect de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle lié à la santé mentale⁵. Publiée par Santé Canada, *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*, la première publication nationale à faire la distinction entre la promotion de la santé mentale et le traitement de la maladie mentale, établissait ces composantes comme une conséquence des valeurs sociétales, et surtout un besoin d'égalité entre les peuples, la liberté d'avoir des buts et de faire des choix, ainsi que l'équité en ce qui touche la répartition et l'exercice du pouvoir et de la responsabilité sociale¹⁴.

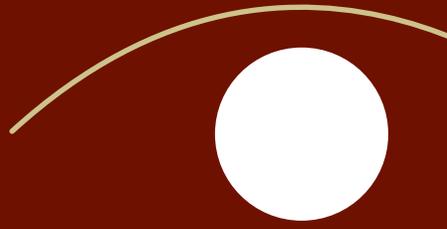
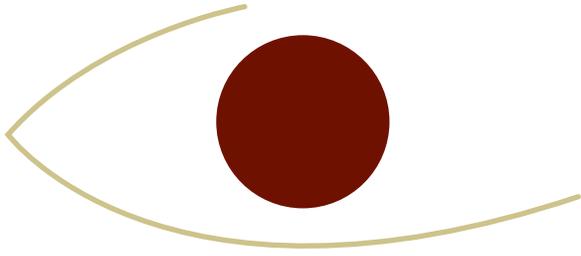
environnements d'interagir efficacement et équitablement peut être perçu comme un obstacle à la santé mentale positive¹⁴. Par ailleurs, la présence et la qualité des liens sociaux existants dans nos milieux de vie^{37, 91}, d'apprentissage⁹², de travail⁹³ et de loisir⁹⁴ sont associés à divers résultats pour la santé mentale et à d'autres aspects qui contribuent à la santé mentale positive. Ces observations concordent avec celles d'une étude ayant démontré qu'un certain nombre de facteurs sociaux, écologiques, économiques et politiques sont susceptibles d'influer sur la santé mentale de la population⁹⁵.

Bien que ces définitions et rapports présentent le respect de la culture, de l'équité et de la justice sociale comme des éléments de la santé mentale, ce sont des sujets sur lesquels il existe peu de documents publiés, particulièrement en relation avec la santé mentale. Cette situation est toutefois en voie de changer, surtout dans les domaines de l'économie, de la sociologie, de l'épidémiologie sociale et de la science politique. À l'intérieur de ces domaines, la littérature porte davantage sur la santé que la santé mentale, mais elle traite de plusieurs des déterminants de la santé mentale, comme la race, le soutien social et le logement.

La santé mentale peut s'épanouir au sein d'environnements sécuritaires, légitimes, équitables et favorables à l'établissement de liens de qualité.

Ainsi, comme il est énoncé dans un chapitre du rapport *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice* publié par l'Organisation mondiale de la Santé, un environnement sécuritaire, capable de répondre aux besoins fondamentaux de la personne, est un environnement au sein duquel la santé mentale peut s'épanouir⁹⁰. Tout ce qui met à l'épreuve la capacité des personnes, des groupes et des

En résumé, nous nous sommes basés sur les définitions de l'ASPC comme cadre de référence pour examiner le concept de santé mentale positive, rassemblant la documentation disponible dans laquelle il est question des multiples composantes qui forment ce concept.



2



2

La santé mentale
positive : comment la
mesure-t-on?

L'information présentée jusqu'ici a montré que la santé mentale positive peut revêtir de nombreuses dimensions. Aux fins de la planification de programmes, il importe de comprendre notre perception des concepts de santé mentale et de santé mentale positive, mais aussi la façon dont nous mesurons cette dernière et analysons les données s'y rapportant. Un examen des ouvrages publiés permet de conclure que la santé mentale positive est mesurée de bien des façons : à l'heure actuelle, les enquêtes internationales ou pancanadiennes n'ont recours à aucune méthode standardisée.

Mesure et indicateurs à l'échelle internationale

À l'échelle internationale, un certain nombre de façons de mesurer la santé mentale positive ont été utilisées ou élaborées :

- À l'aide de données tirées de la *World Values Survey*, un rapport a combiné des questions uniques sur la satisfaction à l'égard de la vie et le bonheur pour établir une mesure du bien-être subjectif⁵¹.
- L'« espérance de vie heureuse », soit le nombre d'années qu'une personne vit en étant heureuse, est évaluée en multipliant l'espérance de vie habituelle par les données d'enquête sur le bonheur⁹⁶.
- Aux États-Unis, une méthode de mesure complexe a été mise au point afin d'envisager les « symptômes » positifs essentiellement de la même façon que les symptômes négatifs, utilisés pour diagnostiquer la maladie mentale³¹. Avoir une vie « florissante », ou jouir d'une santé mentale intégrale, consiste à présenter, à un degré élevé, au moins un symptôme de bien-être émotionnel et au moins six symptômes de bien-être psychologique ou d'appartenance sociale. Inversement, une personne qui présente ces symptômes à des degrés inférieurs est considérée comme ayant une vie « languissante »³¹.
- L'échelle Affectometer², ayant servi dans le cadre de la *Health Education Population Survey* réalisée en Écosse en 2002 et en 2005, est composée d'énoncés positifs et négatifs, tels que « Je m'apprécie », « Mon avenir est prometteur », « Ma vie semble enlisée dans la routine » et « J'ai l'impression que ma vie est un échec »⁹⁷. L'Écosse a ensuite créé la Warwick-Edinburgh Well-Being Scale (WEMWBS), une échelle du bien-être permettant de mesurer des indicateurs de santé mentale^{97, 98}. À l'aide d'énoncés positifs uniquement, elle visait à connaître les sentiments d'optimisme, de détente, d'intérêt à l'égard des autres, d'être aimé et de confiance récemment vécus par les répondants⁹⁸.

- ii. Comme cela a été précisé dans l'édition 2006 d'*Indicateurs de la santé*, les données sur l'estime de soi n'étaient accessibles qu'à l'échelle provinciale ou territoriale ou étaient restreintes à un nombre limité de régions sanitaires.

- Dans le cadre d'un vaste système de contrôle de la santé, l'Union européenne a élaboré un ensemble minimal de données relatif aux indicateurs de santé mentale⁹⁹. Ces indicateurs portent sur différents aspects, comme l'expérience subjective et la santé mentale positive⁹⁹.
- L'Union européenne a en outre réalisé le sondage Eurobaromètre auprès de ses États membres. Il comportait notamment des questions sur la santé mentale positive (sentiment d'énergie et de vitalité) et sur la disponibilité du soutien social¹⁰⁰.

Mesure et indicateurs à l'échelle canadienne

Des données sur la santé mentale positive ont été recueillies de différentes façons au Canada. Voici des exemples de méthodes de mesure ayant fait l'objet d'études canadiennes.

- S'appuyant sur les données de 2004-2005 de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ), une étude précédente de l'ISPC s'est intéressée à la mesure de la motivation personnelle, de l'estime de soi, de la capacité émotionnelle, de la prise en charge du stress et de l'adaptabilité¹¹.
- Analyses secondaires d'indicateurs de santé mentale tirés de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) de 1994-1995, notamment l'estime de soi, le sentiment de maîtrise, le sentiment de cohésion ou le bien-être psychologique et le bonheur¹⁰¹.
- Le concept de bien-être fait partie du cadre conceptuel des indicateurs de santé créé par Statistique Canada et par l'ICIS depuis son instauration en 1999¹⁰². Ce cadre fait état de l'évolution du bien-être au fil du temps essentiellement au moyen de critères visant l'autoévaluation de la santé et de la santé mentale ainsi que de l'estime de soi^{ii, 103}.

- Divers cycles de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) de Statistique Canada ont prévu des critères liés à la santé mentale positive. Par exemple :
 - L'échelle d'équilibre affectif de Bradburn se compose de questions visant à indiquer les réactions psychologiques positives et négatives aux événements de la vie quotidienne. Elle a été utilisée dans le cadre de l'ESCC de 2000-2001¹⁰⁴.
 - L'ESCC (cycle 1.2) de 2002 sur la santé mentale comportait de l'information sur l'autoévaluation de la santé mentale, comprenait une échelle de mesure du bien-être psychologique et abordait par ailleurs des questions sur la spiritualité et la capacité d'adaptation¹⁰⁵.
 - L'ESCC (cycle 3.1, 2005) a notamment examiné le degré de satisfaction à l'égard de la vie. Il s'agissait de la première fois que l'autoévaluation de la santé mentale servait d'indicateur¹⁰⁶.

L'autoévaluation de la santé mentale comme critère de santé mentale positive

Comme cela a été précisé ci-dessus, des données sur l'autoévaluation de la santé mentale ont été recueillies dans le cadre de l'ESCC. En 2002, 28 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus (dans les provinces uniquement) se disaient en excellente santé mentale¹⁰⁷; en 2005, 37 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus (dans les provinces, les territoires et les régions sanitaires) se disaient en excellente santé mentale¹². On peut se demander si l'autoévaluation de la santé mentale, plus particulièrement lorsque les répondants se considèrent en « excellente » santé mentale, rend compte de la santé mentale positive telle que mesurée par l'une des cinq composantes examinées jusqu'ici ou par l'ensemble de ceux-ci. Pour répondre à cette question, nous avons analysé l'autoévaluation de la santé, de la santé

mentale et de la satisfaction à l'égard de la vie des répondants à l'échelle provinciale. Dans le cas présent, nous avons utilisé la satisfaction à l'égard de la vie comme mesure indirecte du degré de santé mentale positive. Comme nous l'avons déjà précisé, la satisfaction à l'égard de la vie est une mesure courante de l'aptitude à jouir de la vie, elle-même une dimension de la santé mentale positiveⁱⁱⁱ. Les données de l'ESCC de 2005 (cycle 3.1) laissent croire qu'une autoévaluation de la santé et de la santé mentale très favorable ne rend pas nécessairement compte de façon précise ou exhaustive de la santé mentale positive, telle que mesurée par la satisfaction à l'égard de la vie. En effet, le tableau 2 montre que les provinces où les répondants se disaient en excellente santé et en excellente santé mentale n'étaient pas nécessairement les mêmes que celles où les répondants disaient éprouver une satisfaction élevée à l'égard de leur vie. Par exemple :

- La proportion de répondants se disant en excellente santé et en excellente santé mentale était significativement plus élevée au Québec que dans l'ensemble du Canada. Cette province se classait en outre au premier rang des provinces et des territoires. En revanche, elle occupait le huitième rang au chapitre de la satisfaction élevée à l'égard de la vie.
- Les répondants de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Nouvelle-Écosse étaient significativement plus susceptibles de déclarer une satisfaction élevée à l'égard de la vie que les répondants de l'ensemble du Canada. Par ailleurs, le Yukon arrivait au premier rang au chapitre de la satisfaction à l'égard de la vie, mais la différence par rapport à l'ensemble du Canada n'était pas significative; l'Île-du-Prince-Édouard et la Nouvelle-Écosse occupaient les deuxième et troisième rangs. Cependant, en ce qui a trait à l'autoévaluation de la santé mentale comme étant excellente, l'Île-du-Prince-Édouard (différence non significative par rapport à l'ensemble du Canada), la Nouvelle-Écosse et le Yukon se sont classés septième, neuvième et dixième, respectivement.

iii. Lors de l'ESCC de 2005, les questions liées à la santé mentale positive portant sur d'autres concepts, tels que le bonheur, l'estime de soi ou le bien-être psychologique, n'ont pas été posées ou rendues accessibles à l'ensemble de la population.

Tableau 2

Autoévaluation de la santé comme étant excellente, autoévaluation de la santé mentale comme étant excellente et satisfaction élevée à l'égard de la vie au Canada, par province, population de 12 ans et plus, 2005

	Autoévaluation de la santé comme étant excellente		Autoévaluation de la santé mentale comme étant excellente		Satisfaction élevée à l'égard de la vie	
	Pourcentage	Rang	Pourcentage	Rang	Pourcentage	Rang
Terre-Neuve-et-Labrador	19,0*	8	38,8	2	38,2	6
Île-du-Prince-Édouard	17,8*	11	34,4	7	41,5*	2
Nouvelle-Écosse	17,2*	12	33,1*	9	40,6*	3
Nouveau-Brunswick	16,9*	13	32,5*	12	38,5	5
Québec	23,4*	1	40,7*	1	38,2	8
Ontario	22,0	4	37,5	3	38,2	7
Manitoba	20,8	7	34,0*	8	36,1*	11
Saskatchewan	18,5*	10	33,0*	11	36,3*	10
Alberta	21,8	5	35,4*	5	39,6*	4
Colombie-Britannique	22,3	2	34,9*	6	37,6	9
Yukon	18,6	9	33,0*	10	42,3	1
Territoires du Nord-Ouest	21,0	6	37,0	4	33,4*	13
Nunavut	22,2	3	32,0	13	34,6	12
Canada	21,9		37,2		38,2	

Remarques

* Différence significative par rapport au Canada ($p < 0,05$).

Les classements sont effectués en fonction des pourcentages non arrondis à deux décimales.

Autoévaluation de la santé : les répondants devaient évaluer leur santé globale comme étant excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise. L'intervieweur précisait que par santé, on entendait non seulement l'absence de maladie ou de blessure, mais aussi le bien-être physique, mental et collectif¹⁰⁶.

Autoévaluation de la santé mentale : les répondants devaient évaluer leur santé mentale comme étant excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise¹⁰⁶.

Satisfaction à l'égard de la vie : les répondants devaient indiquer dans quelle mesure ils étaient satisfaits de leur vie en général : très satisfaits, satisfaits, ni satisfaits ni insatisfaits, insatisfaits ou très insatisfaits¹⁰⁶.

Source

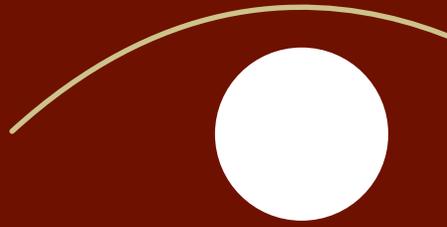
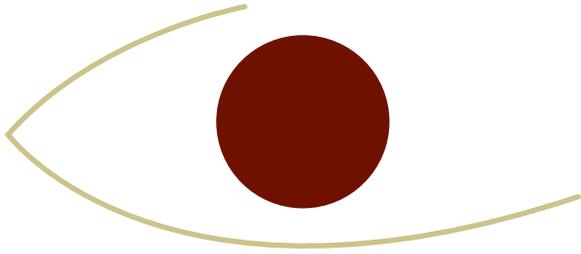
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (cycle 3.1), 2005.

On observe des résultats semblables au chapitre de l'autoévaluation de la santé physique, de la santé mentale et de la satisfaction à l'égard de la vie à l'échelle des villes. Les analyses des données de l'ESCC de 2005 réalisées par l'ISPC révèlent que dans 27 régions métropolitaines de recensement (RMR), le taux de satisfaction à l'égard de la vie est plus élevé que le taux d'autoévaluation de la santé comme étant excellente (les analyses ne sont pas présentées ici). Par exemple :

- À Saint John, au Nouveau-Brunswick, 46 % des répondants disaient éprouver une satisfaction élevée à l'égard de la vie, mais seulement 16 % se déclaraient en excellente santé.

- À Vancouver, en Colombie-Britannique, 35 % des répondants disaient éprouver une satisfaction élevée à l'égard de la vie, alors que 23 % se déclaraient en excellente santé.

Rappelons qu'il s'agit peut-être de la conséquence du fait que les façons de mesurer les différentes dimensions de la santé mentale positives sont tout aussi variées que les définitions, sur le plan opérationnel, de la santé mentale positive. Or, répondre à une question obscure ou équivoque est un exercice difficile. Il semble donc essentiel de sensibiliser davantage le public à la santé mentale positive en tant que concept distinct de la maladie mentale. De plus, cela n'est pas sans rapport avec les multiples liens qui existent entre la santé mentale positive et la santé en général.



3



3

Le rôle de la santé
mentale positive
dans la santé

Les résultats des recherches présentés jusqu'à maintenant démontrent que le concept de la santé mentale positive comporte **plusieurs dimensions** et peut être mesuré de diverses façons. Dans l'optique d'une perception holistique de la santé, on note également plusieurs liens possibles avec la santé.

Liens entre la santé mentale positive et la santé

La recherche présentée dans un chapitre du rapport de l'OMS *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice* montre qu'il existe de nombreux liens multidirectionnels entre la santé mentale positive, la maladie mentale, la maladie physique et la santé physique positive (comme l'illustre la figure 1)⁹⁰.

La santé mentale positive peut être un résultat en soi⁹⁰. Par exemple, des résultats supérieurs au chapitre de la santé mentale positive (évalués au moyen de variables telles que la satisfaction à l'égard de la vie, une bonne humeur et le bien-être subjectif et psychologique) sont associés à la capacité de soutenir autrui¹¹¹ et de faire confiance aux autres¹¹², aux voisins et à la police⁵⁴.

Par ailleurs, la santé mentale positive peut constituer un facteur associé à divers résultats liés à la santé. Ainsi, on a noté un lien entre les émotions et une diminution de la mortalité¹²⁹ et de la tension artérielle¹³⁰.

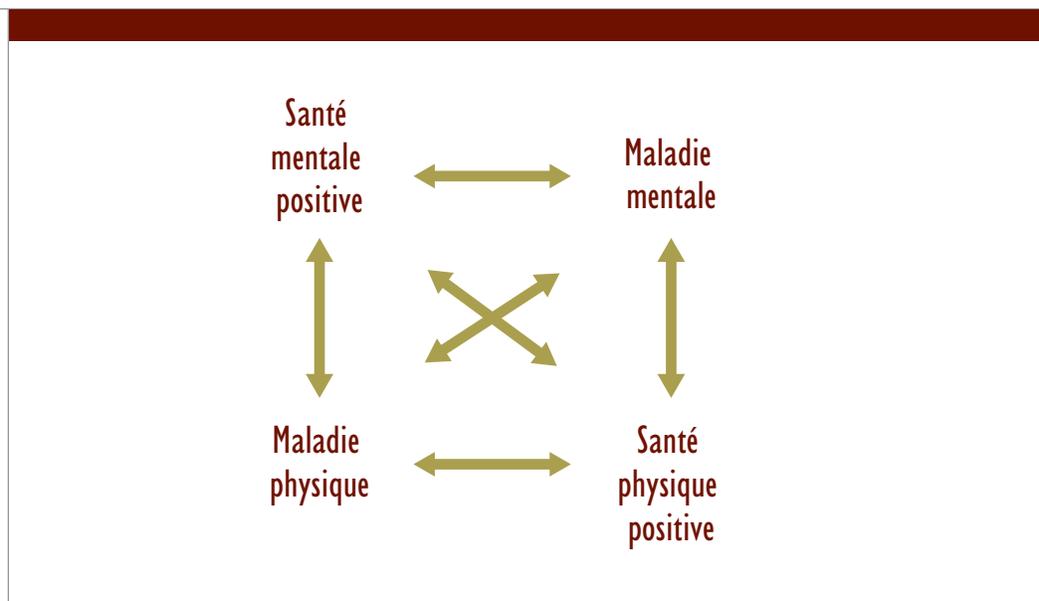
Plusieurs des dimensions de la santé mentale positive sont elles-mêmes interreliées. Des études démontrent que, si l'on utilise le soutien social comme mesure du bien-être social, le fait de bénéficier d'un plus important soutien social peut atténuer les effets néfastes du stress¹⁰⁸ ou d'un traumatisme¹⁰⁹, augmenter la satisfaction à l'égard de la vie⁵⁵ et réduire le déclin cognitif vécu en fin de vie¹¹⁰.

En se basant sur les composantes de la santé mentale positive énumérées dans la définition de l'ASPC, le reste de la présente section porte sur les aspects complexes et multidirectionnels de la santé mentale positive au sein de la santé globale, y compris les caractéristiques associées à des résultats élevés en matière de santé mentale positive.

Aptitude à jouir de la vie

L'aptitude à jouir de la vie a été associée à un certain nombre de questions ayant trait à des variables sociétales, à des perspectives culturelles et au sentiment d'être en interaction.

Figure 1
Liens entre la santé mentale positive, la maladie mentale, la santé physique positive et la maladie physique



Source

Figure extraite de B. Raphael et collab., « Links Between Mental and Physical Health and Illness », dans H. Herrman, S. Saxena et R. Moodie (dir.), *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*, Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé, 2005, p. 132-147⁹⁰.

Au chapitre des variables sociétales, des recherches internationales révèlent une relation entre un bien-être supérieur et une gouvernance de qualité, des institutions sociales et politiques efficaces et l'existence d'une faible corruption⁵² ainsi qu'entre la satisfaction à l'égard de la vie et l'engagement civique⁵⁴. Un examen des données d'enquête sur le bonheur provenant de 60 pays a en outre établi un lien entre la participation accrue des femmes en politique et un sentiment de bonheur plus fort au sein de la population étudiée¹¹⁴. Par contre, aucune conclusion n'a pu être tirée quant à la relation causale étant donné la difficulté de déterminer si le sentiment de bonheur était associé à la participation accrue des femmes, aux valeurs sociétales qui favorisent la participation des femmes en politique ou à d'autres facteurs sociétaux qui n'ont peut-être pas été analysés ou pris en considération, et étant donné la difficulté de définir le niveau de bonheur existant avant l'augmentation de la participation des femmes¹¹⁴. Une autre étude a démontré qu'une tolérance supérieure de la société aux différences entre les groupes était liée à une liberté de choix, elle-même associée au bien-être subjectif⁵¹.

Tout comme on l'observe dans les recherches susmentionnées, le respect des différences culturelles est aussi un élément fondamental de la perception de la santé et du mieux-être mental chez les Autochtones. Dans cette optique, la santé et le bien-être mental vont de pair avec les aspects relatifs aux états physique, mental, émotionnel et spirituel de la personne¹¹⁵. Il s'agit par exemple de favoriser un sentiment de bien-être et d'équilibre entre les dimensions interreliées de la nature humaine : intellectuelle, physique, spirituelle et affective; la santé dans son ensemble au moyen d'activités de leadership et de gouvernance; la prise en charge de soi; la compréhension du lien entre le passé, le présent et l'avenir; les interactions culturelles³⁷.

L'aptitude à jouir de la vie, qu'elle soit mesurée en termes de satisfaction de sa vie, de bonheur ou de bien-être psychologique, a également été associée à l'appartenance sociale, notamment dans la famille, à l'école, au travail et dans la collectivité.

- Divers facteurs familiaux sont liés à la santé mentale positive. Par exemple, les expériences vécues dans la petite enfance peuvent avoir des effets durables sur la santé mentale³⁶. Chez les adolescents, une forte cohésion familiale⁹¹, une stabilité familiale accrue⁶³, un attachement parental fort⁶⁴ et des pratiques parentales autoritaires (comme la supervision, le soutien et la reconnaissance de l'autonomie psychologique)⁶² ont été associés à un bien-être subjectif, à un sentiment de satisfaction à l'égard de la vie et à un bien-être psychologique accru, de même qu'au recours à des capacités d'adaptation plus actives. Finalement, comme il a été mentionné précédemment, le mariage va de pair avec le bonheur, le bien-être psychologique et la satisfaction à l'égard de la vie^{52, 54, 61}. Ce dernier indicateur est également relié au fait de vivre une union conjugale moyennement harmonieuse ou très harmonieuse⁶¹. De la même façon, chez les Autochtones, la santé et le bien-être mental supposent un sentiment de soutien mutuel de même que le respect des différences et des besoins en développement des proches et de la famille³⁷.
- En milieu scolaire, le sentiment d'appartenance à l'école et l'établissement de bonnes relations avec les pairs sont associés à des résultats favorables pour la santé, tels qu'une forte estime de soi⁹².
- La santé mentale positive en milieu de travail n'est pas directement évaluée; la plupart du temps, la mesure porte sur la satisfaction au travail. Les facteurs les plus invariablement associés à une satisfaction au travail supérieure sont la qualité des relations de travail⁹³ et la confiance en la direction¹¹⁶. Au nombre des autres facteurs figurent l'équilibre entre l'autonomie et les exigences du travail ou le degré de latitude décisionnelle¹¹⁷; les ressources adéquates pour exécuter les tâches; un environnement de travail sain, sécuritaire et axé sur le soutien⁹³; des pratiques favorables à la famille, par exemple des horaires souples¹¹⁸ et un travail intéressant, varié¹¹⁶ et mettant à profit ses compétences⁹³.

