



**Proposition d'un modèle conceptuel
concernant la surveillance de la
santé mentale, des troubles
mentaux courants et de leurs
déterminants au Québec**

ÉTAT DES CONNAISSANCES

AVRIL 2023

SYNTHÈSE DE CONNAISSANCES

AUTEUR ET AUTRICES

Félix Lebrun-Paré, conseiller scientifique
Pascale Mantoura, conseillère scientifique
Marie-Claude Roberge, conseillère scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Julie Laforest, cheffe d'unité
Thomas Paccalet, chef d'unité
Direction du développement des individus et des communautés

COLLABORATEUR

Julien Chevrier, bibliothécaire
Direction de la valorisation scientifique et qualité

RÉVISEURES

Camille Poirier-Veilleux, travailleuse sociale et agente de planification, de programmation et de recherche
Direction régionale de Santé publique de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Geneviève Gariépy, épidémiologiste principale
Agence de santé publique du Canada

MISE EN PAGE

Marie-Cloé Lépine, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés

REMERCIEMENTS

Cette synthèse des connaissances a été commandée par la Direction de la surveillance de l'état de santé du ministère de la Santé et des Services sociaux. Nous remercions mesdames Julie Soucy et Daniela Furrer pour leur soutien ainsi que leurs commentaires tout au long du projet. L'auteur et les autrices souhaitent également remercier Éric Pelletier (INSPQ) et Alain Lesage (INSPQ) pour leurs commentaires pertinents du point de vue de la surveillance, Caroline Tessier (INSPQ) pour la relecture du point de vue de la compréhensibilité, de l'accessibilité et de l'efficacité, et enfin Marie-Cloé Lépine pour la révision linguistique, son œil aiguisé et ses conseils avertis.

L'auteur et les autrices ainsi que les réviseuses ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée. Il est à noter que les réviseuses ont été conviées à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

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

Dépôt légal – 3^e trimestre 2023
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 78-2-550-95288-6 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2023)

AVANT-PROPOS

Afin de mettre en œuvre le rehaussement de la surveillance des déterminants de la santé mentale et des troubles mentaux courants, le nouveau Plan d'action interministériel en santé mentale (PAISM) (MSSS, 2022) propose de bonifier le Plan national de surveillance. Le rehaussement de la surveillance permettra, à l'aide de données probantes, d'orienter les actions de promotion et de protection de la santé mentale et celles visant la prévention et le traitement des troubles mentaux.

C'est en cohérence avec ce plan d'action que la Direction de la surveillance de l'état de santé du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national de santé publique (INSPQ) le mandat de développer un modèle conceptuel permettant de soutenir les travaux autour de la surveillance de la santé mentale et les troubles mentaux courants. Ce travail s'inscrit aussi en cohérence avec le Programme national de santé publique 2015-2025 (PNSP) (MSSS, 2015).

Cette publication s'adresse aux conseillères et conseillers ministériels de la Direction de la surveillance de l'état de santé du ministère de la Santé et des Services sociaux et aux personnes représentantes des régions qui participent aux travaux.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	III
FAITS SAILLANTS	1
SOMMAIRE	2
1 CONTEXTE ET OBJECTIFS	5
2 LA SANTÉ MENTALE, LES TROUBLES MENTAUX COURANTS ET LEURS DÉTERMINANTS : PRÉCISIONS CONCEPTUELLES	8
3 MÉTHODOLOGIE	11
3.1 Stratégie de recherche documentaire	11
3.2 Appréciation de la qualité	14
3.3 L'analyse des données	15
3.4 Révision par les pair(e)s	16
4 RÉSULTATS.....	17
4.1 Représentation graphique de la proposition de modèle conceptuel	18
4.2 Objets de surveillance des états de santé mentale, dimensions et articulation des éléments dans le modèle conceptuel	20
4.3 Proposition de variables de croisement	37
5 DISCUSSION.....	38
5.1 Principaux constats, enjeux, apports et limites de cette étude.....	38
5.2 Pistes pouvant alimenter les réflexions autour de l'élaboration d'un plan de surveillance thématique en santé mentale	39
6 CONCLUSION.....	41
RÉFÉRENCES.....	43
ANNEXE 1 STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	48
ANNEXE 2 ORGANIGRAMME DE SÉLECTION DES DOCUMENTS (PRISMA)	51
ANNEXE 3 APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ : COMPARAISON ET DÉTAILS.....	52
ANNEXE 4 REPRÉSENTATIONS GRAPHIQUES OU TABLEAUX SYNTHÈSES DES CADRES DE SURVEILLANCE	53
ANNEXE 5 DESCRIPTION DES DOCUMENTS RETENUS POUR L'ANALYSE	63
ANNEXE 6 TABLEAUX REGROUPANT TOUS LES OBJETS ET DIMENSIONS RECENSÉS.....	68

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	11
Tableau 2	Classification des documents utilisés.....	14
Tableau 3	Objets de surveillance et dimensions recensés au niveau du contexte global.....	21
Tableau 4	Objets de surveillance et dimensions recensés au niveau des systèmes.....	24
Tableau 5	Objets de surveillance et dimensions recensés au niveau des milieux de vie.....	26
Tableau 6	Objets de surveillance et dimensions recensés au niveau des caractéristiques individuelles	31
Tableau 7	Objets de surveillance et dimensions recensés des états de santé mentale	35
Tableau 8	Proposition de variables de croisement	37
Tableau 9	Les caractéristiques principales des publications associées aux cinq documents centraux.....	63
Tableau 10	Les caractéristiques principales des documents associés aux cinq cadres périphériques	66
Figure 1	L'approche des deux continuums visant à distinguer santé mentale et trouble mental (inspirée de Keyes et Simoes, 2012).....	9
Figure 2	Représentation graphique de la proposition du modèle conceptuel de la surveillance de la santé mentale.....	19

FAITS SAILLANTS

La santé mentale et les troubles mentaux courants représentent des priorités de santé publique et ont des conséquences sur plusieurs sphères d'activités des individus et de la société. L'exercice de leur surveillance est donc essentiel à l'amélioration de la santé globale des populations. À cet effet, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat d'élaborer un modèle conceptuel comme premier jalon à l'élaboration d'un plan de surveillance thématique.

Pour ce faire, une revue de littérature des cadres de surveillance portant sur la santé mentale et les troubles mentaux courants a été menée, permettant de recenser les composantes de la santé mentale, des troubles mentaux courants et leurs déterminants communs. La revue de littérature a été complétée par des publications périphériques et phares sur le sujet. Un modèle conceptuel a ensuite été élaboré à l'aide d'une analyse thématique des objets recensés, fondée sur les catégories du *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants*, lui-même réalisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2010). Cinq résultats généraux en ressortent :

- La santé mentale et les troubles mentaux courants sont influencés par plusieurs facteurs, à tous les niveaux, ce qui met au jour des opportunités pour des interventions populationnelles;
- Un total de quarante-deux objets se retrouvent dans la proposition de modèle conceptuel, dont trente-neuf déterminants, répartis selon quatre champs, et trois composantes des états santé mentale;
- Pour chaque objet, lorsque possible, on retrouve des éléments de définition, de liens avec la santé mentale et les troubles mentaux courants, de même qu'un raisonnement à l'égard de leur articulation dans la proposition de modèle conceptuel. Ces éléments sont de nature à favoriser le travail d'identification et de sélection des indicateurs qui seront rattachés aux objets proposés, de même qu'à l'interprétation des données de surveillance;
- Des variables de croisement sont également proposées, utiles pour identifier les groupes plus à risque de développer des problèmes de santé mentale et pour réduire les inégalités sociales de santé mentale;
- Des pistes de réflexion, tirées de la revue de la littérature, sont également présentées afin d'alimenter les travaux d'élaboration d'un éventuel plan de surveillance thématique sur la santé mentale, les troubles mentaux courants et leurs déterminants.

SOMMAIRE

Contexte

La santé mentale et les troubles mentaux courants sont de plus en plus reconnus comme des priorités de santé publique à part entière. Cette perspective met en lumière l'importance des influences de nature économique, sociale et politique sur les états de santé mentale et leurs liens étroits avec les inégalités sociales. Dans ce contexte, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat de proposer un modèle conceptuel comme premier jalon d'un plan de surveillance thématique sur la santé mentale, les troubles mentaux courants et leurs déterminants. Cette publication s'adresse ainsi principalement aux personnes responsables de la surveillance, mais également aux personnes agissant en santé mentale de manière directe ou indirecte (sur des déterminants précis, par exemple).

Objectifs

- 1) Recenser, dans la littérature scientifique et grise, les cadres conceptuels de la surveillance de la santé mentale et des troubles mentaux courants;
- 2) Identifier, à partir de ces cadres, les composantes de la santé mentale, des troubles mentaux courants et leurs déterminants communs;
- 3) Élaborer un modèle conceptuel à partir de ces éléments, tout en considérant le *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants* du Québec (MSSS, 2010).

Précisions conceptuelles

Être en bonne santé mentale est considéré comme une condition plus vaste que la seule absence de troubles mentaux. Dans cette perspective, la santé mentale peut être conceptualisée comme un état de bien-être permettant de réaliser son potentiel et de contribuer à la communauté; d'où le terme « santé mentale positive ». La santé mentale peut ainsi fluctuer de mauvaise à bonne. Les troubles mentaux courants, quant à eux, englobent les troubles anxieux, de l'humeur (dont la dépression) et de l'utilisation de substances psychoactives (incluant l'alcool). Dans cette perspective, il est possible d'être en mauvaise santé mentale même en l'absence de troubles mentaux. À l'inverse, la présence de troubles mentaux (adéquatement régulés ou traités, dans un contexte favorable) n'empêche pas la possibilité d'une santé mentale florissante.

Méthodologie

Une revue de la littérature scientifique et grise a été menée (limites temporelles : de 2012 à 2022). Elle a permis de recenser quatre cadres de surveillance centraux (satisfaisants entièrement les critères d'inclusion) et cinq cadres périphériques (satisfaisants en partie ces critères, mais

utiles pour préciser ou compléter certains objets). Afin d'atténuer les limites de ces cadres — principalement, leurs angles morts et leurs enjeux de transférabilité en contexte québécois — des publications phares portant sur les déterminants de la santé mentale et des troubles mentaux courants ont été prises en compte dans l'analyse. Cette stratégie a permis de couvrir les déterminants de manière plus complète. Notons qu'une sélection des objets et dimensions devra être réalisée lors de la suite des travaux, de même qu'une recatégorisation de certains d'entre eux, si jugé nécessaire.

Résultats

L'analyse thématique des objets recensés a permis de proposer un total de quarante-deux objets de surveillance. Des dimensions (ou aspects qui caractérisent les objets) sont également proposées pour la majorité des objets, pour un total de quatre-vingt-onze dimensions (incluant les objets sans dimension). Pour chaque champ (ou niveau du modèle), on retrouve les objets suivants :

DÉTERMINANTS			
Contexte global (n = 8)	Systèmes (n = 4)	Milieus de vie (n = 12)	Caractéristiques individuelles (n = 15)
<ul style="list-style-type: none"> • Désorganisation sociale et changements sociaux rapides • Inégalités de revenus et distribution des richesses • Pauvreté et défavorisation matérielle • Discrimination et stigmatisation • Emploi • Logement (accessibilité, taux d'inoccupation, instabilité) • Sécurité alimentaire • Participation politique (vote aux élections) 	<ul style="list-style-type: none"> • Système d'éducation (accès) • Système de soins de santé physique primaires généraux • Système de soins et services en santé mentale • Système judiciaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Revenu familial • Composition du ménage • Relations familiales • État de santé/usage de substances par un ou des membres de la famille • Logement (qualité, surpopulation) • Environnement scolaire • Environnement de travail • Environnement social du quartier • Environnement bâti et naturel du quartier • Soutien social • Réseaux sociaux • Participation à des activités sociales politiques et civiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Revenus et ressources matérielles • Niveau de scolarité • État de santé • Expériences (dé)favorables lors de l'enfance • Expériences subies de violence/trauma • Habitudes de santé personnelle • Littératie en santé mentale • Résilience • Capacité d'adaptation • Contrôle et auto-efficacité • Optimisme • Estime de soi • Sentiment de solitude • Peurs existentielles • Spiritualité
COMPOSANTES DES ÉTATS DE SANTÉ MENTALE			
Santé mentale positive	Symptômes précliniques	Troubles mentaux courants	

Des variables de croisement sont également proposées. Elles concernent l'âge, le statut social, l'appartenance régionale, le découpage géographique, le sexe/genre, ainsi que des variables relatives à des groupes sociaux particuliers (par exemple, communautés LGBTQA2+ et racisées, personnes en situation de handicap, personnes habitant dans des régions nordiques et rurales, communautés autochtones, etc.). Ces variables permettent de surveiller la distribution différenciée des déterminants de la santé mentale et des troubles mentaux courants et ainsi fournir des pistes d'interventions visant à réduire les inégalités de santé mentale — la réduction des inégalités sociales de santé étant d'ailleurs un objectif prioritaire du Programme national de santé publique ainsi qu'un enjeu transversal prioritaire du Plan national de surveillance.

Pistes pouvant alimenter les réflexions autour de l'élaboration d'un plan de surveillance thématique en santé mentale

La revue de littérature a permis d'identifier des pistes de réflexion pour l'élaboration d'un plan de surveillance thématique sur la santé mentale et les troubles mentaux courants :

- Poursuivre les recherches concernant les facteurs nécessitant des clarifications;
- Envisager d'inclure des personnes représentantes des groupes concernés dans le processus d'élaboration du plan (par exemple, jeunes, personnes des communautés des Premières nations et Inuit, groupes en situation de vulnérabilité socioéconomique, personnes ayant une expérience vécue de problèmes de santé mentale et leurs proches, etc.);
- Envisager d'inclure des éléments de surveillance des milieux de soins afin de rendre compte de leurs capacités promotrices de santé mentale;
- Envisager de suivre dans le temps des éléments de politiques publiques influençant les états de santé mentale.

1 CONTEXTE ET OBJECTIFS

La santé mentale et les troubles mentaux courants sont des priorités de santé publique. En effet, les répercussions des troubles mentaux et de la mauvaise santé mentale s'étalent sur différentes sphères d'activités des populations et sur l'ensemble des trajectoires de vie des individus (CSMC, 2013; Whiteford *et al.*, 2013). La bonne santé mentale, par ailleurs, est considérée comme une ressource essentielle pour la vie, et elle contribue au développement sociétal et à la santé globale des individus et des populations (Herrman et Jané-Llopis, 2012; OMS, 2004b). La santé mentale des populations est en outre étroitement liée aux inégalités sociales de santé dans une relation bidirectionnelle. D'une part, la distribution inégale des déterminants de la santé mentale (comme la défavorisation matérielle ou la discrimination) a des conséquences sur la santé mentale (Allen *et al.*, 2014). D'autre part, les problèmes de santé mentale poussent les individus au bas de l'échelle sociale (par la difficulté à trouver un emploi, par exemple), et contribuent aux inégalités.

En vue de réduire la prévalence et l'incidence des problèmes de santé mentale d'un côté, et de l'autre, de soutenir et de favoriser la santé mentale de toutes et tous, l'action gouvernementale québécoise se situe dans divers domaines de santé publique. Dans le [Programme national de santé publique 2015-2025](#) (PNSP) (MSSS, 2015), la santé mentale est considérée comme une préoccupation transversale à l'ensemble des actions de promotion et de prévention et s'inscrit dans plusieurs axes d'intervention : le développement global des enfants et des jeunes, l'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires, ainsi que dans l'axe transversal, soit la surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants.

Le besoin d'établir des systèmes de surveillance¹ nationaux de la santé mentale et des troubles mentaux courants est d'ailleurs reconnu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et explicité au sein du Plan d'action pour la santé mentale (2013-2020, prolongé jusqu'en 2030). Cette surveillance permet, entre autres, d'identifier les groupes sociaux qui nécessitent une intervention particulière, de mieux saisir les facteurs qui ont le plus d'influence dans un contexte donné, et de mesurer, à l'aide de données historiques, l'évolution de la santé mentale dans différents contextes (Orpana *et al.*, 2016).

Or, si plusieurs objets et indicateurs concernant la santé mentale et les troubles mentaux sont actuellement inscrits dans le Plan national de surveillance (PNS), il est nécessaire de les compléter et d'y intégrer une perspective écologique. Une telle perspective permettra de rendre compte de manière plus large des déterminants de la santé mentale et des troubles mentaux courants, et de mieux comprendre les liens entre les milieux, les conditions de vie et les divers états de santé mentale. À cet effet, le [Plan d'action interministériel en santé mentale](#) (PAISM)

¹ La surveillance constitue un processus régulier et systématique d'appréciation de l'état de santé et de ses déterminants (ou facteurs). Elle a pour finalité d'éclairer la prise de décision et d'informer la population. Au Québec, l'exercice de la surveillance s'appuie notamment sur le Plan national de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants (PNS) (MSSS et INSPQ, 2017), qui constitue le document de référence en surveillance au Québec, de même que sur les plans de surveillance thématique (PST).

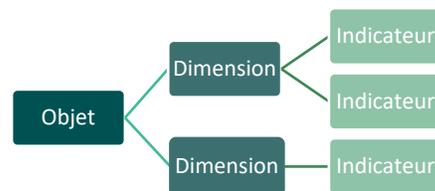
(MSSS, 2022) propose de rehausser la surveillance par des travaux qui permettront de bonifier le PNS. Ces travaux s'appuient généralement sur un modèle conceptuel permettant d'identifier les objets de surveillance pertinents, comme étape préalable à l'identification des indicateurs et des sources de données nécessaires à la surveillance.

Objet, dimension, indicateur et donnée²

Dans le cadre de ce rapport, les définitions suivantes sont proposées :

Un *objet* est un élément conceptuel qui réfère à une composante de l'état de santé mentale ou à un de ses déterminants (ou facteurs). Il s'agit de réalités sociosanitaires que l'on souhaite comprendre et mesurer pour mieux cerner un enjeu de santé publique.

Une *dimension* est une caractéristique d'un objet mise en exergue selon un point de vue particulier.



Un *indicateur* est une mesure définie, utilisée pour décrire un objet de surveillance (ou une de ses dimensions). Il est le produit d'une collecte et d'une mise en forme de données.

C'est dans ce contexte que la Direction de la surveillance de l'état de santé du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national de santé publique (INSPQ) le mandat d'élaborer un modèle conceptuel concernant la surveillance de la santé mentale, des troubles mentaux courants et de leurs déterminants. Dans cette perspective, cette étude poursuit les objectifs spécifiques suivants :

- 1) Recenser, dans la littérature scientifique et grise, les cadres conceptuels de la surveillance de la santé mentale et des troubles mentaux courants;
- 2) Identifier, à partir de ces cadres, les composantes de l'état de santé mentale, des troubles mentaux courants et leurs déterminants communs;
- 3) Élaborer un modèle conceptuel à partir de ces éléments, tout en considérant le *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants* du Québec (MSSS, 2010).

² Ces définitions (sauf pour dimension) sont largement inspirées du glossaire du *Guide sur l'élaboration de plans de surveillance* (MSSS, 2017).

Cette proposition constitue un premier jalon pour l'élaboration d'un plan de surveillance thématique de la santé mentale. Ainsi, la portée de ce rapport exclut l'identification d'indicateurs et de sources de données. Par contre, afin d'illustrer de manière plus précise certains propos, des exemples d'indicateurs sont parfois proposés à la section des résultats lorsqu'ils étaient disponibles dans les cadres analysés (section 4.2). Enfin, un éventuel comité de travail responsable de l'élaboration d'un plan de surveillance thématique devra sans doute modifier, recatégoriser, voire éliminer certains objets proposés dans ce rapport. C'est dans cette perspective que la proposition de modèle conceptuel a été élaborée.

La prochaine section a pour objet de fournir quelques clarifications conceptuelles utiles pour la compréhension de la santé mentale des populations. La démarche méthodologique est ensuite exposée, suivie des résultats généraux concernant la revue de la littérature et de la proposition du modèle conceptuel, qui constitue l'élément central du rapport. Cette section inclut une représentation graphique du modèle, des éléments de raisonnement et une définition des objets retenus, de même que des propositions de variables de croisement, suivi d'une brève discussion et d'une conclusion.

2 LA SANTÉ MENTALE, LES TROUBLES MENTAUX COURANTS ET LEURS DÉTERMINANTS : PRÉCISIONS CONCEPTUELLES

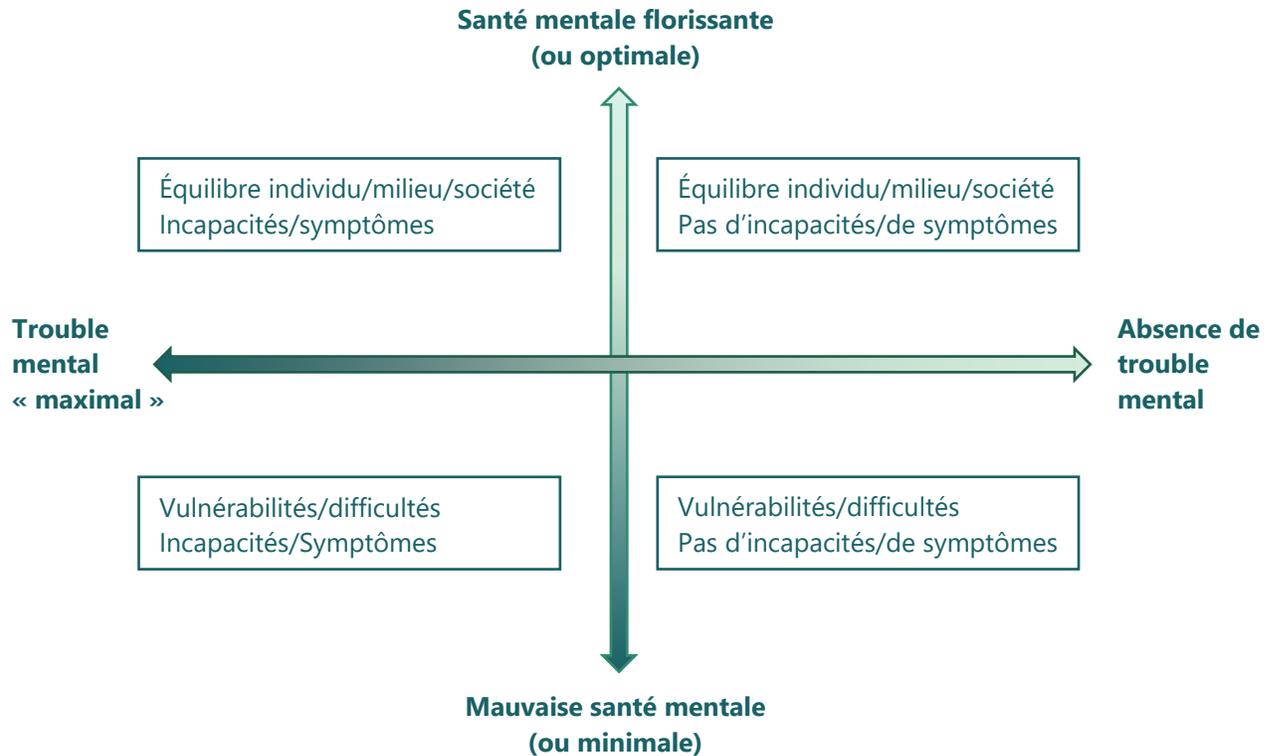
L'Organisation mondiale de la santé (2004) définit la **santé mentale** comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et d'une manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». Cette définition implique que la santé mentale est une condition plus vaste que la seule absence de troubles mentaux, c'est-à-dire qu'elle est constituée de composantes positives — d'où l'appellation parfois utilisée de santé mentale positive. Elle est le plus souvent conceptualisée selon trois dimensions : le bien-être émotionnel (relatif au sentiment de bonheur et de satisfaction envers la vie), le bien-être psychologique (relatif au fonctionnement cognitif et en termes de réalisation de soi), et le bien-être social (relatif au fonctionnement en termes de relations interpersonnelles significatives et au rapport à la communauté et à la société) (Westerhof et Keyes, 2010).

Quant aux **troubles mentaux**, ils se définissent comme des « affections cliniquement significatives se caractérisant par un changement du mode de pensée, de l'humeur (*affects*) [et/] ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales » (OMS, 2001, p. 21). Par cliniquement significative, on fait référence à une symptomatologie répertoriée dans un système de classification des troubles mentaux, dont les deux principaux sont le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM), publié par l'Association américaine de psychiatrie, et la *Classification internationale des maladies* (CIM), publié par l'Organisation mondiale de la santé.