- Au sein de la collectivité, la recherche démontre un lien entre le sentiment d'appartenance à la collectivité et la santé mentale.
 - En effet, les personnes qui ressentent un très fort sentiment d'appartenance à la collectivité sont plus de deux fois plus susceptibles de se déclarer en très bonne ou en excellente santé mentale⁹⁴.
 - Le bénévolat a quant à lui été associé à une forte estime de soi chez les jeunes⁹², à un sentiment de bonheur, de maîtrise et de satisfaction à l'égard de la vie accru ainsi qu'à une meilleure estime de soi⁶⁵.

Adaptation aux événements de la vie

La recherche indique une relation entre les stratégies d'adaptation et les résultats favorables sur la santé mentale positive, notamment l'accroissement du bien-être émotionnel et psychologique^{67, 119-123}, le renforcement du sentiment d'être maître de sa vie et utile¹²⁴ et l'augmentation du sentiment de satisfaction à l'égard de sa vie¹²⁵.

Les stratégies d'adaptation susceptibles de générer des résultats favorables sur la santé mentale positive supposent fréquemment la capacité de tirer parti des événements de la vie. Par exemple :

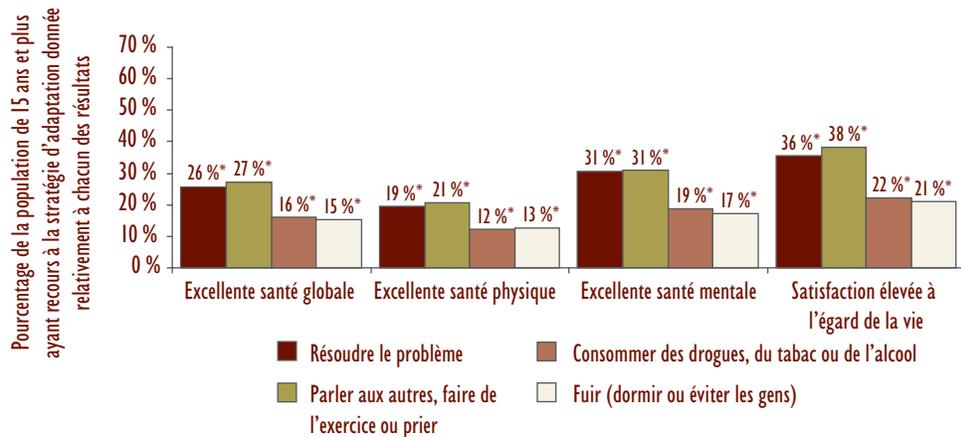
- reconsidérer une situation stressante sous un angle positif¹²⁶;
- concentrer ses efforts à la prise en charge des problèmes causant la détresse^{67, 126} ou renoncer à des objectifs irréalistes pour s'en fixer de nouveaux^{120, 124},

- faire preuve de capacité d'adaptation grâce aux croyances spirituelles¹²¹;
- adopter une attitude neutre, bienveillante, et compatissante à l'égard des problèmes et des faiblesses d'une personne¹²².

Concordant avec ces conclusions, les nouvelles analyses des données de l'ESCC de 2002 (cycle 1.2) réalisées par l'ISPC nous apprennent que les personnes qui affirment avoir souvent recours à des stratégies d'adaptation qui consistent à faire face aux situations, telles que la résolution de problème, se disent en meilleure santé globale, physique et mentale et sont davantage satisfaites de leur vie que celles qui tendent à recourir à des stratégies d'évitement ou à l'alcool, aux drogues et au tabac (voir la figure 2). D'autres analyses de l'ISPC (absentes du présent rapport) révèlent que les personnes qui s'adaptent à une situation en recourant à la résolution de problèmes, en parlant à quelqu'un, en priant ou en faisant de l'exercice sont plus susceptibles de se considérer en très bonne santé globale, physique et mentale et d'être grandement satisfaites de leur vie que celles qui disent ne jamais recourir à ces stratégies ou y recourir rarement. En revanche, les personnes qui tablent plutôt sur des stratégies d'évitement (drogues, tabac, alcool ou évitement) présentent des résultats plus faibles que celles qui s'adaptent rarement ou jamais à une situation de cette façon.

Figure 2

Pourcentage de répondants rapportant des résultats favorables pour la santé selon le type de stratégie d'adaptation, population de 15 ans et plus, 2002



Remarques

* Différence significative par rapport aux répondants ne recourant jamais à la stratégie d'adaptation donnée ou y recourant rarement ($p < 0,05$). Parler aux autres, faire de l'exercice et prier sont regroupés dans la catégorie des stratégies d'adaptation actives.

Source

Analyse par l'ISPC de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Statistique Canada, 2002.

Bien-être émotionnel

Vivre des émotions positives et jouir d'une capacité accrue de maîtriser et d'exprimer ses émotions ainsi que d'y faire appel ont été reliés à des résultats favorables sur le plan de la santé mentale, des relations sociales et de la santé physique. Ils ont également été associés à une santé mentale positive autant à l'échelle individuelle qu'à l'échelle collective.

Selon les résultats de recherches, les personnes qui vivent des émotions positives tendent en effet à penser et à agir dans une perspective plus large, attitude susceptible d'entraîner une croissance accrue des ressources physiques, intellectuelles et sociales¹²⁷. Les chercheurs se sont intéressés aux effets des émotions ou de l'affect (soit tout état affectif⁶⁰) sur la santé. Grâce à l'utilisation de différents critères et à l'étude de différentes populations, les effets suivants ont notamment pu être reliés aux émotions ou à l'affect : meilleure capacité d'adaptation¹²⁸, taux de mortalité inférieur¹²⁹, tension artérielle plus basse¹³⁰, risque de diagnostic d'hypertension réduit¹³¹ et future autoévaluation de l'état de santé plus favorable¹³².

La recherche montre également une association entre la capacité d'une personne à maîtriser et à réévaluer ses émotions et divers résultats ayant trait à la santé mentale (p. ex., émotions positives plus nombreuses, émotions négatives moins nombreuses, sentiment d'interaction plus fort et satisfaction supérieure à l'égard de la vie⁸⁴) et à la santé physique (p. ex., douleur de moins grande intensité chez les pensionnaires d'établissements pour personnes âgées¹³³). Une analyse poussée a en outre permis de conclure que les caractéristiques suivantes étaient reliées à une intelligence émotionnelle supérieure : meilleures relations sociales chez les enfants et les adultes; être perçu de façon plus positive par les autres; meilleures relations familiales et intimes; rendement scolaire plus élevé; réussite plus grande au travail et bien-être psychologique plus fort¹³⁴.

Valeurs spirituelles

Chez les adultes, la spiritualité a été reliée à la sagesse, au bien-être découlant de la croissance personnelle et à la participation à des tâches créatives, axées sur la construction du savoir¹³⁵. Chez les jeunes, la spiritualité était perçue comme contribuant à la santé mentale en jouant les rôles suivants : servir de source où puiser force et inspiration et de façon de composer avec les circonstances de la vie, aider à évoluer grâce à l'adversité et aux défis qui se présentent, contribuer à trouver un sens à sa vie et favoriser la croissance personnelle et le bien-être¹³⁶.

Les études réalisées auprès de différentes populations établissent un lien entre les croyances et les pratiques religieuses et les résultats favorables sur la santé mentale favorable, notamment au chapitre de la santé mentale globale¹³⁷, de la satisfaction à l'égard de la vie^{52, 138}, du sentiment de bonheur^{53, 138}, d'espoir et d'optimisme, du sens donné à sa vie¹³⁸, de la participation à des activités d'intérêt collectif¹³⁵ et du soutien social^{138, 139}.

On observe un lien semblable en ce qui a trait aux résultats pour la santé. De fait, les croyances et les pratiques religieuses ont été associées à des taux de mortalité inférieurs¹⁴⁰, à une meilleure hygiène de vie¹³⁹ et, dans certains cas, à des symptômes de maladie mentale et de troubles mentaux moins nombreux^{138, 139}, et à des taux de délinquance et de criminalité inférieurs¹³⁸.

Analyses de l'ISPC des liens entre santé mentale positive et santé

Les observations tirées des nouvelles analyses réalisées par l'ISPC aux fins du présent rapport abondent dans le même sens que la recherche antérieure en ce qui a trait aux liens entre la santé mentale positive et la santé. À l'aide de questions provenant de l'ESCC de Statistique Canada sur la santé mentale et le bien-être (cycle 1.2, 2002), l'ISPC a défini cinq variables de la santé mentale positive fondées sur les composantes de la santé mentale positive énoncées dans la définition de l'ASPC ayant servi de cadre de référence au présent rapport³. Le tableau 3 présente les questions et les définitions s'y rapportant^{iv}.

De façon générale, les analyses nous apprennent que les personnes qui présentent des résultats supérieurs au chapitre de la santé mentale positive sont moins susceptibles de rapporter des résultats défavorables pour la santé (tels que mesurés par la maladie mentale et la diminution des activités dans les deux semaines précédentes) et plus susceptibles de rapporter des résultats favorables pour la santé (tels que mesurés par l'autoévaluation de la santé physique et de la santé mentale comme étant excellentes) que les personnes qui présentent des résultats modérés ou faibles en matière de santé mentale positive (voir le tableau 4)^v.

- iv. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de l'ESCC, du processus de sélection des questions et de l'établissement et de l'analyse des catégories de questions, consultez la documentation complémentaire portant sur la méthodologie, accessible sur le site Web de l'ISPC. Notez que ces critères ne se veulent pas des recommandations; ils servent plutôt à l'exploration des différentes composantes possibles de la santé mentale positive et des éléments qui y sont liés.
- v. Les analyses étaient centrées sur les réponses « excellent » et « presque toujours », par opposition à « moyen » ou « bon ».

Tableau 3
Variables de la santé mentale positive, population de 15 ans et plus, 2002

<p>Aptitude à jouir de la vie : Au cours du mois précédent, à quelle fréquence avez-vous joui de la vie, eu un bon moral, trouvé la vie intéressante et souri facilement?</p>	<p>Élevé (30 %) : personnes ayant répondu « presque toujours » aux quatre questions. Modéré (36 %) : personnes ayant répondu au moins « fréquemment » aux quatre questions. Faible (33 %) : toutes les autres réponses.</p>
<p>Capacité d'adaptation : Capacité de composer avec les exigences du quotidien et avec les problèmes inattendus (excellente, très bonne, bonne, moyenne, faible).</p>	<p>Élevé (24 %) : personnes ayant répondu au moins « très bonne » aux deux éléments et « excellente » à au moins un des deux. Modéré (64 %) : personnes ayant répondu au moins « bonne » aux deux éléments. Faible (12 %) : toute autre combinaison.</p>
<p>Bien-être émotionnel : Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti équilibré sur le plan émotif, en paix avec vous-même, fier et sûr de vous?</p>	<p>Élevé (24 %) : personnes ayant répondu « presque toujours » aux quatre questions. Modéré (37 %) : personnes ayant répondu au moins « fréquemment » aux quatre questions. Faible (39 %) : toutes les autres réponses.</p>
<p>Valeurs spirituelles : Les valeurs spirituelles jouent-elles un rôle important dans votre vie (oui ou non)? Vous aident-elles à trouver un sens à votre vie (beaucoup, modérément, un peu, pas du tout)?</p>	<p>Élevé (33 %) : personnes ayant répondu « oui » et « beaucoup » aux deux questions. Modéré (29 %) : personnes ayant répondu « oui » ou au moins « un peu » aux deux questions. Faible (37 %) : personnes ayant répondu « non » et « pas du tout » aux questions.</p>
<p>Appartenance sociale : Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous considéré bien vous entendre avec les autres et avoir été à l'écoute de vos amis?</p>	<p>Élevé (45 %) : personnes ayant répondu « presque toujours » aux deux questions. Modéré (39 %) : personnes ayant répondu au moins « fréquemment » aux deux questions. Faible (16 %) : toute autre combinaison.</p>
<p>Remarque On considère qu'une personne présente des résultats élevés en matière de santé mentale positive si elle répond invariablement « Élevé(e) » à au moins deux des questions associées à chaque critère.</p> <p>Source Analyse par l'ISPC de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Statistique Canada, 2002.</p>	

Tableau 4

Pourcentage de répondants ayant rapporté des résultats défavorables et favorables pour la santé selon le degré de santé mentale positive, population de 15 ans et plus, 2002

Critère de santé mentale positive	Résultats défavorables pour la santé		Résultats favorables pour la santé	
	Maladie mentale autodéclarée	Diminution de l'activité autodéclarée	Autoévaluation de la santé physique comme étant excellente	Autoévaluation de la santé mentale comme étant excellente
Aptitude à jouir de la vie				
Élevé	7 %*	10 %*	26 %*	44 %*
Modéré	12 %*	12 %*	18 %*	28 %*
Faible	28 %*	18 %*	10 %*	14 %*
Capacité d'adaptation				
Élevé	9 %*	11 %*	31 %*	50 %*
Modéré	15 %*	13 %*	15 %*	23 %*
Faible	36 %*	21 %*	8 %*	10 %*
Bien-être émotionnel				
Élevé	6 %*	9 %*	28 %*	47 %*
Modéré	10 %*	11 %*	19 %*	31 %*
Faible	28 %*	18 %*	10 %*	13 %*
Valeurs spirituelles				
Élevé	14 % [†]	13 %	18 %	31 % [†]
Modéré	16 %	13 %	17 %	25 %
Faible	17 %	13 %	18 %	27 %
Appartenance sociale				
Élevé	11 %*	12 %	21 %*	36 %*
Modéré	16 %*	13 %	16 %*	24 %*
Faible	29 %*	18 % [‡]	11 %*	14 %*

Remarques

* Comparaisons par paire significativement différentes ($p < 0,05$).

† Différence significative par rapport aux degrés « modéré » et « faible » ($p < 0,05$).

‡ Différence significative par rapport aux degrés « élevé » et « modéré » relatifs aux résultats sur la santé mentale positive ($p < 0,05$).

Source

Analyse par l'ISPC de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Statistique Canada, 2002.

Plus précisément, les personnes déclarant une aptitude à jouir de la vie, une capacité d'adaptation et un bien-être émotionnel élevés sont moins susceptibles d'affirmer être atteintes d'une maladie mentale diagnostiquée ou présenter des symptômes de maladie mentale et de rapporter une diminution de l'activité dans les deux semaines précédentes que celles rapportant des résultats modérés ou faibles. Elles sont également plus susceptibles de se considérer en excellente santé physique et mentale. On observe des relations similaires en comparant les personnes qui rapportent des résultats modérés lors de la mesure de la santé mentale positive à celles qui présentent des résultats faibles. Voici d'autres observations dignes d'intérêt tirées du tableau 4 :

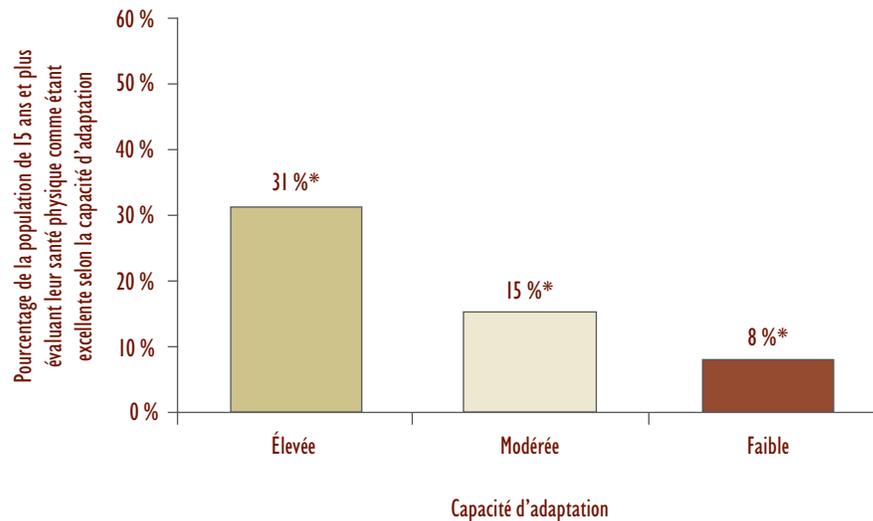
- Le taux de maladie mentale autodéclarée diminue à mesure qu'augmente le degré d'aptitude à jouir de la vie, de capacité d'adaptation et de bien-être émotionnel.
- La différence la plus importante au chapitre du taux de maladie mentale autodéclarée s'observe relativement à la capacité d'adaptation : 36 % des répondants qui présentent une faible

capacité d'adaptation disent être atteints d'une maladie mentale, contre 9 % chez les répondants dont la capacité d'adaptation est élevée.

- Le taux d'activité réduite des répondants dont la capacité d'adaptation (21 %) et le bien-être émotionnel (18 %) sont faibles est presque deux fois plus élevé que celui des répondants dont la capacité d'adaptation (11 %) et le bien-être émotionnel (9 %) sont élevés.
- Chez les répondants qui présentent une capacité d'adaptation élevée, 31 % se disent en excellente santé physique, alors que ce taux est de 15 % chez les répondants dont la capacité d'adaptation est modérée et de 8 % chez ceux dont la capacité est faible (voir la figure 3).
- Des analyses plus poussées (absentes du présent rapport) démontrent en outre que la capacité d'adaptation est l'indicateur le plus étroitement lié à d'excellents résultats en matière d'autoévaluation de la santé physique et de la santé mentale, lorsqu'elle est évaluée en combinaison avec les quatre autres critères de santé mentale positive.

Figure 3

Pourcentage de répondants évaluant leur santé physique comme étant excellente selon la capacité d'adaptation, population de 15 ans et plus, 2002

**Remarque**

* Comparaisons par paire significativement différentes ($p < 0,05$).

Source

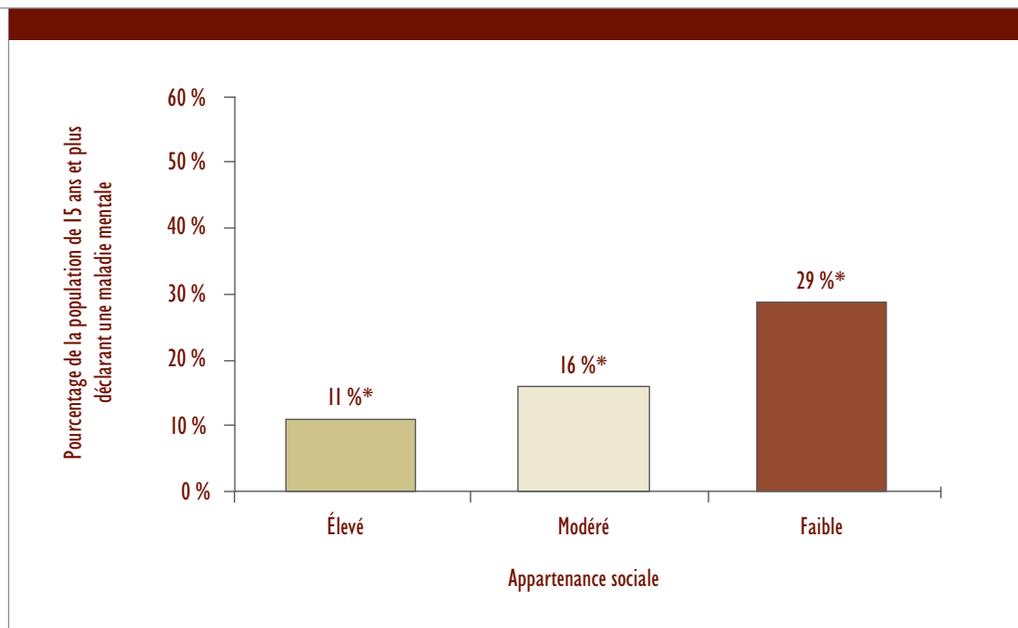
Analyse par l'ISPC de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Statistique Canada, 2002.

Les analyses nous apprennent aussi que les personnes qui jouissent d'un sentiment d'appartenance sociale élevé sont moins susceptibles d'affirmer être atteintes d'une maladie mentale et plus susceptibles d'évaluer leur santé et leur santé mentale comme étant excellentes que les personnes dont le sentiment d'appartenance sociale est modéré ou faible. De plus, les personnes associées à une faible appartenance sociale présentent un taux significativement plus élevé de diminution de l'activité que les personnes associées à une appartenance sociale modérée

ou élevée. Bien que la maladie mentale autodéclarée soit plus fréquente dans la catégorie de l'appartenance sociale faible (29 %), ces analyses ne supposent pas que les personnes atteintes d'une maladie mentale ne peuvent présenter ou ne présentent pas une santé mentale positive. Au contraire, comme le démontrent les analyses, un peu plus d'un répondant sur dix (soit 11 %) jouissant d'un sentiment d'appartenance sociale élevé affirme être atteint d'une maladie mentale (voir la figure 4).

Figure 4

Pourcentage de répondants autodéclarant une maladie mentale selon l'appartenance sociale, population de 15 ans et plus, 2002



Remarque

* Comparaisons par paire significativement différentes ($p < 0,05$).

Source

Analyse par l'ISPC de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Statistique Canada, 2002.

Les observations concernant les valeurs spirituelles sont toutefois moins systématiques. Comparativement aux personnes ayant des valeurs spirituelles faibles ou modérées, celles dont les valeurs spirituelles sont élevées sont moins susceptibles d'affirmer être atteintes d'une maladie mentale et plus susceptibles d'évaluer leur santé mentale comme étant excellente.

Les analyses portant sur les cinq critères de santé mentale positive utilisés comme cadre de référence pour ce rapport révèlent qu'une plus grande proportion de personnes évaluent leur santé mentale comme étant excellente si elles présentent des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive. Cette observation ne suppose toutefois pas que les personnes dont les résultats en matière de santé mentale positive sont inférieurs n'évaluent jamais leur santé mentale comme étant excellente : la proportion est tout simplement plus faible. Par exemple, 14 % des répondants jouissant d'un faible sentiment d'appartenance sociale se considèrent en excellente santé mentale. Comme nous l'avons mentionné précédemment, il est difficile de déterminer ce que l'autoévaluation de la santé mentale comme étant excellente signifie sur le plan de la santé mentale positive; l'observation ci-dessus en est un exemple probant.

L'information présentée jusqu'ici nous a permis de comprendre la définition de la santé mentale positive, comment elle est actuellement mesurée, les limites de ces modes de mesure et le rôle qu'elle peut jouer dans la santé.

Ces renseignements peuvent certes s'avérer utiles dans la planification des programmes, tout comme la connaissance des caractéristiques associées aux personnes présentant des résultats élevés au chapitre des différentes dimensions de la santé mentale positive. Les conclusions des analyses de l'ISPC au sujet de ces caractéristiques font l'objet de la section suivante.

Les caractéristiques associées à des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive

La recherche révèle qu'une série de processus sociaux, écologiques, économiques et politiques peuvent avoir une incidence sur la santé mentale d'une population⁹⁵. Dans le même ordre d'idées, les analyses de l'ISPC exposent des écarts en ce qui a trait aux caractéristiques sociales et démographiques des gens qui présentent des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive. Elles sont entre autres étayées par les caractéristiques sur leur lieu de résidence, leur âge, leur sexe, leur formation, leur revenu, leur état matrimonial, leurs conditions de logement, leur culture, leur sentiment d'appartenance à la collectivité et leur participation aux offices religieux.

Emplacement géographique

La figure 5 illustre la proportion des répondants présentant des résultats élevés en regard de l'aptitude à jouir de la vie, du bien-être émotionnel et de l'appartenance sociale, dans l'ensemble du Canada. Parmi les observations intéressantes, mentionnons :

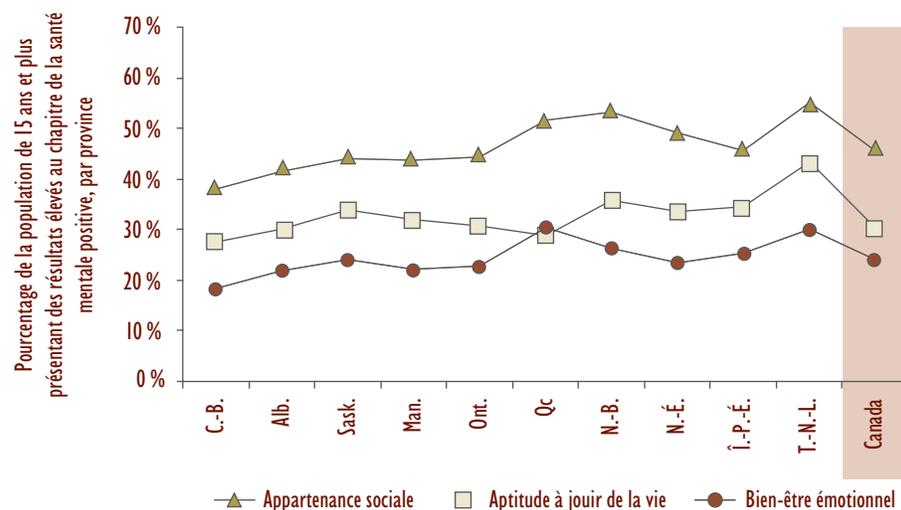
- Les taux de la Colombie-Britannique sont significativement inférieurs à ceux du Canada pour les trois critères susmentionnés.
- Les taux de Terre-Neuve-et-Labrador sont significativement plus élevés que ceux du Canada pour les trois critères.
- Dans l'ensemble, le niveau d'adaptation et de valeurs spirituelles est constant à l'échelle du pays.

Vous trouverez dans l'annexe B les taux relatifs à chaque résultat au chapitre de la santé mentale positive et leur signification, selon la province.

Les analyses se sont également penchées sur les probabilités d'obtenir des résultats élevés dans les cinq composantes de la santé mentale au sein d'une province. Au chapitre de la jouissance de la vie et de l'appartenance sociale, c'est à Terre-Neuve-et-Labrador que les probabilités étaient les plus élevées. Cette province présentait toutefois des probabilités inférieures aux autres provinces sur le plan des valeurs spirituelles. Exception faite du Québec, où les probabilités étaient plus élevées, toutes les provinces affichaient des résultats moins élevés en ce qui a trait à la capacité d'adaptation et au bien-être émotionnel (voir l'annexe C pour connaître les valeurs et leur signification). Les analyses ont aussi tenu compte de facteurs tels que l'âge, le revenu adéquat, la formation, l'état matrimonial, le sentiment d'appartenance à la collectivité, la disponibilité des ressources de soutien, la participation aux offices religieux, la santé physique, le stress et la présence d'une maladie mentale. Fait à noter, ces analyses n'ont pas évalué les interactions possibles pouvant avoir une incidence sur certains écarts, ni les facteurs propres à certaines régions, tels que le taux d'emploi.

Figure 5

Pourcentage de répondants déclarant un degré élevé d'aptitude à jouir de la vie, de bien-être émotionnel et d'appartenance sociale selon la province, population de 15 ans et plus, 2002



Source

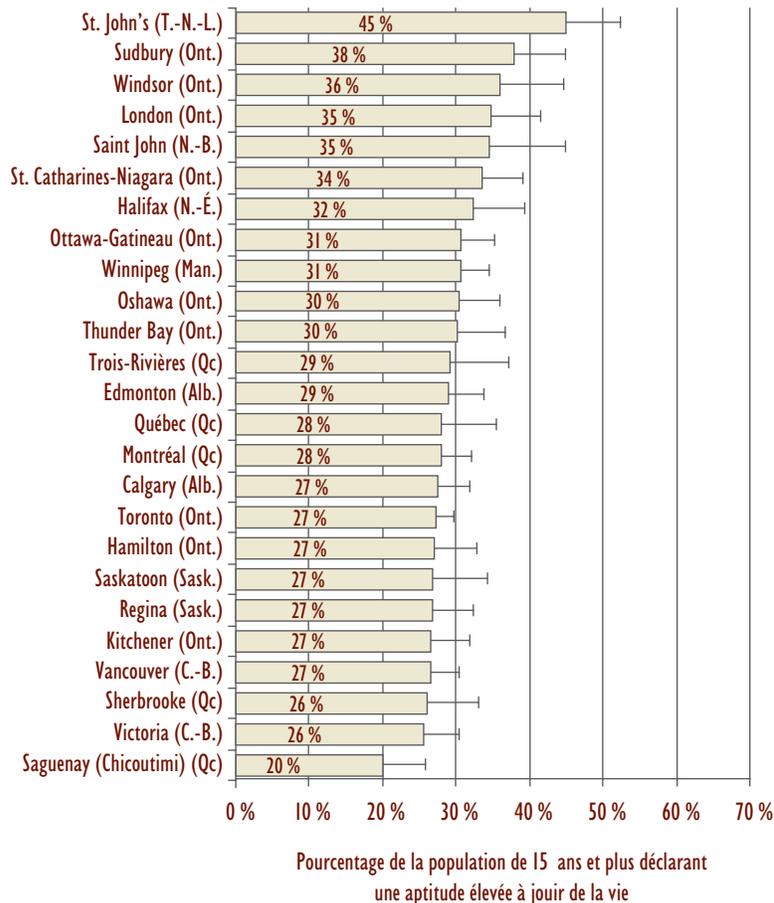
Analyse par l'ISPC de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Statistique Canada, 2002.

Les écarts entre les plus grandes villes canadiennes peuvent être aussi importants, voire plus importants, que ceux entre les provinces. Les variations à l'échelle provinciale cachent peut-être des écarts relatifs à des régions géographiques plus restreintes¹⁴¹. Ainsi, les analyses se sont également penchées sur les différences au chapitre de la santé mentale positive à l'échelle des régions métropolitaines de recensement (RMR).

La figure 6 indique que, dans les RMR disponibles, les taux les plus élevés de jouissance de la vie vont de 45 %

(St. John's, Terre-Neuve-et-Labrador) à 20 % (Chicoutimi [Saguenay], Québec). St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) obtient également le résultat le plus élevé pour la capacité d'adaptation (32 %). Sur le plan des taux élevés de bien-être émotionnel et d'appartenance sociale, Trois-Rivières (Québec) et Windsor (Ontario) se classent en tête de liste avec des taux respectifs de 35 % et 59 %, tout comme St. Catharines-Niagara (Ontario) pour les valeurs spirituelles avec un taux de 39 % (voir l'annexe B pour obtenir de plus amples renseignements).

Figure 6
Pourcentage de répondants déclarant une aptitude élevée à jouir de la vie selon la région métropolitaine de recensement au Canada, population de 15 ans et plus, 2002



Remarques

Les barres représentent des intervalles de confiance de 99 %.
 Les cycles .2 de l'ESCC n'incluent pas les résidents des territoires.
 Au cours de la période de collecte de données 1.2 de l'ESCC, seulement 25 RMR ont été prises en considération.

Source

Analyse par l'ISPC de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Statistique Canada, 2002.

Âge

Un rapport s'appuyant sur les données 1994-1995 de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) s'est intéressé à un certain nombre d'indicateurs de santé mentale tels que l'estime de soi, le bonheur et le sentiment de cohésion en les mettant en relation avec des facteurs démographiques, sociaux et relatifs à la santé physique. Comparés aux répondants du groupe d'âge des 12 à 19 ans, les résultats des groupes d'âge plus vieux sont dans l'ensemble plus élevés pour le bonheur, l'estime de soi et le sentiment de cohésion¹⁰¹.

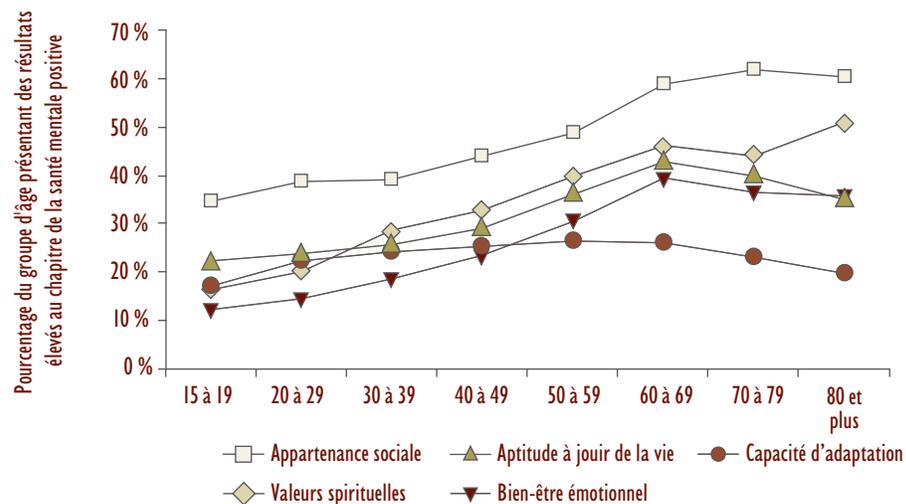
Les analyses de l'ISPC montrent une augmentation dans quatre des cinq composantes de la santé mentale positive parmi les répondants du groupe d'âge des 15 à 69 ans (voir la figure 7). Du côté des

répondants des groupes des 70 à 79 ans et des 80 ans et plus, les analyses révèlent des augmentations ou des baisses pour les cinq composantes. Par exemple :

- l'aptitude à jouir de la vie et le bien-être émotionnel sont en baisse pour les deux groupes d'âge les plus élevés;
- la capacité d'adaptation atteint un sommet chez les groupes d'âge des 50 à 59 ans et des 60 à 69 ans, puis diminue chez les personnes plus âgées;
- les valeurs spirituelles diminuent au sein du groupe d'âge des 70 à 79 ans, puis augmente de nouveau parmi les répondants âgés de 80 ans et plus;
- l'appartenance sociale augmente dans le groupe d'âge des 70 à 79 ans, puis diminue.

Figure 7

Pourcentage de répondants présentant des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive selon le groupe d'âge, population de 15 ans et plus, 2002



Remarque

L'ESCC exclut les données sur les personnes vivant en milieu institutionnel. Par conséquent, les personnes âgées qui vivent dans ces établissements et qui ne présentent pas nécessairement le même niveau de santé physique ou mentale que celles de leur groupe d'âge pourraient être sous-représentées.

Source

Analyse par l'ISPC de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Statistique Canada, 2002.

Sexe

Les analyses de l'ISPC montrent que les différences entre les hommes et les femmes varient dans les cinq composantes de la santé mentale positive. Ainsi, les hommes ont déclaré un niveau d'adaptation et d'appartenance sociale significativement plus élevé et un degré de valeurs spirituelles et d'appartenance sociale plus faible que les femmes (voir l'annexe B). Il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes sur le plan de l'aptitude à jouir de la vie. Ces comparaisons tiennent encore même après avoir pris en compte des facteurs tels que l'âge, la province, le revenu adéquat, la formation, l'état matrimonial, le sentiment d'appartenance à la collectivité, la disponibilité du soutien affectif, la participation aux offices religieux, l'autoévaluation de la santé physique, le stress et la présence d'une maladie mentale (voir l'annexe C).

Ces résultats concordent avec ceux d'une étude canadienne basée sur les données 1994-1995 de l'ENSP, dans laquelle les analyses n'ont montré aucune différence significative entre les hommes et les femmes au chapitre du bonheur, de l'estime de soi et du sentiment de cohésion¹⁰¹. Par opposition, une étude internationale a révélé que les femmes se disent plus satisfaites et heureuses que les hommes⁵³. Une autre étude internationale, qui englobait le Canada, a indiqué que les hommes éprouvent une moins grande satisfaction à l'égard de la vie que les femmes⁵⁴.

Statut socioéconomique

Pour mieux comprendre le lien entre le statut socioéconomique et la santé mentale positive, les analyses de l'ISPC ont examiné les résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive par rapport à la situation d'emploi, au niveau de scolarité du ménage et au revenu adéquat.

Situation d'emploi

Les analyses ont comparé un certain nombre de conditions d'emploi : les salariés et les travailleurs autonomes, le travail à temps plein et à temps partiel ainsi que la grande sécurité d'emploi et une sécurité d'emploi précaire.

- Par rapport aux répondants se disant travailleurs autonomes, les répondants salariés sont significativement moins susceptibles de déclarer un degré élevé d'aptitude à jouir de la vie (28 % contre 34 %), de capacité d'adaptation (23 % contre 32 %), de bien-être émotionnel (21 % contre 28 %) et de valeurs spirituelles (28 % contre 34 %). Il n'existe pas de différence significative sur le plan des résultats pour la catégorie de l'appartenance sociale.
- Les répondants bénéficiant d'une grande sécurité d'emploi déclarent un degré significativement plus élevé d'aptitude à jouir de la vie (32 % contre 22 %), de capacité d'adaptation (26 % contre 21 %), de bien-être émotionnel (24 % contre 17 %) et d'appartenance sociale (44 % contre 36 %). Il n'existe pas de différence significative sur le plan des résultats en ce qui a trait aux valeurs spirituelles.
- Par rapport aux travailleurs à temps partiel, les répondants travaillant à temps plein déclarent un degré significativement plus élevé de capacité d'adaptation (25 % contre 21 %) et de bien-être émotionnel (23 % contre 17 %), tandis qu'ils font état d'un degré moins élevé de valeurs spirituelles (28 % contre 31 %). Il n'existe pas de différence significative sur le plan de l'aptitude à jouir de la vie et de l'appartenance sociale.

Formation

Bien que les analyses aient montré que les degrés élevés de capacité d'adaptation sont associés aux études supérieures, les répondants ayant fait des études postsecondaires ou supérieures déclarent un degré plus bas d'aptitude à jouir de la vie, de bien-être émotionnel, de valeurs spirituelles et d'appartenance sociale que les répondants n'ayant pas terminé leurs études secondaires (voir l'annexe B). Après avoir tenu compte des facteurs tels que l'âge, le sexe et l'autoévaluation de l'état de santé, le degré d'aptitude à jouir de la vie et d'appartenance sociale est moins élevé parmi les répondants n'ayant obtenu qu'un diplôme d'études postsecondaires, alors que leur niveau d'adaptation et leurs valeurs spirituelles sont plus élevés (voir l'annexe C).

Une autre étude dépeint un tableau similaire, quoique légèrement confus, de la relation entre la formation et la santé mentale positive. Dans le cadre d'une analyse du bonheur et de la satisfaction à l'égard de la vie menée dans 34 pays (excluant le Canada), il a été déterminé que la formation ne constitue pas un facteur important comparativement à d'autres déterminants⁵³. Les résultats d'une étude canadienne basée sur les données 1994-1995 de l'ENSP révèlent que le sentiment de cohésion ne varie pas de façon importante en fonction des niveaux de scolarité; par contre, le degré d'estime de soi et de bonheur est relativement plus élevé à chaque niveau d'éducation, comparativement aux niveaux de scolarité les plus faibles¹⁰¹.

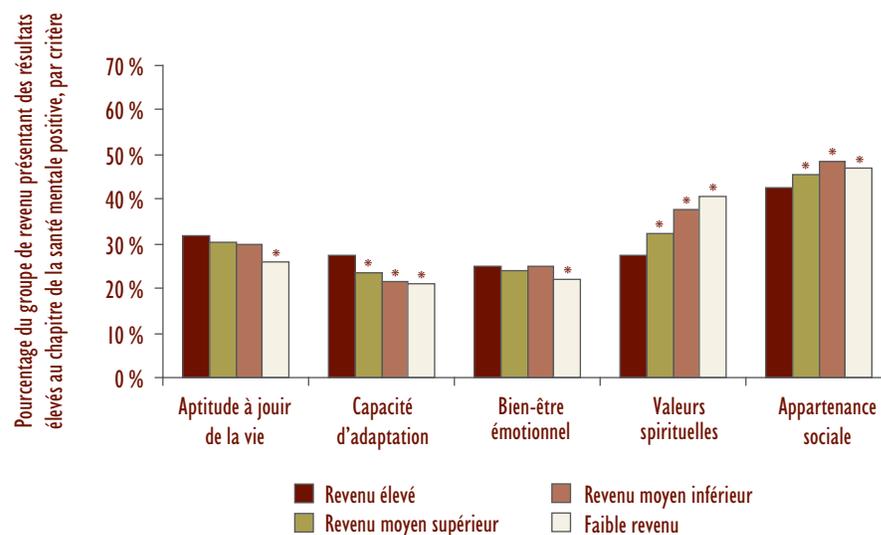
Revenu familial adéquat

Un rapport publié par l'ISPC en 2004 citait une recherche montrant que les personnes vivant dans des groupes à revenus élevés présentent de meilleurs résultats en matière de santé (p. ex., une espérance de vie plus

élevée et des taux plus bas de maladies du cœur)¹⁴². Les résultats ne sont toutefois pas aussi évidents lorsqu'on se penche sur la relation entre le revenu familial adéquat et la santé mentale positive. Des analyses effectuées par l'ISPC dans le cadre de ce rapport indiquent que, comparées aux personnes appartenant au groupe ayant le niveau de revenu adéquat le plus élevé, les personnes appartenant à tous les autres groupes sont moins susceptibles de faire état d'une grande capacité d'adaptation, et plus susceptibles de signaler un haut niveau de valeurs spirituelles et d'appartenance sociale. Les personnes appartenant au groupe au niveau de revenu adéquat le plus bas sont moins susceptibles de déclarer une aptitude élevée à jouir de la vie et un degré élevé de bien-être émotionnel que ceux qui bénéficient d'un niveau de revenu adéquat élevé (voir la figure 8).

Figure 8

Pourcentage de répondants présentant des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive, selon la catégorie de revenu familial adéquat, population de 15 ans et plus, 2002



Remarques

* Différence significative par rapport au groupe de revenu élevé ($p < 0,05$).

Tel que précisé dans le *Questionnaire(s) et guide(s) de déclaration* de l'ESCC cycle 1.2, Santé mentale et bien-être de Statistique Canada, un niveau de revenu adéquat élevé correspond à un ménage composé d'une ou deux personnes dont le revenu est supérieur à 60 000 \$, ou à un ménage composé de trois personnes ou plus dont le revenu est supérieur à 80 000 \$.

Source

Analyse par l'ISPC de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (cycle 1.2), Statistique Canada, 2002.

État matrimonial et conditions de logement

Les recherches sur l'état matrimonial indiquent que les personnes non mariées, divorcées ou séparées et veuves déclarent éprouver une moins grande satisfaction de leur vie que les personnes mariées⁶¹. De la même façon, les analyses de l'ISPC montrent que les répondants vivant en union de fait, les veufs, les personnes divorcées ou séparées et les célibataires font tous état d'une aptitude à jouir de la vie moins élevée que les répondants mariés (voir l'annexe B). D'autres résultats révèlent que, en comparaison aux répondants mariés :

- les répondants célibataires déclarent une capacité d'adaptation significativement moins élevée;
- les répondants célibataires ou vivant en union de fait sont significativement moins susceptibles de faire état d'un degré élevé de bien-être émotionnel, de valeurs spirituelles et d'appartenance sociale;
- les répondants veufs, divorcés ou séparés sont plus susceptibles de déclarer un degré élevé de valeurs spirituelles et d'appartenance sociale.

Les conditions de logement sont également associées à la santé mentale positive (voir l'annexe B). Les personnes hors famille vivant avec d'autres personnes, les couples ayant des enfants et les familles monoparentales sont significativement moins susceptibles que les personnes hors famille de déclarer ressentir un bien-être émotionnel et un sentiment d'appartenance sociale élevés. Les couples sont significativement plus susceptibles de faire état d'un degré élevé d'aptitude à jouir de la vie, de bien-être émotionnel et d'appartenance sociale que les personnes hors famille, et moins susceptibles de déclarer des valeurs spirituelles élevées. Il n'existe pas de différences significatives parmi les différents groupes sur le plan de la capacité d'adaptation.

Culture et collectivité

Pour comprendre le lien entre les différentes caractéristiques culturelles et communautaires et leurs résultats sur la santé mentale positive, les analyses se sont penchées sur les résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive selon le statut d'immigration, l'origine culturelle et raciale, la participation aux offices religieux, le sentiment d'appartenance à la collectivité et le soutien affectif et social concret.

Statut d'immigration

Par rapport aux immigrants, les non-immigrants sont plus susceptibles de faire état d'une capacité d'adaptation élevée et moins susceptibles de présenter un degré élevé de valeurs spirituelles. Il n'existe pas de différence significative parmi les groupes d'immigrants et de non-immigrants sur le plan de l'aptitude à jouir de la vie, du bien-être émotionnel et de l'appartenance sociale (voir l'annexe B).

Origine culturelle et raciale

Les résultats de la santé mentale positive pour les cinq principaux groupes ethniques ont aussi été examinés. Les réponses sont basées sur une question demandant aux répondants de décrire leur origine culturelle et raciale. La plupart des répondants étaient de race blanche, Chinois, d'origine sud-asiatique (Indien d'Asie, Pakistanais, Sri Lankais), de race noire ou Autochtones (hors réserve : Indien de l'Amérique du Nord, Métis ou Inuit)¹⁰⁵. Aucun des groupes n'a obtenu les résultats les plus élevés de santé mentale positive. Il est à noter que souvent, selon les données, les résultats indiquent que les groupes présentant de faibles résultats quant à la santé mentale peuvent quand-même évaluer leur santé mentale comme étant positive, telle qu'elle est mesurée par quelques-uns des concepts du présent rapport. Les annexes B et C illustrent les pourcentages et les rapports de cotes.

Participation aux offices religieux

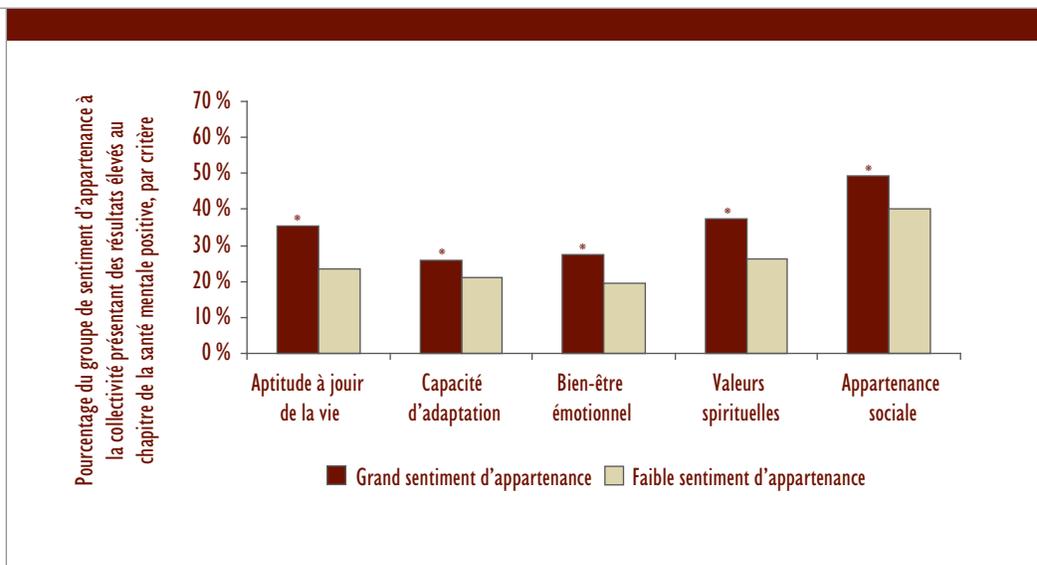
Les analyses montrent que les répondants qui déclarent participer à des offices religieux au moins une fois par mois sont plus susceptibles de faire état d'un degré plus élevé d'aptitude à jouir de la vie, de bien-être émotionnel, de valeurs spirituelles et d'appartenance sociale que ceux qui participent à des offices religieux moins d'une fois par mois.

Sentiment d'appartenance à la collectivité

En accord avec une recherche antérieure⁹⁴, la figure 9 montre que les répondants affichant un grand sentiment d'appartenance à la collectivité sont plus susceptibles de déclarer un degré élevé à l'égard des cinq composantes de la santé mentale positive que les répondants ressentant un faible sentiment d'appartenance à la collectivité. Ces comparaisons se maintiennent même après avoir pris en compte des facteurs tels que la santé physique, l'âge, la province et le degré de stress (voir l'annexe C).

Figure 9

Pourcentage de répondants présentant des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive selon le sentiment d'appartenance à la collectivité, population de 15 ans et plus, 2002



Remarque

* Différence significative par rapport au groupe de faible appartenance à la collectivité ($p < 0,05$).

Source

Analyse par l'ISPC de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Statistique Canada, 2002.

Soutien social disponible

Les analyses ont également examiné les effets des différents types de soutien social sur la santé mentale positive. On considère que les répondants bénéficient de soutien concret disponible s'ils déclarent pouvoir toujours ou la plupart du temps compter sur quelqu'un en cas de besoin s'ils sont alités, s'ils doivent se rendre chez le médecin ou s'ils ont besoin d'aide pour préparer les repas ou effectuer des tâches ménagères¹⁰⁵. Bénéficier d'un soutien affectif, c'est avoir quelqu'un à qui se confier, qui peut donner des conseils en cas de crise, qui fait preuve de compréhension et qui donne des conseils comblant parfaitement les attentes du répondant¹⁰⁵.