L'OMS (2014) distingue par ailleurs les troubles graves, tels que la schizophrénie et les troubles bipolaires, des **troubles mentaux courants**³, tels que les troubles anxieux et de l'humeur. Suivant une perspective de santé publique, ce rapport se concentre sur la surveillance de la santé mentale positive et des troubles mentaux courants, incluant les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives et de leurs déterminants communs. Notons que les relations entre la santé mentale et les troubles mentaux peuvent être conceptualisées sur des axes distincts, bien qu'ils soient corrélés (voir la figure 1). Cela permet de refléter que la présence d'un trouble mental diagnostiqué peut être compatible avec divers degrés de santé mentale, de mauvaise à florissante. Similairement, une mauvaise santé mentale n'est pas synonyme de trouble mental (Keyes et Simoes, 2012).

³ Les troubles mentaux courants que sont les troubles anxieux et les troubles dépressifs comptent pour près de 65 % des troubles mentaux diagnostiqués au Québec (données clinico-administratives de 2009-2010) (MSSS, 2022).

Figure 1 L'approche des deux continuums visant à distinguer santé mentale et trouble mental (inspirée de Keyes et Simoes, 2012)



Dans le cadre de ce rapport, on considère que les **problèmes de santé mentale** regroupent à la fois les troubles mentaux courants et la mauvaise santé mentale. Il s'agit de l'usage (implicite) employé par la plupart des cadres recensés. Dans la même optique, les états de santé mentale regroupent la santé mentale « positive » (bonne ou mauvaise), les symptômes précliniques et les troubles mentaux courants.

Par ailleurs, il est reconnu que la santé mentale et plusieurs troubles mentaux courants sont influencés, dans une large mesure, par un ensemble de **déterminants** (ou facteurs⁴) : d'abord ceux associés aux environnements sociaux, économiques et physiques dans lesquels les gens vivent, ensuite les déterminants individuels qui interagissent avec les premiers, et sont souvent structurés par ceux-ci (Barry *et al.*, 2019; OMS et Calouste Gulbenkian Foundation, 2014). Qui plus est, l'ensemble des déterminants sont inégalement distribués, se combinent, se croisent et s'accumulent avec plus ou moins d'intensité selon le moment de la vie et durant toute la vie. Dans cette optique, l'intervention en prévention des troubles mentaux courants et en promotion de la santé mentale — et par extension, l'exercice de surveillance en soutien à celle-ci — implique trois éléments essentiels :

⁴ Les déterminants de la santé mentale et des troubles mentaux sont souvent classés en facteurs de risque et en facteurs de protection. Dans le cadre de ce rapport, les notions de déterminants et de facteurs sont utilisées de manière indifférenciée.

- **L'adoption d'une perspective holistique de la santé**, à travers laquelle la santé mentale et la santé physique sont inséparables et doivent être considérées simultanément;
- **L'adoption d'une perspective de parcours de vie**, puisque, d'une part, l'exposition à des facteurs de protection ou de risque lors de périodes critiques ou sensibles de la vie, comme la petite enfance, produit des effets latents indépendamment des circonstances de vie durant l'âge adulte. D'autre part, la position sociale à un âge donné peut influencer la trajectoire de vie, et donc la position plus tard dans la vie, ce qui risque d'avoir un impact sur la santé mentale et physique. Par ailleurs, l'exposition à des facteurs de risque ou de protection influence la santé mentale par effet d'accumulation. (Halfon *et al.*, 2014; McDaniel et Bernard, 2011; Quesnel-Vallée, 2008). Enfin, l'interinfluence entre les facteurs et les problèmes de santé mentale a comme conséquence que ceux-ci peuvent s'amplifier au courant de la vie (à la manière d'une boucle de rétroaction).
- **La prise en compte des inégalités sociales**, puisqu'elles constituent une caractéristique transversale importante des contextes faisant l'objet de surveillance, qu'elles constituent elles-mêmes un déterminant influençant la santé mentale et les troubles mentaux courants, et qu'elles influencent de manière importante d'autres déterminants, de même que leur distribution.

Afin de faciliter l'opérationnalisation de cette perspective, le *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants* (MSSS, 2010) a été utilisé. Fondé sur une approche socioécologique⁵, ce cadre permet de rendre compte des déterminants des états de santé mentale à différents niveaux. Cette stratégie contribue à mieux cibler les objets de surveillance de la santé mentale et des troubles mentaux courants.

⁵ L'approche socioécologique reconnaît que les individus sont intégrés dans des systèmes sociaux plus vastes, et permet de décrire les interactions entre les individus et les environnements qui sous-tendent les résultats de santé (Lambert *et al.*, 2021).

3 MÉTHODOLOGIE

3.1 Stratégie de recherche documentaire

Au regard des objectifs du projet et du contexte de réalisation, une revue de la littérature narrative intégrant certaines stratégies systématisées a été privilégiée (Framarin et Déry, 2021). Une recherche menée par un bibliothécaire dans trois bases de données (*Medline*, *Global Health* et *PsycInfo*) a d'abord été effectuée. Une combinaison de mots-clés a été utilisée afin de représenter les concepts : santé mentale, surveillance, cadres et indicateurs, en français et en anglais (voir les détails des stratégies d'interrogation bibliographique à l'annexe 1). Afin de cibler la recherche, les mots-clés utilisés devaient se retrouver dans le titre ou le résumé. Après élimination des doublons, 143 documents ont été repérés. Les critères d'inclusions et d'exclusion suivants ont été établis pour le tri des documents :

Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion

	CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
Limites temporelles	2012 à 2022	
Limites linguistiques	Français ou anglais	
Limites géographiques	Pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)	
Population(s)	Générale	Populations spécifiques (selon les groupes d'âge, selon les groupes minorisés, selon les régions – urbaine ou rurale, etc.)
Milieus	Le cadre n'est pas centré sur un milieu spécifique	Milieus spécifiques (travail, scolaire, de soins, etc.)
Champs visés	Santé publique	Exclusivement axé sur la santé biomédicale clinique
Thèmes	Santé mentale, troubles mentaux courants, santé mentale positive, déterminants de la santé mentale	Bien-être communautaire, bien-être sociétal/national
Forme	Cadre conceptuel destiné à la surveillance, cadre de surveillance, tableau de bord	Études et recherches ciblées

Notons que les limites temporelles ont été fixées à partir de 2012, puisqu'une revue de littérature menant au cadre de surveillance de la santé mentale positive proposé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) s'est étendue de 1946 à 2012 (Orpana *et al.*, 2016). Il s'agissait alors de comparer leurs résultats avec des documents plus récents. Par ailleurs, la population visée par ce projet est la population générale et/ou adulte, au sens où la proposition de modèle conceptuel ne cherche pas à inclure l'ensemble des objets de surveillance relatifs à des groupes spécifiques, selon l'âge ou des situations particulières. Cette revue inclut toutefois certains objets de surveillance propres à divers milieux influençant les états de santé mentale sur l'ensemble de la trajectoire de vie, tels que les milieux éducatifs, de travail, communautaires, etc. Cette stratégie constitue une manière de prendre en compte une perspective de parcours de vie.

Deux autres précisions concernent les thèmes — les résultats (*outcomes*) — visés par les documents recensés. Tout d'abord, ceux focalisant sur le bien-être ont été exclus — a priori — de la revue de littérature. En effet, bien que la notion de bien-être soit liée à la santé mentale, elle est également utilisée, dans un sens plus large, pour caractériser l'état d'une communauté ou d'une grande unité territoriale. Or, si les déterminants du bien-être communautaire ou national recourent ceux de la santé mentale, ils couvrent une plus grande étendue (par exemple, les indicateurs de bien-être national peuvent inclure le taux d'inflation, les émissions de gaz à effet de serre, le taux d'aires protégées, etc.). Seuls les cadres de surveillance de la santé mentale positive et ceux qui incluent à la fois la santé mentale et les troubles mentaux courants ont été retenus.

À partir de ces critères, un tri sur la base du titre et du résumé (interjuges à 3) a été réalisé sur les 143 documents identifiés. Trente-cinq documents ont alors été retenus. Ils ont ensuite été triés en tenant compte du texte complet, par l'auteur principal — des consultations auprès des co-auteurs ayant été réalisées au besoin.

Au total, trois articles (portant sur deux cadres de surveillance) ont été retenus à la suite de la revue de la littérature scientifique : Orpana *et al.* (2016), portant sur la santé mentale positive, et Thom *et al.* (2021) et Peitz *et al.* (2021), portant sur un cadre de la santé mentale positive et des troubles mentaux. Ils sont considérés comme documents **centraux** (*core articles*), étant donné qu'ils satisfont tous les critères d'inclusion. La stratégie de remontée bibliographique (boule-de-neige) a ensuite été réalisée à partir de ces articles. Cinq articles ont été triés en tenant compte du texte complet, mais aucun n'a été retenu.

Une revue de la littérature grise a aussi été menée au moyen d'une recherche experte dans Google (n = 34 documents trouvés) et d'une recherche sur des sites Web d'organisations ciblées (n = 9 documents trouvés). Deux documents ont été retenus comme centraux : le tableau de bord de la Commission de la santé mentale du Canada (2015), portant sur la santé mentale et les troubles mentaux, et le cadre de surveillance de Nous Group (2018), destiné à la Commission nationale de la santé mentale en Australie et portant sur la santé mentale et la prévention du suicide. Les détails des différentes stratégies de recherche de la littérature grise sont exposés à l'annexe 1.

Au total, cinq documents portant sur quatre cadres de surveillance de la santé mentale (positive) et/ou des troubles mentaux ont été retenus pour l'analyse en profondeur : Orpana *et al.* (2016), Thom *et al.* (2021), Peitz *et al.* (2021), CSMC (2015) et Nous Group (2018). L'organigramme PRISMA⁶, synthétisant le processus de sélection des documents, se retrouve à l'annexe 2.

Un des avantages des cadres centraux réside dans le fait que les objets retenus par ces cadres reposent sur un consensus de parties prenantes et ont potentiellement démontré leur efficacité en termes de surveillance (Thom *et al.*, 2021). De cette manière, le critère d'applicabilité — un

⁶ Acronyme pour *Preferred Reporting Items of Systematic reviews and Meta-Analyses*. Voir <http://www.prisma-statement.org/>

des critères de base d'appréciation de la qualité — a été pris en compte (Framarin et Déry, 2021, p. 22). Cela dit, se restreindre à l'analyse des cadres de surveillance est apparu insuffisant. D'abord, la sélection des objets de surveillance est souvent influencée par des critères comme la mesurabilité, la disponibilité des données et les liens avec des politiques publiques existantes, ce qui peut occulter certaines réalités de la santé mentale (Nous Group, 2018; Orpana *et al.*, 2016; Sirotych *et al.*, 2019; Thom *et al.*, 2021). Ensuite, l'intégration de personnes représentantes de groupes sociaux plus à risque de développer des problèmes de santé mentale n'est pas réalisée systématiquement pour témoigner de leur réalité (CSMC, 2015; Sirotych *et al.*, 2019; Thom *et al.*, 2021). Ces limites comportent le risque de laisser dans l'angle mort certains éléments pertinents à la surveillance de la santé mentale qui pourraient faire l'objet de chantiers afin de déterminer leur applicabilité (Thom *et al.*, 2021). Qui plus est, l'exercice de priorisation des objets de surveillance en fonction de l'ancrage dans les politiques publiques réalisé lors de l'élaboration de ces cadres dépend du contexte national; cela pose des enjeux de transférabilité en contexte québécois.

Au regard de ces limites des cadres centraux et en suivant les recommandations provenant de divers travaux (Orpana *et al.*, 2016; Peitz *et al.*, 2021; Thom *et al.*, 2021), la revue de la littérature sur les cadres existants a été enrichie en incluant des publications **phares** et des documents **périphériques**. Il s'agit, pour les publications phares, de recourir à la littérature reconnue sur la santé mentale des populations afin d'identifier des facteurs disposant d'un lien de contribution fort avec la santé mentale et les troubles mentaux courants, mais qui seraient absents des cadres recensés. Ces publications ont été identifiées lors de travaux antérieurs sur la santé mentale menés par l'équipe-projet : Alegria *et al.* (2018); Allen *et al.* (2014); Barry *et al.* (2019); Cohen et Minas (2008); Friedli et OMS (2009); Mantoura (2014), OMS (2004b) et Roberge et Déplanche (2017).

Thom *et al.* (2021, p. 49) recommandent d'aller plus loin en réalisant une recherche ciblée sur des objets sous-représentés, ou encore associés à des besoins spécifiques au pays (ou région) concerné — ce qui a été réalisé en partie en retenant certains documents périphériques, c'est-à-dire des documents qui ont satisfait en partie les critères d'inclusion et d'exclusion mentionnés dans le tableau 1. Cinq documents ont ainsi été retenus pour une analyse ciblée : Parkinson (2007), Fortune *et al.* (2020b); G15+ (2022), OCDE (2022) et Lauper *et al.* (2017). Une description de ces articles se trouve en annexe 5. Les publications phares et certains documents périphériques (en majeure partie, Parkinson, 2007) ont été utiles pour fournir des éléments de définition des déterminants et de leurs liens avec la santé mentale.

Enfin, d'autres documents, désignés comme **complémentaires**, ont également été jugés utiles puisqu'ils traitent des lignes directrices pour l'élaboration de cadres conceptuels de surveillance en santé mentale (essentiellement, Sirotych *et al.*, 2019) ou pour alimenter différentes parties du rapport (par exemple Keyes et Simoes, 2012; Lund *et al.*, 2018; OMS, 2001).

Le tableau suivant offre une synthèse de la classification des documents recensés :

Tableau 2 Classification des documents utilisés

Type de document	Documents centraux	Documents périphériques	Documents phares	Documents complémentaires
Source	Revue de la littérature scientifique et grise	Revue de la littérature scientifique et grise	Références provenant de l'équipe projet	Revue de la littérature scientifique et grise et recherche supplémentaire dans <i>Google scholar</i> au besoin
Type d'analyse	Lecture complète et analyse sur l'ensemble des éléments décrits dans le document	Lecture complète, mais analyse sur des éléments ciblés	Lecture complète, mais analyse sur des éléments ciblés	Lecture complète, mais analyse sur des éléments ciblés
Utilisation	Extraction des objets de surveillance Extraction d'autres éléments d'intérêt de manière systématique	Extraction des objets de surveillance transférables Extraction d'autres éléments d'intérêt lorsque jugé pertinent	Extraction des objets de surveillance manquants, le cas échéant Éléments de définition des objets Éléments de contexte théorique	Extraction d'éléments théoriques ou de lignes directrices à l'égard du processus d'élaboration d'un plan de surveillance
Appréciation de la qualité	Systématique	Non systématique	Repose sur les critères de crédibilité et de consensus scientifique	Non systématique

3.2 Appréciation de la qualité

L'appréciation de la qualité méthodologique a porté sur les cinq documents centraux : Orpana *et al.* (2016), Thom *et al.* (2021), Peitz *et al.* (2021), CSMC (2015) et Nous Group (2018). Elle a également été réalisée sur la publication de Parkinson (2007), bien que cette dernière soit classée comme périphérique, étant donné son importance pour le raisonnement qui sous-tend les objets retenus et leur articulation dans le modèle conceptuel.

L'appréciation de la qualité visait à évaluer la crédibilité des auteurs et autrices (en particulier à l'égard de la littérature grise), la validité interne, la validité externe (en regard des théories établies en santé mentale publique) et l'applicabilité. L'outil AACODS⁷, habituellement destiné à la littérature grise, a été utilisé pour l'ensemble des publications retenues. Cette stratégie est apparue pertinente étant donné, d'une part, le faible nombre de documents à analyser, et, d'autre part, le caractère relativement similaire des documents — au sens où il ne s'agit pas de recherches empiriques. En effet, les articles publiés dans les revues scientifiques exposent plutôt la démarche de développement du cadre de surveillance associé. Celle-ci est d'ailleurs largement réalisée en contexte institutionnel, au même titre que les cadres recensés dans la

⁷ Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date et Significance. Le document se retrouve à l'adresse suivante : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/AACODS_checklist_VF2016.pdf

littérature grise. L'appréciation de la qualité a été réalisée par l'auteur principal. Il s'agissait d'évaluer la présence ou l'absence de 28 éléments proposés par l'outil (ou 34 pour les publications à un seul auteur), regroupés en cinq dimensions (compétence, exactitude, étendue, objectivité, date et portée). Plus il y a d'éléments présents dans le document, plus celui-ci est considéré de qualité (Déry *et al.*, 2022).

Tous les articles issus de la littérature scientifique ont été jugés de très bonne qualité (26 ou 28/28). Les documents issus de la littérature grise ont été jugés de bonne à très bonne qualité : 23/28 pour Nous group (2018) et 25/28 pour la Commission de la santé mentale du Canada (2015). La publication de Parkinson (2007) est considérée d'excellente qualité (34/34). Des commentaires à l'égard de certaines dimensions de l'évaluation se retrouvent à l'annexe 3. Ces commentaires ont été pris en compte lors de l'analyse des données.

3.3 L'analyse des données

Les données ont été analysées en adoptant la stratégie de l'analyse thématique. Une grille de thèmes a été construite à partir des objectifs du projet et des catégories habituelles d'extraction d'articles scientifiques (identification de l'article, objectifs, méthodologie, définitions de concepts, résultats et limites). Cette grille a été ajustée en cours de route en fonction des thèmes émergents (Paillé et Mucchielli, 2016).

Dans un premier temps, une analyse verticale a été réalisée, un document à la fois (Mukamurera *et al.*, 2006). Les domaines, les facteurs de risque et de protection et les composantes des états de santé mentale ont été extraits de manière systématique. Ils ont également été classés selon le *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants* du Québec (MSSS, 2010).

Dans un deuxième temps, une analyse transversale des cadres a été effectuée. Il s'agissait, d'une part, de comparer les structures des cadres entre eux et les manières de conceptualiser les états de santé mentale. D'autre part, les déterminants des états de santé mentale et leurs dimensions ont été regroupés, fusionnés ou recatégorisés, selon des critères d'ordre logique, en vue d'élaborer un modèle conceptuel fondé sur les catégories du *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants* du Québec élaboré par le MSSS (2010).

Cette proposition de modèle conceptuel ne constitue qu'un premier jalon dans l'élaboration d'un plan de surveillance thématique en santé mentale, afin de rehausser la surveillance de la santé mentale. Ainsi, tous les objets et dimensions identifiés dans les cadres centraux ont été inclus, à l'exception de ceux axés précisément sur la dimension clinique des troubles mentaux, sur certains troubles plus sévères et persistants et sur le risque suicidaire. Enfin, rappelons que certains déterminants relevés dans la littérature scientifique phare sur la santé mentale et les troubles mentaux courants, de même que dans les documents périphériques, ont également été intégrés lors de ce processus d'analyse, afin de combler les angles morts en matière de facteurs contributifs importants.

3.4 Révision par les pair(e)s

Le présent rapport a fait l'objet d'une révision par deux personnes évaluatrices externes à l'INSPQ. Cette révision avait pour buts principaux d'améliorer la qualité globale du rapport et de recueillir des commentaires à l'égard du modèle conceptuel proposé. Une grille de révision produite par l'INSPQ a été utilisée (Robert et Déry, 2020, p. 9). Afin de traiter les commentaires reçus, l'équipe projet a élaboré un tableau répertoriant chacun des commentaires, indiquant ceux qui ont été retenus ou non, pour quelles raisons ainsi que le traitement qui en a été fait dans la version finale.

4 RÉSULTATS

La revue de la littérature nous apprend qu'il existe peu de cadres de surveillance qui portent simultanément sur la santé mentale et les troubles mentaux courants dans le monde. Il existe encore moins de publications traitant de manière détaillée des cadres conceptuels qui sous-tendent la surveillance de la santé mentale et des troubles mentaux courants (incluant des définitions et un rationnel pour chacun des objets). Plusieurs publications scientifiques ont plutôt trait au processus de développement du cadre. D'autres publications rapportent des résultats d'enquêtes, à partir d'indicateurs choisis, ou portent un regard sur des indicateurs en particulier. Qui plus est, Thom *et al.* (2021, p. 36), à partir d'une revue de la portée (*scoping review*), exposent également le manque de recours à un cadre (ou modèle) conceptuel; les indicateurs existants sont surtout associés à des dispositifs de surveillance, sans que ceux-ci n'adoptent une approche épidémiologique ou de santé publique. Dans le même ordre d'idées, les regroupements d'indicateurs sont communiqués sous différents formats, tels que des rapports, des sites Web interactifs, des rapports d'évaluation selon des objectifs de politiques publiques, etc., sans nécessairement être intégrés dans un système (ou cadre) de surveillance (Thom *et al.*, 2021, p. 36).

Par ailleurs, selon la revue de la littérature réalisée par Orpana *et al.* (2016) sur des articles publiés de 1946 à 2012, aucun cadre n'est centré exclusivement sur la santé mentale positive — ce qui correspond également au constat découlant de la présente recension, mis à part évidemment le cadre développé par Orpana *et al.* (2016). Ainsi, la plupart des cadres sont fortement centrés sur la surveillance des troubles mentaux (Orpana, 2016; Thom *et al.*, 2021). Cela dit, plusieurs publications se penchent sur des objets apparentés à la santé mentale positive, soit la qualité de vie et le bien-être communautaire et national. Comme mentionné précédemment, ces cadres, bien qu'utiles pour nourrir la réflexion sur les déterminants de la santé mentale, n'ont pas été intégrés en entier dans l'analyse, étant donné les différences conceptuelles entre ces objets.

Quatre cadres centraux ont donc été retenus pour analyse, dans cinq documents⁸ : Orpana *et al.* (2016), Thom *et al.* (2021) et Peitz *et al.* (2021), CSMC (2015) ainsi que Nous Group (2018). Cinq cadres périphériques ont été utilisés pour des analyses ciblées : Parkinson (2007), Fortune *et al.* (2020b), G15+ (2022), OCDE (2022) et Lauper *et al.* (2017). Des représentations graphiques synthèses de ces cadres (figures ou tableaux) se trouvent à l'annexe 4. En comparant les cadres centraux entre eux, on remarque la diversité des fondements qui sous-tendent les cadres conceptuels, ou, autrement dit, la diversité des métacadres théoriques et des définitions de la santé mentale au sens large. En effet, si Orpana (2016) s'appuie sur un modèle socioécologique (en utilisant les niveaux société, communauté, famille et individu), Thom *et al.* (2021) et Peitz *et al.* (2021) utilisent un continuum de champs d'action en santé mentale (de la promotion et prévention de la santé mentale au rétablissement) pour classer les différents objets. Nous group (2018), quant à eux, ont structuré leur cadre sur trois catégories : le domaine social, le domaine

⁸ Thom *et al.* (2021) et Peitz *et al.* (2021) sont deux articles traitant du même cadre, soit le Cadre conceptuel et série d'indicateurs pour la surveillance de la santé mentale en Allemagne.

des systèmes et le domaine des résultats (*outcomes*). La Commission de la santé mentale du Canada utilise plutôt un format de type tableau de bord. Les indicateurs sont classés selon des « champs d'intérêt » diversifiés, représentant aussi bien des groupes sociaux (selon l'âge par exemple) que des champs d'action (tels que l'accès et le traitement en santé mentale), allant de la prévention des troubles mentaux au rétablissement. Notons que le cadre périphérique de Parkinson (2007), largement utilisé pour les éléments de raisonnement dans la section qui suit, a classé les objets selon trois métacatégories : individuelle, communautaire et structurelle. Les résultats, toujours pour Parkinson (2007), sont classés selon des résultats de santé mentale positive ou de problèmes de santé mentale.