- Comparativement aux personnes qui affirment ne pas toujours avoir accès à un soutien concret, les personnes qui déclarent pouvoir presque toujours bénéficier de soutien concret sont significativement plus susceptibles de faire état d'un degré élevé d'aptitude à jouir de la vie, de capacité d'adaptation, de bien-être émotionnel et d'appartenance sociale.
- Par rapport aux personnes qui déclarent ne pas toujours avoir accès à du soutien affectif, les personnes qui affirment pouvoir presque toujours en bénéficier sont significativement plus susceptibles de déclarer un degré élevé à l'égard des cinq composantes de la santé mentale positive.

Autres aspects à prendre en compte dans la mesure de la santé mentale positive : le bien-être psychologique et la satisfaction à l'égard de la vie

Les analyses présentées dans cette section sont axées sur les cinq composantes de la santé mentale positive décrites dans la définition de l'ASPC. Cependant, tel qu'il a été mentionné précédemment, il existe plusieurs moyens de mesurer la santé mentale positive. Deux d'entre eux se servent d'une échelle du bien-être psychologique¹⁴³ de 25 éléments et d'une seule question portant sur la satisfaction à l'égard de la vie¹⁴⁴. En se penchant sur ces résultats particuliers, d'autres analyses de l'ISPC montrent une tendance similaire sur le plan de la formation et du revenu, ainsi que du soutien social et du sentiment d'appartenance à la collectivité (voir l'annexe C). Un revenu élevé n'est pas associé à un bien-être psychologique élevé, mais plutôt à une plus grande satisfaction à l'égard de la vie, et la formation n'est associée de manière significative à aucun des critères. Toutefois, la disponibilité du soutien affectif et un grand sentiment d'appartenance à la collectivité sont systématiquement associés au bien-être psychologique et à la satisfaction à l'égard de la vie. Combinées aux autres résultats, ces conclusions mettent en évidence le fait que des facteurs sociaux précis jouent un rôle plus important dans la santé mentale positive que certains facteurs socioéconomiques.

Caractéristiques associées à des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive : résumé

Voici un résumé des facteurs systématiquement associés à un degré élevé dans au moins deux des cinq composantes de la santé mentale positive^{vi}.

Emplacement géographique :

Les taux de répondants présentant des résultats élevés en matière de santé mentale positive varient par province et par RMR. Le degré d'aptitude à jouir de la vie, de bien-être émotionnel et d'appartenance sociale est significativement plus élevé à Terre-Neuve-et-Labrador que dans la plupart des provinces et dans l'ensemble du Canada.

Âge et sexe :

Les analyses montrent une augmentation dans quatre des cinq composantes de la santé mentale positive parmi les répondants âgés de 15 à 69 ans; les résultats varient par la suite. Il est plus fréquent de retrouver un degré élevé de bien-être émotionnel et de capacité d'adaptation parmi les hommes, alors que les femmes sont plus susceptibles d'éprouver un sentiment d'appartenance et d'avoir des valeurs spirituelles élevées.

Revenu et formation :

Le revenu et la formation ne sont pas étroitement ou systématiquement liés à des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive. Par exemple, les groupes possédant un diplôme d'études postsecondaires ou supérieures sont plus susceptibles de déclarer une capacité

d'adaptation élevée, mais sont moins susceptibles de faire état d'un degré élevé d'aptitude à jouir de la vie, de bien-être émotionnel, de valeurs spirituelles et d'appartenance sociale que les groupes possédant un niveau de scolarité moins élevé.

Race et culture :

Aucun groupe n'affiche les taux de résultats les plus élevés en matière de santé mentale positive pour les cinq composantes.

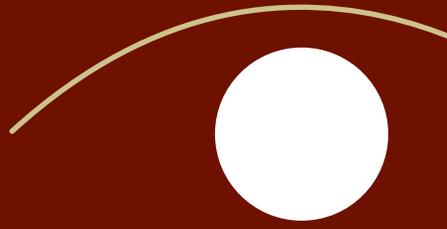
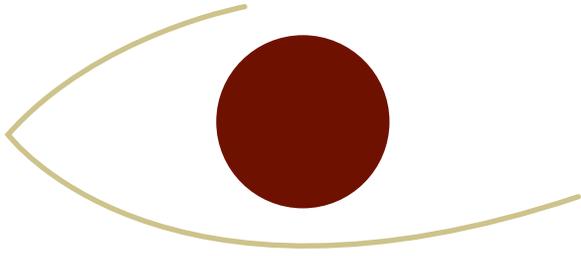
Soutien disponible et sentiment d'appartenance à la collectivité :

Le fait d'avoir presque toujours accès à du soutien affectif et de ressentir un grand sentiment d'appartenance à la collectivité est associé à des résultats élevés en matière de santé mentale positive à l'égard des cinq composantes.

vi. Les interrelations avec des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive ont été établies avant et après avoir tenu compte de facteurs tels que l'autoévaluation de la santé physique, le stress, la maladie mentale, la province, l'âge, le sexe, l'état matrimonial, l'origine culturelle et raciale, le revenu adéquat, la formation, le sentiment d'appartenance à la collectivité, le soutien disponible et la participation aux offices religieux.

En accord avec une recherche antérieure, les analyses réalisées dans le cadre du présent rapport mettent en évidence les écarts sur le plan des caractéristiques sociales et démographiques des répondants qui présentent des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive. Dans certains cas, les analyses soulignent les disparités en matière de santé mentale positive en fonction du sexe, du revenu adéquat, de l'origine culturelle et raciale, de la situation

d'emploi et de l'emplacement géographique. Une recherche antérieure montre que les disparités fondées sur ces facteurs peuvent elles-mêmes avoir une incidence sur la santé mentale¹⁴⁴. Par conséquent, les données sur les disparités et les inégalités peuvent avoir de nombreuses incidences sur les politiques et les programmes. La dernière partie du présent rapport porte sur les occasions de favoriser la santé mentale positive à l'échelle sociétale, communautaire et individuelle.



4



4

La promotion de la
santé mentale positive

Le concept de la santé mentale reçoit une attention accrue au chapitre des politiques, de la recherche, des pratiques et des services.

Il a fait l'objet de rapports et d'activités dans bon nombre d'organisations, dont l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) et le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. L'accent a été principalement mis sur la prestation de services aux personnes atteintes d'une maladie mentale, sur la prévention de l'apparition de la maladie mentale et sur les problèmes de discrimination associés à la maladie mentale. La promotion et le soutien de la santé mentale positive n'ont pas fait l'objet d'une aussi grande attention. La section qui suit donnera un aperçu de certains des jalons qui ont marqué la promotion de la santé mentale au Canada. On y examinera également l'évolution de la santé mentale positive et son inclusion dans les programmes et les politiques de santé mentale à l'échelle sociétale, communautaire et individuelle.

Les politiques en matière de santé mentale au Canada

Pour mieux comprendre où nous en sommes en matière de promotion de la santé mentale au Canada, il est utile de se pencher sur l'évolution des politiques en matière de maladie mentale et de santé mentale au pays.

Les politiques sur la santé mentale au Canada visent surtout les personnes atteintes de maladie mentale.

- Dans les années 1800, les personnes souffrant d'une maladie mentale étaient souvent enfermées dans des refuges ou des prisons, en l'absence de traitements appropriés et de solutions de rechange en matière de logement¹⁴⁶.
- À la fin du XIX^e siècle, les asiles et les hôpitaux psychiatriques ont fait leur apparition⁵.
- À partir des années 1960, de nombreux patients hospitalisés dans des établissements psychiatriques ont regagné la collectivité lorsque des hôpitaux ou des ailes psychiatriques ont fermé ou quand on a réduit le nombre de lits dans les établissements¹⁴⁷.
- Au cours des années 1970, des fonds ont commencé à être injectés dans divers programmes communautaires en santé mentale pour venir en aide aux personnes atteintes d'une maladie mentale¹⁴⁸.
- En 1998, l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale a été créée afin de faire figurer les maladies mentales et la santé mentale dans les programmes nationaux de politiques de santé et de politiques sociales¹⁴⁹.
- En 2006, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a publié un rapport intitulé *De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Ce rapport est basé sur la toute première étude nationale sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada⁶.

Dans les années 1980, avec le mouvement croissant de promotion de la santé, le concept de la promotion de la santé mentale s'est imposé afin de faire la distinction entre les efforts visant à promouvoir la santé mentale positive et les efforts visant à traiter la maladie mentale. Voici quelques exemples à l'échelle nationale :

- En 1998, Santé Canada a fait paraître *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*, la première publication nationale expliquant la différence entre la promotion de la santé mentale et le traitement de la maladie mentale¹⁴.
- Au cours des années 1990, un changement s'est opéré sur le plan des services de santé mentale et l'accent est mis sur l'intégration, la guérison, le choix du consommateur, l'autonomisation ainsi que le soutien adapté et spontané^{146, 150}.
- En 1995, une unité de la promotion de la santé mentale est mise sur pied à Santé Canada. Son mandat consistait à contribuer à l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé ainsi qu'à promouvoir et à favoriser la santé mentale et spirituelle, de même que le bien-être¹⁵¹. En 2001, son mandat a été étendu afin d'inclure des fonctions liées aux services en santé mentale pour répondre aux besoins des personnes atteintes de maladie mentale¹⁵².
- À la suite d'un atelier international organisé en 1996 par le Centre de promotion de la santé de l'Université de Toronto et Santé Canada, une nouvelle définition holistique de la santé mentale et de la promotion de celle-ci est introduite. La nouvelle définition reconnaît que la nature de la santé comporte de multiples facettes et va au-delà des considérations axées seulement sur la maladie^{8, 15}.
- À la fin des années 1990, en collaboration avec Santé Canada, l'Association canadienne de santé publique a publié le *Mental Health Promotion Resource Directory*¹⁴⁵ et l'Association canadienne pour la santé mentale a publié la *Trousse d'outils pour la promotion de la santé mentale*, une ressource destinée aux initiatives communautaires¹⁵³.
- En 2007, conformément aux recommandations du Comité sénatorial

permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie⁶, la Commission de la santé mentale du Canada est mise sur pied⁴. La Commission vise notamment à contribuer à la mise en œuvre d'un système de soins de santé mentale intégré centré sur les personnes souffrant de maladie mentale¹⁵⁴ et à intégrer à sa stratégie nationale¹⁵⁵ la promotion de la santé mentale positive au sein de l'ensemble de la population.

Un certain nombre de provinces et territoires ont mis au point des initiatives, des plans et des cadres de travail précis pour orienter la mise en œuvre de politiques et de services en santé mentale. La plupart d'entre eux sont axés sur la prévention ou le traitement de la maladie mentale, la disponibilité des services de santé mentale ou l'accès à ceux-ci, la prévention du suicide et la réduction des stigmates¹⁵⁶⁻¹⁶⁰. Quelques-uns d'entre eux intègrent la santé mentale positive à leurs cadres de travail et à leurs plans^{156, 161-164}. Dans la plupart des cas, la promotion de la santé mentale n'est pas considérée comme faisant partie intégrante de la promotion de la santé et de la santé publique. En outre, bien que certains cadres de travail indiquent avoir inclus un plan d'évaluation, il est rare que les données provenant de ces plans soient disponibles.

La promotion de la santé mentale positive : un rôle pour chacun

En décembre 2007, l'ISPC a commandé un sondage d'opinion pour prendre le pouls du public au sujet de son niveau de connaissances en santé mentale.

Les participants devaient dire à qui, selon eux, revient la responsabilité de la promotion de la santé mentale. Voici les réponses obtenues :

- le gouvernement fédéral (38 %), provincial (38 %) et municipal (23 %);
- les médecins (23 %);

- les professionnels de la santé mentale (15 %) et les autres professionnels de la santé (6 %), les infirmières ou les auxiliaires médicaux (4 %);
- les membres de la famille (14 %) et les amis (4 %);
- les personnes elles-mêmes (14 %);
- les écoles (13 %) et les milieux de travail (4 %);
- les associations œuvrant dans le domaine de la santé (13 %);
- les ressources de soutien communautaire et les centres de mieux-être (4 %);
- la société en général (4 %)¹³.

Bien qu'on ne puisse établir avec certitude si les Canadiens ont associé la promotion de la santé mentale à la promotion de la santé mentale positive ou à la prévention et au traitement de la maladie mentale, les résultats montrent que tout le monde peut être perçu comme ayant un rôle à jouer au chapitre de la promotion de la santé mentale.

Distinguer la promotion de la santé mentale de la prévention et du traitement de la maladie mentale

Un examen rapide de la documentation publiée permet d'établir que la majorité des stratégies en matière de santé mentale sont généralement axées sur les personnes, les maladies ou les groupes « à risque » ou « vulnérables » d'une population. Les modèles et les stratégies qui portent sur la prévention et le traitement des troubles mentaux sont généralement axés sur l'individualisme puisqu'ils s'intéressent à la réduction de l'incidence, de la prévalence et de la sévérité d'une maladie mentale ou d'un trouble mental en particulier; ils mettent également l'accent sur la mortalité, la morbidité et les facteurs de risque ou les comportements²⁵.

Les inégalités associées au sexe, à la pauvreté, à une incapacité, à la race ou à l'origine ethnique, au chômage et à l'emplacement géographique peuvent avoir une incidence sur la santé

mentale¹⁴⁵. C'est pourquoi les stratégies qui sont axées sur la promotion de la santé mentale s'appliquent à toutes les personnes et collectivités, y compris les personnes et les groupes à risque ainsi que les personnes atteintes de maladie mentale⁸. La promotion de la santé mentale consiste habituellement à favoriser la résilience individuelle, à créer des environnements de soutien⁸ et à étudier l'influence des déterminants plus généraux de la santé mentale⁹. La promotion de la santé mentale vise plus précisément à améliorer les facteurs de protection qui aident les personnes, les familles et les collectivités à faire face aux événements, ainsi qu'à augmenter les conditions, comme la cohésion sociale, qui réduisent les facteurs de risque de problèmes de santé mentale des personnes, des familles et des collectivités¹⁴⁵.

Dans la plupart des cas, les programmes de santé mentale sont généralement axés sur la gestion des symptômes, le traitement de la maladie ou la prévention (p. ex., la prévention du suicide, le traitement des dépendances, la gestion des symptômes de la dépression) plutôt que sur la promotion de la santé mentale positive. Les programmes et les initiatives intègrent toutefois de plus en plus une dimension ou une approche centrée sur la santé mentale positive. Les composantes d'intérêt particulier qu'on y retrouve comprennent l'amélioration des capacités d'adaptation et de la qualité de la vie, l'augmentation de l'estime de soi et le renforcement du soutien social. Des exemples de ces programmes, que l'on regroupe en trois niveaux généraux d'analyse (sociétale, communautaire et individuelle^{8, 36}), sont cités dans la présente section (voir les tableaux 5 à 7)^{vii}.

Ces niveaux s'harmonisent à l'objectif d'une approche axée sur la santé de la population, qui cherche à comprendre les facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités, à maintenir et à améliorer l'état de santé de la population entière et à réduire les écarts — ou augmenter l'équité — en

matière d'état de santé entre les groupes et les sous-groupes⁷. Elles peuvent également couvrir les actions et les stratégies considérées essentielles par la Charte d'Ottawa à l'évolution de la promotion de la santé : élaborer des politiques publiques favorables à la santé, créer des environnements de soutien favorables à la santé, renforcer l'action communautaire pour la santé, développer les aptitudes personnelles et réorienter les services de santé¹⁶⁵.

La promotion de la santé mentale positive à l'échelle sociétale

À l'échelle sociétale, les efforts peuvent être axés sur l'élaboration de politiques publiques qui favorisent la santé et la création de milieux de soutien favorables à la santé mentale positive. Les auteurs du chapitre intitulé « Strategies for Promoting the Mental Health of Populations », tiré du rapport *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice* de l'Organisation mondiale de la Santé, suggèrent de diviser les politiques sur la promotion de la santé mentale en deux courants.

- Le premier courant de politiques prendrait en compte les facteurs sociaux, écologiques, économiques, politiques^{36, 95} et culturels généraux ayant un effet indirect sur l'amélioration de la santé mentale (p. ex., l'emploi, le logement et la formation)³⁶.
- L'autre courant de politiques servirait à la création de milieux de soutien. Ces politiques, qui peuvent avoir une incidence directe sur l'amélioration de la santé mentale, peuvent traiter des programmes éducatifs scolaires visant à développer les aptitudes à communiquer, des services d'appui aux parents, de la gestion du stress en milieu de travail, des programmes scolaires de médiation entre pairs, des établissements consacrés au bien-être des personnes âgées, des centres de santé communautaires, de la promotion de la

vii. Veuillez consulter les notes méthodologiques, qui peuvent être téléchargées du site Web de l'ISPC, pour de plus amples renseignements sur la méthode d'identification et de sélection des programmes mis en évidence dans ce rapport.

Tableau 5 Exemples d'initiatives de santé mentale à l'échelle sociétale dotés d'une composante ou d'une approche axée sur la santé mentale positive	Initiative	Objectif et composante ou approche axée sur la santé mentale positive
	Clifford Beers Foundation¹⁶⁶ (Royaume-Uni)	Association caritative fondée en 1996 et se consacrant à la promotion de la santé mentale et à la prévention des troubles mentaux par la diffusion des connaissances, la formation, les partenariats et les consultations. Au nombre de ses initiatives figure la création de l' <i>International Journal of Mental Health Promotion</i> , la première publication de cette nature dans le domaine ¹⁶⁶ .
VicHealth's Evidence-Based Mental Health Promotion Resource¹⁶⁷ (Victoria, Australie)	Ressource conçue pour aider les praticiens à planifier, mettre en œuvre et évaluer les programmes de santé mentale ¹⁶⁷ . Les deux approches du rapport — la première étant axée sur la population, et l'autre, sur les déterminants de la promotion de la santé mentale — mettent en évidence les données traitant de l'efficacité des mesures d'intervention permettant d'augmenter le sentiment d'interrelation sociale, de s'attaquer aux problèmes de violence et de discrimination ainsi que de favoriser la participation à la vie économique ¹⁶⁷ .	

sensibilisation aux questions culturelles, des programmes pacifistes ainsi que des campagnes et des stratégies sur la promotion de la santé mentale³⁶. Ce courant de politiques considérerait la maison, l'école, le travail et la collectivité à titre de milieux clés pour la promotion de la santé mentale⁹.

À l'échelle de la société ou de la population, les mesures d'intervention peuvent viser différents secteurs, tant au sein du milieu de la santé qu'à l'extérieur de celui-ci, et tous les échelons du gouvernement; elles peuvent viser tous les types d'établissement, les groupes cibles et les multiples déterminants de la santé et de la santé mentale. Comme il a été mentionné, certaines mesures d'intervention mettent l'accent sur des stratégies visant des groupes cibles, habituellement en fonction de l'âge (p. ex., les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes âgées) ou sur d'autres caractéristiques sociodémographiques (p. ex., le niveau de revenu, l'état matrimonial et le statut d'immigration), alors que d'autres mesures d'intervention ciblent des milieux précis tels que la maison, l'école, le milieu de travail et la collectivité. D'autres approches peuvent comprendre ces deux aspects.

La promotion de la santé mentale positive à l'échelle communautaire

À l'échelle communautaire, les efforts peuvent cibler le renforcement de l'action communautaire pour promouvoir la santé mentale positive. Les collectivités occupent une place de choix pour jouer un rôle important dans la promotion de la santé mentale : elles entretiennent des relations avec le gouvernement et les organisations non gouvernementales, d'une part, et avec les familles et les personnes, d'autre part³⁶. Il peut s'agir aussi bien d'une collectivité fondée sur le lieu que sur l'identité, la culture, l'origine ethnique et les croyances¹⁶⁸. Dans ce contexte, la recherche indique que le renforcement de l'autonomie des membres d'une collectivité sur le plan du développement et de la mise en œuvre ainsi que le renforcement du sentiment d'appartenance et de responsabilité sociale peut jouer un rôle dans l'élaboration des stratégies et des activités de promotion de la santé mentale^{9, 36}. La recherche souligne par ailleurs l'efficacité des programmes qui tiennent compte des besoins locaux, qui conviennent à la culture, qui suscitent la participation des membres de la collectivité et leur donne les moyens de le faire, et qui prennent en considération les inégalités au chapitre de la prévalence des problèmes de santé mentale et de l'accès aux services de santé mentale¹⁶⁹.

Les ressources sociales et les interactions avec les pairs ou les membres de la famille constituent des déterminants clés en matière de bien-être et de santé mentale⁵. Les personnes qui ressentent un fort sentiment d'appartenance à la collectivité sont plus susceptibles de se déclarer en très bonne ou en excellente santé mentale⁹⁴. De nouvelles analyses présentées auparavant appuient cette conclusion. Le soutien offert par les membres de la famille et les amis, au sein de relations constructives et pendant les événements majeurs de la vie, est l'une des façons d'accroître le sentiment d'appartenance sociale et d'interrelation⁶⁷. Les collectivités peuvent également mettre en commun leurs ressources et collaborer afin de résoudre les problèmes qui surviennent⁷⁰.

Les enfants, les adolescents et les adultes passent énormément de temps dans les garderies, à l'école ou au travail. Chez les adolescents, le sentiment d'appartenance à l'école est associé à une santé mentale et physique positive⁹². La santé mentale des employés occupe une place d'importance grandissante au travail. Comme il a été mentionné précédemment, les facteurs associés à une santé mentale positive au travail comprennent notamment :

- la qualité des relations de travail, le soutien interpersonnel⁹³ et la confiance en la gestion¹¹⁶;

- l'équilibre entre l'autonomie et les exigences du travail ou le degré de latitude décisionnelle¹¹⁷;
- la disponibilité des ressources adéquates pour exécuter les tâches⁹³;
- un environnement sain et sécuritaire⁹³;
- des pratiques favorables à la famille¹¹⁸;
- un travail intéressant, varié¹¹⁶ et exigeant des compétences⁹³.

Les organismes communautaires et les organisations non gouvernementales peuvent également promouvoir la santé mentale en sensibilisant davantage le public, en participant au dialogue, en fournissant des renseignements sur les initiatives personnelles, en appuyant le renforcement des capacités des collectivités, en prenant part à des activités de défense des droits, en facilitant l'accès aux services, en offrant des formations axées sur les compétences et en favorisant la croissance personnelle. Les activités de promotion de santé mentale de cette nature peuvent être mises en place tant à l'échelle sociétale que communautaire.

Tableau 6
Exemples de programmes de santé mentale dotés d'une composante ou d'une approche axée sur la santé mentale positive : la famille, l'école, le milieu de travail et la collectivité

Programme	Objectif et composante ou approche axée sur la santé mentale positive	Résultat
Famille		
Nobody's Perfect (Canada)¹⁷⁰	Programme visant à encourager les parents d'enfants de moins de cinq ans à prendre conscience et à tirer profit de leurs compétences parentales et de leurs liens avec les personnes-ressources, y compris les autres parents, ainsi qu'à renforcer leur estime d'eux-mêmes ¹⁷⁰ .	Les parents ont démontré qu'ils détenaient de meilleures compétences parentales, y compris la capacité d'avoir des interactions plus positives avec leurs enfants. Lors des suivis effectués après deux mois, les parents ont déclaré ressentir un plus grand sentiment d'efficacité et de satisfaction ¹⁷¹ .
Families and Schools Together (F&ST) (Canada)¹⁷²	À l'intention des enfants et des adolescents de 4 à 14 ans et de leurs familles. Vise à construire des facteurs de protection de relations au sein de familles et de collectivités ¹⁷² élargies et à soutenir les efforts des parents au chapitre du développement affectif de leurs enfants ¹⁷³ .	L'information probante indique une amélioration de la force émotionnelle des enfants, de la participation de la famille et du fonctionnement à l'école ¹⁷⁴ . Les suivis effectués après six mois et un an indiquent des améliorations notables sur le plan du resserrement des liens de la famille. Après deux ans, une plus grande cohésion familiale est observée chez les familles avec des enfants fréquentant l'école primaire ¹⁷³ .
École		
Friends for Life (au Canada et à l'étranger)¹⁷⁵	Dix sessions en classe et activités à domicile visant à accroître la résilience, l'estime de soi, les habiletés à résoudre les problèmes et l'art de s'exprimer afin de prévenir l'anxiété et de tisser des relations positives.	Les résultats ont révélé une augmentation de l'estime de soi et une diminution du sentiment d'inquiétude et de la dépression significatives chez les enfants ne souffrant pas d'anxiété clinique. Des essais cliniques aléatoires indiquent que les troubles d'anxiété éprouvés par les enfants ont disparu dans jusqu'à 80 % des cas et ce, jusqu'à six ans après la fin du programme.
Roots of Empathy (Canada)¹⁷⁶	Programme pour les écoles primaires visant à augmenter la capacité d'empathie des enfants en améliorant l'expressivité émotionnelle et en favorisant une culture davantage axée sur la sollicitude.	Les résultats montrent des améliorations significatives au chapitre de la connaissance des émotions, du sens social, des comportements prosociaux et de la perception du soutien apporté par la classe. Le suivi effectué après trois ans indique des améliorations des comportements prosociaux ¹⁷⁷ .
Reaching IN . . . Reaching OUT (RIRO)¹⁷⁸	Programme de renforcement de la résilience à l'intention des professionnels et des étudiants qui travaillent avec des enfants de 6 ans et moins. RIRO apprend aux adultes et aux enfants à faire preuve d'ouverture d'esprit, à développer des pensées précises, à se tourner vers les autres et à profiter des occasions qui se présentent à eux ¹⁷⁸ .	Les résultats des enfants qui participent au programme ont révélé des améliorations en ce qui a trait à la résolution de problème, à la capacité à demander de l'aide, à l'aide aux autres ainsi qu'à l'acceptation des erreurs.

Tableau 6
Exemples de programmes de santé mentale dotés d'une composante ou d'une approche axée sur la santé mentale positive : la famille, l'école, le milieu de travail et la collectivité (suite)

Programme	Objectif et composante ou approche axée sur la santé mentale positive	Résultat
Milieu de travail		
Petro-Canada Burrard Products Terminal (Port Moody, Colombie-Britannique)¹⁷⁹	Approche axée sur la confiance mutuelle, le respect, la communication ouverte et l'engagement au sein de la collectivité. Les pratiques de gestion sont orientées sur la communication ouverte, sur la participation des employés dans le processus décisionnel, sur l'équité et sur le travail d'équipe. Des programmes ont été mis en œuvre pour favoriser un équilibre entre le travail et la famille ainsi que pour créer une culture en milieu de travail axée sur le soutien, le respect et l'ouverture à la collectivité tout en favorisant un mode de vie sain.	Les employés, les représentants syndicaux et les coordonnateurs déclarent que les programmes formels et informels ont permis de créer un milieu de travail sain dans lequel les employés sentent qu'ils réalisent leur potentiel. Les membres de la direction font état d'une diminution des absences liées à des blessures, d'un taux de roulement presque nul, d'un climat axé sur la confiance, l'ouverture et le respect, et de meilleures relations de travail (se traduisant par une réduction du nombre de griefs).
Dofasco inc. (Hamilton, Ontario)¹⁸⁰	Culture réorientée vers l'engagement des employés, la déstratification des paliers de gestion et les responsabilités assignées par équipe. Intégration de la santé, de la sécurité, de l'ouverture, de la reconnaissance, du respect et du travail d'équipe aux valeurs clés. Mise en œuvre d'initiatives axées sur les employés et l'aide à la famille, sur l'équilibre entre le travail et la vie personnelle (soins aux enfants et aux aînés, réaménagement des horaires de travail), sur l'amélioration des milieux de travail, sur l'augmentation de la réalisation du potentiel des employés, sur la reconnaissance et sur la participation au processus décisionnel.	Les employés remarquent une amélioration en regard des relations entre les employés et de l'enthousiasme, et conviennent du fait que leurs superviseurs, directeurs et collègues accordent la priorité à la santé et à la sécurité. Les membres de la direction font état d'une diminution du temps perdu en raison de blessures, d'une diminution des taux de blessures et d'une diminution des sommes versées à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail.
Collectivité		
Programme de renforcement des compétences à l'intention des enfants issus de deux cultures¹⁸¹	Programme de renforcement des capacités et des compétences en milieu communautaire. Axé sur le renforcement des liens que ressentent les enfants issus de deux cultures envers les cultures majoritaires et celles des sous-groupes.	Les évaluations ont montré une plus grande maîtrise et affirmation de soi, une capacité d'adaptation plus saine dans des situations de pression des pairs, de même qu'une diminution de la consommation d'alcool, de drogues et de tabac chez les enfants ayant bénéficié du programme.
Better Beginnings, Better Futures (Ontario)¹⁸²	Programme communautaire à l'intention des enfants et des familles dans trois quartiers défavorisés. Vise à promouvoir le développement global des jeunes enfants pour prévenir les problèmes affectifs et comportementaux.	Des analyses longitudinales effectuées sur une période de cinq ans ont montré des améliorations notables au chapitre de la maîtrise de soi ainsi que de la collaboration et de la participation en classe, ainsi qu'une diminution des problèmes d'hyperanxiété.
Programme des aidants communautaires (Ontario)⁶⁹	En réponse au suicide de quatre jeunes d'une collectivité rurale en deux ans, on a identifié et formé des « aidants communautaires » ou membres de la collectivité vers qui les jeunes peuvent se tourner en cas de besoin ou pour discuter de questions de santé mentale.	Le programme a entraîné la mobilisation de nombreux partenaires communautaires, y compris les entreprises, les écoles, la police, les familles et les médias. Incite à mieux comprendre l'idée selon laquelle les collectivités détiennent une part des responsabilités quant aux questions de santé mentale des jeunes et favorise la création de collectivités saines et sécuritaires.

La promotion de la santé mentale positive à l'échelle individuelle

À l'échelle individuelle, les efforts peuvent être axés sur le développement de la résilience³⁶, des compétences et des forces personnelles et de la capacité à tirer parti de celles-ci. Dans cette optique, le développement personnel et social est favorisé grâce à l'information, la formation et l'amélioration des aptitudes à la vie quotidienne⁹. Les personnes peuvent se livrer à un travail d'introspection pour évaluer leur satisfaction à l'égard de la vie et leur sentiment de bien-être émotionnel et

spirituel. Elles peuvent également s'intéresser à la façon dont elles font face aux difficultés de la vie et recourir à des stratégies actives doublées d'objectifs concrets, telles que reconsidérer les pensées négatives sous un angle positif¹²⁶, penser à des éléments positifs ou écrire sur ceux-ci¹⁸³, chercher du soutien auprès des autres⁶⁷ ou consacrer du temps à des causes qui leur sont chères³⁹. L'empathie, les aptitudes à communiquer, l'autoefficacité, le sentiment d'identité, la maîtrise d'une tâche, la résolution de problèmes et le sens donné à sa vie font notamment partie des habiletés favorables à la santé mentale pouvant faire l'objet de programmes connexes³⁶.

Tableau 7
Exemples de programmes de santé mentale à l'échelle individuelle dotés d'une composante ou d'une approche axée sur la santé mentale positive

Programme	Objectif et composante ou approche axée sur la santé mentale positive	Résultat
Live Life Stress Free (Écosse) ¹⁸⁴	Visé à favoriser la gestion du stress, l'inclusion et l'intérêt pour le développement communautaire chez les adultes.	Trois ans après le début du projet quinquennal, les participants ont déclaré ressentir une meilleure estime de soi et un niveau de stress moins élevé.
Ardler Walking Group (Écosse) ¹⁸⁴	Fait la promotion de l'activité physique et du bien-être mental chez les adultes au moyen de la marche.	Dix-huit mois après le début du projet quinquennal, les participants ont déclaré ressentir des bienfaits sur le plan de la santé émotionnelle, du bien-être et de la santé physique. Ils affirment que la dimension sociale permet de prendre de l'assurance et de vaincre l'isolement.

Les programmes dont il est question dans la présente section citent des stratégies qui présentent certains points communs et semblent contribuer à favoriser la santé mentale positive.

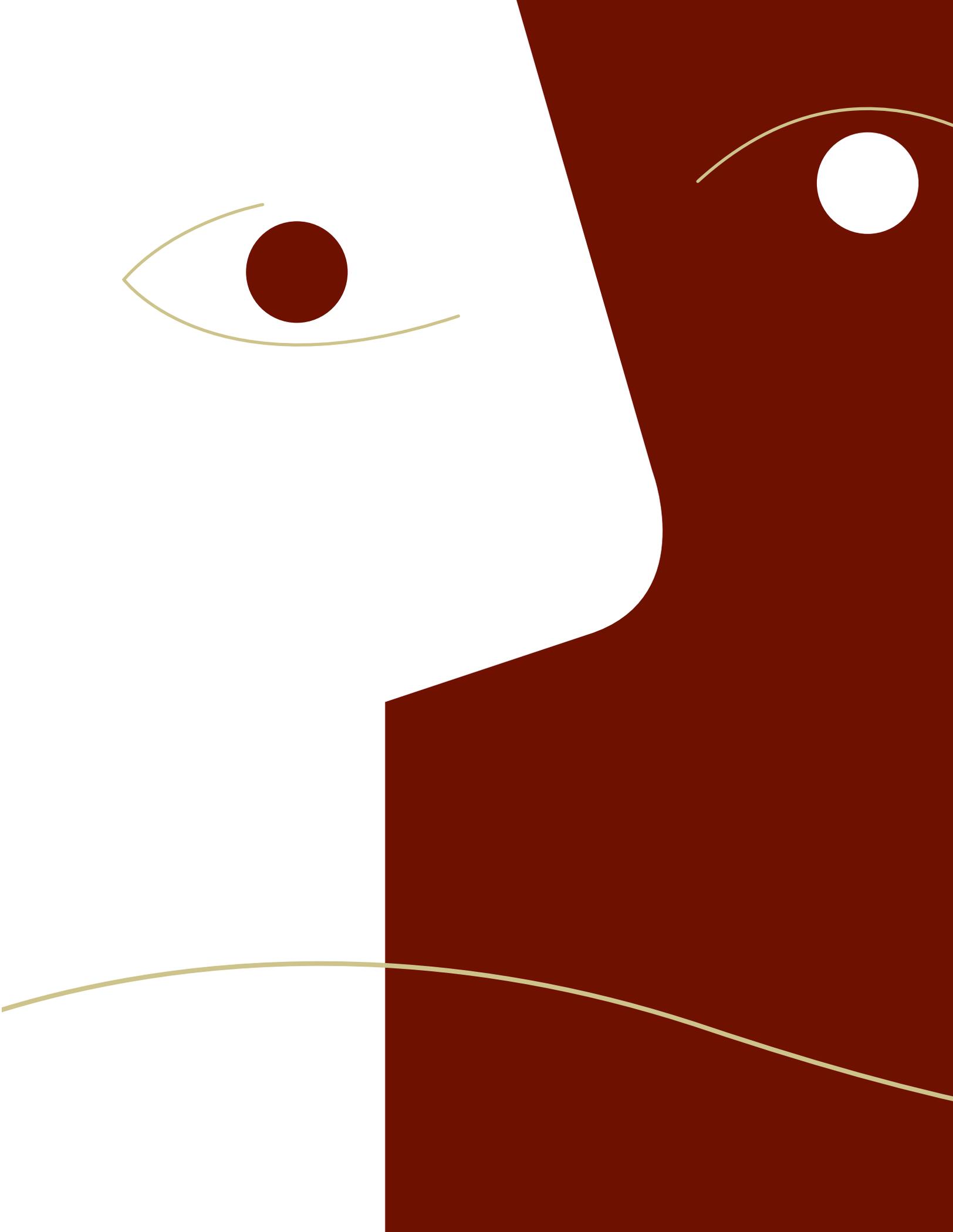
- Ils amènent des changements dans divers contextes comme la famille, l'école, le milieu de travail et la collectivité.
- Ils ciblent différents groupes tout au long de la vie.
- Ils combinent les activités de promotion de la santé mentale et de prévention.
- Ils sont adaptés aux besoins du groupe cible.

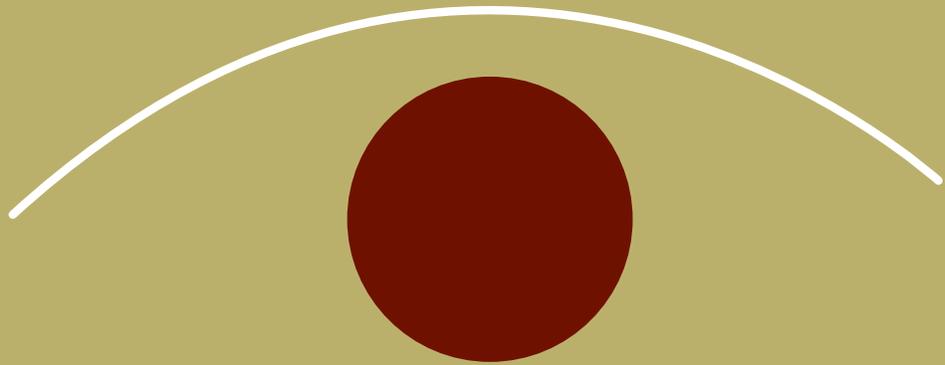
La promotion de la santé mentale positive : recherche, données et services de santé

Outre la promotion de la santé mentale positive à l'échelle sociétale, communautaire et individuelle, la recherche et l'évaluation, les données de surveillance et la réorientation des services de santé offrent également des occasions de favoriser la santé mentale positive.

- Les données découlant de la recherche et de l'évaluation servent de fondement aux initiatives, aux mesures d'intervention et aux pratiques. La recherche et l'évaluation des programmes et des politiques sont essentielles à la production et à l'échange de connaissances, de même qu'à la prise de décisions fondées sur des données probantes. À l'heure actuelle, les données probantes sur l'efficacité des programmes de promotion et des mesures d'intervention en santé mentale sont insuffisantes.

- Les données font également partie de la prise de décisions fondées sur des données probantes. Comme il existe une foule de dimensions et de critères en matière de santé mentale positive, il est difficile de suivre et de comprendre ce qui aide les personnes à jouir de la vie, à se sentir équilibrées et à contribuer concrètement à la société. Les renseignements présentés dans le rapport proposent quelques concepts pouvant servir d'indicateurs valides et fiables en matière de santé mentale positive.
- Les analyses de l'ISPC des données de l'ESCC montrent qu'environ 2,3 millions de Canadiens (ou un Canadien sur dix de la population comprise dans l'enquête, âgé de 15 ans et plus) ont indiqué avoir eu recours à des services de santé mentale en 2002 pour des troubles émotifs ou encore des problèmes de santé mentale ou de consommation d'alcool ou de drogue. Nous ne savons pas combien de personnes ont recours à ces services pour améliorer leur propre santé mentale. Des données de cette nature pourraient être obtenues en réorientant les services de santé et de santé mentale¹⁶⁵. Une telle réorientation nécessiterait des recherches et des changements relativement à l'enseignement professionnel, à la formation et aux idéologies, des changements à l'organisation actuelle des services, la participation des membres de la collectivité à la mise en œuvre des mesures d'intervention, et la prise en considération des interrelations entre les personnes et leurs milieux sociaux⁹.





Résumé et conclusions

La santé mentale positive est l'une des composantes clés de l'état de santé, du bien-être et de la qualité de vie en général. Le rapport *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive* présente un aperçu de la recherche, des données, des programmes et des orientations stratégiques associées à la santé mentale positive et à la promotion de la santé mentale au sein de la population. Il regroupe l'information et les analyses de données disponibles qui examinent le concept de santé mentale positive et certaines des façons actuelles de la mesurer, son lien avec la santé, les facteurs associés à des résultats élevés en matière de santé mentale positive et les stratégies qui contribuent, ou qui pourraient contribuer, à améliorer la santé mentale de la population, servant ainsi de guide à la planification des programmes de promotion de la santé mentale positive.

Explorer la santé mentale positive

En utilisant la définition de la santé mentale de l'Agence de la santé publique du Canada comme cadre de référence, le présent rapport explore une façon de décrire le concept de santé mentale positive. Il s'intéresse à cinq composantes (l'aptitude à jouir de la vie, l'adaptation aux événements de la vie, le bien-être émotionnel, les valeurs spirituelles ainsi que l'appartenance sociale et le respect de la culture, de l'équité, de la justice sociale et de la dignité personnelle).

La recherche indique que les facteurs associés à la génétique, aux comportements, aux circonstances de la vie ainsi qu'à l'environnement familial, communautaire et social peuvent tous favoriser une jouissance accrue de la vie. Toutefois, la santé mentale positive va au-delà de cette dernière. Elle comprend de nombreux aspects tout aussi essentiels : notre façon de faire face aux défis qui se présentent, la façon dont nous ressentons et utilisons nos émotions pour agir et interagir avec autrui; le sentiment d'interrelation, le sens que nous donnons à notre vie, les valeurs et les croyances auxquelles nous adhérons, les relations que nous entretenons au sein de nos milieux de vie, d'apprentissage, de travail et de loisir, de même que notre sens de l'équité et notre respect des différences d'autrui. Ces facteurs, seuls ou réunis, représentent les différentes dimensions de la santé mentale positive et sont associés à divers résultats liés à la santé.

À ce jour, le terme « santé mentale positive » a été employé dans divers contextes. Le manque de clarté de la définition s'explique notamment par le fait que de nombreux termes, dont les sens se recoupent à l'occasion, sont utilisés pour illustrer les mêmes concepts, et que les mêmes termes sont employés pour désigner différents concepts. En dépit de cette divergence, les approches actuelles en matière de santé mentale positive présentent des éléments communs, dont :

- nos sentiments ainsi que le renforcement de nos compétences et de notre résilience;

- les moyens que nous prenons pour faire face à l'adversité afin d'évoluer et de nous améliorer;
- le sens que nous donnons à notre vie ainsi que notre sentiment d'utilité et d'engagement;
- la qualité de nos milieux de soutien, de nos relations et de nos liens sociaux.

Mesurer la santé mentale positive et son rôle dans la santé

Le rapport se penche également sur la façon dont la santé mentale positive est mesurée et associée à la santé en général. Une gamme de modes de mesure de la santé mentale positive est utilisée à l'échelle internationale et au Canada. La mesure du bien-être fait actuellement partie du cadre conceptuel des indicateurs de santé globale au Canada. L'information et les données présentées dans le rapport indiquent que d'autres types ou des types supplémentaires de mesure permettraient de brosser un portrait plus précis de la santé mentale positive.

Il existe de nombreux liens multidirectionnels entre la santé mentale positive, la maladie mentale, la maladie physique et la santé physique positive. Dans cet esprit, les nouvelles analyses des données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) sur la santé mentale (cycle 1.2, 2002) montrent que les personnes présentant des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive (selon les notes obtenues pour l'aptitude à jouir de la vie, la capacité d'adaptation, le bien-être émotionnel, les valeurs spirituelles et l'appartenance sociale) déclarent une meilleure santé physique et mentale, moins de maladies mentales et moins de jours d'activité réduite que celles dont les résultats en matière de santé mentale positive sont faibles ou modérés. Parmi les cinq critères, la bonne capacité d'adaptation est celui qui est le plus souvent associé à une excellente santé physique et mentale globale.

Les analyses ont aussi exploré les caractéristiques des personnes présentant des résultats élevés en matière de santé mentale positive. On apprend que l'âge, le sexe et l'emplacement géographique sont associés à des résultats élevés en matière de santé mentale positive, alors que le revenu et l'éducation n'y sont pas étroitement ou systématiquement liés. Les résultats ont également montré que les personnes qui ressentent un sentiment élevé d'appartenance à la collectivité et qui peuvent compter sur un soutien social présentent des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive. Ces facteurs sont systématiquement liés à des résultats élevés pour les cinq composantes de la santé mentale, peu importe si les autres facteurs comme le sexe, le revenu, l'éducation, les niveaux de stress et la santé physique ont été pris en compte ou non. Des analyses plus approfondies indiquent que le sentiment d'appartenance à la collectivité et le soutien affectif sont associés de manière favorable à deux autres composantes de la santé mentale positive globale, soit la satisfaction à l'égard de la vie et le bien-être psychologique.

Promouvoir la santé mentale positive

Le rapport porte aussi sur les stratégies et les occasions visant à favoriser la santé mentale positive au sein de la population. Un examen de la documentation indique qu'il s'agit d'un domaine dans lequel :

- bon nombre de programmes de santé mentale sont axés sur la gestion des symptômes, le traitement de la maladie ou la prévention plutôt que sur la promotion de la santé mentale positive;
- certains programmes et initiatives intègrent une dimension ou une approche axée sur la santé mentale positive;
- les programmes et les mesures d'intervention sont offerts et mis en œuvre à l'échelle communautaire mais, dans plusieurs cas, les évaluations ne sont pas disponibles;
- les déterminants sociaux de la santé (tels que l'appartenance à la collectivité et le soutien social) peuvent jouer un rôle plus important ou différent sur le plan de la

santé mentale positive par rapport aux déterminants socioéconomiques de la santé (comme l'éducation et le revenu);

- certains programmes et mesures d'intervention visent des sous-groupes précis sans toutefois s'intéresser précisément à l'origine des écarts ou à l'interaction entre les différents déterminants de la santé;
- les politiques et les mesures d'intervention axées sur la population se font rares.

Comme elle s'adresse à tous les groupes de personnes, la promotion de la santé mentale positive est essentielle à la santé de la population. Elle peut également accroître l'efficacité des activités de prévention et de traitement. L'information présentée tout au long du rapport indique que toutes les personnes, qu'elles proviennent du milieu de la santé ou non, peuvent jouer un rôle dans la promotion de la santé mentale positive et dans le développement de programmes portant sur celle-ci. Les stratégies axées sur la promotion de la santé mentale positive visent toutes les personnes et les collectivités, y compris les personnes et les groupes à risque ainsi que les personnes atteintes de maladie mentale⁸. Ainsi, les stratégies et les activités de promotion de la santé mentale peuvent être regroupées en trois niveaux généraux d'analyse :

- échelle sociétale;
- échelle communautaire;
- échelle individuelle³⁶.

La promotion de la santé mentale consiste à favoriser l'acquisition d'une santé mentale positive en encourageant la résilience individuelle, en créant des environnements de soutien⁸ et en étudiant l'influence des déterminants plus généraux de la santé mentale⁹. La promotion de la santé mentale vise plus précisément à améliorer les facteurs de protection qui aident les personnes, les familles et les collectivités à faire face aux événements, ainsi qu'à renforcer les conditions, comme la cohésion sociale, qui réduisent les facteurs de risque de problèmes de santé mentale des personnes, des familles et des collectivités¹⁴⁵.

L'une des composantes principales de la promotion de la santé mentale consiste à favoriser l'acquisition de la santé mentale positive parmi les personnes atteintes ou non de maladie mentale. En leur donnant de meilleurs outils pour faire face à leur maladie mentale et en renforçant leur santé mentale, les stratégies de promotion de la santé mentale peuvent contribuer à atténuer les stigmates. Elles peuvent accroître l'efficacité des services de soins primaires, du traitement clinique, des efforts de réadaptation et de guérison dans son ensemble.

La promotion de la santé mentale peut être associée à des stratégies et à des activités préventives qui ciblent les facteurs de risque. Au moyen de stratégies axées sur les déterminants écologiques, économiques, politiques et sociaux de la santé, tels que le revenu, l'éducation, l'emploi, le logement et le soutien social, la promotion de la santé mentale peut servir à créer un milieu qui respecte les différences culturelles et raciales, offre un accès équitable aux services et met l'accent sur les stratégies essentielles pour faire face aux événements quotidiens et marquants de la vie. Il est également nécessaire d'inclure la santé mentale positive dans la recherche, la pratique, l'éducation et les politiques en visant une vaste gamme de milieux (à l'échelle de la personne, de la famille, de l'école, du travail, de la collectivité et de la société) ainsi que dans toutes les étapes de la vie.

Conclusions

L'information présentée dans le présent rapport indique qu'il est utile de se pencher sur les facteurs communs aux populations qui présentent de très bons résultats et nous permet de comprendre ce qui entraîne des résultats défavorables. Dans le contexte de la santé mentale, cela pourrait se traduire par une approche privilégiant le suivi et la compréhension des éléments qui contribuent à la capacité de jouir de la vie, à se sentir entouré et à participer concrètement à la société, plutôt qu'une approche mettant l'accent sur les résultats néfastes.