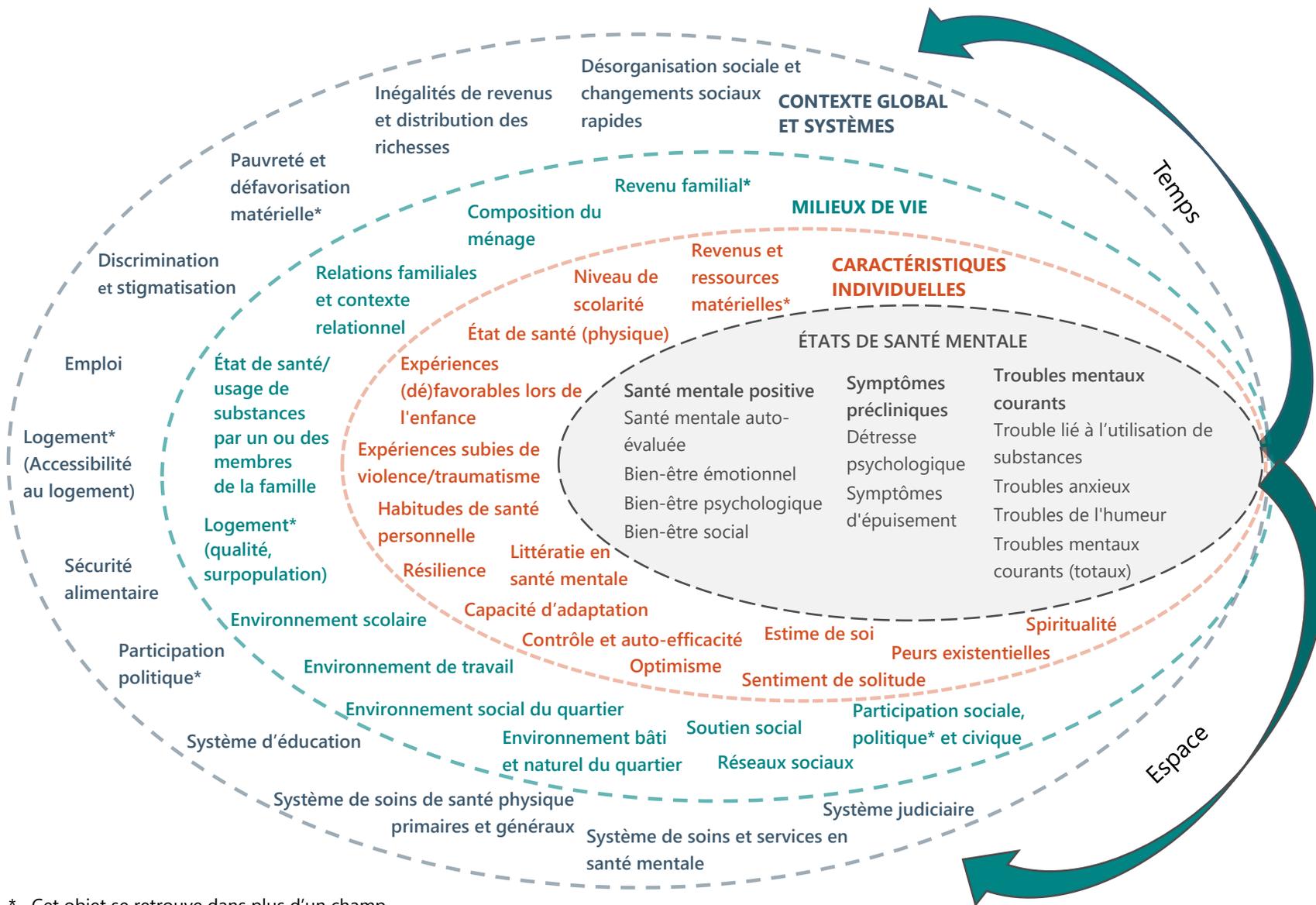
Enfin, parmi les éléments de convergence, notons que la plupart des cadres retenus proposent des variables de croisement, lorsqu'applicables, et des manières de prendre en compte les inégalités sociales, notamment en se penchant sur des populations en situation de vulnérabilité à l'égard de la santé mentale et des troubles mentaux courants.

4.1 Représentation graphique de la proposition de modèle conceptuel

La figure qui suit s'appuie sur la représentation graphique du *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants* (MSSS, 2010), lui-même construit selon une approche écologique (voir l'annexe 4A). Les principaux champs qui le constituent ont été retenus : le contexte global et les systèmes (fusionnés dans cette figure), les milieux de vie, les caractéristiques individuelles et l'état de santé mentale et troubles mentaux courants. Les lignes pointillées illustrent les multiples relations qui existent entre les champs et les objets qui les constituent. Les flèches symbolisent le fait que les relations entre les différents objets dépendent plus généralement des contextes géographiques (espace) et de l'évolution temporelle (temps).

Notons que les objets suivis d'un astérisque (*) se retrouvent dans plus d'un champ.

Figure 2 Représentation graphique de la proposition du modèle conceptuel de la surveillance de la santé mentale



4.2 Objets de surveillance des états de santé mentale, dimensions et articulation des éléments dans le modèle conceptuel

Les tableaux qui suivent reprennent les objets de surveillance de la figure précédente et y précisent les dimensions recensées pour chacun de ces objets. Les dimensions, comme les objets, sont des extraits de l'analyse thématique. Pour accéder à la liste complète des objets et dimensions recensés et ainsi mieux saisir le travail d'analyse thématique, se référer à l'annexe 6. Les dimensions, en plus de fournir des éléments de compréhension des objets, font également office de pistes pour la construction éventuelle d'indicateurs de surveillance. On remarquera toutefois que, pour certains objets, aucune dimension n'a été identifiée dans les documents analysés. Soulignons qu'un travail de sélection et d'harmonisation du libellé des objets et leurs dimensions avec ceux du Plan national de surveillance du Québec devra probablement être réalisé lors de la suite des travaux. Enfin, comme pour la figure 2, les tableaux sont divisés selon la catégorisation par champs du *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants* (MSSS, 2010) — cette fois-ci, contrairement à la catégorisation de la figure 2, le champ Systèmes est mis en exergue.

À la suite de chacun des tableaux présentés ci-dessous, pour chaque objet, on décrit dans un premier temps (un premier paragraphe) les résultats de l'analyse des cadres centraux (présence ou absence des objets, des éléments de définition et de raisonnement). Lorsqu'un objet est absent des cadres centraux, on mentionnera sa provenance (en général, un document phare).

Lorsque possible, dans un deuxième temps (un deuxième paragraphe), on retrouve des éléments de définition, des éléments permettant de mieux saisir leur pertinence au regard des états de santé mentale et des détails concernant leur catégorisation – et, parfois, des pistes pour l'identification d'indicateurs. Ces éléments proviennent soit des cadres centraux et périphériques, des documents phares ou de documents complémentaires lorsque requis. Ces précisions favorisent une compréhension commune des objets et de leurs dimensions — une étape-clé du développement d'un cadre de surveillance selon Sirotych (2019, p. 99). Il s'agit également de la méthode utilisée par Orpana *et al.* (2016) pour guider la réflexion du processus de sélection des objets et de leurs dimensions : « Chaque indicateur⁹ a fait l'objet d'une définition claire et concise et d'une justification basée sur des données probantes faisant état d'un lien entre chaque déterminant et la santé mentale positive ».

⁹ Dans le contexte de l'article d'Orpana *et al.* (2016), objet et indicateur de surveillance sont des équivalents.

4.2.1 Le contexte global

Tableau 3 Objets de surveillance et dimensions recensés au niveau du contexte global

CHAMPS ET CATÉGORIES (MSSS, 2010)	OBJETS (n = 8)	DIMENSIONS (n = 10)
Contexte global Contexte politique et législatif Contexte économique Contexte social et culturel Environnement naturel et écosystèmes	Désorganisation sociale et changements sociaux rapides	
	Inégalités de revenus et distribution des richesses	
	Pauvreté et défavorisation matérielle*	
	Discrimination et stigmatisation	Relatives à l'état de santé mentale Relatives à d'autres caractéristiques (la classe socioéconomique, la « race », le statut d'immigrant, le statut d'Autochtone, le sexe/genre et l'appartenance aux communautés LGBTQA2+, la religion, les capacités physiques, l'apparence et l'âge)
	Emploi	Chômage (taux) Insécurité d'emploi
	Logement*	Accessibilité financière du logement Inoccupation de logements (taux) Instabilité du logement
	Sécurité alimentaire	Accès à la nourriture Coût de la nourriture
	Participation politique*	Vote aux élections

* Cet objet se retrouve dans plus d'un champ.

La **désorganisation sociale et les changements sociaux rapides** ne se retrouvent pas dans les cadres centraux recensés. Ce déterminant macrosocial est toutefois décrit comme majeur dans des documents phares, tels que *l'Encyclopédie internationale de santé publique* (Cohen et Minas, 2008, p. 352).

Pour Cohen et Minas (2008), la désorganisation sociale et les changements sociaux rapides sont des notions très proches du concept d'anomie¹⁰ du sociologue Émile Durkheim, c'est-à-dire « l'expérience collective du chaos et/ou la perte de sens et de but ». Ces auteurs citent différents exemples de recherches associant une augmentation du taux de suicide et certains facteurs politiques (violence au Sri Lanka), ou économiques (chômage, faillites, dettes au Japon), associés à des dislocations sociales et culturelles (chez les peuples autochtones). En contexte québécois, à court ou moyen terme, on peut penser à la pandémie de COVID-19, ou encore aux conséquences des événements extrêmes associés aux changements climatiques comme exemples de désorganisation sociale ou de changement social rapide qui peuvent influencer la santé mentale.

¹⁰ Étymologie grecque : *a* — « absence de » *nomos* — « normes, règles, structures ».

Les **inégalités de revenus et de distribution des richesses** se retrouvent dans deux cadres, soit Orpana *et al.* (2016) et Thom *et al.* (2021). Des dimensions, des éléments de raisonnement, de définition ou des indicateurs sont absents de ceux-ci.

Ce déterminant a une importance particulière puisqu'il influence plusieurs autres déterminants et leur distribution. En effet, les inégalités sociales sont à l'origine de problèmes sociaux tels que le manque de confiance générale, un manque de capital social et la violence (Parkinson, 2007, p. 41). Ces inégalités sont également étroitement liées à la santé mentale : selon les travaux de Pickett et Wilkinson (2019, p. 46), plus une société est inégalitaire, plus la tendance sociale consistant à évaluer la valeur d'une personne selon sa position sociale est forte. Cette évaluation sociale est source d'angoisse et de faible estime de soi (*Ibid.*) ce qui peut se manifester en symptômes de troubles mentaux courants — tels l'anxiété, la dépression et les troubles de l'humeur — à l'échelle populationnelle. Dans le cadre de surveillance de la santé mentale positive d'Orpana *et al.*, (2016), des indicateurs sont en cours d'élaboration pour cet objet.

À titre indicatif, plusieurs documents périphériques (G15+, 2022; OCDE, 2022; Parkinson, 2007) utilisent l'indice de GINI pour mesurer les inégalités de revenus au sein d'un territoire donné. Le G15+(2022) propose d'autres indicateurs pour le contexte québécois : l'indice de Palma, l'élasticité intergénérationnelle des revenus (pourcentage du revenu d'une personne attribuable à celui de ses parents), la qualité du système de garde à l'enfance et l'appui à la mission globale des organismes communautaires qui contribuent à l'inclusion sociale et à la réduction des inégalités. Des indicateurs segmentés selon certains groupes sociaux sont également utilisés (emploi des femmes, écarts salariaux hommes-femmes, enfants de 0 à 12 ans dont la mère a un emploi, emploi des Autochtones, intégration économique des immigrants).

La **pauvreté et la défavorisation matérielle*** se distinguent des inégalités socioéconomiques, au sens où, ici, elles ne sont pas relatives. Il s'agit d'un objet proposé par un document central (Thom *et al.*, 2021). Des dimensions, des éléments de raisonnement, de définition ou des indicateurs ne sont pas mentionnés.

Cet objet s'apparente à celui proposé par Parkinson (2007), sous la terminologie dette et sécurité financière (au niveau structurel). Toutefois, les liens entre la santé mentale et la pauvreté sont explicités au niveau individuel plutôt que populationnel (ou du contexte global ou/et des systèmes). Cet objet est retenu également comme caractéristique individuelle.

La **stigmatisation et la discrimination** dans la société sont mentionnées par trois documents centraux au niveau du contexte global, soit Orpana *et al.* (2016), Nous Group (2018) et la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC, 2015). Thom *et al.* (2021) mentionnent « l'expérience de stigmatisation et de discrimination relative à la santé mentale » comme facteur de risque dans la phase de rétablissement. À la suite d'un regroupement des indicateurs d'Orpana *et al.* (2016) et des définitions de la CSMC (2015) et de Nous group (2018), on obtient des dimensions de la stigmatisation/discrimination, telles que reflétées dans le tableau 3 : relatives à la santé mentale ou aux troubles mentaux courants et à d'autres caractéristiques

(classe socioéconomique, « race », statut d'immigrant, statut d'Autochtone, sexe/genre et appartenance aux communautés LGBTQA2+, religion, capacités physiques, apparence et âge).

La stigmatisation et la discrimination sont intimement liées aux inégalités sociales. Hatzenbuehler *et al.* (2013) considèrent d'ailleurs la stigmatisation comme une cause fondamentale des inégalités de santé. Quant à la discrimination, elle est décrite par Khan *et al.* (2017) comme une cause fondamentale de dépression et d'anxiété. Selon Parkinson (2007, p. 46), ce facteur peut limiter les possibilités d'accès à des services, à l'emploi et au logement. Il peut également influencer plus directement et négativement la santé mentale (CSMC, 2015) — par le harcèlement, l'intimidation, les représentations sociales négatives et l'exclusion — affectant ainsi l'estime de soi et induisant un sentiment d'aliénation et d'isolement (Parkinson, 2007, p. 46). Ce déterminant joue également un rôle tout au long de la vie, selon les appartenances à certains groupes. Enfin, la discrimination multifactorielle — ou une addition d'identités minoritaires, dans une perspective d'intersectionnalité (Hankivsky, 2011) — peut également engendrer un défi supplémentaire pour la santé mentale des populations (Mantoura, 2014).

L'emploi est absent du cadre d'Orpana *et al.* (2016) et de celui de la CSMC (2015), mais présent chez Thom *et al.* (2021) sous l'objet chômage (*unemployment*) dans la catégorie risques sociaux. On le retrouve également dans le cadre de Nous Group (2018), qui le précisent du point de vue de la protection : sécuriser et maintenir l'emploi.

Selon Parkinson (2007), l'accès à l'emploi est un déterminant clé pour réduire l'exclusion sociale et protéger la santé mentale. Cette auteure propose l'indicateur du taux de chômage : « pourcentage d'adultes (femmes de 16 à 59 ans et hommes de 16-64), à l'exclusion des étudiants, qui sont au chômage ou économiquement inactifs et qui veulent travailler ». L'insécurité d'emploi est mentionnée par Nous group (2018). Un rapport du Directeur régional de la santé publique de Montréal (2016 p. 19), à l'aide d'une revue de littérature, soutient que l'insécurité d'emploi est un facteur de risque pour l'anxiété, la dépression et la détresse psychologique.

L'objet **logement*** est absent des cadres d'Orpana *et al.* (2016) et de Thom *et al.* (2021). Il est mentionné par la CSMC (2015) au même titre que Nous Group (2018), sous la dénomination logement et itinérance, qui mentionnent la sécurité et la stabilité comme facteurs de protection.

La sécurité et la stabilité du logement, qui dépendent elles-mêmes de l'accès au logement, sont particulièrement importantes pour les personnes ayant une expérience vécue de problème de santé mentale (Robinson et Adams, 2008). Certaines des dimensions de l'objet logement se situent au niveau structurel, le contexte économique et les politiques publiques influençant de manière importante son accessibilité (ACSM-Montréal, 2015; Robinson et Adams, 2008). À cet effet, Nous Group (2018) mentionnent la disponibilité de logements appropriés. Fortune *et al.* (2020b), et le G15+ (2022) divisent cet objet en deux : « accessibilité financière du logement » et « inoccupation de logement — taux ». D'autres dimensions du logement se retrouvent dans le champ Milieux de vie du présent document.

L'objet **sécurité alimentaire** ne se retrouvait pas dans les cadres centraux, mais a tout de même été retenu étant donné sa présence dans les documents phares.

À titre d'exemple, Alegría *et al.* (2018, p. 6) citent différentes études qui lient l'insécurité alimentaire à la mauvaise santé mentale. Par ailleurs, la sécurité alimentaire est un besoin fondamental, au même titre que le logement (Evans *et al.*, 2003), et est particulièrement importante en situation de catastrophe (Weaver et Hadley, 2009). Cet objet se retrouve dans Les indicateurs de bien-être du Québec : les ménages en situation de sécurité alimentaire (G15+, 2022) et chez Fortune *et al.* (2020b) : Nourriture (*Food*), qui proposent les dimensions suivantes : accès à la nourriture et coût de la nourriture — indicateurs à élaborer.

La **participation politique*** est un objet retenu par Orpana *et al.* (2016). Les auteurs et autrices du document l'ont situé dans le contexte global (au niveau société, selon leur cadre) étant donné la mesure choisie, c'est-à-dire le taux de participation aux élections fédérales parmi les personnes électrices enregistrées.

D'autres formes de participation, politique, mais aussi sociale et communautaire, se retrouvent dans la section Milieux de vie du présent document.

4.2.2 Les systèmes

Tableau 4 Objets de surveillance et dimensions recensés au niveau des systèmes

CATÉGORIES (MSSS, 2010)	OBJETS (n = 4)	DIMENSIONS (n = 8)
Systèmes d'éducation et de services de garde à l'enfance	Système d'éducation*	Accès à la scolarisation Accès au système de service de garde à l'enfance
Système des services sociaux et de santé	Système de soins de santé physique primaires généraux	Accès au système de soins de santé physique primaires généraux Accès à des services de promotion de la santé mentale intégrés aux systèmes de soins généraux
	Système de soins et services en santé mentale	Accès populationnel aux soins de santé mentale Accès en continuité à l'ensemble du continuum des soins et services Accès aux services de type patient-partenaire
Autres systèmes et programmes	Système judiciaire	Disponibilité du soutien en santé mentale dans le système judiciaire

* Cet objet se retrouve dans plus d'un champ.

L'**éducation*** est mentionnée par Thom *et al.* (2021) comme une ressource sociale — regroupée avec le support social — et par Nous Group (2018), qui font référence à l'accès à l'éducation (au sens de la scolarisation) et l'accès spécifique à l'éducation pour la petite enfance.

Selon l'OMS (2012), une corrélation existe entre l'accès à l'éducation et la santé en général, et entre l'accès à l'éducation et la santé mentale de façon spécifique.

Le **système de soins de santé physique primaires généraux**¹¹ est absent des cadres centraux — quoiqu'il se retrouve dans la liste initiale de Orpana *et al.* (2016).

Dans ce rapport, deux dimensions le caractérisent : l'accès au système de soins de santé primaires de qualité et l'accès à des services de promotion de la santé mentale intégrés aux systèmes de soins généraux. La première dimension est reconnue comme un déterminant de la santé en général et de la santé mentale en particulier (Barry *et al.*, 2019). Alegría *et al.* (2018, p. 6) citent en outre plusieurs études exposant que l'accès universel au système de soins de santé primaires consiste en une approche efficace pour réduire les inégalités de santé mentale. La troisième dimension réfère à la Charte d'Ottawa (OMS, 1986), qui souligne la nécessité de l'accès à des services de soins en faveur de la promotion de la santé, elle-même requise pour l'amélioration de la santé mentale des populations (Barry *et al.*, 2019; Horn *et al.*, 2014; OMS, 2004b).

Les dimensions et les indicateurs concernant le **système de soins et de services de santé mentale** sont amplement cités (CSMC, 2015; Nous Group, 2018; Thom *et al.*, 2021). Thom *et al.* (2021) proposent des indicateurs allant de la prévention jusqu'au rétablissement, ce qui explique la présence importante d'objets et dimensions s'y rapportant (voir l'extrait du cadre en annexe 4C). Considérant les objectifs de ce projet, seules les dimensions pertinentes au regard de la mauvaise santé mentale et des troubles mentaux courants ont été retenues. Les indicateurs (ou objets) qui couvraient les soins et services spécialisés ont été écartés.

Nous Group (2018, p. 27), dont une partie significative du cadre porte sur le système de soins et de services de santé mentale, soulignent l'importance d'un accès en continuité et de manière intégrée aux différentes composantes du système de soins (primaires, communautaire, services sociaux, soins hospitaliers, etc.) (*Ibid.*, p. 26). Enfin, Nous Group (2018, p. 25) et Thom *et al.* (2021) mettent de l'avant la participation des usagers dans la conduite des soins à tous les niveaux, notamment la perspective du patient-partenaire.

Le **système judiciaire** est mentionné par Nous group (2018) uniquement.

L'exposition au système de justice criminelle — en particulier en milieux de détention — est corrélée au développement et/ou à l'exacerbation des problèmes de santé mentale (Freedman *et al.*, 2014, dans Nous group, 2018). Les dimensions proposées ont trait essentiellement au soutien en santé mentale au sein du système judiciaire.

¹¹ Les soins de santé primaires correspondent au premier point de contact de la population avec le système de soins de santé. Les soins de santé secondaires correspondent aux soins spécialisés vers lesquelles des personnes ont été orientées à la suite d'interactions avec les services de première ligne (soins primaires). Ces soins peuvent être prodigués dans des hôpitaux, des établissements de soins de longue durée ou dans la collectivité. Les soins de santé tertiaires correspondent à des services de santé généralement non couverts par le système de santé public (par exemple : soins dentaires, soins de la vue et les services d'autres professionnels de la santé comme les physiothérapeutes) (Canada, 2011).

4.2.3 Les milieux de vie

Tableau 5 Objets de surveillance et dimensions recensés au niveau des milieux de vie

CATÉGORIES (MSSS, 2010)	OBJETS (n = 12)	DIMENSIONS (n = 32)
Milieu familial	Revenu familial*	
	Composition du ménage	
	Relations familiales	Style parental Violence interpersonnelle (violence conjugale, maltraitance, abus) Qualité de la communication interpersonnelle
	État de santé physique/usage de substances par un ou des membres de la famille	
	Logement*	Qualité Surpopulation/entassement (<i>overcrowding</i>)
Milieu scolaire et de garde	Environnement scolaire	Sentiment d'appartenance à l'école Écoles promotrices d'une bonne santé mentale (<i>mentally healthy school</i>) Qualité des relations interpersonnelles
Milieu de travail	Environnement de travail	Stress au travail Conditions de travail Équilibre travail-vie personnelle Demandes irréalistes Contrôle (degré de pouvoir décisionnel au travail) Support de la gestion Support des collègues
Communauté locale et voisinage	Environnement social du quartier	Solidarité perçue du quartier Confiance à l'égard du voisinage Sécurité/criminalité/violence dans le quartier
	Environnement bâti et naturel du quartier	Satisfaction à l'égard du quartier Accessibilité (financière et géographique) à des installations de loisirs Accès à des espaces verts Accès à des lieux de répit Bruit
	Participation à des activités sociales, politiques et civiques*	Bénévolat Participation à des activités sociales ou communautaires Participation à des activités culturelles, récréatives et de loisirs collectifs Participation à des activités politiques ou civiques collectives Participation à des activités religieuses ou spirituelles collectives Influence perçue sur les décisions locales
Plusieurs milieux (familial, scolaire, travail, hébergement, communauté)	Soutien social	Soutien social perçu Proche aide
	Réseaux sociaux	Relations familiales, amicales, communautaires

* Cet objet se retrouve dans plus d'un champ.

Le **revenu familial** est un objet proposé par Orpana *et al.* (2016) uniquement. Les autres cadres ont retenu le revenu individuel (ou du ménage¹²), dans les caractéristiques individuelles seulement.

Le revenu familial a été retenu dans le champ Milieux de vie, et le revenu du ménage dans le champ Caractéristiques individuelles, afin de prendre en compte une perspective de parcours de vie — au sens où le revenu familial est pertinent en ce qui a trait à l'environnement familial en général, pour l'enfance et la jeunesse. Concernant les liens avec la santé mentale, à titre d'exemple, Kelly *et al.*, (2011, dans Allen *et al.*, 2014) rapportent que la richesse du ménage affecte les difficultés émotionnelles et comportementales des enfants, notamment à l'âge de 3 à 5 ans. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC-CRSA) (2022b) utilise l'indicateur suivant : « pourcentage (%) de la population âgée de moins de 18 ans vivant sous le seuil de faible revenu, après les impôts ».

La **composition du ménage** est un objet retenu par Orpana *et al.*, (2016). Les indicateurs retenus concernent la monoparentalité et le fait d'habiter seul(e) ou avec un(e) partenaire. De plus amples détails ne sont pas disponibles dans les cadres recensés.

Quoique l'objet **relations familiales** soit inclus dans les facteurs transversaux que sont les réseaux sociaux et le support social par, notamment, Parkinson (2007), et que Nous group (2018) l'incluent dans les connexions communautaires (*community connections*), Orpana *et al.* (2016) ont fait des relations familiales un déterminant à part entière. Aucun indicateur n'est toutefois mentionné dans le cadre de surveillance de la population adulte. Les indicateurs utilisés par l'ASPC-CRSA (2022b) pour les jeunes de 12 à 17 ans sont essentiellement de l'ordre de la communication interpersonnelle (dans le cadre familial/domestique).

Des « relations parents-enfants positives, affectueuses et aidantes tout au cours de l'enfance et l'adolescence » constituent un facteur de protection de la santé mentale (Mantoura, 2014, p. 3). L'objet relations familiales comporte la dimension style parental, un objet proposé par Orpana *et al.* (2016); Nous group (2018) l'ont également retenu, associé avec le développement de la petite enfance. Aucun détail n'est fourni dans ces cadres concernant cet objet. Notons toutefois qu'un déterminant important de la santé mentale, les liens d'attachement (plus difficilement mesurable), est intimement lié au style parental (Barry *et al.*, p. 233). Par souci de concision et de cohérence interne, la violence entre partenaires intimes (*partner abuse*) a également été retenue comme dimension. La violence familiale ou entre partenaires intimes est considérée comme un facteur de risque majeur à l'égard des problèmes de santé mentale (Nous Group, 2018, p. 17; Parkinson, 2007, p. 54). Elle est proposée par Parkinson (2007) sous la dimension violence

¹² Nous utilisons ici la distinction de ces deux notions adoptée par l'Institut de la statistique du Québec : « [U]n ménage privé est formé d'une personne ou d'un groupe de personnes occupant un logement privé et n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada. Il faut retenir qu'une personne qui habite seule dans un logement forme un ménage, et qu'une personne ne fait partie d'un seul ménage. Un logement collectif est un établissement commercial, institutionnel ou communautaire du type foyer pour personnes âgées, prison, couvent. Le concept de famille utilisé ici est celui de famille de recensement, qui comprend soit un couple marié ou non, avec ou sans enfants célibataires, soit un parent seul demeurant avec au moins un enfant jamais marié. Les enfants considérés sont ceux qui vivent dans le même logement que leurs parents » (Duchesne, 2001)

interpersonnelle, qui comprend la violence psychologique (*Ibid.*). Cette dimension est inspirée de la liste initiale d'indicateurs d'Orpana *et al.*, (2016); il est en effet apparu plus approprié de décliner la violence comme une dimension plutôt que d'en construire un objet en lui-même. Ainsi, dans le cadre proposé, la violence constitue une dimension de l'environnement social, des relations familiales et des caractéristiques individuelles. Enfin, la troisième dimension de cet objet est la qualité de la communication interpersonnelle; elle tient compte des diverses configurations relationnelles d'importance dans la famille au sens large, notamment : « des relations amoureuses égalitaires et positives » (Roberge *et al.*, 2017, p. 13).

L'**état de santé physique et l'usage de substances par un ou des membres de la famille** est un facteur provenant uniquement d'Orpana *et al.* (2016). L'état de santé physique et l'usage de substances (incluant l'alcool) ont été fusionnés dans les cadres de surveillance adulte et jeunesse (Orpana *et al.*, 2022a ; 2022b).

Cet objet est construit, dans ces cadres, à partir de l'impact perçu de membres de la famille ayant des « problèmes avec leurs émotions, leur santé mentale ou l'usage d'alcool ou de drogues » sur une personne (*Ibid.*).

Le **logement*** a déjà été mentionné comme objet dans le champ du contexte global. Il est absent des cadres d'Orpana *et al.* (2016) et de Thom *et al.* (2021), mais est mentionné par la CSMC (2015) au même titre que Nous Group (2018), sous la dénomination logement et itinérance.

Les liens entre la qualité d'un logement et la santé physique sont par ailleurs bien démontrés (Adair *et al.*, 2016). Outre le fait que la santé physique peut avoir une influence sur la santé mentale, certaines études ont associé d'autres facteurs influençant la santé mentale et ayant trait à la qualité du logement, comme la lumière du jour et le niveau de bruit (*Ibid.*). Guite *et al.* (2006, dans Parkinson, 2007, p. 49) et Allen (2014) soulignent également la surpopulation (ou l'entassement – *overcrowding*) dans le logement comme facteur de risque de problèmes de santé mentale. Alegria *et al.* (2018, p. 95) citent également deux recherches longitudinales qui suggèrent que l'exposition persistante à de mauvaises conditions de logement influent négativement la santé psychologique des jeunes et des adultes. Fortune *et al.* (2020b) et Parkinson (2007) ont proposé les dimensions de qualité du logement et de surpopulation (*overcrowding*), retenues dans la proposition de cadre.

L'**environnement scolaire*** provient d'Orpana *et al.*, (2016). Nous Group (2018, p. 40) mentionnent également des écoles promotrices d'une bonne santé mentale (*mentally healthy schools*), comme une dimension de l'objet **éducation**.

L'environnement scolaire est un objet qui représente l'intégration d'une perspective de parcours de vie dans ce cadre conceptuel. Parkinson (2012), dans un cadre adapté pour l'enfance et la jeunesse, propose une série d'indicateurs associés, entre autres, à la qualité des relations interpersonnelles. Cette dimension est ajoutée afin de couvrir de manière plus complète cet

objet, de même que le sentiment d'appartenance à l'école, une dimension construite à partir d'un indicateur d'Orpana *et al.* (2022).

L'**environnement de travail*** est mentionné par Orpana *et al.* (2016) et le stress au travail par la CSMC (2015), qui constitue l'indicateur de l'ASPC-CRSA (2022a) : « Pourcentage (%) des salariés de 18 à 75 ans qui vivent un niveau de stress élevé au travail ».

Selon l'OMS (2000, dans Nous group, 2018), l'environnement de travail peut affecter de manière autant positive que négative la santé mentale, incluant l'anxiété et la dépression. Parkinson (2007) fournit par ailleurs une synthèse fouillée sur la question. Les dimensions suivantes, proposées par cette auteure, ont été retenues : conditions de travail, équilibre travail-vie personnelle, demandes irréalistes, contrôle (degré de pouvoir décisionnel au travail), support de la gestion et support des collègues.

L'**environnement social du quartier** provient uniquement d'Orpana *et al.* (2016) et ne comporte pas de précisions.

Les indicateurs retenus par l'ASPC-CRSA (2022a) ont trait à la solidarité perçue dans le quartier et aux troubles sociaux perçus. D'autres dimensions ont été incluses à partir de Parkinson (2007) : la confiance à l'égard du quartier et les questions associées à la sécurité (sécurité, criminalité et violence), ce qui rejoint également Alegria *et al.* (2018). Parkinson (2007, p. 38) soutient que la confiance communautaire est associée à une réduction de la détresse psychologique.

L'**environnement bâti et naturel du quartier** provient uniquement d'Orpana *et al.* (2016) et ne comporte pas de précisions. L'adjectif « naturel » a été ajouté afin de tenir compte des éléments non fabriqués par l'humain.

L'ASPC-CRSA (2022b) ont retenu un indicateur associé à l'accessibilité financière et géographique à des installations de loisirs — qui constitue une dimension dans le modèle proposé ici. Parkinson (2007) et la liste initiale d'Orpana *et al.* (2016) proposent d'autres dimensions telles que l'accès à des espaces verts et à des lieux de répit¹³ (*escape facilities*), dont l'influence sur la santé mentale est soutenue par de plus en plus de recherches (Parkinson, 2007; Alegria, 2018, p. 95).

La **participation à des activités sociales, politiques et civiques** est en continuité avec l'objet participation politique d'Orpana *et al.* (2016) au niveau du contexte global. Il ne se retrouve pas tel quel dans les cadres centraux; cela dit, Orpana *et al.* (2016) proposent l'objet implication communautaire.

¹³ Il s'agit d'« [u]n endroit sûr et apprécié où une personne peut et veut aller pour "échapper" aux choses ». (...) Cela peut être, par exemple, un café ou un parc, surtout là où il y a une forte densité résidentielle (Parkinson, 2007, p. 49, trad. libre).

La participation à des activités sociales, politiques et civiques constitue un facteur de protection (Mantoura, 2014), particulièrement important pour les groupes marginalisés (Alegria *et al.*, 2018). Cela inclut le bénévolat (Friedli et OMS, 2009), retenu ici comme une dimension. Outre la contribution de la participation à l'amélioration des réseaux sociaux, cet objet est lié aux sentiments d'efficacité et d'agentivité (Parkinson, 2007, p. 33), qui contribuent, dans cette perspective, plus largement à la maîtrise de ses conditions de vie (*environmental mastering*), qui constitue elle-même une composante du bien-être psychologique (Parkinson, 2007, p. 17) et communautaire (Sacchetto *et al.*, 2018). C'est pourquoi la dimension proposée par Parkinson (2007), influence perçue sur les décisions locales, est également proposée. La manière de décliner les autres dimensions de cet objet est inspirée du cadre de Fortune *et al.*, (2020b), qui regroupent divers types de participation.

L'objet **soutien social** se retrouve dans Orpana *et al.* (2016) et Thom *et al.* (2021). Il est absent des cadres de Nous Group (2018) et de la CSMC (2015), bien qu'il se retrouve comme une composante de divers objets — tels que la discrimination et la stigmatisation, qui sont, dans ce contexte, des freins au soutien social (CSMC, 2015, p. 57).

Le soutien social consiste, selon Parkinson (2007, p. 36), à pouvoir compter sur des personnes proches pour obtenir du soutien et du réconfort lorsque des moments de crises personnelles surviennent. Le MSSS (2010, p. 33), reprenant une définition de l'OMS (1999), définit cet objet de manière plus large, en incluant l'assistance au sein de communautés (dont le milieu de travail), et comprend également le partage d'information, de ressources matérielles et de services. Le soutien social est un objet largement transversal, c'est-à-dire qu'il traverse différents milieux et niveaux. Parkinson (2007, p. 36) affirme que les recherches démontrent une forte corrélation entre le soutien social perçu et la santé mentale, autant comme facteur de risque (l'absence de soutien social) que de protection. Cela dit, il demeure que fournir un soutien à autrui, en particulier comme proches aidants, peut avoir un impact négatif sur la santé mentale (Friedli, 2007, dans Parkinson, 2007, p. 36; CSMC, 2015, p. 16). Cette dimension a d'ailleurs été proposée (proche aide). Enfin, le soutien social se mesure habituellement par le soutien social *perçu*.

L'objet **réseaux sociaux** provient d'Orpana *et al.* (2016). Nous Group (2018) proposent un objet similaire, connexions communautaires : saines relations avec la famille, les amis, la communauté et la culture.

Les réseaux sociaux peuvent se définir comme « les relations sociales et les liens entre les individus qui peuvent fournir un accès à l'information et aux ressources en matière de santé, influencer les normes sociales et les comportements, ainsi que mobiliser le soutien social pour la santé » (OMS, 2021). Parkinson (2007, p. 35) expose encore ici la forte corrélation démontrée par la recherche entre cet objet et la santé mentale, à la fois positive et comme protection contre les troubles mentaux courants. Bien que ce déterminant puisse parfois avoir une influence négative sur la santé mentale (pression des pair(e)s, manque de support, etc.), les effets des réseaux sociaux sur la santé mentale sont généralement positifs (*ibid*). Les indicateurs de l'ASPC-CRSA (2022b) ont trait au pourcentage de la population ayant déclaré avoir des amis ou de membres de la famille dont ils sont proches.

4.2.4 Les caractéristiques individuelles

Tableau 6 Objets de surveillance et dimensions recensés au niveau des caractéristiques individuelles

CATÉGORIES (MSSS, 2010)	OBJETS (n = 15)	DIMENSIONS (n = 14)
Caractéristiques socioéconomiques	Revenus et ressources matérielles*	Revenu Richesse Stress financier Sécurité économique future
	Niveau de scolarité	
Santé mentale et psychosociale (dans le champ État de santé)	État de santé	Auto-évaluation de la santé ^a Présence de problèmes de santé chroniques ou de situation de handicap Stress chronique
	Expériences (dé)favorables lors de l'enfance	
	Expériences subies de violence/trauma	
Habitudes de vie et comportements	Habitudes de santé personnelle	Activité physique Problèmes associés à la consommation de substances psychoactives
Compétences personnelles et sociales	Littératie en santé mentale	Connaissances à propos de la santé mentale et des troubles mentaux et comment en prendre soin Attitude par rapport à la stigmatisation liée aux troubles mentaux Habilités en régulation des émotions Connaissances des ressources d'aide Capacité de demander de l'aide pour des problèmes de santé mentale
	Résilience	
	Capacité d'adaptation	
	Contrôle et auto-efficacité	
	Optimisme	
	Estime de soi	
Catégorie(s) à déterminer dans MSSS 2010	Sentiment de solitude	
	Peurs existentielles	
	Spiritualité	

* Cet objet se retrouve dans plus d'un champ.

^a ASPC-CSRA (2022a) utilise les indicateurs suivants : « Pourcentage (%) de la population âgée de 18 ans et plus qui déclare être en « très bonne » ou en « excellente » santé » et « Pourcentage (%) de la population âgée de 18 ans et plus présentant une santé fonctionnelle modérée ou faible, selon l'indice de l'état de santé (IES) ». Lors de la suite du projet, le comité pourra évaluer s'il serait plus pertinent de nommer cet indicateur « État de santé physique » afin d'éviter la confusion avec les indicateurs des états de santé mentale.

L'objet **revenus et ressources matérielles** se retrouve couvert également en partie sous revenu du ménage dans le champ Famille dans Orpana *et al.* (2016).

Comme mentionné précédemment, des auteurs et autrices (dont Parkinson, 2007) classent cet objet au niveau structurel. Ainsi, différents cadres classent les revenus (et parfois les ressources matérielles) soit au niveau structurel (contexte global et systèmes), soit dans milieux de vie (famille). Dans cette proposition de modèle conceptuel, afin de refléter cette diversité, l'objet pauvreté et défavorisation matérielle reflète les dynamiques structurelles des revenus et ressources matérielles, l'objet revenu familial reflète son influence sur la dynamique familiale et la prise en compte d'une perspective de parcours de vie, et sa présence au niveau individuel permet de mesurer des dimensions importantes à l'égard de la santé mentale et favorise l'arrimage avec le *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants* (MSSS, 2010). Fortune *et al.* (2020b) ont permis de détailler les dimensions; ils proposent richesse, stress financier et sécurité économique future. Parkinson (2007, p. 48) expose différentes références à l'égard de la corrélation entre les ressources financières et la santé mentale, dont Bostock (2004), qui soutient que les personnes qui subissent des contraintes financières sont plus à risque de développer des problèmes de santé mentale que ceux qui n'ont pas de soucis financiers. Des documents phares relatent des liens entre le faible revenu et une mauvaise santé mentale (par exemple, Alegria *et al.*, 2018).

L'objet **niveau de scolarité** semble se retrouver seulement chez Thom *et al.* (2021), quoiqu'il s'agisse de l'objet éducation, inclut sous la catégorie ressources sociales. Il est équivoque à savoir s'il s'agit du niveau d'éducation ou de son accès.

Le niveau de scolarité est parfois associé à un facteur de protection de la santé mentale, quoique des recherches rapportent des résultats mixtes (Parkinson, 2007, p. 43). Cet objet suit une logique similaire à celui précédent; l'accès à l'éducation est classé au niveau des Systèmes, et le niveau de scolarité s'inscrit plutôt, selon la classification du cadre conceptuel du MSSS (2010), dans le statut socioéconomique. Il est donc classé, ici, dans les caractéristiques individuelles. À titre indicatif, Parkinson (2007, p. 71), bien qu'elle situe l'objet éducation dans la catégorie inclusion sociale au niveau structurel, utilise l'indicateur suivant : « Pourcentage d'adultes (femmes âgées de 16 à 59 ans et hommes âgés de 16 à 64 ans) ayant au moins une qualification académique ou professionnelle ».

L'objet **état de santé** est retenu par Orpana *et al.* (2016) et la santé physique par Nous Group (2018).

L'influence mutuelle entre les troubles mentaux et l'état de santé physique est bien documentée (OMS *et al.*, 2004, dans Parkinson, 2007). La santé mentale positive est également associée à une bonne santé physique, incluant l'état de santé auto-évaluée. Parkinson (2007) propose de retenir, en plus de l'état de santé générale, la présence de problèmes de santé chroniques (*long-standing physical condition*) ou de situation de handicap. Thom *et al.* (2021) ont identifié le stress chronique comme risque individuel, qui est regroupé ici sous l'objet **état de santé**. L'ASPC-CRSA (2022a) utilise les indicateurs d'auto-évaluation de l'état de santé et le taux de personnes

présentant une incapacité modérée ou grave. Ils précisent que l'auto-évaluation de l'état de santé mentale se retrouve dans la mesure de l'état de santé mentale elle-même.

Expériences (dé)favorables lors de l'enfance se retrouve chez Orpana *et al.* (2016) sous un facteur de protection seulement : expériences favorables lors de l'enfance. Il se retrouve dans Nous Group (2018) également, sous la dénomination développement de la petite enfance.

Plusieurs facteurs prédisposant aux problèmes de santé mentale trouvent leur origine dans l'enfance; à l'inverse, un développement positif est favorable aux facteurs de protection, autant dans l'enfance que plus tard dans son parcours de vie (Nous Group, 2018, p. 21; Powell *et al.*, 2021). Notons que les expériences vécues sont tributaires de facteurs aux niveaux structurel et des milieux de vie.

L'objet **expériences subies de violence/trauma** est mentionné par Orpana *et al.* (2016) (nommé violence), Thom *et al.* (2021) (traumatisme/violence) et Nous Group (2018) (*Violence, trauma and negligence*).

En s'inspirant des indicateurs de Orpana *et al.* (2016) et afin de distinguer les objets traitant de la violence aux niveaux familial et communautaire (de quartier), l'objet a été nommé ainsi afin de préciser l'angle de l'expérience individuelle. Selon Nous Group (2018, p. 24), « la violence, les traumatismes et la négligence peuvent avoir des effets à court et à long terme sur la santé mentale. Ceux-ci peuvent inclure la dépression, le trouble de stress post-traumatique et les traumatismes complexes ».

Les habitudes de vie est un objet retenu chez Thom *et al.* (2021) (*unhealthy lifestyle*) et dans la liste initiale d'Orpana *et al.* (2016) sous le terme **habitudes de santé personnelle**, retenu comme objet dans le modèle proposé.

Orpana *et al.*, (2016) ont retenu activité physique comme objet dans la liste finale, identifié comme une dimension dans le modèle proposé; il en est de même pour les problèmes associés à la consommation de substances psychoactives qui se retrouve dans deux cadres (Orpana *et al.*, 2016; Nous Group, 2018). Aucune autre dimension n'est spécifiée (comme auraient pu l'être, par exemple, le sommeil et la sédentarité).

La **littératie en santé mentale** est un objet retenu par Thom *et al.* (2021), comme déterminant, et Nous Group (2018), comme résultat (*outcome*).

Selon Nous Group (2018 p. 31), la littératie en santé mentale « fait référence aux connaissances et aux habiletés requises pour promouvoir un bien-être mental positif, incluant la capacité de reconnaître, de réguler et de prévenir la maladie mentale ». La CSMC (2015) mentionne la littératie en santé mentale comme facteur permettant, d'une part, de réduire la stigmatisation relative à la santé mentale, et, d'autre part, de développer les connaissances des personnes afin d'adopter des stratégies de régulation appropriées en cas de besoin. Cela permet en outre de mieux réagir en contexte de relations interpersonnelles impliquant des enjeux de santé mentale.

La volonté de demander de l'aide pour des problèmes de santé mentale, la connaissance à propos de la santé mentale et des troubles mentaux et l'attitude par rapport à la stigmatisation liée aux troubles mentaux sont trois dimensions de la littératie pour Thom *et al.* (2021).

La **résilience** est un objet proposé par Orpana *et al.* (2016) et Thom *et al.* (2021). Pour Nous Group (2018), la résilience est une dimension de la littératie en santé mentale (elle-même conçue comme un résultat, non comme un déterminant) et d'une dimension du bien-être communautaire. Des précisions ou des indicateurs ne sont pas fournis par ces cadres.

Pour Parkinson (2007), la résilience n'est pas un déterminant, mais une dimension de la santé mentale positive. Elle définit cette notion comme « la capacité à faire face à des problèmes, les résoudre et en tirer des leçons, c'est-à-dire capable de faire face à des adversités ».

La **capacité d'adaptation** est un objet retenu par Orpana *et al.* (2016). Aucune précision n'est fournie.

La capacité d'adaptation (traduite parfois par *coping*) est une notion proche de la résilience. Pour Parkinson (2007), ici encore, il s'agit d'un aspect de la santé mentale positive. Orpana *et al.* (2022) ont proposé l'indicateur suivant : « pourcentage (%) de la population âgée de 18 ans et plus ayant déclaré avoir une forte capacité d'adaptation ».

Le **contrôle et l'auto-efficacité** est proposé également par Orpana *et al.* (2016). Aucune précision n'est fournie.

Pour Parkinson (2007), cet objet est plutôt nommé locus interne de contrôle ou de maîtrise; il s'agit ici également d'un aspect de la santé mentale positive pour cette auteure. Par contre, il est conceptualisé comme un facteur de protection chez Barry *et al.* (2019, p. 13). L'ASPC-CRSA (2022b) a proposé l'indicateur suivant : « pourcentage (%) de la population âgée de 18 ans et plus ayant déclaré un niveau élevé de maîtrise de leur destinée ».

L'**optimisme** est un objet proposé par Thom *et al.* (2021). Aucune précision n'est fournie.

Encore ici, pour Parkinson (2007), l'optimisme est un aspect de la santé mentale positive, et non un déterminant.

L'**estime de soi** provient également de Thom *et al.* (2021), et aucune précision n'est fournie.

Parkinson (2007) considère également cet objet comme un aspect de la santé mentale positive, alors que Barry *et al.* (2019, p. 13) le considèrent comme un facteur de protection.

Le **sentiment de solitude** a été retenu par Thom *et al.* (2021) sous la dénomination *loneliness*; aucune précision n'est fournie dans les cadres recensés.

Même si une personne dispose de soutien et d'un réseau social considéré comme approprié, il est toujours possible de ressentir de la solitude — qui peut contribuer à une mauvaise santé mentale, voire au développement et au maintien de troubles mentaux (Arulthas, 2021, p. 15).

L'objet **peurs existentielles** est proposé par Thom *et al.*, (2021) seulement. Aucun détail n'est disponible sur ses dimensions, les mesures possibles ou le raisonnement à l'égard de sa pertinence, sinon que Thom *et al.* (2021) le classent dans la catégorie *social risks* (aux côtés du sentiment de solitude, du chômage, de la pauvreté et des inégalités).

La **spiritualité** est mentionnée par Orpana *et al.* (2016).

Parkinson (2007, p. 29) souligne que la spiritualité (à ne pas confondre avec les pratiques religieuses organisées) est relevée par plusieurs recherches comme un facteur de protection important. Il est lui-même lié à d'autres facteurs (comme le réseau et le soutien social).

4.2.5 Les états de santé mentale

Tableau 7 Objets de surveillance et dimensions recensés des états de santé mentale

OBJETS (n = 3)	DIMENSIONS (n = 10)
État de santé mentale positive	Santé mentale auto-évaluée Bien-être émotionnel Bien-être psychologique Bien-être social
Symptômes précliniques	Détresse psychologique Symptômes d'épuisement
Troubles mentaux courants	Troubles liés à l'utilisation de substances Troubles anxieux Troubles de l'humeur Troubles mentaux courants (totaux)

La **santé mentale positive** est mesurée, par Orpana *et al.* (2016), à l'aide des dimensions suivantes : la santé mentale auto-évaluée, le bonheur et la satisfaction à l'égard de la vie (bien-être émotionnel), le bien-être psychologique et le bien-être social. Thom *et al.* (2021) nomment les dimensions état de santé mentale subjectif et bien-être (sans autres détails), qui recoupent les dimensions d'Orpana *et al.* (2016). Nous Group (2018) couvrent plus large en termes de résultats (*outcome domain*) : outre la littératie en santé mentale, on retrouve le bien-être positif communautaire, qui est caractérisé par le degré de connectivité communautaire la résilience et le support social. Ces éléments se retrouvent, dans le modèle proposé dans ce document, plutôt comme déterminants. Les autres *outcomes* ont trait à la prévalence des troubles mentaux et au rétablissement.