Outre l'importance d'encourager la résilience individuelle et le bien-être ainsi que de créer des environnements axés sur le soutien, les

données révèlent qu'il est utile d'étudier l'influence des déterminants plus généraux de la santé mentale, tels que les différences culturelles et le sentiment d'interrelation sociale. Les nouvelles analyses réalisées par l'ISPC et présentées dans ce rapport abondent dans le même sens, plus précisément sur la question des liens entre le sentiment d'appartenance à la collectivité et le soutien social et des résultats élevés en matière de santé mentale positive. Cette mesure, de concert avec celle des autres éléments mises en évidence dans le rapport en citant des recherches originales, des études et des nouvelles analyses, montrent le lien entre la santé mentale positive et les différents résultats composantes de la santé.

Tout en nous offrant des connaissances sur les rapports complexes entre la santé mentale d'une personne et les environnements de soutien, l'information et les données présentées dans le rapport montrent :

- à quel point la recherche internationale connexe est abondante;
- la nécessité d'effectuer des études plus approfondies sur les critères existants;
- un manque de méthodes normalisées pour mesurer la santé mentale positive;
- de nombreux liens multidirectionnels entre la santé mentale positive et la santé physique;
- le rôle des déterminants de la santé mentale dans l'acquisition de la santé mentale positive;
- une intégration soutenue d'une approche ou d'éléments axés sur la santé mentale positive dans les différentes mesures d'intervention mises en place.

Comme la santé physique et la santé mentale sont autant liées l'une à l'autre qu'aux déterminants de la santé, les données encouragent l'inclusion de la santé mentale dans les stratégies générales de promotion de la santé¹⁸⁵. Elles peuvent toutes deux faire l'objet de promotion dans nos milieux de vie, d'apprentissage, de travail et de loisir, de même qu'à l'échelle de la population⁵, afin de favoriser la résilience individuelle, de créer des milieux de soutien⁸ et d'étudier les déterminants généraux de la santé mentale⁹.

Explorer la santé mentale positive : messages clés

Que savons-nous?

Explorer la santé mentale positive

- La santé mentale positive est l'une des composantes de l'état de santé, du bien-être et de la qualité de vie en général.
- Les diverses définitions de la santé mentale positive présentent des éléments communs, mais il n'y a pas de consensus sur la façon de définir ou de mesurer la santé mentale positive, ou ses dimensions.
- Les recherches conceptualisent la santé mentale positive au moyen de thèmes communs : nos sentiments personnels, le développement de nos capacités à faire face aux événements, le sens que nous donnons à notre vie et le fait d'avoir une vie bien remplie, des environnements de soutien et des relations sociales de qualité.
- Notre aptitude à la santé mentale positive ne consiste pas à éliminer les changements, les défis ou l'adversité, mais plutôt à encourager les personnes à en tirer profit et à les affronter.
- Dans la perspective de ce rapport, la santé mentale positive comprend cinq composantes : l'aptitude à jouir de la vie, l'adaptation aux événements de la vie, le bien-être émotionnel, les valeurs spirituelles ainsi que l'appartenance sociale et le respect de la culture, de l'équité, de la justice sociale et de la dignité personnelle.

Mesurer la santé mentale positive et son rôle dans la santé

- La recherche indique qu'il existe un rapport entre des résultats plus élevés en matière de santé mentale positive et une meilleure santé physique, une meilleure santé mentale globale et moins de maladies mentales.
- De la même façon, les analyses de l'ISPC révèlent que les personnes présentant des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive font état d'une meilleure santé physique et mentale, de moins de maladies mentales et de moins de jours d'activité réduite que ceux dont les résultats en matière de santé mentale positive sont inférieurs.
- Notre génétique, nos comportements, les circonstances de la vie ainsi que les milieux familial, communautaire, social et politique sont associés à des résultats plus élevés au chapitre de la santé mentale (telle que mesurée par l'aptitude à jouir de la vie, le bonheur et le bien-être subjectif d'une personne).
- Les analyses montrent que les groupes d'âge supérieur, les personnes qui ont accès à du soutien et celles qui ressentent un grand sentiment d'appartenance à la collectivité présentent des résultats invariablement plus élevés au chapitre de la santé mentale positive.

Promouvoir de la santé mentale positive

- La promotion de la santé mentale consiste à renforcer et à favoriser la résilience individuelle, à créer des environnements de soutien et à étudier les déterminants plus généraux de la santé mentale.
- Bon nombre des programmes existants ciblent plus particulièrement la prévention ou le traitement de la maladie mentale et sont souvent confondus avec les programmes qui mettent l'accent sur la santé mentale positive; toutefois, les programmes intègrent de plus en plus une dimension ou une approche axée sur la santé mentale positive.
- L'une des façons de grouper les différentes stratégies et activités en matière de santé mentale consiste à établir trois niveaux généraux d'analyse : sociétale, communautaire et individuelle.
- Bien qu'il existe de nombreux programmes visant à promouvoir la santé mentale, on constate un manque de mesures d'intervention et de programmes fondés sur des données probantes.

Explorer la santé mentale positive : lacunes en matière d'information

Que nous reste-t-il à apprendre?

Explorer le concept de santé mentale positive

- Quels facteurs sont associés au bien-être émotionnel et aux valeurs spirituelles, au respect de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle ou favorisent ceux-ci?
- Quelle est l'incidence concrète des différentes dimensions de la santé mentale positive sur les résultats liés à la santé et aux aspects sociaux? Pourquoi sont-ils liés et comment contribuent-ils directement ou indirectement à notre santé et à notre bien-être?
- L'absence d'une santé mentale positive peut-elle avoir les mêmes conséquences néfastes sur le fonctionnement d'une personne que la présence d'une maladie? Mettre l'accent sur les aspects positifs peut-il être plus efficace que prévenir et atténuer les aspects négatifs?
- Quelles sont les conséquences des efforts d'amélioration de l'équité, de la justice sociale et du respect sur la santé mentale positive et sur les autres indicateurs du bien-être?
- Dans quelle mesure les valeurs et les normes culturelles, les facteurs contextuels et les tendances sociales ont-elles une incidence sur notre compréhension et notre manifestation de la santé mentale positive tout au long de la vie? En matière de santé mentale positive, existe-t-il des éléments universels qui abattent les barrières culturelles, sociales et académiques?

Mesurer la santé mentale positive et son rôle dans la santé

- Quels sont les meilleures pratiques actuelles en santé mentale positive?
- Une mesure unique et globale peut-elle suffire à évaluer la santé mentale positive ou doit-on utiliser plusieurs concepts?
- Les différences ethniques et culturelles ont-elles une incidence sur le développement, la mesure et l'interprétation des résultats de la santé mentale positive?
- Comment les facteurs généraux liés à la société, aux modes de vie et aux comportements sont-ils associés à la santé mentale positive?
- Quelle est l'interrelation entre les déterminants sociaux de la santé, la santé mentale positive et la santé physique?

Promouvoir de la santé mentale positive

- Comment faire la promotion des déterminants sociaux liés à la santé mentale positive?
- Les facteurs liés aux relations et aux collectivités de soutien sont-ils plus efficaces à promouvoir la santé mentale que les solutions individuelles?
- Est-il rentable d'intégrer des activités de promotion de la santé mentale aux initiatives de promotion de la santé et de la santé publique?
- Quelles méthodes rendront le plus efficacement compte de l'interaction entre les mesures d'intervention et les nombreux déterminants de la santé mentale?
- Comment peut-on favoriser l'acquisition de nouvelles connaissances dans le domaine de la santé mentale positive afin qu'elles soient mises à profit dans l'élaboration de politiques et dans les pratiques courantes?

Quelles sont les recherches de l'ISPC dans le domaine?

L'ISPC a financé et commandé plusieurs projets et produits de recherche qui se penchent sur la santé mentale, dont ceux indiqués ci-après.

<p>Projets et programmes de recherche financés et commandés par l'ISPC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Des collectivités en bonne santé mentale : un recueil d'articles</i> • <i>Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé</i> (Agence de la santé publique du Canada, Université Laurentienne) • <i>Inégalités matérielles et sociales dans la métropole de Montréal : association avec les résultats pour la santé physique et mentale</i> (M. Zunzunegui, Université de Montréal) • <i>La santé mentale des enfants : prévention des troubles et promotion de la santé de la population au Canada</i> (C. Waddell, University of British Columbia) • <i>Les effets des interventions en éducation spécialisée sur les résultats scolaires et la santé mentale des enfants</i> (K. Bennett, McMaster University) • <i>La santé mentale et physique des adolescents québécois des Centres jeunesse : une étude cas-témoin</i> (J. Toupin, Université de Sherbrooke) • <i>Jeunesse vulnérable : une étude de l'obésité, de la mauvaise santé mentale et des comportements à risque chez les adolescents au Canada</i> (D. Willms, British Columbia University) • <i>Les relations entre les composantes du soutien social, la santé mentale et la qualité de vie chez des populations défavorisées au niveau socioéconomique</i> (J. Caron, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Montréal) • <i>Rapport de surveillance de la santé des femmes : une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes</i> (M. Desmeules, Agence de la santé publique du Canada) • <i>Immigrants, sélection et santé mentale</i> (Z. Wu, University of Victoria)
<p>Autres produits complémentaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Explorer la santé mentale positive</i> — Documents pertinents qui seront affichés sur le site Web de l'ISPC : <ul style="list-style-type: none"> – Rapport sommaire – Présentation PowerPoint – Méthodologie de revue de la littérature – Méthodologie d'analyse des données – Méthodologie d'examen des politiques – Bibliographie

Pour en savoir plus

La série de rapports de l'ISPC *Améliorer la santé des Canadiens* vise à synthétiser les résultats de recherche sur un thème donné, à présenter de nouvelles données sur une question et à faire part de ce que nous savons et ignorons de ce qui fonctionne sous l'angle des politiques et des programmes.

Le premier rapport vedette de l'ISPC s'intitulait *Améliorer la santé des Canadiens 2004*¹⁴². Ce rapport se divisait en quatre chapitres : le revenu, le développement de la jeune enfance, la santé des Autochtones et l'obésité.

Après la publication du rapport *Améliorer la santé des Canadiens 2004*, nous avons décidé de produire et de diffuser un deuxième rapport, *Améliorer la santé des Canadiens 2005-2006*, et de l'intégrer à une série de rapports qui présenterait les trois thèmes stratégiques de l'ISPC de 2004 à 2007 : transitions saines vers l'âge adulte, poids santé et le lieu et la santé.

- Le premier rapport de la série, *Améliorer la santé des jeunes Canadiens* (publié en octobre 2005), portait sur la relation entre les résultats et les comportements relatifs à la santé des jeunes Canadiens âgés de 12 à 19 ans et les liens positifs qu'ils entretiennent avec leur famille, leur école, leurs camarades et la collectivité⁹².
- Le second rapport, *Améliorer la santé des Canadiens : promouvoir le poids santé* (publié en février 2006), étudiait les facteurs liés aux milieux dans lesquels nous vivons, apprenons, travaillons et nous divertissons, et la façon dont ces facteurs facilitent ou compliquent les choix que nous faisons, en tant que Canadiens, en matière d'alimentation et d'activité physique¹⁸⁶.
- Le rapport de la série, *Améliorer la santé des Canadiens : une introduction à la santé en milieu urbain* (publié en novembre 2006), portait sur les liens entre la santé des Canadiens vivant en milieu urbain et l'influence des aspects sociaux et physiques des quartiers urbains sur la vie quotidienne et la santé des personnes qui y vivent¹⁴¹.

Les thèmes stratégiques de l'ISPC pour la période de 2007 à 2012 incluent la santé mentale et la résilience, le lieu et la santé, la réduction des écarts en matière de santé et le poids santé⁷. La série actuelle de rapports *Améliorer la santé des Canadiens* est formée de trois rapports qui se penchent sur la santé mentale et la résilience dans une perspective de santé de la population.

- Le premier rapport de cette série, *Santé mentale et itinérance* (publié en août 2007), se penchait sur les liens entre la santé mentale, l'itinérance, les facteurs individuels et les déterminants sociaux plus généraux de la santé¹⁰.
- Le dernier rapport de la série, *Santé mentale, délinquance et activité criminelle* (publié en avril 2008), étudie les relations entre la santé mentale, la délinquance, la criminalité et leurs divers déterminants¹¹.

Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive est accessible dans les deux langues officielles, sur le site Web de l'ICIS, à l'adresse www.icis.ca/ispc. Pour commander des exemplaires supplémentaires du rapport, prière de communiquer avec :

Institut canadien d'information sur la santé

Bureau des commandes

495, chemin Richmond, bureau 600

Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Tél. : 613-241-7860

Télec. : 613-241-8120

Nous vous invitons à nous faire part de vos commentaires et suggestions sur le rapport et de toute idée qui pourrait nous aider à améliorer les prochains rapports, et à les rendre plus utiles et plus instructifs. Pour ce faire, nous vous demandons de remplir la feuille de rétroaction (À vous la parole!), qui se trouve à la fin du rapport. Vous pouvez aussi nous faire parvenir vos commentaires par courriel, à ispc@icis.ca.

Le Web : une mine de renseignements!

La version papier du présent rapport ne propose qu'une infime partie de tout ce que vous pouvez trouver sur notre site Web. Nous vous invitons à le consulter au www.icis.ca/ispc pour obtenir de plus amples renseignements ainsi que la liste complète des rapports, des bulletins et des autres produits de l'ISPC à votre disposition. Vous pouvez :

- télécharger une présentation décrivant les faits saillants du rapport *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive*;
- recevoir des mises à jour et de l'information, en vous abonnant au bulletin électronique *La santé de la nation*;
- consulter les autres publications de la série *Améliorer la santé des Canadiens*;
- vous tenir au courant des activités à venir de l'ISPC;
- télécharger des copies des autres rapports de l'ISPC publiés par l'ICIS.

Autres rapports de l'ISPC publiés par l'ICIS	Nom du rapport	Auteur et date de publication
		Santé mentale et résilience
	• <i>Des collectivités en bonne santé mentale : un recueil d'articles</i>	ICIS (septembre 2008)
	• <i>Améliorer la santé des Canadiens : santé mentale, délinquance et activité criminelle</i>	ICIS (avril 2008)
	• <i>Améliorer la santé des Canadiens : santé mentale et itinérance</i>	ICIS (août 2007)
	Lieu et santé	
	• <i>Place and Health Research in Canada</i>	ICIS et la Revue canadienne de santé publique (juillet-août 2007)
	• <i>Améliorer la santé des Canadiens : une introduction à la santé en milieu urbain</i>	ICIS (novembre 2006)
	• <i>Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé</i>	ICIS, Agence de santé publique du Canada et Université Laurentienne (septembre 2006)
	• <i>Kachimaa Mawiin — Certitudes possibles : faire une place au lieu dans la recherche et les politiques en matière de santé</i>	ICIS (octobre 2005)
	• <i>Élaboration d'un indice de la santé des collectivités : un recueil d'articles</i>	ICIS (février 2005)
	• <i>Le logement et la santé de la population</i>	Brent Moloughney (juin 2004)
	• <i>Atelier de travail régional des provinces des Prairies sur les déterminants des collectivités en santé</i>	ICIS (août 2003)
	• <i>Rapport de synthèse de l'atelier Le lieu et la santé (Banff)</i>	ICIS (juin 2003)

Autres rapports de l'ISPC publiés par l'ICIS (suite)

Nom du rapport	Auteur et date de publication
Poids santé	
<ul style="list-style-type: none"> Examen de l'état des preuves sur la santé en milieu urbain et le poids santé 	Kim D. Raine (mars 2008)
<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la santé des Canadiens : promouvoir le poids santé 	ICIS (février 2006)
<ul style="list-style-type: none"> Socio-Demographic and Lifestyle Correlates of Obesity— Technical Report on the Secondary Analyses Using the 2000–2001 Canadian Community Health Survey 	Cora Lynn Craig, Christine Cameron et Adrian Bauman (août 2005)
<ul style="list-style-type: none"> Le surpoids et l'obésité au Canada : une perspective de la santé de la population 	Kim D. Raine (août 2004)
<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la santé des Canadiens — chapitre sur l'obésité 	ICIS (février 2004)
<ul style="list-style-type: none"> L'obésité au Canada : identifier les priorités politiques 	ICIS et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) (juin 2003)
Réduction des écarts en matière de santé	
<ul style="list-style-type: none"> Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada 	ICIS (novembre 2008)
<ul style="list-style-type: none"> Compte rendu — Réduction des écarts en matière de santé : synthèse, application et échange des connaissances 	ICIS et le Centre national de collaboration sur les déterminants de la santé (novembre 2007)
<ul style="list-style-type: none"> Qu'avons-nous appris en étudiant l'inégalité du revenu et la santé de la population? 	Nancy Ross (décembre 2004)
<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la santé des Canadiens — chapitre sur le revenu 	ICIS (février 2004)
<ul style="list-style-type: none"> Documents recueillis par l'ISPC sur la pauvreté et la santé 	ICIS, Shelley Phipps et David Ross (septembre 2003)
Transitions saines vers l'âge adulte	
<ul style="list-style-type: none"> De fil en aiguille : tisser une place pour les jeunes 	ICIS (septembre 2006)
<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la santé des jeunes Canadiens 	ICIS (octobre 2005)
<ul style="list-style-type: none"> S'entendre sur le fond : combler le fossé de la communication entre les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques 	ICIS (septembre 2004)
<ul style="list-style-type: none"> Atelier de travail régional des provinces de l'Atlantique (Fredericton) 	ICIS (juillet 2003)
Développement de la jeune enfance	
<ul style="list-style-type: none"> Développement de la jeune enfance à Vancouver : rapport du Community Asset Mapping Project (CAMP) 	Clyde Hertzman et coll. (mars 2004)
<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la santé des Canadiens — chapitre sur le développement de la jeune enfance 	ICIS (février 2004)
Santé des Autochtones	
<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la santé des Canadiens — chapitre sur la santé des Autochtones 	ICIS (février 2004)
<ul style="list-style-type: none"> Mesurer le capital social : un guide pour les collectivités des Premières Nations 	Javier Mignone (décembre 2003)

Autres
rapports de
l'ISPC publiés
par l'ICIS
(suite)

Nom du rapport	Auteur et date de publication
Santé des Autochtones (suite)	
• <i>Directions initiales : procès-verbal d'une réunion sur la santé des Autochtones</i>	ICIS (juin 2003)
• <i>Collectivités autochtones en milieu urbain : procès-verbal de la table ronde sur la santé des Autochtones en milieu urbain</i>	ICIS (mars 2003)
• <i>Élargir les optiques d'analyse : procès-verbal de la table ronde sur la santé des Autochtones</i>	ICIS (janvier 2003)
Rapports multidimensionnels et outils	
• <i>Bulletin électronique La santé de la nation</i>	ICIS (trimestriel)
• <i>Le Plan d'action de 2007 à 2010 de l'Initiative sur la santé de la population canadienne</i>	ICIS (décembre 2006)
• <i>Mise en application des connaissances sur la santé publique et des populations</i>	IRSC et ICIS (février 2006)
• <i>Quelques points saillants de l'opinion du public sur les déterminants de la santé</i>	ICIS (février 2005)
• <i>Rapport de surveillance de la santé des femmes — chapitres supplémentaires de l'ISPC</i>	ICIS et Santé Canada (octobre 2004)
• <i>Le chemin à parcourir : rapport d'étape : deux ans plus tard : bilan?</i>	ICIS et IRSC (février 2004)
• <i>Rapport de surveillance de la santé des femmes : une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes</i>	ICIS et Santé Canada (octobre 2003)
• <i>Les obstacles à l'accès et à l'analyse de l'information sur la santé au Canada</i>	George Kephart (novembre 2002)
• <i>Outils d'échange des connaissances : exploration des pratiques exemplaires dans la recherche en politiques</i>	ICIS (octobre 2002)
• <i>Le chemin à parcourir : une consultation pancanadienne sur les priorités en matière de santé publique et des populations</i>	ICIS et IRSC (mai 2002)
• <i>Réunion de partenariat : rapport de l'ISPC</i>	ICIS (mars 2002)
• <i>Analyse de la conjecture des stratégies de transfert de la recherche</i>	ICIS (février 2001)

Annexes

Annexe A. Exemples des différentes façons d'envisager la santé mentale

Figure 1

Continuum de la santé mentale²²



Figure 2

Modèle à deux continuums^{23, 24}

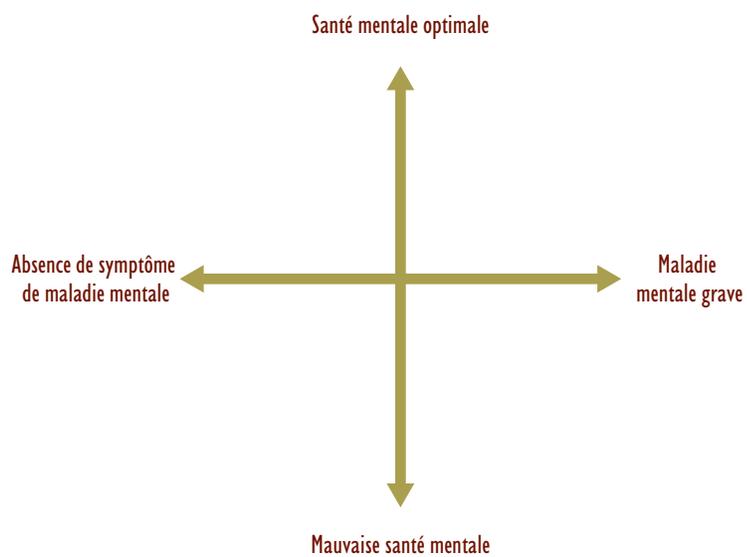
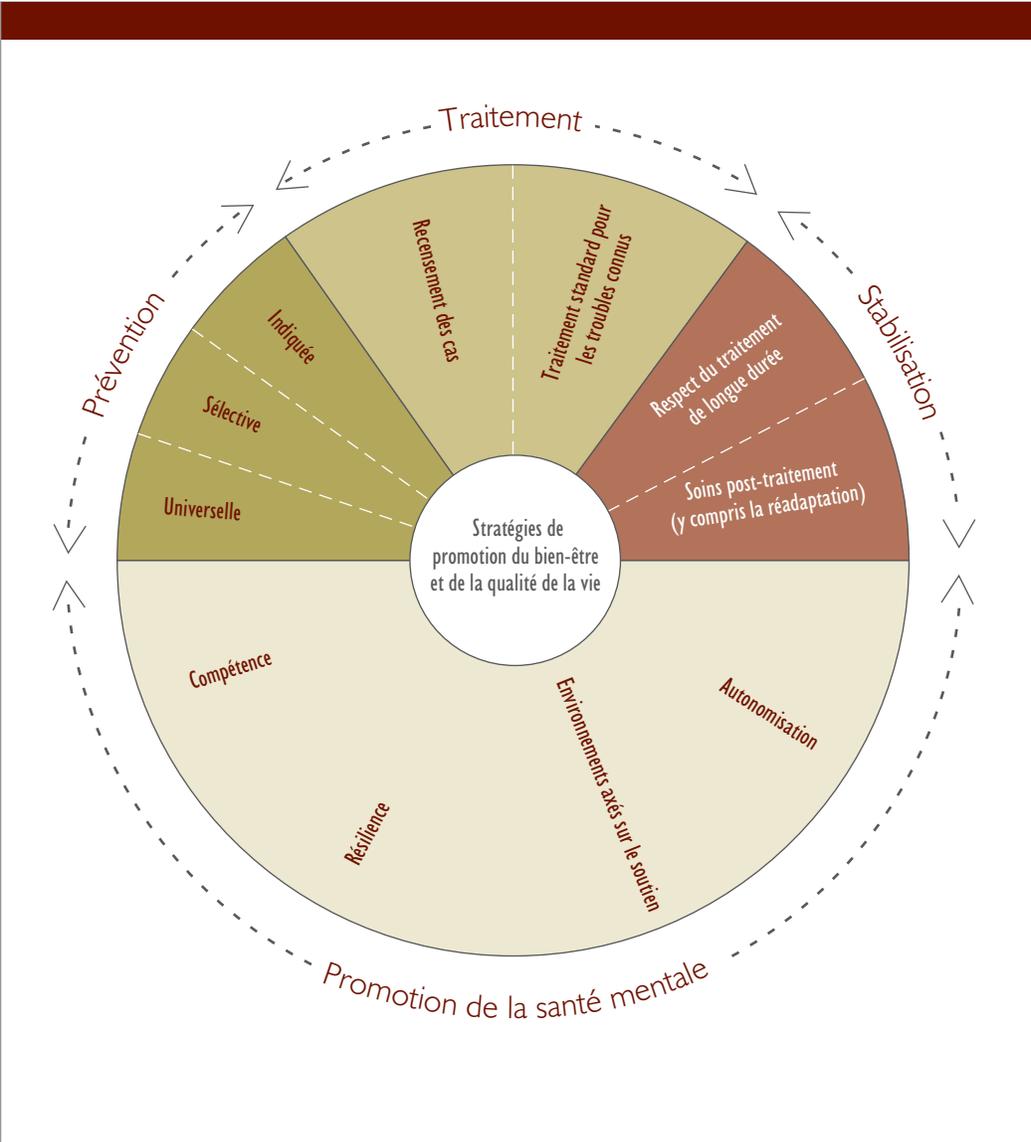