La santé mentale positive est mesurée, par Parkinson *et al.* (2007, p. 18), à l'aide de l'échelle de Warwick.

Les **symptômes précliniques** constituent un objet recensé chez Thom *et al.* (2021), qui proposent un ensemble d'objets à l'égard du statut de santé mentale sur un continuum s'étendant de la santé mentale positive au suicide. Des éléments de définition ne sont pas fournis dans les cadres recensés, mais les auteurs identifient les dimensions suivantes : détresse psychologique et symptômes d'épuisement.

L'objectif de cet objet, pour Thom *et al.*, (2021), semble être de représenter les troubles mentaux (ou les problèmes de santé mentale) sur un continuum de sévérité.

Afin de déterminer les dimensions de l'objet **troubles mentaux courants** une sélection a dû être réalisée à partir des dimensions de la surveillance des troubles mentaux recensés dans les cadres afin de distinguer les troubles courants des troubles non courants. Thom *et al.* (2021) proposent un objet se nommant *mental disorders* qui recouvre la dépression, les troubles anxieux, les troubles de stress post-traumatique, les troubles psychotiques, les troubles liés à l'utilisation de substances (*alcohol and substance dependence*), et enfin les troubles mentaux totaux. Nous group (2018) ont retenu la dimension prévalence des maladies mentales et la CSMC (2015), des dimensions similaires à Thom *et al.* (2021), mais associées à des groupes particuliers.

Les troubles anxieux et de l'humeur sont considérés, par la Commission de la santé mentale du Canada (2015, p. 12), notamment, comme les problèmes de santé mentale les plus courants chez les adultes. Mentionnons que les troubles de l'humeur englobent la dépression. Ces dimensions sont proposées pour l'objet troubles mentaux courants. Les troubles mentaux non courants (tels que les troubles psychotiques) ont été exclus. La consommation de substances et d'alcool peut être considérée comme un problème de santé mentale si elle correspond aux critères de la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé. Dans cette proposition de modèle conceptuel, afin de refléter la littérature, cet objet est conservé à la fois comme déterminant et comme trouble mental.

4.3 Proposition de variables de croisement

Bien que ce modèle conceptuel vise la population générale, l'utilisation de variables de croisement permet de mieux cerner les réalités de différents groupes sociaux (Sirotych, 2019, p. 100; CSMC, 2015; Nous Group, 2018, p. 15). Un travail subséquent pourrait servir à identifier des déterminants spécifiques à ces groupes et ainsi élaborer un plan de surveillance thématique qui tient compte de ces différentes réalités (voir à titre d'exemple les travaux de l'ASPC-CRSA 2022a et 2022b, de même que le cadre jeunesse de Parkinson, 2012).

Ainsi, la revue de littérature a permis d'identifier un certain nombre de ces variables, listées dans le tableau suivant.

Tableau 8 Proposition de variables de croisement

VARIABLES PROPOSÉES
Âge (enfants, jeunes, jeunes adultes [18-24 ans], adultes, personnes âgées [65 ans et +], personnes âgées [85 ans et +])
Statut social (<i>social status</i>)
Appartenance régionale
Découpage géographique
Sexe/genre
Personnes appartenant à la communauté LGBTQA2+
Personnes racisées (selon l'origine ethnique et culturelle)
Personnes en situation de handicap
Personnes habitant dans des régions nordiques ou rurales
Personnes appartenant à des communautés des Premières nations et Inuit
D'autres groupes pourraient être ciblés au besoin (par exemple, personnes sans statut légal au Canada, personnes ayant un faible niveau de littératie, etc.)

L'utilisation de variables de croisement permet d'analyser l'état de santé et la distribution de ses déterminants de manière particulière pour certaines sous-populations. Il s'agit de pouvoir désagréger les données afin de caractériser les inégalités de santé mentale dans l'optique de planifier les interventions visant à réduire ces inégalités (McLaren, 2022). Le Plan national de surveillance (PNS) fait d'ailleurs des inégalités sociales de santé un enjeu prioritaire.

Outre les variables de croisement, rappelons que cette proposition de modèle conceptuel intègre des déterminants de la santé mentale de nature à rendre compte des inégalités sociales de santé de manière globale, de même que de certains processus producteurs d'inégalités (et non pas seulement des résultats inégaux), tels que les objets **discrimination et stigmatisation** et **inégalités de revenus et distribution des richesses**.

5 DISCUSSION

La présente section fournit quelques constats généraux, s'attarde aux enjeux, apports et limites de cette synthèse de connaissances et propose quelques pistes de réflexion pour l'élaboration d'un plan de surveillance thématique.

5.1 Principaux constats, enjeux, apports et limites de cette étude

L'objectif de cette démarche était d'élaborer une proposition de modèle conceptuel de la santé mentale, des troubles mentaux courants et de leurs déterminants, comme premier jalon de l'élaboration d'un plan de surveillance thématique des états de santé mentale. À cet effet, une revue de la littérature scientifique et grise a été réalisée, en se centrant principalement sur des cadres de surveillance existants.

Cette stratégie a permis de repérer des objets qui ont été proposés dans les cadres de surveillance retenus qui, eux-mêmes, s'appuient sur un travail de recension étendu, d'analyse et de sélection à l'aune de différents critères associés à l'opérationnalité en contexte de surveillance, le tout réalisé par différentes parties prenantes. Cela constitue une force de cette proposition de modèle conceptuel, notamment puisque les objets recensés devraient faciliter l'identification d'indicateurs lors de l'élaboration du plan de surveillance thématique. Cela dit, ce processus adopté par les cadres recensés comporte des revers. Principalement, la sélection des objets de surveillance est soustraite à des critères comme la mesurabilité, la disponibilité des données et les liens avec des politiques publiques existantes, ce qui peut occulter certaines réalités de la santé mentale qui auraient pu faire l'objet de chantiers pour le développement d'indicateurs pertinents (ce qui est également souligné notamment par Thom *et al.*, 2021). En outre, cette stratégie pose des enjeux de transférabilité en contexte québécois, étant donné l'ancrage national des objets présentés dans les cadres (par exemple, l'Allemagne et l'Australie). Afin de pallier ces limites, nous avons eu recours à des cadres périphériques et à la littérature phare en santé mentale afin de compléter les résultats observés lors de la revue de la littérature, ce qui représente une deuxième force de notre étude. Cette stratégie (recommandée par plusieurs auteurs et autrices) a permis de combler certains angles morts de cadres recensés, tout en conservant des objets et des dimensions pertinents dans une perspective de surveillance. Elle a permis également d'atténuer une autre limite, soit le faible nombre de cadres centraux recensés (n = 4).

Par ailleurs, lors de l'extraction des objets, la récurrence de ceux-ci (c'est-à-dire leur présence dans plusieurs cadres différents) n'a pu être utilisée pour statuer sur le degré d'importance du lien avec la santé mentale, ou de fournir un indice sur la facilité de mesure d'un objet (qui demeure un critère à considérer). Or, la diversité des cadres a fait en sorte que des domaines ou champs n'étaient pas couverts par certains cadres (ou étaient en développement), ce qui rendait caduque la notion de récurrence.

Une autre limite concerne l'absence de définition et de raisonnement qui sous-tend le choix des objets pour les cadres centraux d'Orpana *et al.* (2016) et Thom *et al.* (2021). Le classement des

objets selon les champs et catégories du *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants* (MSSS, 2010) s'en est trouvé complexifié. Cette difficulté de classement des objets est d'ailleurs mentionnée comme une limite dans le Plan national de surveillance du Québec (MSSS et INSPQ, 2017). Le recours à des cadres périphériques et à la littérature phare fut alors une fois de plus pertinente pour atténuer cette limite.

Par ailleurs, certains objets du niveau des caractéristiques individuelles posent des enjeux particuliers lorsqu'on compare les cadres entre eux, voire dans la littérature phare. Il s'agit, tout d'abord, de deux notions parentes, soit l'adaptation (proposée par Orpana *et al.*, 2016) et la résilience (psychologique) (proposée par Orpana *et al.*, 2016, et Thom *et al.*, 2021). Trois autres éléments sont également traités de manière différente, soit l'optimisme (Thom *et al.*, 2021), l'estime de soi (Thom *et al.*, 2021) et le contrôle et le sentiment d'auto-efficacité (Orpana *et al.*, 2016). En effet, ils sont indiqués comme des facteurs par les auteur(e)s qui les proposent, alors qu'ils sont considérés, chez Parkinson (2007, p. 15-16) entre autres¹⁴, comme des aspects de la santé mentale (autrement dit, des résultats). Cette ambiguïté sur la manière de positionner ces éléments, tantôt comme des facteurs d'influence tantôt comme des composantes de la santé mentale, est reconnue dans la littérature et peut poser certaines difficultés. Ils sont tout de même maintenus, dans le modèle proposé, en ce qui a trait aux caractéristiques individuelles.

Enfin, une dernière limite concerne le manque d'information, dans les cadres recensés, concernant le poids relatif des déterminants en regard de l'influence sur la santé mentale et les troubles mentaux courants. Cela dit, la littérature générale (entre autres, Compton et Shim, 2015) nous apprend que les facteurs structurels, comme la stigmatisation et la discrimination, les inégalités sociales, la défavorisation et l'insécurité du logement demeurent les facteurs qui influencent le plus la santé mentale et les troubles mentaux.

5.2 Pistes pouvant alimenter les réflexions autour de l'élaboration d'un plan de surveillance thématique en santé mentale

Au cours de cette étude, nous avons relevé quelques pistes de réflexion (provenant parfois de la littérature) pour l'élaboration d'un plan de surveillance thématique en santé mentale :

- **Poursuivre les recherches concernant certains facteurs.** À titre d'exemple : clarifier si la défavorisation matérielle peut être considérée au niveau du contexte global. L'objet « peurs existentielles » invite également à des recherches supplémentaires. Des liens avec des contextes de désorganisation sociale comme les pandémies et les conséquences de la crise socioécologique pourraient être réalisés concernant cet objet. Par ailleurs, les objets tels que : résilience, adaptation, optimisme, estime de soi et sentiment de contrôle et d'auto-efficacité nécessitent aussi des précisions. Il s'agirait de les définir davantage afin de situer leur place plus précisément en tant que résultat ou déterminant, et trouver des moyens de faire

¹⁴ À titre d'exemple, outre Parkinson (2007), où tous ces objets sont considérés comme des résultats, la résilience est également considérée comme telle chez Nous group (2018); l'optimisme, l'estime de soi et le contrôle sont considérés comme une composante du bien-être psychologique selon Ryff (1989, in Joshanloo, 2021).

ressortir leur caractère indissociable des environnements, afin d'éviter d'en faire des objets centrés uniquement sur la responsabilité individuelle;

- **Envisager d'inclure des personnes représentantes des groupes concernés dans l'élaboration d'un plan de surveillance thématique.** Plusieurs travaux insistent sur l'importance d'inclure divers groupes en situation de vulnérabilité (CESP, 2018; CSMC, 2015; Nous Group, 2018; Sirotych *et al.*, 2019) : il peut s'agir des personnes jeunes, Autochtones et autres groupes en quête d'équité, de personnes ayant une expérience vécue en termes de problèmes de santé mentale et leur famille, de même que des organisations représentant ces voix (Sirotych *et al.*, 2019, p. 102). Le temps et les ressources nécessaires doivent toutefois être planifiés afin de s'assurer que cette démarche soit réussie, au même titre que la reconnaissance des contextes et préjugés socio-historiques qui ont mené à une plus grande vulnérabilité en termes de santé mentale (*Ibid.*). L'inclusion des utilisateurs et utilisatrices des données de surveillance (personnes décisionnelles et professionnelles) devrait être envisagée également.
- **Envisager d'inclure des éléments de surveillance des milieux de soins afin de rendre compte de leurs capacités promotrices de santé mentale.** Par exemple, il pourrait s'agir de suivre dans le temps l'intégration des soins de santé mentale infantile et maternelle dans les services et soins de routine anténataux et postnataux, une des meilleures pratiques recommandées dans la littérature pour favoriser la santé mentale (Barry *et al.*, 2019);
- **Envisager l'intégration d'éléments de politiques publiques comme indicateurs de surveillance.** En effet, ces éléments peuvent être associés aux déterminants de la santé mentale et pourraient faire l'objet d'indicateurs, notamment si cette stratégie rend plus facile la mesure par rapport à d'autres types d'indicateurs (par exemple, la proportion de services de garde ou la présence de politiques publiques favorables à l'accessibilité au logement). Il s'agit également d'une piste de réflexion promue par le Comité d'éthique de santé publique (CESP, 2018, p. 13).

6 CONCLUSION

« *Ce que vous mesurez affecte ce que vous faites* »
Joseph Stiglitz (2016, p. 72)

Cette synthèse des connaissances a pour objectif principal de proposer un modèle conceptuel comme première étape à l'élaboration d'un plan de surveillance de la santé mentale et des troubles mentaux courants. À cet effet, une revue de littérature narrative portant sur les cadres de surveillance existants a été réalisée. Quatre cadres centraux (c'est-à-dire, satisfaisants tous les critères d'inclusion) et quatre périphériques (satisfaisant partiellement ces critères) ont été retenus. Des publications phares ont permis de soutenir les objets proposés, d'en intégrer d'autres absents des cadres centraux et de fournir des éléments de précisions relativement aux objets recensés. À partir de ces publications, une analyse thématique des objets recensés a permis d'extraire un total de quarante-deux objets de surveillance, dont huit pour le contexte global, quatre pour les systèmes, douze pour les milieux de vie, quinze relatifs aux caractéristiques individuelles, et trois composantes des états de santé mentale et des troubles mentaux courants. On retrouve également des dimensions pour la majorité des objets ; le total des dimensions et des objets sans dimension est de 91.

La catégorisation utilisée s'appuie sur le *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants* (MSSS, 2010). Une représentation graphique est exposée afin d'obtenir une vue globale et synthétique du modèle proposé, de même qu'un tableau regroupant tous les objets et leurs dimensions. On retrouve par la suite des éléments de définitions et de raisonnement derrière chaque objet. Ces détails sont de nature à favoriser les discussions et les prises de décision au regard de l'identification d'indicateurs et, plus globalement, de l'élaboration du plan thématique de surveillance en santé mentale. Des variables de croisement sont également proposées.

Ce rapport comporte également des constats généraux relatifs à la littérature sur les cadres de surveillance de la santé mentale positive et des troubles mentaux courants. On remarque que peu de cadres existent sur ce thème, malgré l'intérêt grandissant pour la santé mentale positive et la pertinence de sa surveillance, notamment en contexte de pandémie de COVID-19. Ainsi, la plupart des cadres existants sont fortement centrés sur la surveillance des troubles mentaux. Ces constats renforcent la pertinence de ces travaux et d'un futur plan de surveillance thématique.

Les limites relatives au processus d'élaboration de la proposition du modèle conceptuel sont exposées en discussion générale, de même que des pistes de réflexion pour la poursuite des travaux. Ces dernières ont trait à la poursuite de recherches à l'égard d'objets traités de manière divergente dans la littérature, à l'intégration de personnes représentantes de groupes concernés par les enjeux de santé mentale et des inégalités sociales et aux liens avec les politiques publiques existantes.

En guise de conclusion, il importe de rappeler l'importance de l'interprétation des données de surveillance. En effet, comme le souligne la perspective éthique de Filiatrault *et al.* (2015, p. 12), « le choix d'objets et d'indicateurs basés sur des données probantes peut conduire à se concentrer sur ce qui est le plus facilement mesurable et, par là, le plus facilement mis à l'épreuve d'une démonstration scientifique, et ce, au détriment possible de déterminants importants, mais plus complexes à mesurer et à démontrer ». La santé mentale étant elle-même déterminée de manière significative par des facteurs structuraux, ceux-ci influençant également les déterminants à tous les niveaux, cet aspect a toute son importance dans l'interprétation des données de surveillance. D'où la pertinence de s'appuyer sur un modèle conceptuel le plus complet et rigoureux possible, qui intègre ces facteurs en tenant compte de leur complexité.

RÉFÉRENCES

- ACSM-Montréal. (2015). Le logement : un déterminant majeur de la santé mentale.
- Adair, C. E., Kopp, B., Distasio, J., Hwang, S. W., Lavoie, J., Veldhuizen, S., Voronka, J., Kaufman, A. F., Somers, J. M., LeBlanc, S. R., Cote, S., Addorisio, S., Matte, D. et Goering, P. (2016). Housing Quality in a Randomized Controlled Trial of Housing First for Homeless Individuals with Mental Illness: Correlates and Associations with Outcomes. *Journal of Urban Health*, 93(4), 682-697.
<https://doi.org/10.1007/s11524-016-0062-9>
- Alegría, M., NeMoyer, A., Falgàs Bagué, I., Wang, Y. et Alvarez, K. (2018). Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. *Current Psychiatry Reports*, 20(11), 95.
<https://doi.org/10.1007/s11920-018-0969-9>
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R. et Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 26(4), 392-407.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>
- Arulthas, S. (2021). *État des connaissances sur l'isolement social et la solitude des parents, de la grossesse à la fin de la petite enfance : définitions, instruments de mesure, ampleur et facteurs associés*. Institut national de santé publique du Québec.
- ASPC-CSRA. (2022a). *Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive de recherche appliquée Statistiques rapides, adultes (18 ans et plus)*. Agence de la santé publique du Canada.
- ASPC-CSRA. (2022b). *Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive de recherche appliquée Statistiques rapides, jeunes (12 à 17 ans)*. Agence de la santé publique du Canada.
- Barry, M. M., Clarke, A. M., Petersen, I. et Jenkins, R. (2019). *Implementing mental health promotion*. Springer.
- Bostock, J. (2004). The high price of poverty. Poverty and debt are major risk factors for mental ill health in deprived communities and groups. *Mental health today (Brighton, England)*, 27-29.
- Canada, S. (2011, 27 mai). *Le système des soins de santé du Canada [éducation et sensibilisation]*.
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html>
- CESP. (2018). *Avis sur le Plan national de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2017-2027*. Institut national de santé publique du Québec.
- Cohen, A. et Minas, H. (2008). Mental Health Etiology: Social Determinants. Dans *International Encyclopedia of Public Health* (p. 350-353). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00041-1>
- Compton, M. T. et Shim, R. S. (2015). The social determinants of mental health. *Focus*, 13(4), 419-425.

- CSMC. (2013). *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*. Commission de la santé mentale du Canada.
- CSMC. (2015). *Tracer la voie de l'avenir : indicateurs de la santé mentale pour le Canada* (chez l'auteur).
- Déry, V., Roy, M. et Robert, O. (2022). *Aide-mémoire — Apprécier la qualité des études et de documents scientifiques : une assise scientifique déterminante*. Institut national de santé publique du Québec.
- Directeur de santé publique de Montréal. (2016). *Les travailleurs invisibles : les risques pour la santé des travailleurs des agences de location de personnel*. CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- Duchesne, L. (2001). *Ménages et familles : La situation domestique et familiale. Dans Portrait social du Québec : données et analyses*. Institut de la statistique du Québec.
- Evans, G. W., Wells, N. M. et Moch, A. (2003). Housing and mental health: a review of the evidence and a methodological and conceptual critique. *Journal of social issues*, 59(3), 475-500.
- Filiatrault, F., Désy, M., Leclerc, B., et Institut national de santé publique du Québec. (2015). *Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique*. Institut national de santé publique du Québec. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INSPQ/9782550733362.pdf>
- Fortune, N., Badland, H., Clifton, S., Emerson, E., Rachele, J., Stancliffe, R. J., Zhou, Q. et Llewellyn, G. (2020a). The disability and wellbeing monitoring framework: data, data gaps, and policy implications. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 44(3), 227-232. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12983>
- Fortune, Nicola, Badland, H., Clifton, S., Emerson, E., Rachele, J., Stancliffe, R., Zhou, Q. et Llewellyn, G. (2020b). *The Disability and Wellbeing Monitoring Framework and Indicators: Technical Report*.
- Framarin, A. et Déry, V. (2021). *Les revues narratives — Fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels*. Institut national de santé publique du Québec.
- Friedli, L. et OMS. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- G15+. (2022). *Indicateurs du bien-être au Québec*. Indicateurs du bien-être au Québec <https://g15plus.quebec/>
- Halfon, N., Larson, K., Lu, M., Tullis, E. et Russ, S. (2014). Lifecourse health development: past, present and future. *Maternal and child health journal*, 18(2), 344-365.
- Hankivsky, O. (2011). *Health inequities in Canada: Intersectional frameworks and practices*. UBC Press.
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C. et Link, B. G. (2013). Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
- Herrman, H. et Jané-Llopis, E. (2012). The status of mental health promotion. *Public Health Reviews*, 34(2), 1-21.

- Horn, M. A., Rauscher, A. B., Ardiles, P. A. et Griffin, S. L. (2014). Mental Health Promotion in the Health Care Setting: Collaboration and Engagement in the Development of a Mental Health Promotion Capacity-Building Initiative. *Health Promotion Practice*, 15(1), 118-124. <https://doi.org/10.1177/1524839913480179>
- Joshanloo, M. (2021). Centrality and dimensionality of 14 indicators of mental well-being in four countries: developing an integrative framework to guide theorizing and measurement. *Social Indicators Research*, 158(2), 727-750. <https://doi.org/10.1007/s11205-021-02723-6>
- Keyes, C. L. et Simoes, E. J. (2012). To flourish or not: Positive mental health and all-cause mortality. *American journal of public health*, 102(11), 2164-2172.
- Khan, M., Ilcisin, M. et Saxton, K. (2017). Multifactorial discrimination as a fundamental cause of mental health inequities. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0532-z>
- Lauper, U., Chen, J. H. et Lin, S. (2017). Window of Opportunity for New Disease Surveillance: Developing Keyword Lists for Monitoring Mental Health and Injury Through Syndromic Surveillance. *Disaster medicine and public health preparedness*, 11(2), 173-178. <https://doi.org/10.1017/dmp.2016.99>
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V. et Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 357-369.
- Mantoura, P. (2014). *Cadre de référence pour des politiques publiques favorables à la santé mentale*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.
- McDaniel, S. et Bernard, P. (2011). Life course as a policy lens: Challenges and opportunities. *Canadian Public Policy*, 37 (Supplement 1), S1-S13.
- McLaren, L. (2022). *Budgétisation bien-être : une perspective critique en santé publique*. Commentaire invité.
- MSSS. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : résultat d'une réflexion commune*. Ministère de la santé et services sociaux Québec, Direction des communications.
- MSSS. (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025. Pour améliorer la santé de la population du Québec*. Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2017). *Guide sur l'élaboration de plans de surveillance, incluant les notions éthiques à considérer, et les modalités de dépôt au Comité d'éthique de santé publique (CESP)*. Ministère de la santé et des services sociaux.
- MSSS. (2022). *Le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 — S'unir pour un mieux-être collectif*. Gouvernement du Québec.
- MSSS et INSPQ. (2017). *Plan national de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants*. Gouvernement du Québec.

- Mukamurera, J., Lacourse, F. et Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26 (1), 110-138.
- Nous Group. (2018). *Mental health and suicide prevention Monitoring and Reporting Framework Complete Final Report to the National Mental Health Commission with Appendices*.
- OCDE. (2022). *Better life Index*. <https://www.oecdbetterlifeindex.org/>
- OMS. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, une Conférence internationale pour la promotion de la santé, vers une nouvelle santé publique, 17 — 21 novembre 1986*. Organisation mondiale de la Santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique.
- OMS (dir.). (2001). *La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Organisation mondiale de la santé.
- OMS. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*.
- OMS. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021* (Organisation mondiale de la santé). World Health Organization.
- OMS et Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social determinants of mental health*. World Health Organization.
- Orpana, H., Vachon, J., Dykxhoorn, J., McRae, L. et Jayaraman, G. (2016). Monitoring positive mental health and its determinants in Canada: the development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada: research, policy and practice*, 36(1), 1.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2016.01>
- Parkinson, J. (2007). *Establishing a core set of national, sustainable mental health indicators for adults in Scotland. Final Report*. Glasgow: NHS Health Scotland.
- Parkinson, J. (2012). *Establishing a core set of national, sustainable mental health indicators for children and young people in Scotland*.
- Peitz, D., Kersjes, C., Thom, J., Hoelling, H. et Mauz, E. (2021). Indicators for Public Mental Health: A Scoping Review. *Frontiers in public health*, 9, 714497. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.714497>
- Pickett, K. et Wilkinson, R. (2019). *Pour vivre heureux, vivons égaux. Comment l'égalité réduit le stress, préserve la santé mentale et améliore le bien-être de tous*, Paris, Les liens qui libèrent.
- Powell, K. M., Rahm-Knigge, R. L. et Conner, B. T. (2021). Resilience Protective Factors Checklist (RPF): Buffering Childhood Adversity and Promoting Positive Outcomes. *Psychological Reports*, 124(4), 1437-1461. <https://doi.org/10.1177/0033294120950288>
- Quesnel-Vallée, A. (2008). *L'approche des parcours de vie*. K. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers, et P. Bernard (Éds), *Les inégalités sociales de santé au Québec*, 10, 221-242.

- Roberge, M. — C., Déplanche, F., Institut national de santé publique du Québec, et Direction du développement des individus et des communautés. (2017). *Synthèse des connaissances sur les champs d'action pertinents en promotion de la santé mentale chez les jeunes adultes*. Institut national de santé publique du Québec.
- Robert, O. et Déry, V. (2020). *Cadre de référence sur la révision par les pairs des publications scientifiques de l'Institut national de santé publique du Québec*. <http://www.deslibris.ca/ID/10105464>
- Robinson, E. et Adams, R. (2008). *Housing stress and the mental health and wellbeing of families*.
- Sacchetto, B., Ornelas, J., Calheiros, M. M. et Shinn, M. (2018). Adaptation of Nussbaum's capabilities framework to community mental health: A consumer-based capabilities measure. *American Journal of Community Psychology*, 61(1-2), 32-46. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12221>
- Sirotych, F., Adair, C. E., Durbin, J., Lin, E. et Canning, C. (2019). Key steps for a mental health and addictions performance measurement framework for Canada. *Healthcare management forum*, 32(2), 97-104. <https://doi.org/10.1177/0840470418812152>
- Stiglitz, J. E. (2016). *The measurement of wealth: Recessions, sustainability and inequality*. Dans *Contemporary Issues in Macroeconomics* (p. 63-76). Springer.
- Thom, J., Mauz, E., Peitz, D., Kersjes, C., Aichberger, M., Baumeister, H., Bramesfeld, A., Daszkowski, J., Eichhorn, T. et Gaebel, W. (2021). *Establishing a Mental Health Surveillance in Germany: Development of a framework concept and indicator set*.
- Weaver, L. J. et Hadley, C. (2009). Moving Beyond Hunger and Nutrition: A Systematic Review of the Evidence Linking Food Insecurity and Mental Health in Developing Countries. *Ecology of Food and Nutrition*, 48(4), 263-284. <https://doi.org/10.1080/03670240903001167>
- Westerhof, G. J. et Keyes, C. L. M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D. et Johns, N. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 382(9904), 1575-1586.
- World Health Organization. (2012). *Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors*. 2012. Geneva, Switzerland, WHO.

ANNEXE 1 STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Stratégies d'interrogation des bases de données utilisées

Stratégie de recherche pour Medline (Ovid)

Interrogée le 2022-03-08

#	Requête	Résultats
1	(*Public Health Surveillance/mt OR *Population Surveillance/mt) AND *Mental Health/	
2	((((mental* OR behavio?ral* OR emotional* OR psychological*) ADJ3 (health* OR resilien*)) OR well being OR wellbeing OR self efficacy OR happiness OR self esteem).ti,kf	
3	(monitor* OR surveill* OR mesur* OR observ*).ti,kf	
4	(framework* OR indicat*).ti,kf	
5	AND/2-4	
6	1 OR 5	127
7	limit 6 to (yr="2006 — Current" AND (english OR french))	115

Stratégie de recherche pour Psycinfo (Ovid)

Interrogée le 2022-03-08

#	Requête	Résultats
1	((((mental* OR behavio?ral* OR emotional* OR psychological*) ADJ3 (health* OR resilien*)) OR well being OR wellbeing OR self efficacy OR happiness OR self esteem).ti	
2	(monitor* OR surveill* OR mesur* OR observ*).ti	
3	(framework* OR indicat*).ti	
4	AND/1-3	61
5	limit 4 to (yr="2006 — Current")	48

Stratégie de recherche pour Global Health (Ovid)

Interrogée le 2022-03-08

#	Requête	Résultats
1	((((mental* OR behavio?ral* OR emotional* OR psychological*) ADJ3 (health* OR resilien*)) OR well being OR wellbeing OR self efficacy OR happiness OR self esteem).ti	
2	(monitor* OR surveill* OR mesur* OR observ*).ti	
3	(framework* OR indicat*).ti	
4	AND/1-3	12
5	limit 4 to (yr="2006 — Current")	12

Stratégies d'interrogation des bases de données utilisées

Stratégie de recherche pour le moteur de recherche Google

Date	Moteur	Stratégie de recherche	# de résultats consultés	# nouveaux items conservés	Commentaires
2022-05-05	Google	« santé mentale » positive, cadre surveillance, indicateurs	8	0	
2022-05-05	Google	« santé mentale » positive, cadre surveillance, indicateurs site:https://www.santepubliquefrance.fr/	2	0	On parle de la surveillance, mais semble-t-il qu'aucun doc ne soit publié.
2022-05-05	Google	« santé mentale », cadre surveillance, indicateurs	1	0	Trop axé sur les troubles mentaux cliniques et non sur les facteurs.
2022-05-05	Google	positive « mental health », surveillance OR monitoring indicator framework	4	0	Bcp de bruit avec cadre ASPC.
2022-05-06	Google	« mental health » surveillance OR monitoring indicator framework — canada			Bcp de bruit sur la surveillance de la santé en général et les services.
2022-05-06	Google	"mental wellbeing"OR"mental well-being" surveillanceORmonitoring indicator framework	9	1	Souvent trop centré sur le <i>well-being</i> national (ou communautaire).
2022-05-06	Google	wellbeingORwell-being surveillance OR monitoring indicator framework - canada	8	0	

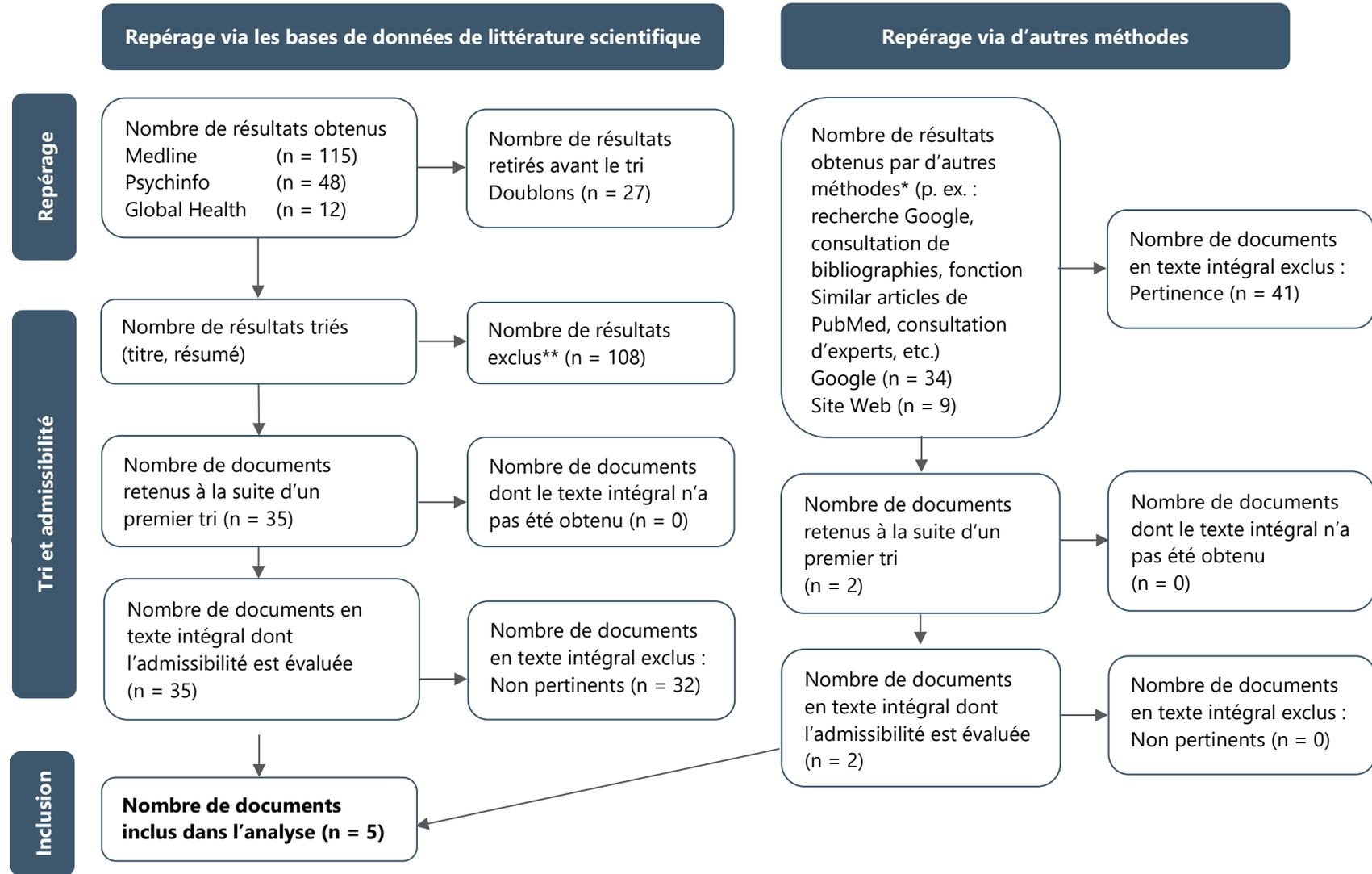
Stratégie de recherche pour les sites Web d'organisations ciblées

Date	Nom de l'organisation (URL du site)	Stratégie de recherche ou terme(s) recherché(s)	# résultats consultés	# résultats conservés	Commentaires
2022-05-06	Department of Health, Australie	Navigation site + recherche Google	2	0	
2022-05-06	Vichealth, Australie	Navigation site + recherche Google	2	0	En fait c'est le Nous group <i>framework</i> qui est utilisé, donc déjà répertorié.
2022-05-06	Whatworks	Navigation site + recherche Google	3	0	Ok, on retrouve seulement le UK Measures of National Well-being Dashboard.
2022-05-06	PH England	Navigation site + recherche Google	1	0	Le même trouvé, et trop axé bien-être national (les indicateurs nommés sont connus).
2022-05-06	New Zealand public health	Navigation site + recherche Google	1	0	

Stratégie de recherche à l'aide de la remontée bibliographique

Document consulté	Nouveau(x) document(s) repéré(s)	Commentaires/suivis
Orpana et al., 2016	Waddell C, Shepherd CA, Chen A, Boyle MH. Creating comprehensive children's mental health indicators for British Columbia. <i>Can J Commun Ment Health</i> . 2013;32(1):9-27.	Intéressant pour l'enfance
	Parkinson, J. (2007). <i>Establishing a core set of national, sustainable mental health indicators for adults in Scotland</i> . Final Report. Glasgow: NHS Health Scotland.	Retenu comme périphérique
Thom et al., 2021	Schuler D, Tuch A, Peter C (2020) Psychische Gesundheit in der Schweiz. <i>OBSAN Bericht</i> 15/2020. (As at 10.06.2021)	Ce sont des rapports de surveillance; les objets de surveillance ne sont pas fondés sur un cadre. Ce sont des documents trop axés sur l'opérationnalisation. Rejetés.
	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2021) <i>Indikatoren</i> . https://www.obsan.admin.ch/de/indikatorenen (As at 10.06.2021)	
	Living Standards Framework (Government of New Zealand, 2019). Government of New Zealand. (2019). Budget 2019: The wellbeing budget. <i>The Treasury</i> . https://www.treasury.govt.nz/publications/wel lbeing-budget/wellbeing-budget-2019 Indice canadien du mieux-être. (s. d.). <i>Notre mission et notre vision</i> . Université de Waterloo. https://uwaterloo.ca/indice-canadien-dumieux-etre/node/29	Trop axés sur le bien-être national.

ANNEXE 2 ORGANIGRAMME DE SÉLECTION DES DOCUMENTS (PRISMA)



Traduit et adapté du [PRISMA 2020 flow diagram](#)

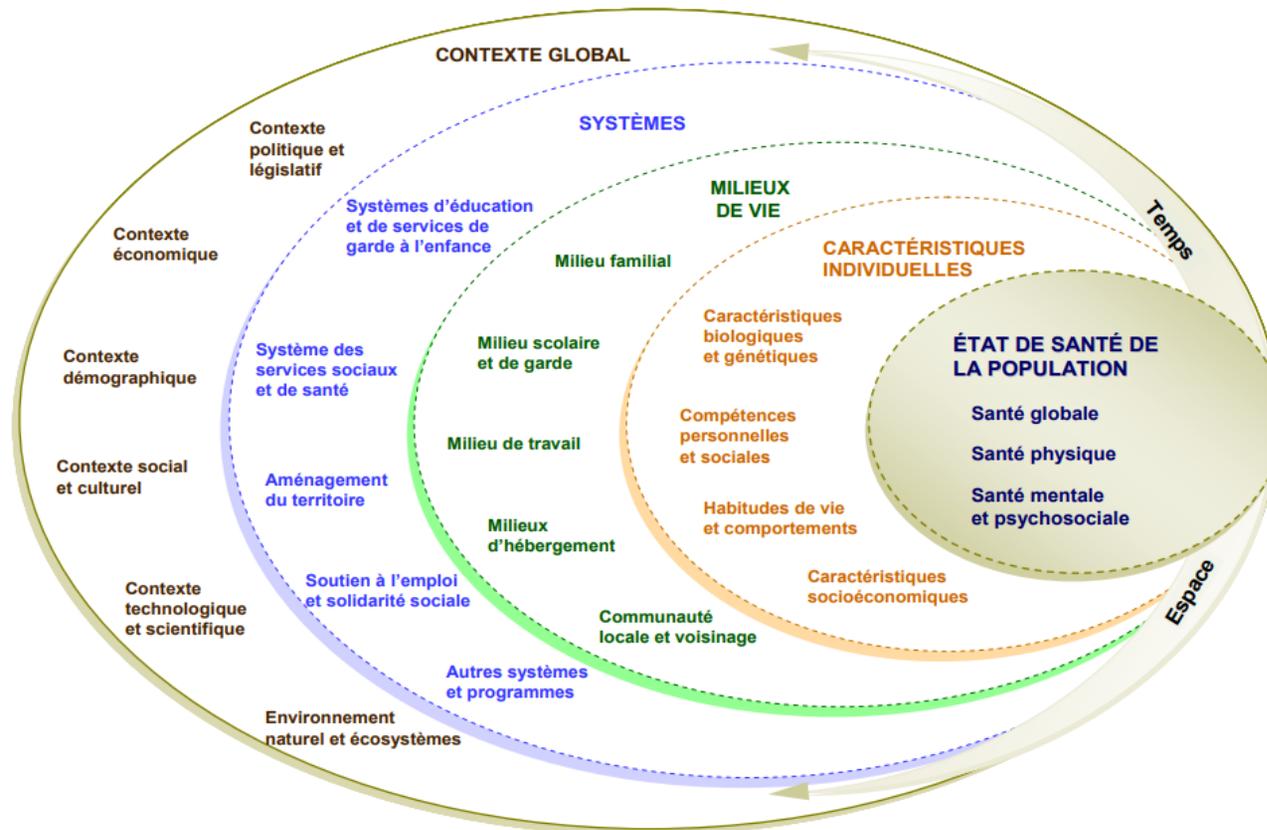
ANNEXE 3 APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ : COMPARAISON ET DÉTAILS

Cette appréciation a été réalisée à l'aide de AACODS (*Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date et Significance*).

PUBLICATION	Compétence	Exactitude	Étendue	Objectivité	Date	Portée	TOTAL	COMMENTAIRES
Orpana et al., 2016	3/3	11/12	1/1	1/2	3/3	7/7	26/28	OBJECTIVITÉ ET PORTÉE Aucune définition des objets, raisonnement derrière la sélection des objets ou liens contributifs à la santé mentale. OBJECTIVITÉ ET EXACTITUDE 2 critères incertains : « interprétation objective... » et « présence de biais... »
Thom et al., 2021	3/3	11/12	1/1	1/2	3/3	7/7	26/28	OBJECTIVITÉ ET PORTÉE Même commentaire que pour Orpana et al., 2016.
Peitz et al., 2021	3/3	12/12	1/1	2/2	3/3	7/7	28/28	
CSMC, 2015	3/3	10/12	1/1	1/2	3/3	7/7	25/28	OBJECTIVITÉ ET EXACTITUDE 2 incertains : interprétation objective... » et « présence de biais... »; 1 non : « non révisé par les pairs ».
Nous Group, 2018	1/3	9/12	1/1	2/2	3/3	7/7	23/28	COMPÉTENCE ET EXACTITUDE (réputation, édition et non révisé par les pairs). Malgré le fait que les auteurs soient issus d'une firme privée : <ul style="list-style-type: none"> Le mandat a été attribué par la Commission nationale de la santé (Australie) et la publication est diffusée par celle-ci; La démarche globale inclut des expert(e)s : <ul style="list-style-type: none"> consultation de parties prenantes clés; revue de politiques publiques; démarche de consultation nationale : ateliers, entretiens individuels, enquête par sondage. 1 incertain : interprétation objective... »
Parkinson, 2007	9/9	12/12	1/1	2/2	3/3	7/7	34/34	Présence d'un rationnel fondé sur plusieurs références de qualité.

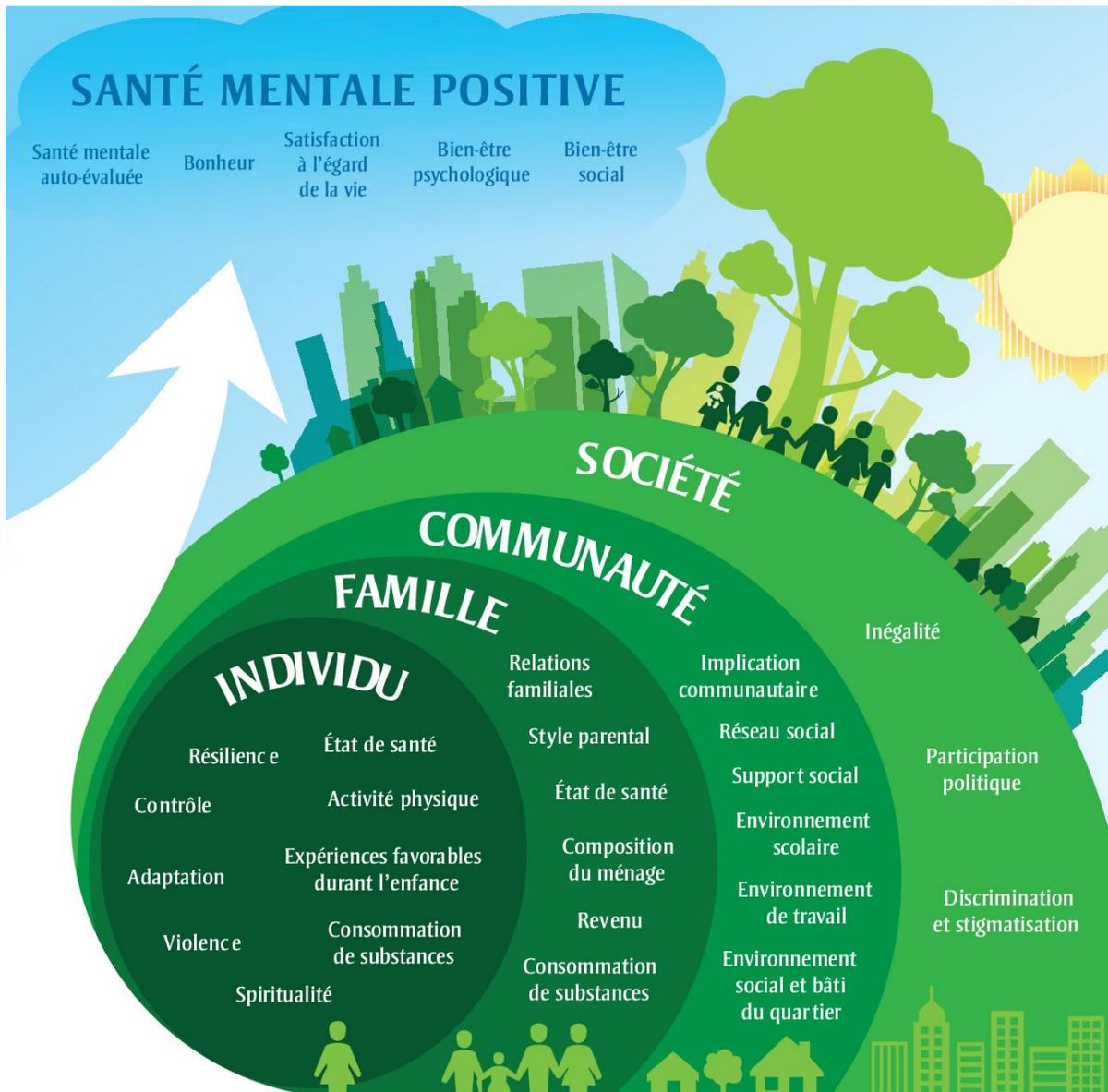
ANNEXE 4 REPRÉSENTATIONS GRAPHIQUES OU TABLEAUX SYNTHÈSES DES CADRES DE SURVEILLANCE

A. Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants du Québec (MSSS, 2010)



Émond, A., Gosselin, J.-C. et Dunnigan, L. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants: Résultat d'une réflexion commune*. Ministère de la Santé et Service sociaux Québec, Direction des communications.

B. Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive (ASPC) (Orpana et al., 2016)



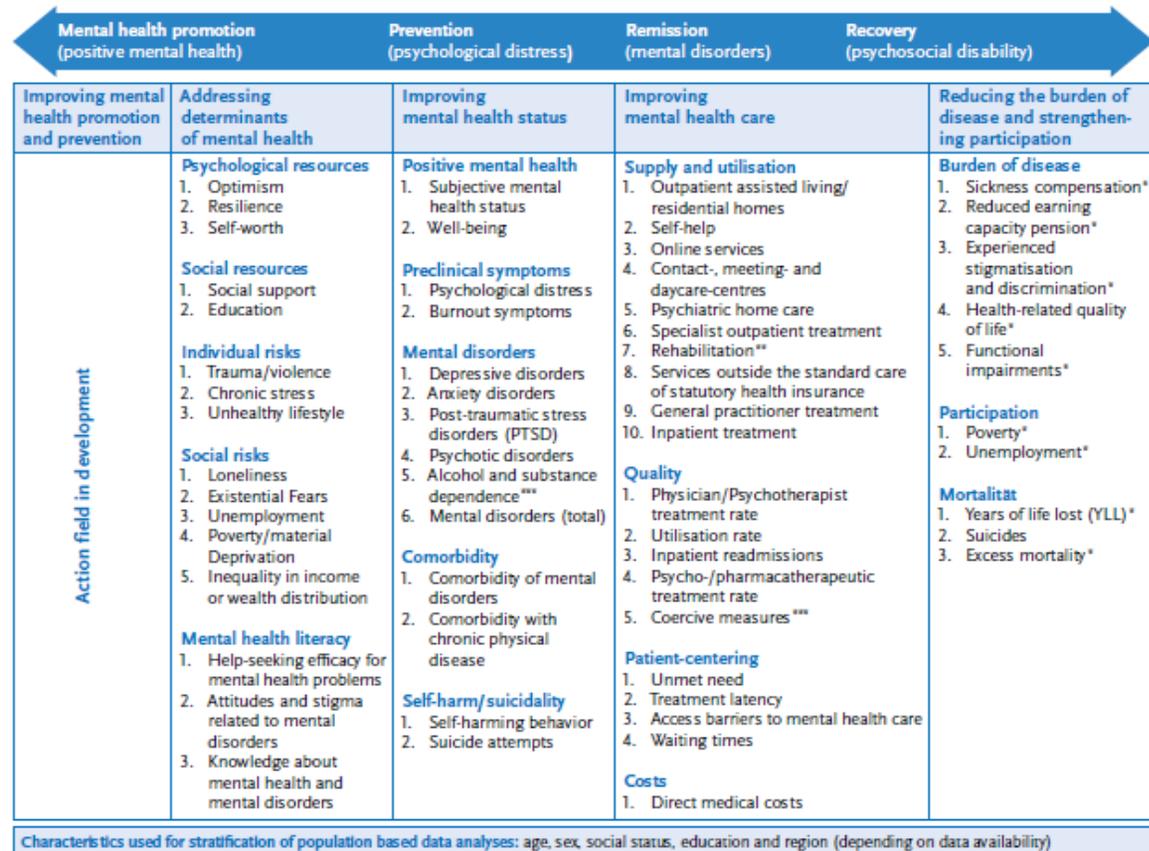
Orpana, H., Vachon, J., Dykxhoorn, J., McRae, L., et Jayaraman, G. (2016). Monitoring positive mental health and its determinants in Canada: The Development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, 36(1), 1-10. global health.