Figure 3
Promotion du bien-être et de la qualité de la vie²⁵



Annexe B. Pourcentage de répondants présentant des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive selon les caractéristiques sociales et démographiques, population de 15 ans et plus, 2002

Pourcentage de répondants présentant des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive selon les caractéristiques sociales et démographiques, population de 15 ans et plus, 2002					
	Aptitude à jouir de la vie	Capacité d'adaptation	Bien-être émotionnel	Valeurs spirituelles	Appartenance sociale
Région métropolitaine de recensement					
St. John's (T.-N.-L.)	45 %	32 %	29 %	29 %	53 %
Halifax (N.-É.)	32 %	26 %	23 %	30 %	51 %
Saint John (N.-B.)	35 %	20 %	25 %	31 %	48 %
Saguenay (Chicoutimi) (Qc)	20 %	23 %	26 %	33 %	49 %
Ville de Québec (Qc)	28 %	21 %	30 %	31 %	52 %
Sherbrooke (Qc)	26 %	25 %	28 %	30 %	49 %
Trois-Rivières (Qc)	29 %	28 %	35 %	31 %	55 %
Montréal (Qc)	28 %	29 %	29 %	31 %	51 %
Ottawa-Gatineau (Ont.)	31 %	25 %	25 %	31 %	43 %
Oshawa (Ont.)	30 %	24 %	23 %	29 %	46 %
Toronto (Ont.)	27 %	21 %	20 %	37 %	41 %
Hamilton (Ont.)	27 %	24 %	19 %	33 %	37 %
St. Catharines-Niagara (Ont.)	34 %	29 %	24 %	39 %	51 %
Kitchener (Ont.)	27 %	18 %	19 %	30 %	36 %
London (Ont.)	35 %	28 %	23 %	32 %	43 %
Windsor (Ont.)	36 %	28 %	32 %	35 %	59 %
Sudbury (Ont.)	38 %	21 %	23 %	33 %	49 %
Thunder Bay (Ont.)	30 %	30 %	22 %	28 %	44 %
Winnipeg (Man.)	31 %	22 %	22 %	35 %	43 %
Saskatoon (Sask.)	27 %	21 %	23 %	28 %	40 %
Regina (Sask.)	27 %	22 %	16 %	36 %	37 %
Edmonton (Alb.)	29 %	22 %	21 %	30 %	39 %
Calgary (Alb.)	27 %	23 %	20 %	37 %	40 %
Vancouver (C.-B.)	27 %	23 %	16 %	31 %	36 %
Victoria (C.-B.)	26 %	27 %	17 %	33 %	34 %
Province					
Colombie-Britannique	28 %*	23 %	18 %*	31 %*	38 %*
Alberta	30 %	23 %	22 %*	34 %	42 %*
Saskatchewan	34 %*	20 %*	24 %	35 %	44 %
Manitoba	32 %	21 %*	22 %	36 %*	44 %
Ontario	31 %	23 %	23 %*	34 %*	44 %*
Québec	29 %*	27 %*	30 %*	31 %*	52 %*
Nouveau-Brunswick	36 %*	18 %*	26 %	34 %	53 %*
Nouvelle-Écosse	33 %*	22 %	23 %	31 %	49 %*
Île-du-Prince-Édouard	34 %*	17 %*	25 %	34 %	46 %
Terre-Neuve-et-Labrador	43 %*	25 %	30 %*	30 %	55 %*
Canada [†]	30 %	24 %	24 %	33 %	45 %

Pourcentage de répondants présentant des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive selon les caractéristiques sociales et démographiques, population de 15 ans et plus, 2002 (suite)

	Aptitude à jouir de la vie	Capacité d'adaptation	Bien-être émotionnel	Valeurs spirituelles	Appartenance sociale
Groupe d'âge					
15 à 19	22 %*	17 %	12 %*	17 %*	35 %*
20 à 29	24 %*	22 %	14 %*	20 %*	39 %*
30 à 39	26 %*	24 %*	19 %*	29 %*	39 %*
40 à 49	29 %*	25 %*	23 %*	33 %*	44 %*
50 à 59	36 %	26 %*	31 %*	40 %*	49 %*
60 à 69	43 %*	26 %*	39 %	46 %*	59 %
70 à 79	40 %*	23 %	36 %	46 %*	62 %
80 et plus [†]	35 %	20 %	36 %	51 %	60 %
Sexe					
Hommes	30 %	26 %*	26 %*	26 %*	42 %*
Femmes [†]	31 %	21 %	22 %	39 %	49 %
Situation d'emploi					
Salariés	28 %*	23 %*	21 %*	28 %*	42 %
Travailleurs autonomes [†]	34 %	32 %	28 %	34 %	44 %
Type d'emploi					
Temps plein	30 %	25 %*	23 %*	28 %*	42 %
Temps partiel [†]	28 %	21 %	17 %	31 %	43 %
Sécurité d'emploi					
Grande sécurité d'emploi	32 %*	26 %*	24 %*	29 %*	44 %*
Sécurité d'emploi précaire [†]	22 %	21 %	17 %	29 %	36 %
Formation (la plus élevée du ménage)					
Études secondaires non terminées [†]	35 %	20 %	31 %	39 %	55 %
Études secondaires ou études postsecondaires partielles	31 %*	23 %*	24 %*	29 %*	46 %*
Diplôme d'études postsecondaires	30 %*	25 %*	23 %*	32 %*	44 %*
Revenu					
Revenu élevé [†]	32 %	27 %	25 %	28 %	43 %
Revenu moyen supérieur	30 %	24 %*	24 %	32 %*	46 %*
Revenu moyen inférieur	30 %	22 %*	25 %	38 %*	49 %*
Faible revenu	26 %*	21 %*	22 %*	41 %*	47 %*
État matrimonial					
Personnes mariées [†]	35 %	25 %	28 %	37 %	48 %
Personnes vivant en union de fait	26 %*	25 %	22 %*	19 %*	43 %*
Personnes veuves, divorcées ou séparées	31 %*	25 %	28 %	42 %*	53 %*
Personnes célibataires	23 %*	20 %*	15 %*	23 %*	38 %*
Conditions de logement (répondants adultes)					
Personnes hors famille vivant seules [†]	29 %	24 %	26 %	37 %	50 %
Personnes hors famille vivant avec d'autres personnes	26 %	22 %	17 %*	30 %*	43 %*
Couples	37 %*	25 %	32 %*	35 %*	52 %*
Couples avec enfants	31 %	25 %	24 %*	33 %*	43 %*
Familles monoparentales	24 %*	25 %	21 %*	39 %	44 %*

Pourcentage de répondants présentant des résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive selon les caractéristiques sociales et démographiques, population de 15 ans et plus, 2002 (suite)					
	Aptitude à jour de la vie	Capacité d'adaptation	Bien-être émotionnel	Valeurs spirituelles	Appartenance sociale
Origine culturelle ou raciale					
Blancs [†]	31 %	24 %	25 %	30 %	46 %
Noirs	38 %	34 %*	32 %*	66 %*	45 %
Autochtones (hors réserve : Indien de l'Amérique du Nord, Métis ou Inuit)	37 %	17 %*	21 %	36 %	49 %
Sud-Asiatiques (Indien d'Asie, Pakistanais, Sri Lankais)	26 %*	21 %	20 %*	54 %*	48 %
Chinois	16 %*	14 %*	11 %*	24 %*	31 %*
Statut d'immigration					
Immigrants [†]	30 %	22 %	25 %	45 %	44 %
Non immigrants	31 %	25 %*	24 %	29 %*	46 %
Participation aux offices religieux					
Au moins une fois par mois	35 %*	23 %	29 %*	66 %*	50 %*
Moins d'une fois par mois [†]	29 %	24 %	23 %	20 %	46 %
Sentiment d'appartenance à la collectivité					
Grand	35 %*	26 %*	27 %*	37 %*	49 %*
Faible [†]	24 %	21 %	20 %	26 %	40 %
Types de soutien disponible					
Soutien affectif : presque toujours pas toujours [†]	36 %*	27 %*	28 %*	34 %*	51 %*
	17 %	17 %	15 %	29 %	33 %
Soutien concret : presque toujours pas toujours [†]	34 %*	26 %*	27 %*	32 %	48 %*
	21 %	19 %	17 %	33 %	38 %
	Remarques * Significativement différent du groupe de référence à $p < 0,05$. † Groupe de référence.				

Annexe C. Cotes ajustées de déclaration de résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive selon certaines caractéristiques, population de 15 ans et plus, 2002

Caractéristiques du modèle	Résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive						
	Aptitude à jouir de la vie	Capacité d'adaptation	Bien-être émotionnel	Valeurs spirituelles	Appartenance sociale	Bien-être psychologique	Satisfaction à l'égard de la vie
Province							
Colombie-Britannique	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Alberta	0,65	0,71	0,76	1,14	0,63	0,80	1,09
Saskatchewan	0,71	0,85	0,79	1,26	0,80	0,81	1,05
Manitoba	0,69	0,67	0,85	1,23	0,91	0,94	0,91
Ontario	0,56	1,14	1,15	1,59	0,89	0,87	1,04
Québec	0,62	0,88	0,74	1,51	0,66	0,75	0,88
Nouveau-Brunswick	0,67	0,77	0,72	1,61	0,61	0,73	1,17
Nouvelle-Écosse	0,66	0,71	0,81	1,45	0,61	0,82	0,77
Île-du-Prince-Édouard	0,70	0,94	0,80	1,90	0,64	0,79	0,93
Terre-Neuve-et-Labrador	0,56	0,92	0,61	1,57	0,50	0,64	0,87
Groupe d'âge							
15 à 19	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
20 à 29	1,27	1,46	1,27	1,79	1,23	1,32	0,92
30 à 39	1,27	1,77	1,66	2,67	1,25	1,36	0,75
40 à 49	1,51	1,74	2,23	3,45	1,53	1,70	0,73
50 à 59	2,07	1,96	3,21	4,43	1,89	2,38	0,70
60 à 69	2,41	1,89	4,11	4,76	2,33	2,96	0,95
70 à 79	2,16	1,63	3,82	4,70	2,70	2,65	1,01
80 et plus	1,93	1,49	3,93	5,67	2,49	2,04	1,42
Formation							
Études secondaires non terminées	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Études secondaires ou études postsecondaires partielles	0,91	1,15	1,04	1,06	0,96	0,93	0,97
Diplôme d'études postsecondaires	0,80	1,16	0,94	1,19	0,86	0,89	1,01
Revenu							
Revenu élevé	1,12	1,09	0,97	0,56	0,88	1,07	1,79
Revenu moyen supérieur	1,08	0,96	0,93	0,67	0,91	1,03	1,23
Revenu moyen inférieur	1,06	0,95	1,00	0,78	1,00	1,07	1,06
Faible revenu	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Sexe							
Femmes	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Hommes	0,98	1,24	1,26	0,61	0,73	1,11	0,87
État matrimonial							
Personnes célibataires	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Personnes vivant en union de fait	1,12	1,07	1,17	0,79	1,01	1,14	1,27
Personnes veuves, divorcées ou séparées	1,16	1,38	1,37	0,98	1,11	1,18	0,92
Personnes mariées	1,28	1,06	1,25	0,90	0,99	1,22	1,72

Cotes ajustées de déclaration de résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive selon certaines caractéristiques, population de 15 ans et plus, 2002

Cotes ajustées de déclaration de résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive selon certaines caractéristiques, population de 15 ans et plus, 2002 (suite)

Caractéristiques du modèle	Résultats élevés au chapitre de la santé mentale positive						
	Aptitude à jour de la vie	Capacité d'adaptation	Bien-être émotionnel	Valeurs spirituelles	Appartenance sociale	Bien-être psychologique	Satisfaction à l'égard de la vie
Origine culturelle ou raciale							
Blancs	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Autochtones (hors réserve : Indien de l'Amérique du Nord, Métis ou Inuit)	2,35	0,91	1,17	1,70	1,59	1,27	1,51
Noirs	1,59	1,42	1,83	4,95	0,96	1,48	0,70
Chinois	0,51	0,60	0,50	1,50	0,58	0,58	0,63
Sud-Asiatiques (Indien d'Asie, Pakistanais, Sri Lankais)	0,64	0,88	0,73	0,87	1,10	0,63	0,89
Autre ou origines multiples	1,20	0,99	1,15	2,16	1,22	1,23	0,80
Appartenance à la collectivité							
Faible	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Grand	1,41	1,22	1,27	1,30	1,27	1,51	1,46
Soutien affectif disponible							
Pas toujours	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Presque toujours	2,23	1,60	1,98	1,35	1,95	2,51	2,00
Participation aux offices religieux							
Moins d'une fois par mois	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Au moins une fois par mois	1,06	0,93	1,12	7,21	0,99	1,07	1,15
Maladie mentale autodéclarée							
Oui	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Non	1,99	1,61	2,13	0,87	1,40	2,23	1,76
Autoévaluation de la santé physique							
Passable ou mauvaise	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Bonne	1,36	1,20	1,49	0,82	1,00	1,70	1,28
Très bonne	1,67	1,58	1,82	0,90	1,08	2,39	2,61
Excellente	2,87	3,32	3,37	0,96	1,54	4,44	4,42
Degré de stress							
Élevé	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Modéré	1,15	0,55	1,05	0,84	1,13	1,35	1,44
Faible	2,00	0,75	1,92	0,83	1,69	2,45	2,57

Remarque
Les rapports de cotes ajustés qui sont en gris sont significativement différents du groupe de référence (1,00) à $p < 0,05$.

Références

1. R. S. Murthy et coll., *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2001.
2. Organisation mondiale de la Santé, *Mental Health: Strengthening Mental Health Promotion*, Genève (Suisse), OMS, p. 1. Aide-mémoire no 220.
3. Agence de la santé publique du Canada, *The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada 2006*, Ottawa (Ont.), Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada, 2006.
4. Cabinet du Premier ministre, *Prime Minister Launches National Mental Health Commission* (en ligne), 2007. Consulté le 29 novembre 2007. Internet : <<http://pm.gc.ca/eng/media.asp?id=1806>>.
5. Agence de la santé publique du Canada, *The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada 2006*, Ottawa (Ont.), Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada, 2006.
6. Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Out of the Shadows at Last – Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada*, Ottawa (Ont.), le Sénat, 2006.
7. Institut canadien d'information sur la santé, *The Canadian Population Health Initiative Action Plan 2007–2010*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2006.
8. N. Joubert et J. Raeburn, « Mental Health Promotion: People, Power and Passion », *International Journal of Mental Health Promotion*, (septembre 1998), p. 15-22.
9. E. Jane-Llopis et coll., « Mental Health Promotion Works: A Review », *Promotion & Education*, vol. 13, suppl. 2 (2005), p. 9-25.
10. Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens : santé mentale et itinérance*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2007.
11. Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens : santé mentale, délinquance et activité criminelle*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.
12. Statistique Canada, *Self-Rated Mental Health, by Age Group and Sex, Household Population Aged 12 and over, (CCHS 3.1, January to June 2005), Canada, Provinces and Health Regions (June 2005 Boundaries), Every 2 Years* (source : CCHS 3.1, 2005), Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2005. Tableau CANSIM 105 0321.
13. Decima Research, *Public Views on Mental Health and Resilience 2007 Public Opinion Survey*, Ottawa (Ont.), Institut canadien d'information sur la santé, 2008.

14. Ministère de la santé nationale et du bien-être social, *Mental Health for Canadians: Striking a Balance*, Ottawa (Ont.), Ministère des Approvisionnement et Services Canada, 1988.
15. Santé Canada, *The Proceedings of a Workshop on Mental Health Promotion*, University of Toronto, the Centre for Health Promotion and Health Canada and the Mental Health Promotion Unit (éd.), Ottawa (Ont.), Santé Canada, 1997.
16. T. Stephens et N. Joubert, « The Economic Burden of Mental Health Problems in Canada », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 22, n° 1 (2001), p. 18-23.
17. K.-L. Lim et coll., « A New Population-Based Measure of the Economic Burden of Mental Illness in Canada », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 28, n° 3 (2008), p. 92-98.
18. M. A. Chesney et coll., « Positive Emotions: Exploring the Other Hemisphere in Behavioral Medicine », *International Journal of Behavioral Medicine*, vol. 12, n° 2 (2005), p. 50-58.
19. B. Raphael, M. Schmolke et S. Wooding, « Links Between Mental and Physical Health and Illness », *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*, H. Herrman, S. Saxena et R. Moodie (éd.), Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2005, p. 132-145.
20. Statistique Canada, *Self-Rated Health* (en ligne), Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2006. Consulté le 10 juin 2008. Internet : <http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.EXE?Lang=E&ArrayId=01050422&Array_Pick=1&Detail=1&ResultTemplate=CII/CII___&RootDir=CII/&TblDetail=1&C2SUB=HEALTH>.
21. Organisation mondiale de la Santé, *Mental Health: Strengthening Mental Health Promotion* (en ligne), Genève (Suisse), OMS, 2001. Internet : <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>>.
22. Alberta Health and Wellness, *Positive Futures—Optimizing Mental Health for Alberta's Children and Youth: A Framework for Action (2006–2016)*, Edmonton (Alb.), Alberta Health and Wellness, septembre 2006.
23. C. Lakaski, « Operationalizing Mental Health for Population Mental Health Promotion », Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada, 2006. Non publié.
24. Association canadienne pour la santé mentale, « Mental Health Promotion: Issues, Opportunities and Resources », septembre 2006, p. 1-30. Non publié.
25. M. Barry, « Promoting Positive Mental Health: Theoretical Frameworks for Practice », *International Journal of Mental Health Promotion*, vol. 3, n° 1 (2001), p. 25-34.
26. A. L. Duckworth, T. A. Steen et M. E. P. Seligman, « Positive Psychology in Clinical Practice », *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 1 (2005), p. 629-651.
27. M. E. Seligman et M. Csikszentmihalyi, « Positive Psychology. An Introduction », *American Psychologist*, vol. 55, n° 1 (2000), p. 5-14.

28. M. E. P. Seligman, *Authentic Happiness*, New York (New York), The Free Press, 2002.
29. C. Peterson et M. E. P. Seligman, *Character Strengths and Virtues*, New York (New York), Oxford University Press, 2004.
30. N. Park, C. Peterson et M. E. P. Seligman, « Character Strengths in Fifty-Four Nations and the Fifty US States », *The Journal of Positive Psychology*, vol. 1, n° 3 (2006), p. 118-129.
31. C. L. M. Keyes, « The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 43, n° 2 (2002), p. 207-222.
32. C. L. M. Keyes, « Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 73, n° 3 (2005), p. 539-548.
33. Mental Health Working Group, *Mental Wellness Framework: A Discussion Document for Comprehensive Culturally Appropriate Mental Health Services in First Nations and Inuit Communities*, Assemblée des Premières Nations (éd.), Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2002, p. 1.
34. Mental Health Working Group, *Mental Wellness Framework: A Discussion Document for Comprehensive Culturally Appropriate Mental Health Services in First Nations and Inuit Communities*, Assemblée des Premières Nations (éd.), Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2002.
35. N. Joubert et J. Raeburn, « Mental Health Promotion: People, Power and Passion », *International Journal of Mental Health Promotion* (septembre 1998), p. 16.
36. E. Lahtinen et coll., « Strategies for Promoting the Mental Health of Populations », dans *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*, H. Herrman, S. Saxena et R. Moodie, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2005, p. 226-242.
37. W. J. Mussell, *Warrior-Caregivers: Understanding the Challenges and Healing of First Nations Men* (en ligne), Ottawa (Ont.), Aboriginal Healing Foundation, 2005. Consulté le 21 mai 2008. Internet : <<http://www.ahf.ca/publications/research-series>>.
38. L. Kirmayer, C. Simpson et M. Cargo, « Healing Traditions: Culture, Community and Mental Health Promotion With Canadian Aboriginal Peoples », *Australasian Psychiatry*, vol. 11, suppl. (2003), p. S15-S23.
39. S. Lyubomirsky, K. M. Sheldon et D. Schkade, « Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change », *Review of General Psychology*, vol. 9, n° 2 (2005), p. 111-131.
40. S. M. Suldo et E. S. Heubner, « Is Extremely High Life Satisfaction During Adolescence Advantageous? », *Social Indicators Research*, vol. 78 (2006), p. 179-203.
41. E. Diener, « Subjective Well-Being, the Science of Happiness and a Proposal for a National Index », *The American Psychologist*, vol. 55, n° 1 (2000), p. 34-43.

42. R. A. Easterlin, « Life Cycle Happiness and Its Sources: Intersections of Psychology, Economics, and Demography », *Journal of Economic Psychology*, vol. 27, n° 4 (2006), p. 463-482.
43. K. M. DeNeve et H. Cooper, « The Happy Personality: A Meta-Analysis of 137 Personality Traits and Subjective Well-Being », *Psychological Bulletin*, vol. 124, n° 2 (1998), p. 197-229.
44. E. Diener et M. E. P. Seligman, « Very Happy People », *Psychological Science*, vol. 13, n° 1 (2002), p. 81-84.
45. U. Schimmack et coll., « Personality and Life Satisfaction: A Facet-Level Analysis », *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 30, n° 8 (2004), p. 1062-1075.
46. E. C. Chang, « Optimism-Pessimism and Stress Appraisal: Testing a Cognitive Interactive Model of Psychological Adjustment in Adults », *Cognitive Therapy and Research*, vol. 26, n° 5 (2002), p. 675-690.
47. D. M. Isaacowitz, « Correlates of Well-Being in Adulthood and Old Age: A Tale of Two Optimisms », *Journal of Research in Personality*, vol. 39, n° 2 (2005), p. 224-244.
48. B. J. Crowley, B. Hayslip, Jr. et J. Hobdy, « Psychological Hardiness and Adjustment to Life Events in Adulthood », *Journal of Adult Development*, vol. 10, n° 4 (2003), p. 237-248.
49. M. F. Valle, E. S. Huebner et S. M. Suldo, « An Analysis of Hope as a Psychological Strength », *Journal of School Psychology*, vol. 44, n° 5 (2006), p. 393-406.
50. F. Fujita et E. Diener, « Life Satisfaction Set Point: Stability and Change », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 88, n° 1 (2005), p. 158-164.
51. R. Inglehart et coll., « Development, Freedom and Rising Happiness: A Global Perspective (1981–2007) », *Perspectives on Psychological Science*, vol. 3, n° 4 (2008), p. 264-285.
52. J. F. Helliwell, « How's Life? Combining Individual and National Variables to Explain Subjective Well-Being », *Economic Modelling*, vol. 20 (2003), p. 331-360.
53. M. Haller et M. Hadler, « How Social Relations and Structures Can Produce Happiness and Unhappiness: An International Comparative Analysis », *Social Indicators Research*, vol. 75, n° 2 (2006), p. 169-216.
54. J. F. Helliwell et R. D. Putnam, « The Social Context of Well-Being », *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, vol. 359, n° 1449 (2004), p. 1435-1446.
55. A. E. Barrett, « Social Support and Life Satisfaction Among the Never Married: Examining the Effects of Age », *Research on Aging*, vol. 21, n° 1 (1999), p. 46-72.