Adaptation du cadre pour une population adulte et jeunesse, incluant l'identification d'indicateurs/mesures : <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale-positive/>

C. Cadre conceptuel et série d'indicateurs pour la surveillance de la santé mentale en Allemagne (Thom *et al.*, 2021)

Figure 2
Final framework concept and indicator set of the Mental Health Surveillance
Source: Own figure

The final set comprises 60 indicators across four fields of action.



* due to/in mental disorders
 ** Indicators were added to the indicator set to depict the realm of „Recovery“ within the framework, though both of the relevance criteria were not fulfilled
 *** Indicator was added in consultation with the Federal Ministry of Health because of specific relevance for health politics
 GKV– Statutory health insurance

Thom, J., Mauz, E., Peitz, D., Kersjes, C., Aichberger, M., Baumeister, H., Bramesfeld, A., Daszkowski, J., Eichhorn, T., Gaebel, W., Harter, M., Jacobi, F., Kuhn, J., Lindert, J., Margraf, J., Melchior, H., Meyer-Lindenberg, A., Nebe, A., Orpana, H., ... Holling, H. (2021). Establishing a Mental Health Surveillance in Germany: Development of a framework concept and indicator set. *Journal of health monitoring*, 6(4), 34-63. medline. <https://doi.org/10.25646/8861>

D. Indicateurs de la santé mentale pour le Canada (CSMC, 2015)

	ORIENTATION STRATÉGIQUE*	%, TAUX OU NOMBRE	CODE
ACCÈS ET TRAITEMENT			
PERSONNES HOSPITALISÉES PENDANT PLUS DE 30 JOURS AU COURS D'UNE ANNÉE	ACCÈS AUX SERVICES	22,6	●
RÉADMISSIONS À L'HÔPITAL POUR CAUSE DE MALADIE MENTALE DANS LES 30 JOURS D'UN CONGÉ	ACCÈS AUX SERVICES	11,5	●
TAUX DE RÉADMISSION SUR UN AN DES PERSONNES HOSPITALISÉES POUR CAUSE DE MALADIE MENTALE	ACCÈS AUX SERVICES	11,1	●
BESOINS NON SATISFAITS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES PERSONNES QUI ÉPROUVENT DES TROUBLES MENTAUX	ACCÈS AUX SERVICES	26,3	●
18+ ADULTES			
TROUBLES ANXIEUX ET/OU TROUBLES DE L'HUMEUR - ADULTES	PROMOTION ET PRÉVENTION	11,6	●
SANTÉ MENTALE AUTOÉVALUÉE - ADULTES	PROMOTION ET PRÉVENTION	72,1	●
PERSONNES QUI ONT SÉRIEUSEMENT PENSÉ AU SUICIDE - ADULTES	PROMOTION ET PRÉVENTION	3,5	●
TAUX DE SUICIDE - ADULTES	PROMOTION ET PRÉVENTION	13,8 <small>PAR TRANCHE DE 100 000 PERSONNES</small>	●
PRESTATION DE SOINS			
PRESTATION DE SOINS À UN MEMBRE DE LA FAMILLE AYANT UNE MALADIE MENTALE	DISPARITÉS ET DIVERSITÉ	7,6	●
STRESS ASSOCIÉ À LA PRESTATION DE SOINS À UN MEMBRE DE LA FAMILLE	PROMOTION ET PRÉVENTION	16,5	●
ENFANTS ET JEUNES			
TROUBLES ANXIEUX ET/OU TROUBLES DE L'HUMEUR - JEUNES	PROMOTION ET PRÉVENTION	7,0	●
ÉTUDIANTS POSTSECONDAIRES QUI FIXENT UNE LIMITE DE CONSOMMATION D'ALCOOL À L'OCCASION D'UNE FÊTE OU D'UNE ACTIVITÉ SOCIALE	PROMOTION ET PRÉVENTION	35,9	●
AUTOMUTILATION CHEZ LES ÉTUDIANTS POSTSECONDAIRES	PROMOTION ET PRÉVENTION	6,6	●
ÉTUDIANTS QUI ONT REÇU DE L'INFORMATION SUR LES RESSOURCES POUR RÉDUIRE LE STRESS DE LA PART DE LEUR COLLÈGE OU DE LEUR UNIVERSITÉ	PROMOTION ET PRÉVENTION	59,6	●
ÉTUDIANTS QUI ONT REÇU DE L'INFORMATION SUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE DE LA PART DE LEUR COLLÈGE OU DE LEUR UNIVERSITÉ	PROMOTION ET PRÉVENTION	25,4	●
PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE DANS LES ÉCOLES	PROMOTION ET PRÉVENTION	7,0	●
SANTÉ MENTALE AUTOÉVALUÉE - JEUNES	PROMOTION ET PRÉVENTION	77,2	●
PERSONNES QUI ONT SÉRIEUSEMENT PENSÉ AU SUICIDE - JEUNES	PROMOTION ET PRÉVENTION	6,4	●
TAUX DE SUICIDE - JEUNES	PROMOTION ET PRÉVENTION	9,0 <small>PAR TRANCHE DE 100 000 PERSONNES</small>	●
ENFANTS VULNÉRABLES - POPULATION GÉNÉRALE	PROMOTION ET PRÉVENTION	26,0	●

	ORIENTATION STRATÉGIQUE*	% Taux ou nombre	CODE
DIVERSITÉ			
TROUBLES ANXIEUX ET/OU TROUBLES DE L'HUMEUR - IMMIGRANTS	DISPARITÉS ET DIVERSITÉ	6,8	●
TROUBLES ANXIEUX ET/OU TROUBLES DE L'HUMEUR - PERSONNES LESBIENNES, GAIES OU BISEXUELLES	DISPARITÉS ET DIVERSITÉ	28,5	●
TROUBLES ANXIEUX ET/OU TROUBLES DE L'HUMEUR - HABITANTS DES RÉGIONS NORDIQUES	DISPARITÉS ET DIVERSITÉ	9,6	●
DISCRIMINATION - POPULATION GÉNÉRALE	DISPARITÉS ET DIVERSITÉ	15,4	●
STRESS - IMMIGRANTS	DISPARITÉS ET DIVERSITÉ	22,0	●
STRESS - PERSONNES LESBIENNES, GAIES OU BISEXUELLES	DISPARITÉS ET DIVERSITÉ	34,3	●
STRESS - HABITANTS DES RÉGIONS NORDIQUES	DISPARITÉS ET DIVERSITÉ	19,6	●
SANTÉ MENTALE AUTOÉVALUÉE - IMMIGRANTS	DISPARITÉS ET DIVERSITÉ	71,2	●
SANTÉ MENTALE AUTOÉVALUÉE - PERSONNES LESBIENNES, GAIES OU BISEXUELLES	DISPARITÉS ET DIVERSITÉ	61,2	●
SANTÉ MENTALE AUTOÉVALUÉE - HABITANTS DES RÉGIONS NORDIQUES	DISPARITÉS ET DIVERSITÉ	63,5	●
SENTIMENT D'APPARTENANCE - IMMIGRANTS	DISPARITÉS ET DIVERSITÉ	66,9	●
TAUX DE SUICIDE - HABITANTS DES RÉGIONS NORDIQUES	DISPARITÉS ET DIVERSITÉ	30,9	●
		PAR TRANCHE DE 100 000 PERSONNES	
PROSPÉRITÉ ÉCONOMIQUE			
DEMANDES DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ POUR CAUSE DE MALADIE MENTALE	PROMOTION ET PRÉVENTION	30,4	●
STRESS AU TRAVAIL	PROMOTION ET PRÉVENTION	28,4	●
PREMIÈRES NATIONS, INUITS ET MÉTIS			
INDICATEURS BIENTÔT DISPONIBLES			
LOGEMENT ET ITINÉRANCE			
CAPACITÉ D'HÉBERGEMENT DES REFUGES D'URGENCE	ACCÈS AUX SERVICES	15 482 LITS DANS LES REFUGES	●
NOMBRE DE PERSONNES VIVANT DANS DES REFUGES	ACCÈS AUX SERVICES	20 170 PERSONNES	●
BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION			
TROUBLES ANXIEUX ET/OU TROUBLES DE L'HUMEUR - POPULATION GÉNÉRALE	PROMOTION ET PRÉVENTION	10,6	●
CONSOMMATION D'ALCOOL À FAIBLE RISQUE	PROMOTION ET PRÉVENTION	85,6	●
SANTÉ MENTALE AUTOÉVALUÉE - POPULATION GÉNÉRALE	PROMOTION ET PRÉVENTION	72,2	●

*Selon la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada de la Commission.

Tracer la voie de l'avenir : Indicateurs de la santé mentale pour le Canada | 6

*Selon la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada de la Commission.

Commission de la santé mentale du Canada. *Tracer la voie de l'avenir : Indicateurs de la santé mentale pour le Canada, Ottawa (Ontario), chez l'auteur, 2015.*

Des détails sur les indicateurs se retrouvent ici :

https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/Tracer%2520la%2520voie%2520de%2520l%2520E2%2520S80%25209avenir%2520-%2520Indicateurs%2520de%2520la%2520sant%2520C3%2520A9%2520mentale%2520pour%2520le%2520Canada_0.pdf

E. Synthèse de la proposition de cadre conceptuel dédié à la surveillance et au report de la santé mentale et du suicide (Nous group, 2018)

Overview of the Mental Health and Suicide Prevention Monitoring and Reporting Framework

Monitoring and Reporting Framework Purpose: To provide national independent monitoring and reporting on mental health and suicide prevention.

The framework will monitor and report on areas of focus from the Fifth Plan, Contributing Life Framework, NDIS, PHNs, and state and territory mental health and suicide prevention plans

Social domains	System domains	Outcome domains
A society that promotes positive mental health and wellbeing	Person-centred care that supports positive mental health and wellbeing and is available to all	All Australians lead contributing lives within thriving communities
<ul style="list-style-type: none"> Alcohol and drug misuse Community connections Disability Early childhood development and positive parenting Education Employment Housing and homelessness Justice system Physical health Stigma and social discrimination Economic Technology and e-mental health Violence, trauma and neglect 	<ul style="list-style-type: none"> Accessibility and equity Consumer and carer participation and leadership Continuity and integration of care Safety, quality and responsiveness Sustainability, capability and funding Efficiency Environment and design Legislation Research Workforce 	<ul style="list-style-type: none"> Broader quality of life outcomes Mental health outcomes Prevalence of mental ill health, suicide and suicide attempts Mental health literacy Positive wellbeing in the community

Focus domains for 2018-2022 are bolded

NMHC approach to monitoring and reporting:

- Consider the reform initiatives through the lens of consumers, carers, families, and support people
- Enable a whole-of-life and person-centred view
- Provide a focus on groups of people in the community with high levels of need and/or limited access to services
- Encompass the continuum of mental health and wellbeing
- Draw attention to interface issues between sectors and services
- Apply an evidence-based approach

Desired NMHC monitoring and reporting outcome: Positive change in mental health and wellbeing for all Australians, enabling people to lead a contributing life and to be part of a thriving community.

Contributing Life

Des détails sur les objets (raisonnement) se retrouvent ici (rapport complet) : <https://www.mentalhealthcommission.gov.au/monitoring-and-reporting/Monitoring-Reporting-Framework>

F. Cadre de surveillance — Situation de handicap et bien-être (Fortune *et al.*, 2020b) — Cadre périphérique

Figure 1. Elements and related domains in the Disability and Wellbeing Monitoring Framework

ELEMENTS	DOMAINS
Health	1. Subjective health and wellbeing
	2. Morbidity
	3. Mortality
	4. Lifestyle factors
	5. Personal biomedical factors
Social determinants of health	6. Physical environment
	7. Transport
	8. Food
	9. Information and communications
	10. Income and material resources
	11. Housing
	12. Employment
	13. Education
	14. Family and relationships
	15. Social and civic participation
	16. Justice and safety
Service system	17. Health services
	18. Disability services and supports
	19. Mainstream services

14 CRE-DH | Disability and Wellbeing Monitoring Framework and Indicators

Des détails sur les objets et les indicateurs se retrouvent ici (le rapport technique complet) :
<https://apo.org.au/node/303801>

G. Synthèse de l'ensemble d'indicateurs nationaux et de santé mentale soutenable pour les adultes en Écosse (Parkinson, 2007)

Table 1: Constructs for the indicators (number of indicators)

HIGH LEVEL CONSTRUCTS		
Positive mental health (2)		Mental health problems (7)
CONTEXTUAL CONSTRUCTS		
Individual	Community	Structural
Learning and development (1)	Participation (3)	Equality (2)
Healthy living (4)	Social networks (1)	Social inclusion (2)
General health (3)	Social support (2)	Discrimination (3)
Spirituality (1)	Trust (2)	Financial security/debt (2)
Emotional intelligence (1)	Safety (4)	Physical environment (6)
		Working life (6)
		Violence (3)

Différents documents associés à ce cadre, dont l'identification d'indicateurs pour les adultes, se retrouvent ici :

<http://www.healthscotland.scot/health-topics/mental-health-and-wellbeing/adult-mental-health-indicators>

H. Indicateurs du Québec (G15+, 2022)

Le site Web ne fournit pas de tableau ou figure synthèse. Il est possible de consulter les indicateurs ici : <https://indicateurs.quebec/>.

I. Better life Index (OCDE, 2022)

Create Your Better Life Index

Rate the topics according to their importance to you:

Topic	Rating
Housing	3
Income	4
Jobs	4
Community	2
Education	3
Environment	3
Civic Engagement	2
Health	2
Life Satisfaction	2
Safety	1
Work-Life Balance	2

Reset Help

Gender differences

Compare with others

Share your index

Plus de détails se retrouvent dans différentes pages du site Web :

<https://www.oecdbetterlifeindex.org/>

J. Keyword Lists for Monitoring Mental Health and Injury Through Syndromic Surveillance (Lauper *et al.*, 2016)

Final List of Mental Health and Injury Subcategories	
Mental Health	Injury
General mental health evaluation	General injuries (injury, wound, trauma)
Depression/anxiety	Fractures, contusions, lacerations, burns
Addiction/substance abuse	Vehicular
Behavioral disorders	Violence/intentional
Self-harm/suicidal	Occupational
Excessive violence	Environmental/weather
Psychoses	Sports/recreational
Psychological trauma	
Dementia/cognitive impairment	

ANNEXE 5 DESCRIPTION DES DOCUMENTS RETENUS POUR L'ANALYSE

Documents centraux

Tableau 9 Les caractéristiques principales des publications associées aux cinq documents centraux

Objectif(s) de la publication	Objectif(s) du cadre	Type de publication	Méthodologie	Parties prenantes	Population visée
Auteurs , portée géographique, organisme associé					
Orpana et al., 2016 , Canada, Agence de santé publique du Canada					
Décrire le processus entrepris en vue d'élaborer un cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive	Brosser un tableau de l'état de la santé mentale positive et de ses déterminants au Canada, en vue d'éclairer les programmes et les politiques canadiennes	Article revu par les pairs	Revue narrative de la littérature afin d'identifier les indicateurs potentiels Consultations itératives en vue de prioriser les indicateurs, à l'aide de la méthode Delphi	Personnes expertes en santé mentale, partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux, incluant des représentant(e)s de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.	Population générale Un cadre jeunesse et un cadre adulte ont été réalisés à partir de ce cadre général.
Thom et al., 2021 , Allemagne, Robert Koch Institute					
Décrire et discuter le développement systématique d'un cadre conceptuel et d'un ensemble d'indicateurs de surveillance de la santé mentale et les troubles mentaux	Rapporter en continu des données sur la santé mentale en vue de soutenir la planification et l'évaluation fondées sur des données probantes. Soutenir une promotion ciblée de la santé mentale et réduire le fardeau de la maladie chez les personnes atteintes de troubles mentaux Répondre aux obligations de déclarations internationales	Article revu par les pairs	Examen systématique de la portée afin d'identifier les indicateurs potentiels Développement d'un cadre initial pour structurer les indicateurs Séries de consultations, d'ateliers et de groupes de discussion, de sondages Delphi	Personnes expertes nationales et internationales, citoyennes et personnes décisionnelles	Population adulte

Tableau 9 Les caractéristiques principales des publications associées aux cinq documents centraux (suite)

Objectif(s) de la publication	Objectif(s) du cadre	Type de publication	Méthodologie	Parties prenantes	Population visée
Auteurs , portée géographique, organisme associé					
Peitz et al., 2021 , Allemagne					
Fournir un aperçu complet des indicateurs actuels représentant les différents domaines des sujets centraux de la santé mentale publique	Mener une première étape pour la mise en place d'un système de surveillance de la santé mentale et des troubles mentaux	Article revu par les pairs	Examen systématique de la portée		Population adulte
Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), 2015 , Canada					
Créer un ensemble pancanadien d'indicateurs de la santé mentale et de la maladie mentale qui brosse un tableau plus complet de la santé mentale au Canada, mais met l'accent particulièrement sur les troubles mentaux	Améliorer la collecte de données, la recherche et l'échange de connaissances sur la santé mentale partout au Canada	Tableau de bord	Consultation des enquêtes nationales et des bases de données administratives Consultations menées auprès d'une diversité d'intervenants Des membres ont contribué aux consultations auprès des intervenants	Membres du Groupe de collaboration en matière d'information sur la santé mentale et la toxicomanie Représentants en matière de santé mentale des Premières nations, des Inuits et des Métis Personnes expertes de la promotion de la santé mentale en milieu scolaire Membres de l'Initiative internationale sur le leadership en matière de santé mentale	Population générale, et : <ul style="list-style-type: none"> • Enfance, jeunesse, adultes et personnes âgées • Personnes immigrantes • Personnes habitant dans des régions nordiques • Personnes lesbiennes, gaies ou bisexuelles

Tableau 9 Les caractéristiques principales des publications associées aux cinq documents centraux (suite)

Objectif(s) de la publication	Objectif(s) du cadre	Type de publication	Méthodologie	Parties prenantes	Population visée
Auteurs , portée géographique, organisme associé					
Nous Group, 2018 , Australie, Pour la Commission nationale de la santé mentale					
Présenter un cadre de surveillance de la santé mentale et la prévention du suicide de 2018 à 2022 et dans le futur, et proposer des stratégies afin de rapporter les résultats.	Fournir des résultats concernant les personnes ayant une expérience vécue de mauvaise santé mentale et de suicidabilité, leurs soignants, leurs familles et les personnes de soutien Informer les politiques publiques et les pratiques pour améliorer les résultats en matière de santé mentale	Rapport final et appendices	Consultations des parties prenantes et analyse de l'environnement de surveillance Élaboration de documents préliminaires et consultations nationales (ateliers, téléconférences, consultation publique en ligne) Affinage du cadre selon les résultats de l'étape 2 et présentation au comité consultatif	Experts en santé mentale Personnel soignant, personnes usagères et leurs familles, professionnel(le)s de la santé, prestataires de services, organismes représentatifs, établissements universitaires et les représentants des gouvernements du Commonwealth et des États et territoires	Population générale Groupes à risque de maladie mentale ou de suicidabilité et/ou ayant des besoins particuliers et/ou des difficultés d'accès aux services de santé mentale ^a

^a Il s'agit surtout d'une proposition pour des variables de croisement : personnes autochtones, proches-aidants, enfants et jeunes, communautés issues de la diversité, communautés LGBTQA2+, personnes âgées, personnes affectées par la violence familiale, personnes en contact avec le système de justice, personnes vivant dans les zones rurales, personnes en situation d'itinérance, personnes qui consomment des substances, personnes en situation de handicap physique ou mental, personnes avec une expérience vécue de trouble mental sérieux et persistant, réfugié(e)s, femme en phase de périnatalité, travailleur(e)s exposé(e)s à des traumatisme ou conditions négatives au travail.

Documents périphériques

Tableau 10 Les caractéristiques principales des documents associés aux cinq cadres périphériques

Type de publication	Objectif(s) de la publication	Pertinence pour le projet actuel	Enjeux de transférabilité/d'inclusion
Auteurs , portée géographique, organisme			
Parkinson, 2007 , Écosse, Public Health Scotland			
Rapport (littérature grise) Source : remontée bibliographique	Présenter le contexte, les objectifs, le processus et les résultats du Programme d'indicateurs de santé mentale des adultes. Il vise à établir un ensemble d'indicateurs nationaux et durables de santé mentale positive et des problèmes de santé mentale pour soutenir les efforts du gouvernement écossais en matière d'amélioration de la santé mentale	Le cadre fourni des objets qui permettent d'articuler la santé mentale positive et les troubles mentaux courants L'article répond à plusieurs critères de qualité, en plus de fournir un « rationnel » détaillé pour chaque objet	Ce cadre a déjà été pris en compte par Orpana <i>et al.</i> , (2016) et n'est pas récent
Fortune <i>et al.</i>, 2020b , Australie, Centre of Research Excellence in Disability and Health			
Rapport technique Est associé à un article scientifique : Fortune <i>et al.</i> , 2020a	Rapporter le processus d'élaboration d'un cadre de surveillance des inégalités de la santé et du bien-être entre la population composée de personnes en situation de handicap et la population générale	Le cadre fourni des objets pertinents pour la population générale, dont plusieurs de leurs dimensions résonnent avec les théories établies en santé mentale et ne se retrouvent pas dans les cadres de surveillance centraux	Certains objets : <ul style="list-style-type: none"> • s'éloignent trop de la mesure de la santé mentale (p. ex. : centrés sur la santé du point de vue clinique), et/ou • sont spécifiques à la population de personnes en situation de handicap.