56. A. Milan, « Taking Charge: Perceptions of Control over Life Chances », *Canadian Social Trends* (en ligne) (été 2006), p. 10-15. Consulté le 26 mai 2008. Internet : http://www.statcan.ca/english/freepub/11-008-XIE/2006001/PDF/mastery_81.pdf.
57. D. G. Blanchflower et A. J. Oswald, « Well-Being Over Time in Britain and the USA », *Journal of Public Economics*, vol. 88 (2004), p. 1359-1386.
58. E. W. Dunn, L. B. Akin et M. I. Norton, « Spending Money on Others Promotes Happiness », *Science*, vol. 319, n° 5870 (2008), p. 1687-1688.
59. A. Deaton, *Income, Aging, Health and Wellbeing Around the World: Evidence From the Gallup World Poll*, Princeton (New Jersey), Princeton University, Center for Health and Wellbeing, 2007.
60. E. Diener et coll., « Subjective Well-Being: Three Decades of Progress », *Psychological Bulletin*, vol. 125, n° 2 (1999), p. 276-302.
61. K. Williams, « Has the Future of Marriage Arrived? A Contemporary Examination of Gender, Marriage, and Psychological Well-Being », *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 44, n° 4 (2003), p. 470-487.
62. S. M. Suldo et E. S. Huebner, « The Role of Life Satisfaction in the Relationship Between Authoritative Parenting Dimensions and Adolescent Problem Behavior », *Social Indicators Research*, vol. 66, n° 1-2 (2004), p. 165-195.
63. K. Rask et coll., « Adolescent Subjective Well-Being and Family Dynamics », *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 17, n° 2 (2003), p. 129-138.
64. R. B. Wilkinson et W. A. Walford, « Attachment and Personality in the Psychological Health of Adolescents », *Personality and Individual Differences*, vol. 31, n° 4 (2001), p. 473-484.
65. P. A. Thoits et L. N. Hewitt, « Volunteer Work and Well-Being », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 42, n° 2 (2001), p. 115-131.
66. R. A. Emmons et M. E. McCullough, « Counting Blessings Versus Burdens: An Experimental Investigation of Gratitude and Subjective Well-Being in Daily Life », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 84, n° 2 (2003), p. 377-389.
67. B. E. Compas et coll., « Coping With Stress During Childhood and Adolescence: Problems, Progress, and Potential in Theory and Research », *Psychological Bulletin*, vol. 127, n° 1 (2001), p. 87-127.
68. R. S. Lazarus et S. Folkman, *Stress, Appraisal and Coping*, New York (New York), Springer Publishing Company, 1984.
69. P. Austen, *The Story of the Community of West Carleton: How the Community Helpers Program Evolved From a Community's Experience With Youth Suicide*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2003.

70. R. Lyons et coll., « Coping as a Communal Process », *Journal of Social and Personal Relationships*, vol. 15, n° 5 (1998), p. 579-605.
71. M. Stewart et coll., *A Study of Resiliency in Communities*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 1999.
72. C. Mangham et coll., *Resiliency: Relevance to Health Promotion – Detailed Analysis* (en ligne), Ottawa (Ont.), Ministère des Approvisionnement et Services et Santé Canada, 1995, p. 2. Consulté le 27 octobre 2004. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/adp-apd/index_e.html>.
73. A. S. Masten et coll., « Resources and Resilience in the Transition to Adulthood: Continuity and Change », *Development and Psychopathology. Special Issue: Transition From Adolescence to Adulthood*, vol. 16, n° 4 (2004), p. 1071-1094.
74. S. Luthar, D. Cicchetti et B. Becker, « The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work », *Child Development*, vol. 71, n° 3 (2000), p. 543-562.
75. S. Fergus et M. A. Zimmerman, « Adolescent Resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk », *Annual Reviews Public Health*, vol. 26 (2005), p. 399-419.
76. S. J. Condly, « Resilience in Children: A Review of Literature With Implications for Education », *Urban Education*, vol. 41, n° 3 (2006), p. 211-236.
77. C. Mangham et coll., « Definition and Theoretical Issues », *Resiliency: Relevance to Health Promotion – Detailed Analysis* (en ligne), Ottawa (Ont.), Ministère des Approvisionnement et Services et Santé Canada, 1995, p. 2. Consulté le 27 octobre 2004. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/adp-apd/index_e.html>.
78. M. Rutter, « Resilience Concepts and Findings: Implications for Family Therapy », *Journal of Family Therapy*, vol. 21 (1999), p. 119-144.
79. M. Ungar, « Resilience across Cultures », *British Journal of Social Work*, vol. 38 (2008), p. 218-235.
80. M. Ungar et coll., « Unique Pathways to Resilience Across Cultures », *Adolescence*, vol. 42, n° 166 (2007), p. 287-309.
81. L. A. King, « The Hard Road to the Good Life: The Happy, Mature Person », *Journal of Humanistic Psychology*, vol. 41, n° 1 (2001), p. 51-72.
82. V. E. O’Leary et J. R. Ickovics, « Resilience and Thriving in Response to Challenge: An Opportunity for a Paradigm Shift in Women’s Health », *Women’s Health: Research on Gender, Behavior and Policy*, vol. 1, n° 2 (1995), p. 121-142.
83. C. S. Carver, « Resilience and Thriving: Issues, Models, and Linkages », *Journal of Social Issues*, vol. 54, n° 2 (1998), p. 245-266.

84. O. P. John et J. J. Gross, « Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: Personality Processes, Individual Differences, and Life Span Development », *Journal of Personality*, vol. 72, n° 6 (2004), p. 1301-1333.
85. J. D. Mayer et P. Salovey, « What Is Emotional Intelligence? », *Emotional Development and Emotional Intelligence Educational Implications*, P. Salovey et D. J. Sluyter (éd.), New York (New York), Basic Books, 1997, p. 3-31.
86. J. Coyle, « Spirituality and Health: Towards a Framework for Exploring the Relationship Between Spirituality and Health », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 37, n° 6 (2002), p. 589-597.
87. R. E. Ingersoll, « Spirituality, Religion, and Counseling: Dimensions and Relationships », *Counseling and Values*, vol. 38 (1994), p. 98-111.
88. S. Hodges, « Mental Health, Depression, and Dimensions of Spirituality and Religion », *Journal of Adult Development*, vol. 9, n° 2 (2002), p. 109-115.
89. L. Chiu et coll., « An Integrative Review of the Concept of Spirituality in the Health Sciences », *Western Journal of Nursing Research*, vol. 26, n° 4 (2004), p. 405-428.
90. H. Herrman, S. Saxena et R. Moodie (éd.), *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la santé, 2005.
91. B. Jo Lohman et P. A. Jarvis, « Adolescent Stressors, Coping Strategies, and Psychological Health Studied in the Family Context », *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 29, n° 1 (2000), p. 15-43.
92. Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des jeunes Canadiens*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2005.
93. G. Lowe et G. Schellenberg, *What's a Good Job? The Importance of Employment Relationships*, C. P. R. (éd.), Ottawa (Ont.), Renouf Publishing, 2001.
94. M. Shields, « Community Belonging and Self-Perceived Health », *Health Reports*, vol. 19, n° 2 (2008), p. 1-9.
95. R. Labonte, *Mental Health Is Our Collective Wealth – A Discussion Paper* (en ligne), 2005. Consulté le 17 juillet 2008. Internet : <<http://www.uregina.ca/spheru/PDF%20Files/mental%20health%20paper.pdf>>.
96. R. Veenhoven, « Happy Life-Expectancy: A Comprehensive Measure of Quality of Life in Nations », In *Social Indicators Research*, (1996), p.1-58.
97. NHS Health Scotland et Scottish Executive, *Establishing National Mental Health and Well-Being Indicators for Scotland*, Health Scotland, 2006, p. 1-6.

98. NHS Health Scotland et Scottish Executive, *Measuring Positive Mental Health: Developing a New Scale*, Health Scotland, 2006, p. 1-6.
99. J. Korkeila et coll., « Establishing a Set of Mental Health Indicators for Europe », *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 31, n° 6 (2003), p. 451-459.
100. V. Lehtinen, B. Sohlman et V. Kovess-Masfety, « Level of Positive Mental Health in the European Union: Results From the Eurobarometer 2002 Survey », *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* (en ligne), vol. 1 (2005), p. 9. Internet : <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1188064>>.
101. T. Stephens, C. Dulberg et N. Joubert, « Mental Health of the Canadian Population: A Comprehensive Analysis », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 20, n° 3 (2000), p. 118-126.
102. Institut canadien d'information sur la santé, *Le Projet des indicateurs de la santé : les cinq prochaines années — Rapport de la deuxième Conférence consensuelle sur les indicateurs de la santé de la population*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2005.
103. Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2006.
104. Statistique Canada, *Canadian Community Health Survey (CCHS) Cycle 1.1 Derived Variable (DV) Specifications*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2000.
105. Statistique Canada, *Canadian Community Health Survey Cycle 1.2 Mental Health and Well-Being: Questionnaire and Reporting Guide*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2003.
106. Statistique Canada, *Canadian Community Health Survey Cycle 3.1: Final Questionnaire*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2005.
107. Statistique Canada, *Mental Health and Well-Being Profile, Canadian Community Health Survey (CCHS), by Age Group and Sex, Canada and Provinces, Occasional* (source : CCHS 1.2), Ottawa (Ont.), 2002. Tableau CANSIM 105-1100.
108. J. B. Nezlek et M. R. Allen, « Social Support as a Moderator of Day-to-Day Relationships Between Daily Negative Events and Daily Psychological Well-Being », *European Journal of Personality*, vol. 20, n° 1 (2006), p. 53-68.
109. N. Krause, « Lifetime Trauma, Emotional Support, and Life Satisfaction Among Older Adults », *The Gerontologist*, vol. 44, n° 5 (2004), p. 615-623.
110. T. E. Seeman et coll., « Social Relationships, Social Support, and Patterns of Cognitive Aging in Healthy, High-Functioning Older Adults: MacArthur Studies of Successful Aging », *Health Psychology*, vol. 20, n° 4 (2001), p. 243-255.
111. D. C. Siebert, E. J. Mutran et D. C. Teitzes, « Friendship and Social Support: The Importance of Role Identity to Aging Adults », *Social Work*, vol. 4, n° 6 (1999), p. 522-533.

112. R. Araya et coll., « Perceptions of Social Capital and the Built Environment and Mental Health », *Social Science & Medicine*, vol. 62, n° 12 (2006), p. 3072-3083.
113. H. R. Walen et M. E. Lachman, « Social Support and Strain From Partner, Family, and Friends: Costs and Benefits for Men and Women in Adulthood », *Journal of Social and Personal Relationships*, vol. 17, n° 1 (2000), p. 5-30.
114. R. Mookerjee et K. Beron, « Gender, Religion and Happiness », *The Journal of Socio-Economics*, vol. 34, n° 5 (2005), p. 674-685.
115. V. Smye et B. Mussell, *Aboriginal Mental Health: "What Works Best" A Discussion Paper*, Vancouver (C.-B.), University of British Columbia, Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit, 2001.
116. J. F. Helliwell et H. Huang, *How's the Job? Well-Being and Social Capital in the Workplace*, Cambridge (Massachusetts), National Bureau of Economic Research, 2005.
117. Association professionnelle des cadres supérieurs de la fonction publique du Canada (APEX), *Executive Health in the Federal Public Service: Individual Health and Organizational Implications*, Ottawa (Ont.), APEX, 2005.
118. D. Comfort, K. Johnson et D. Wallace, *Part-Time Work and Family-Friendly Practices in Canadian Workplaces*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2003. N° 71 584 MIE au catalogue de Statistique Canada.
119. S. C. Danhauer, C. R. Carlson et M. A. Andrykowski, « Positive Psychosocial Functioning in Later Life: Use of Meaning-Based Coping Strategies by Nursing Home Residents », *The Journal of Applied Gerontology*, vol. 24, n° 4 (2005), p. 299-318.
120. C. Wrosch, I. Bauer et M. F. Scheier, « Regret and Quality of Life across the Adult Life Span: The Influence of Disengagement and Available Future Goals », *Psychology and Aging*, vol. 20, n° 4 (2005), p. 657-670.
121. S. Folkman, « Positive Psychological States and Coping With Severe Stress », *Social Science & Medicine*, vol. 45, n° 8 (1997), p. 1207-1221.
122. M. R. Leary et coll., « Self-Compassion and Reactions to Unpleasant Self-Relevant Events: The Implications of Treating Oneself Kindly », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 92, n° 5 (2007), p. 887-904.
123. P. S. Fry, « Religious Involvement, Spirituality and Personal Meaning for Life: Existential Predictors of Psychological Wellbeing in Community-Residing and Institutional Care Elders », *Aging & Mental Health*, vol. 4, n° 4 (2000), p. 375-387.
124. C. Wrosch et coll., « Adaptive Self-Regulation of Unattainable Goals: Goal Disengagement, Goal Reengagement, and Subjective Well-Being », *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 29, n° 12 (2003), p. 1494-1508.

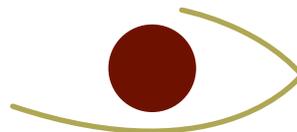
125. D. P. Yoon et E.-K. O. Lee, « The Impact of Religiousness, Spirituality, and Social Support on Psychological Well-Being Among Older Adults in Rural Areas », *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 48, n° 3-4 (2007), p. 281-298.
126. S. Folkman et J. T. Moskowitz, « Stress, Positive Emotion, and Coping », *Current Directions in Psychological Science*, vol. 9, n° 4 (2000), p. 115-118.
127. B. L. Fredrickson, « What Good Are Positive Emotions? », *Review of General Psychology*, vol. 2, n° 3 (1998), p. 300-319.
128. B. L. Fredrickson et T. Joiner, « Positive Emotions Trigger Upward Spiral toward Emotional Well-Being », *Psychological Science*, vol. 13, n° 2 (2002), p. 172-175.
129. D. Danner, D. A. Snowdon et W. V. Friesen, « Positive Emotions in Early Life and Longevity: Findings From the Nun Study », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 80, n° 5 (2001), p. 804-813.
130. G. V. Ostir et coll., « Hypertension in Older Adults and the Role of Positive Emotions », *Psychosomatic Medicine*, vol. 68, n° 5 (2006), p. 727-733.
131. L. S. Richman et coll., « Positive Emotion and Health: Going Beyond the Negative », *Health Psychology*, vol. 24, n° 4 (2005), p. 422-429.
132. Y. Benyamini et coll., « Positive Affect and Function as Influences on Self-Assessments of Health: Expanding Our View Beyond Illness and Disability », *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 55B, n° 2 (2000), p. P107-P116.
133. C. Paquet, M.-J. Kergoat et L. Dubé, « The Role of Everyday Emotion Regulation on Pain in Hospitalized Elderly: Insights From a Prospective Within-Day Assessment », *Pain*, vol. 115, n° 3 (2005), p. 355-363.
134. J. D. Mayer, R. D. Roberts et S. G. Barsade, « Human Abilities: Emotional Intelligence », *Annual Review of Psychology*, vol. 59 (2008), p. 507-536.
135. P. Wink et M. Dillon, « Religiousness, Spirituality, and Psychosocial Functioning in Late Adulthood: Findings From a Longitudinal Study », *Psychology and Aging*, vol. 18, n° 4 (2003), p. 916-924.
136. V. Sveidqvist et coll., « Who Am I, and Why Am I Here? Young People's Perspectives on the Role of Spirituality in the Promotion of Their Mental Health », *International Journal of Mental Health Promotion*, vol. 5, n° 3 (2003), p. 36-44
137. S. K. Pope et coll., « The Role of Religion and Forgiveness in the Mental Health of Arkansans Attending Senior Citizens' Centers », *Marriage & Family: A Christian Journal*, vol. 6, n° 1 (2003), p. 113-122.

138. H. G. Koenig, « Religion and Medicine II: Religion, Mental Health, and Related Behaviors », *International Journal of Psychiatry in Medicine*, vol. 31, n° 1 (2001), p. 97-109.
139. W. J. Strawbridge et coll., « Religious Attendance Increases Survival by Improving and Maintaining Good Health Behaviors, Mental Health, and Social Relationships », *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 23, n° 1 (2001), p. 68-74.
140. W. J. Strawbridge et coll., « Frequent Attendance at Religious Services and Mortality over 28 Years », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 6 (1997), p. 957-961.
141. Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens : une introduction à la santé en milieu urbain*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2006.
142. Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2004.
143. R. Massé et coll., « Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique : l'ÉMMBEP », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 89, n° 5 (1998), p. 352-357.
144. Statistique Canada, *Canadian Community Health Survey (CCHS) Cycle 1.2 Derived Variable (DV) Specifications*, Ottawa (ON), Statistique Canada, 2002.
145. Association canadienne de santé publique, « Mental Health Promotion Resource Directory », exposé présenté à la conférence intitulée Workshop on Mental Health Promotion, Toronto (Ont.), les 20 et 21 juin 1996.
146. G. Nelson, « Mental Health Policy in Canada », dans *Canadian Social Policy: Issues and Perspectives*, A. Westhues (éd.), Waterloo (Ont.), Wilfrid Laurier University Press, 2006, p. 245-260.
147. P. Sealy et P. C. Whitehead, « Forty Years of Deinstitutionalization of Psychiatric Services in Canada: An Empirical Assessment », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 49, n° 4 (2004), p. 249-257.
148. P. Goering, D. Wasylenko et J. Durbin, « Canada's Mental Health System », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 23, n° 3-4 (2000), p. 345-359.
149. Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, *Mental Health Literacy in Canada*, Guelph (Ont.), CAMIMH, 2007.
150. G. Nelson, J. Lord et J. Ochocka, « Chapter 11: Living With Change: Themes and Lessons From Shifting the Paradigm », dans *Shifting the Paradigm in Community Mental Health: Towards Empowerment and Community*, Toronto (Ont.), University of Toronto Press, 2001, p. 217-240. N° 0-8020-4823-4 au catalogue de Statistique Canada.
151. N. Joubert, « Promoting the Best of Ourselves: Mental Health Promotion in Canada », *International Journal of Mental Health Promotion*, vol. 3, n° 1 (2001), p. 35-40.

152. Agence de la santé publique du Canada, *Mental Health Promotion – Promoting Mental Health Means Promoting the Best of Ourselves* (en ligne), 2008. Consulté le 25 juin 2008. Internet : <<http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mhp-psm/index-eng.php>>.
153. Association canadienne pour la santé mentale, *Welcome to the CMHA Mental Health Promotion Tool Kit!* (en ligne), 2008. Consulté le 15 juillet 2008. Internet : <http://www.cmha.ca/mh_toolkit/intro/index.htm>.
154. Commission de la santé mentale du Canada, *The Mental Health Commission of Canada* (en ligne), 2008. Consulté le 26 août 2008. Internet : <<http://www.mentalhealthcommission.ca/mhcc-en.php>>.
155. Communication personnelle avec H. Chodos, *Mental Health Promotion as Part of National Strategy*, Mental Health Commission of Canada, le 24 septembre 2008.
156. Ministry of Health Services/Health Planning (Colombie-Britannique), *Development of a Mental Health and Addictions Information Plan for Mental Health Literacy 2003–2005* (en ligne), Victoria (C.-B.), Mental Health and Addictions, Ministry of Health Services, 2003. Consulté le 4 février 2003. Internet : <<http://www.healthservices.gov.bc.ca/mhd/pdf/infoplan.pdf>>.
157. Alberta Mental Health Board, *Advancing the Mental Health Agenda: A Provincial Mental Health Plan for Alberta*, Edmonton (Alb.), AMHB, 2004.
158. Santé et Services sociaux Québec, *Plan d'action en santé mentale: la force des liens 2005-2010*, Québec (Qc), 2005.
159. Government of Newfoundland and Labrador, *Working Together for Mental Health: A Provincial Policy Framework for Mental Health and Addictions Services in Newfoundland and Labrador*, St. John's (T.-N.-L.), 2005.
160. Nunavut Health and Social Services, *Social Services Within Nunavut*, Nunavut, 2006.
161. British-Columbia Ministry of Health Services, Population Health and Wellness, *A Framework for Core Functions in Public Health*, Colombie-Britannique, Ministry of Health Services, 2005.
162. *Healthier Places to Live, Work and Play – A Population Health Promotion Strategy For* (en ligne), Regina (Sask.), Government of Saskatchewan, 2004. Internet : <<http://www.health.gov.sk.ca/phb-promotion-strategy>>.
163. New Brunswick Wellness and Culture and Sport, *New Brunswick Wellness Strategy*, Nouveau-Brunswick, 2006.
164. Nova Scotia Health, *Our Peace of Mind: Mental Health Promotion, Prevention and Advocacy Strategy and Framework for Nova Scotia*, Nouvelle-Écosse, 2004.
165. Organisation mondiale de la Santé, *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference for Health Promotion*, Genève (Suisse), OMS, 1986.

166. Clifford Beers Foundation, *The Clifford Beers Foundation* (en ligne), 2007. Consulté le 6 août 2008. Internet : <<http://www.cliffordbeersfoundation.co.uk/>>.
167. H. Keleher et R. Armstrong, *Evidence-Based Mental Health Promotion Resource* (en ligne), Melbourne (Australie), Victorian Government Department of Human Services, 2005. Consulté le 26 mai 2008. Internet : <http://www.health.vic.gov.au/healthpromotion/downloads/mental_health_resource.pdf>.
168. M. Barry et L. Friedli, *Mental Capital and Wellbeing: Making the Most of Ourselves in the 21st Century*, Royaume-Uni, The Government Office for Science, septembre 2008.
169. E. Jane-Llopis et M. M. Barry, « What Makes Mental Health Promotion Effective? », *Promotion & Education*, vol. 13, suppl. 2 (2005), p. 47-70.
170. Nobody's Perfect, *Nobody's Perfect Program Description* (en ligne), Winnipeg (Man.), 2006. Consulté le 7 août 2008. Internet : <http://www.nobodysperfect.ca/np_e/about_description.html>.
171. G. Chislett et D. J. Kennett, « The Effects of the Nobody's Perfect Program on Parenting Resourcefulness and Competency », *Journal of Child and Family Studies*, vol. 16 (2006), p. 473-482.
172. Santé Canada, *Preventing Substance Use Problems Among Young People: A Compendium of Best Practices*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2006.
173. J. Tipper, *Contemporary Family Trends: Building Emotional Intelligence — Darwin Reconsidered*, Ottawa (Ont.), Institut Vanier de la famille, 2007.
174. Service à la famille Canada, *Families and Schools Together Canada: Canadian National Evaluation of Outcomes 1996–2004*, 2005.
175. Ministry of Children and Family Development, *Friends for Life—Friends in BC Schools*, Colombie-Britannique, Australian Academic Press Ltd., 2007.
176. Roots of Empathy, *Roots of Empathy Program Description* (en ligne), 2006. Consulté le 7 août 2008. Internet : <<http://www.rootsofempathy.org/ProgDesc.html>>.
177. Roots of Empathy, *Roots of Empathy: A Summary of Reserach Studies Conducted 2000–2007*, Colombie-Britannique, 2008.
178. J. Pearson et D. Kordich Hall, *Reaching IN . . . Reaching OUT Resiliency Guidebook*, Toronto (Ont.), First Folio Resource Group, Inc., 2006.
179. F. Lamontagne, *Case Study: Healthy Workplace Programs Petro-Canada Burrard Products Terminal Port Moody, British Columbia*, Ottawa (Ont.), Centre syndical et patronal du Canada, 2002.

180. G. DiGiacomo, *Case Study: Dofasco's Healthy Lifestyles Program*, Ottawa (Ont.), Centre syndical et patronal du Canada, 2002.
181. R. F. Catalano et coll., « Positive Youth Development in the United States: Research Findings on Evaluations of Positive Youth Development Programs », *Annals of Epidemiology*, vol. 591 (2004), p. 98-124.
182. R. D. Peters, K. Petrunka et R. Arnold, « The Better Beginnings, Better Futures Project: A Universal, Comprehensive, Community-Based Prevention Approach for Primary School Children and Their Families », *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, vol. 32, n° 2 (2003), p. 215-227.
183. C. M. Burton et L. A. King, « The Health Benefits of Writing About Intensely Positive Experiences », *Journal of Research in Personality*, vol. 38, n° 2 (2004), p. 150-163.
184. Health Scotland, *Mental Health Improvement: Evidence and Practice Case Studies*, Écosse, Health Scotland, 2004.
185. S. Sturgeon, « Promoting Mental Health as an Essential Aspect of Health Promotion », *Health Promotion International*, vol. 21, suppl. 1 (2007), p. 36 41.
186. Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens : promouvoir le poids santé*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2006.



Cette publication s'inscrit dans le mandat de l'ISPC qui vise à mieux comprendre l'état de santé de la population canadienne. En conformité avec les connaissances acquises à ce jour, cette publication reflète le fait que la santé des Canadiens est déterminée par un ensemble de facteurs sociaux et dynamiques. L'ISPC est résolue à approfondir notre compréhension de ces facteurs.