Tableau 10 Les caractéristiques principales des documents associés aux cinq cadres périphériques (suite)

Type de publication	Objectif(s) de la publication	Pertinence pour le projet actuel	Enjeux de transférabilité/d'inclusion
Auteurs , portée géographique, organisme			
G15 + (Indicateurs du bien-être au Québec) , Québec, Canada			
Tableau de bord	Mettre à la disposition des décideurs publics et du grand public 51 indicateurs économiques, sociaux et environnementaux pour mesurer le bien-être de la population québécoise	Le cadre fournit des précisions sur des objets larges comme les inégalités et le logement, en contexte québécois	Indicateurs de bien-être national (en remplacement du Produit intérieur brut - PIB)
Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (Better life Index) , Pays membres			
Ensemble d'indicateurs	Soutenir les gouvernements dans l'objectif de situer le bien-être au centre de l'élaboration des politiques. L'index vise également à rejoindre les citoyen(ne)s en vue de favoriser l'engagement dans les processus d'élaboration de politiques publiques	Le cadre fourni des objets (n = 11) pertinents à tous les pays de l'OCDE	Indicateurs de bien-être national
Lauper et al., 2017 , États-Unis			
Article scientifique	Élaborer une liste de mots-clés de surveillance syndromique afin de documenter les impacts sur la santé mentale et les blessures lors d'un ouragan	Objets de surveillance des troubles mentaux	Contexte conjoncturel de catastrophe (pendant et immédiatement à la suite d'un ouragan)

ANNEXE 6 TABLEAUX REGROUPANT TOUS LES OBJETS ET DIMENSIONS RECENCÉS

Ces tableaux regroupent les objets (et parfois certains indicateurs) des cadres analysés, associés avec les champs et catégories du cadre du MSSS (2010). Entre parenthèses : le champ équivalent pour Orpana *et al.*, (2016)

LÉGENDE

- En **bleu** = les éléments des cadres périphériques
- En **vert** = les éléments provenant des articles phares
- Étoile (*) = d'autres dimensions de l'objet se trouvent à d'autres niveaux

Le contexte global (société)

TOUS LES OBJETS ET DIMENSIONS	SOUS-CATÉGORIES DU CONTEXTE GLOBAL (MSSS, 2010)	DÉNOMINATION UNIQUE
Désorganisation sociale et changements sociaux rapides (Cohen et Minas, 2008, p. 352) (Pourrait être relié à l'objet peurs existentielles (Thom <i>et al.</i> (2021) dans Caractéristiques individuelles)	Contexte politique et législatif Contexte économique Contexte social et culturel Environnement naturel et écosystèmes	Désorganisation sociale et changements sociaux rapides

Le contexte global (société) (suite)

TOUS LES OBJETS ET DIMENSIONS	SOUS-CATÉGORIES DU CONTEXTE GLOBAL (MSSS, 2010)	DÉNOMINATION UNIQUE
<p>Inégalités (Orpana <i>et al.</i>, 2016) <i>Inequality of income or wealth distribution</i> (Thom <i>et al.</i>, 2021) <i>Income inequality</i> (Parkinson, 2007) <i>Equality analysis</i> (Parkinson, 2007)</p>	<p>Contexte politique et législatif Contexte économique Contexte social et culturel</p>	<p>Inégalités de revenus et distribution des richesses</p>
<p><i>Poverty/material deprivation</i> (Thom, 2021) <i>Economic security</i> (Nous Group, 2018) <i>Financial management (managing very or quite well financially these days)</i> (Parkinson, 2007) Pauvreté</p> <ul style="list-style-type: none"> Personnes à faible revenu (MPC) (G15+) 		<p>Pauvreté et défavorisation matérielle*</p>
<p>Discrimination et stigmatisation (Orpana <i>et al.</i>, 2016) Discrimination (pop. générale) (CSMC, 2015) Discrimination envers les personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale courants (CSMC, 2015) <i>Stigma and social discrimination</i> (Nous group, 2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Community perceptions of mental health</i> <i>Experiences of discrimination</i> <p><i>Experienced stigmatization and discrimination due to mental health</i> (Thom <i>et al.</i>, 2021) (sous <i>recovery</i>) <i>Discrimination</i> (Parkinson, 2007) <i>Racial discrimination</i> (Parkinson, 2007) <i>Harassment</i> (Parkinson, 2007) (<i>due to discrimination...</i>)</p>	<p>Contexte politique et législatif Contexte économique Contexte social et culturel</p>	<p>Discrimination et stigmatisation Relative à la santé mentale Relative à d'autres caractéristiques (« race », appartenance LGBTQA2+, capacités physiques, classe socioéconomique, etc.)</p>

Le contexte global (société) (suite)

TOUS LES OBJETS ET DIMENSIONS	SOUS-CATÉGORIES DU CONTEXTE GLOBAL (MSSS, 2010)	DÉNOMINATION UNIQUE
<p><i>Unemployment</i> (Thom, 2021) <i>Employment</i> (Nous Group, 2018) <i>Job security</i> (Nous Group, 2018) <i>Employment</i> (Fortune, 2020b)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Labour force participation</i> • <i>Employment</i> • <i>Unemployment</i> • <i>Underemployment</i> • <i>Job conditions</i> → milieux de travail <p><i>Worklessness</i> (Parkinson, 2007)</p>	<p>Contexte politique et législatif Contexte économique</p>	<p>Emploi Chômage (taux) Insécurité d'emploi</p>
<p><i>Housing and homelessness</i> (Nous Group, 2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Availability of appropriate housing</i> (Nous Group, 2018) <p><i>Housing</i> (Fortune, 2020b)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Housing affordability</i> • <i>Overcrowding</i> → dans Milieux de vie • <i>Tenure type</i> <p><i>House condition</i> (Parkinson, 2007) → dans Milieux de vie <i>Overcrowding</i> (Parkinson, 2007) → dans Milieux de vie Logement (MSSS, à paraître)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité financière du logement (classé à l'origine dans contexte global) • Inoccupation (classé à l'origine dans contexte global) 	<p>Contexte politique et législatif Contexte économique</p>	<p>Logement*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité financière du logement • Inoccupation de logements • Instabilité du logement

Le contexte global (société) (suite)

TOUS LES OBJETS ET DIMENSIONS	SOUS-CATÉGORIES DU CONTEXTE GLOBAL (MSSS, 2010)	DÉNOMINATION UNIQUE
<p>Sécurité alimentaire des ménages (Alegria <i>et al.</i>, 2018, p. 6; Evans <i>et al.</i>, 2003)</p> <p>Les ménages en situation de sécurité alimentaire (G15+, 2022)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accès à la nourriture • Coût de la nourriture (indicateurs à élaborer) <p><i>Food</i> (Fortune <i>et al.</i>, 2020b)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Access to food</i> • <i>Cost of food</i> 	<p>Contexte politique et législatif</p> <p>Contexte économique</p> <p>Environnement naturel et écosystèmes</p>	<p>Sécurité alimentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accès à la nourriture • Coût de la nourriture
<p>Participation politique (Orpana <i>et al.</i>, 2016) (% vote)</p>	<p>Contexte politique et législatif</p>	<p>Participation politique* (Orpana <i>et al.</i>, 2016)</p>

Les systèmes (communauté)

TOUS LES OBJETS ET DIMENSIONS	SOUS-CATÉGORIES DES SYSTÈMES (MSSS, 2010)	DÉNOMINATION UNIQUE
<p><i>Education</i> (Thom <i>et al.</i>, 2021) <i>Education</i> (Nous Group, 2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accès à l'éducation • Accès à l'éducation à l'enfance <p><i>Education</i> (Parkinson, 2007)</p>	<p>Systèmes d'éducation et de services de garde à l'enfance</p>	<p>Système d'éducation*</p> <p>Accès à la scolarisation</p> <p>Accès au système de service de garde à l'enfance</p>
<p>Système de soins de santé physique primaires généraux</p> <p><i>Integration of mental health and housing services</i> (Nous Group, 2018)</p>	<p>Système des services sociaux et de santé</p>	<p>Système de soins de santé physique primaires généraux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accès au système de soins de santé physique primaires généraux (Barry <i>et al.</i>, 2019; Alegría <i>et al.</i> 2018, p. 6) • Accès à des services de promotion de la santé mentale intégrés aux systèmes de soins généraux • (Barry <i>et al.</i>, Herrman <i>et al.</i>, 2005; Horn, <i>et al.</i>, 2014)

Les systèmes (communauté) (suite)

TOUS LES OBJETS ET DIMENSIONS	SOUS-CATÉGORIES DES SYSTÈMES (MSSS, 2010)	DÉNOMINATION UNIQUE
<p>Système de soins et services en santé mentale <i>Supply and utilization</i> (Thom, 2021) <i>Quality</i> (Thom, 2021) <i>Patient-centering (include: access barriers to mental health care)</i> (Thom, 2021) <i>Costs</i> (Thom, 2021) <i>Accessibility and equity – health care</i> (Nous group, 2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Population access to mental health care</i> <p><i>Consumer and carer participation and leadership</i> (Nous group, 2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Participation in the mental health peer workforce</i> • <i>Consumer and carer involvement in care planning and treatment decisions</i> <p><i>Sustainability, capability and funding: appropriate capabilities and funding to respond to emerging needs and ensure quality services can be provided in the long term</i> (Nous group, 2018) <i>Continuity and integration of care (seamless care throughout each consumer's journey)</i> (Nous group, 2018) <i>Safety, quality and responsiveness: Care that follows best practice and puts consumers first</i> (Nous group, 2018)</p>	<p>Système des services sociaux et de santé</p>	<p>Système de soins et services en santé mentale Accès populationnel aux soins de santé mentale Accès en continuité à l'ensemble du continuum des soins et services Accès aux services de type patient-partenaire</p>
<p><i>Justice system</i> (Nous group, 2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Availability of mental health support in the justice system</i> • <i>Juvenile justice</i> • <i>Justice reinvestment</i> 	<p>Autres systèmes et programmes</p>	<p>Système judiciaire Disponibilité du soutien en santé mentale dans le système judiciaire Justice juvénile Réinvestissement dans le système judiciaire</p>

Les milieux de vie (communauté et famille)

TOUS LES OBJETS ET DIMENSIONS	SOUS-CATÉGORIES DES MILIEUX DE VIE (MSSS, 2010)	DÉNOMINATION UNIQUE
Revenu familial (Orpana <i>et al.</i> , 2016)	Milieu familial	Revenu familial
Composition du ménage (Orpana <i>et al.</i> , 2016)	Milieu familial	Composition du ménage
<p>Relations familiales (Orpana <i>et al.</i>, 2016)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confiance perçue des parents envers les enfants • Attente (trop grande) des parents envers les enfants <p><i>Community connections: Healthy relationships with family, friends, community and culture</i> (Nous Group, 2018)</p> <p><i>Partner abuse</i> (Parkinson, 2007)</p> <p>Violence (violence familiale, maltraitance, abus) (Orpana <i>et al.</i>, 2016, liste initiale)</p> <p>Style de parentalité (Orpana <i>et al.</i>, 2016)</p> <p><i>Early childhood development and positive parenting</i> (Nous Group, 2018)</p>	Milieu familial	<p>Relations familiales et contexte relationnel</p> <p>Qualité de la communication interpersonnelle</p> <p>Violence interpersonnelle (violence conjugale, maltraitance, abus, etc.)</p> <p>Style parental</p>
<p>État de santé physique et mentale de la famille (Orpana <i>et al.</i>, 2016)</p> <p>Usage de substances par les membres de la famille (Orpana <i>et al.</i>, 2016)</p>	Milieu familial	État de santé/usage de substances par les membres de la famille
<p><i>Housing and homelessness</i> (Nous Group, 2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Availability of appropriate housing</i> (Nous Group, 2018) <p><i>Housing</i> (Fortune, 2020b)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Housing affordability</i> → dans Contexte global • <i>Overcrowding</i> • <i>Tenure type</i> <p><i>House condition</i> (Parkinson, 2007)</p> <p><i>Overcrowding</i> (Parkinson, 2007)</p>	Milieu familial	<p>Logement*</p> <p>Qualité</p> <p>Surpopulation/entassement (<i>overcrowding</i>)</p>

Les milieux de vie (communauté et famille) (suite)

TOUS LES OBJETS ET DIMENSIONS	SOUS-CATÉGORIES DES MILIEUX DE VIE (MSSS, 2010)	DÉNOMINATION UNIQUE
<p>Environnement scolaire (Orpana <i>et al.</i>, 2016)</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicateur : pourcentage (%) d'élèves de la 6^e à la 10^e année qui sont « d'accord » ou « tout à fait d'accord » pour dire qu'ils ont le sentiment de faire partie de leur école (Orpana <i>et al.</i>, 2022) <p><i>Education</i> (Thom, 2021)</p> <p><i>Education</i> (Nous Group, 2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Mentally healthy school</i> <i>Tertiary education settings</i> <p><i>Learning environment</i> (Parkinson, 2012)</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Peer and friend relationships</i> 	<p>Milieu scolaire et de garde</p>	<p>Environnement scolaire</p> <p>Sentiment d'appartenance à l'école</p> <p>Écoles promotrices d'une bonne santé mentale (<i>mentally healthy school</i>)</p> <p>Qualité des relations interpersonnelles</p>
<p>Environnement de travail (Orpana <i>et al.</i>, 2016)</p> <p>Stress au travail (CSMC, 2015)</p> <p><i>Working life</i> (Parkinson, 2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Stress</i> <i>Work-life balance (how satisfied adults are with their work-life balance)</i> <i>Demand (who often or always have unrealistic time pressures)</i> <i>Control (who often or always have a choice in deciding the way they do their work)</i> <i>Manager support</i> <i>Colleague support</i> <p><i>Job conditions</i> (Fortune, 2020b)</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Employment accommodations</i> 	<p>Milieu de travail</p>	<p>Environnement de travail</p> <p>Stress au travail</p> <p>Conditions de travail</p> <p>Équilibre travail-vie personnelle</p> <p>Demandes irréalistes</p> <p>Contrôle (degré de pouvoir décisionnel au travail)</p> <p>Support des gestionnaires</p> <p>Support des collègues</p>

Les milieux de vie (communauté et famille) (suite)

TOUS LES OBJETS ET DIMENSIONS	SOUS-CATÉGORIES DES MILIEUX DE VIE (MSSS, 2010)	DÉNOMINATION UNIQUE
<p>Environnement social de quartier (Orpana <i>et al.</i>, 2016)</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicateur : pourcentage (%) de la population âgée de 18 ans et plus ayant déclaré vivre dans un quartier où les gens s'entraident (Orpana <i>et al.</i>, 2022) Indicateur : pourcentage (%) de la population âgée de 18 ans et plus qui déclare que les troubles sociaux dans leur quartier constituent « un gros problème » ou « un problème modéré » (Orpana <i>et al.</i>, 2022) <p><i>Trust</i> (Parkinson, 2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>General trust</i> (Trop transversal) <i>Neighbourhood trust</i> (inclus sous Solidarité de quartier) <p><i>Safety</i> (Parkinson, 2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Nonviolent neighbourhood crime</i> (Parkinson, 2007) inclus sous sécurité/criminalité/violence du quartier <i>Perception of local crime</i> (Parkinson, 2007) inclus sous sécurité/criminalité/violence dans le quartier 	<p>Communauté locale et voisinage</p>	<p>Environnement social du quartier</p> <p>Solidarité perçue du quartier Confiance à l'égard du voisinage Sécurité/criminalité/violence dans le quartier</p>
<p>Environnement bâti du quartier (Orpana <i>et al.</i>, 2016)</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicateur : pourcentage (%) de la population âgée de 18 ans et plus qui déclare que leur quartier dispose de plusieurs installations récréatives gratuites ou à faible coût (Orpana <i>et al.</i>, 2022) <p><i>Physical environment</i> (Parkinson, 2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Neighbourhood satisfaction</i> <i>Access to greenspaces</i> <i>Noise</i> <i>Escape facility</i> (perceived availability of a valued safe place where an individual can and wants to go to 'escape' from things) 	<p>Communauté locale et voisinage</p>	<p>Environnement bâti et naturel du quartier</p> <p>Satisfaction à l'égard du quartier Accessibilité (financière et géographique) à des installations de loisir Accès à des espaces verts Accès à des lieux de répit Bruit</p>

Les milieux de vie (communauté et famille) (suite)

TOUS LES OBJETS ET DIMENSIONS	SOUS-CATÉGORIES DES MILIEUX DE VIE (MSSS, 2010)	DÉNOMINATION UNIQUE
<p>Soutien social (Orpana <i>et al.</i>, 2016)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aidant naturel pour un membre de la famille – Orpana <i>et al.</i>, 2016 - liste initiale) <p><i>Social support</i> (Thom, 2021)</p> <p><i>Social support</i> (Parkinson, 2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Social support</i> • <i>Caring</i> 	<p>Milieu familial Milieu scolaire Milieu de travail Milieux d'hébergement Communauté locale et voisinage</p>	<p>Soutien social Soutien social perçu Proche aidance</p>
<p>Réseaux sociaux (Orpana <i>et al.</i>, 2016)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicateur : pourcentage (%) de la population âgée de 18 ans et plus qui a déclaré ne pas avoir d'amis ou de membres de la famille dont ils sont proches (Orpana <i>et al.</i>, 2022) • Indicateur : pourcentage (%) de la population âgée de 18 ans et plus qui a déclaré avoir 1 à 5 amis ou membres de la famille dont ils sont proches (Orpana <i>et al.</i>, 2022) • Indicateur : pourcentage (%) de la population âgée de 18 ans et plus qui a déclaré avoir au moins 6 amis ou membres de la famille dont ils sont proches (Orpana <i>et al.</i>, 2022) <p><i>Community connections: Healthy relationships with family, friends, community and culture</i> (Nous Group, 2018)</p> <p><i>Social contact</i> (Parkinson, 2007)</p>	<p>Milieu scolaire Milieu de travail Communauté locale et voisinage</p>	<p>Réseaux sociaux Relations familiales, amicales, communautaires</p>

Les milieux de vie (communauté et famille) (suite)

TOUS LES OBJETS ET DIMENSIONS	SOUS-CATÉGORIES DES MILIEUX DE VIE (MSSS, 2010)	DÉNOMINATION UNIQUE
<p>Implication communautaire (Orpana <i>et al.</i>, 2016) <i>Participation in social and civic activities</i> (Fortune, 2020b)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Volunteering</i> (Fortune, 2020b) • <i>Participation in community or social groups or activities</i> (Fortune, 2020b) • <i>Participation in cultural, recreation and leisure pursuits</i> (Fortune, 2020b) • <i>Participation in civic or political activities</i> (Fortune, 2020b) • <i>Participation in religious or spiritual group activities</i> (Fortune, 2020b) <p><i>Volunteering</i> (Parkinson, 2007) <i>Involvement in local community</i> (Parkinson, 2007) <i>Influencing local decisions</i> (ajouté) (Parkinson, 2007)</p>	<p>Communauté locale et voisinage</p>	<p>Participation à des activités sociales, politiques et civiques*</p> <p>Bénévolat</p> <p>Participation à des activités sociales ou communautaires</p> <p>Participation à des activités culturelles, récréatives et de loisirs collectifs</p> <p>Participation à des activités politiques ou civiques collectives</p> <p>Participation à des activités religieuses ou spirituelles collectives</p> <p>Influence perçue sur les décisions locales</p>

Les caractéristiques individuelles

TOUS LES OBJETS ET DIMENSIONS	SOUS-CATÉGORIES DES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES (MSSS, 2010)	DÉNOMINATION UNIQUE
<p><i>Lower incomes (Alegria et al., 2018)</i> <i>Income and material resources (Fortune, 2020b)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Income (household income, personal income, source of income)</i> • <i>Wealth</i> • <i>Financial stress (difficulty paying bills on time, financial stressors, access to emergency funds)</i> • <i>Future economic security</i> 	<p>Caractéristiques socioéconomiques</p>	<p>Revenus et ressources matérielles*</p> <p>Revenu Richesse Stress financier Sécurité économique future</p>
<p><i>Education (Thom et al., 2021)</i> <i>Educational attainment (Fortune, 2020b)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Educational attainment GSS – % of people who have completed year 12</i> <p><i>GSS – % of people with post-secondary</i></p>	<p>Caractéristiques socioéconomiques</p>	<p>Niveau de scolarité</p>

Les caractéristiques individuelles (suite)

TOUS LES OBJETS ET DIMENSIONS	SOUS-CATÉGORIES DES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES (MSSS, 2010)	DÉNOMINATION UNIQUE
<p>État de santé (Orpana <i>et al.</i>, 2016) <i>Physical health</i> (Nous Group, 2018) <i>Chronic stress</i> (Thom, 2021) Santé générale (Parkinson, 2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Self-reported health</i> • <i>Long-standing physical condition on disability</i> • <i>Limiting long-standing physical condition or disability</i> 	<p>Santé mentale et psychosociale (dans le champ État de santé mentale des populations)</p>	<p>État de santé Auto-évaluation de la santé Présence de problèmes de santé chroniques ou de situation de handicap</p>
<p>Expériences favorables lors de l'enfance (Orpana <i>et al.</i>, 2016) <i>Early childhood development and positive parenting</i> (Nous Group, 2018)</p>		<p>Expériences (dé)favorables lors de l'enfance</p>
<p>Violence (Orpana <i>et al.</i>, 2016)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage (%) de la population âgée de 18 ans et plus qui déclare avoir été victime, avant l'âge de 15 ans, d'un type quelconque d'agression physique ou sexuelle et/ou d'exposition à la violence de la part d'un adulte (18 ans et plus) • Pourcentage (%) de la population âgée de 18 ans et plus qui déclare avoir été victime d'une agression physique ou sexuelle au cours des 12 derniers mois <p><i>Trauma/violence</i> (Thom, 2021) <i>Violence, trauma and neglect</i> (Nous group, 2018) (<i>Violence, trauma and neglect can result in short – and long – term effects on mental health. These can include depression, Post-Traumatic Stress Disorder, and Complex Trauma.</i>)</p>		<p>Expériences subies de violence/traumatisme</p>
<p><i>Unhealthy lifestyle</i> (Thom, 2021) Activité physique (Orpana <i>et al.</i>, 2016) Usage de substances (Orpana <i>et al.</i>, 2016) <i>Alcohol and drug misuse</i> (Nous Group, 2018)</p>	<p>Habitudes de vie et comportements</p>	<p>Habitudes de santé personnelle Activité physique Problèmes associés à la consommation de substances psychoactives</p>

Les caractéristiques individuelles (suite)

TOUS LES OBJETS ET DIMENSIONS	SOUS-CATÉGORIES DES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES (MSSS, 2010)	DÉNOMINATION UNIQUE
<p><i>Mental health literacy</i> (Thom, 2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Help-seeking efficacy for mental health problems</i> • <i>Knowledge about mental health and mental disorders</i> • <i>Attitudes and stigma related to mental disorders</i> <p>Volonté de demander de l'aide d'un professionnel de la SM (étudiants postsecondaires) (CSMC, 2015)</p> <p><i>Mental health literacy</i> (Nous group, 2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Resilience and emotion regulation skills</i> • <i>Recognizing and understanding mental illness and how to take best care of themselves</i> • <i>Knowledge of best available help and ability to access this.</i> 	Compétences personnelles et sociales	<p>Littératie en santé mentale</p> <p>Connaissances à propos de la santé mentale et des troubles mentaux et comment en prendre soin</p> <p>Attitude par rapport à la stigmatisation liée aux troubles mentaux</p> <p>Habiletés en régulation des émotions</p> <p>Connaissances des ressources d'aide</p> <p>Capacité de demander de l'aide pour des problèmes de santé mentale</p>
<p>Résilience (Thom, 2021)</p> <p>Résilience (Orpana <i>et al.</i>, 2016)</p>		<p>Résilience</p>
<p><i>Coping</i> (Orpana <i>et al.</i>, 2016)</p>		<p>Capacité d'adaptation</p>
<p>Maîtrise de soi et auto-efficacité (Orpana <i>et al.</i>, 2016)</p>		<p>Contrôle et auto-efficacité</p>
<p>Estime de soi (Thom, 2021)</p>		<p>Estime de soi</p>
<p>Optimisme (Thom, 2021)</p>		<p>Optimisme</p>
<p><i>Loneliness</i> (Thom, 2021)</p>		Catégorie(s) à déterminer dans MSSS, 2010
<p><i>Existential Fears</i> (Thom, 2021)</p>	<p>Peurs existentielles</p>	
<p>Spiritualité (Orpana <i>et al.</i>, 2016)</p>	<p>Spiritualité</p>	

L'état de santé mentale et les troubles mentaux courants

TOUS LES OBJETS ET DIMENSIONS	SOUS-CATÉGORIES DE L'ÉTAT DE SANTÉ (MSSS, 2010)	DÉNOMINATION UNIQUE
<p>Santé mentale positive (Orpana <i>et al.</i>, 2016)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Santé mentale auto-évaluée • Bonheur • Satisfaction envers la vie • Bien-être psychologique • Bien-être social <p>Positive mental health (Thom, 2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Subjective mental health</i> • <i>Well-being</i> <p>Bien-être de la population (CSMC, 2015)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consommation d'alcool à faible risque • Santé mentale auto-évaluée (pop. gén.) • Sentiment d'appartenance (pop. gén.) • Stress (pop. gén.) <p><i>Positive wellbeing in the community (Nous Group, 2018)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>The level of community connectedness</i> • <i>Resilience</i> • <i>Social support</i> 	<p>Santé mentale et psychosociale</p>	<p>État de santé mentale positive</p> <p>Santé mentale auto-évaluée Bien-être émotionnel Bien-être psychologique Bien-être social</p>
<p>Symptômes précliniques (Thom, 2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Psychological distress</i> • <i>Burnout symptoms</i> 	<p>Santé mentale et psychosociale</p>	<p>Symptômes précliniques</p> <p>Détresse psychologique Symptômes d'épuisement</p>

L'état de santé mentale et les troubles mentaux courants (suite)

TOUS LES OBJETS ET DIMENSIONS	ÉLÉMENTS DU CADRE CONCEPTUEL DE LA SANTÉ (MSSS, 2010)	DÉNOMINATION UNIQUE
<p><i>Mental disorders</i> (Thom, 2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Depressive disorders</i> • <i>Anxiety disorders</i> • <i>Post-traumatic stress disorders (PTSD)</i> • <i>Psychotic disorders</i> • <i>Alcohol and substance dependence</i> • <i>Mental disorders (total)</i> <p><i>Prevalence of diagnosable mental ill health, suicide and suicide attempts</i> (Nous Group, 2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Prevalence of mental illness</i> <p>Personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale courants (CSMC, 2015)</p> <p>Troubles anxieux et/ou troubles de l'humeur – pop. gén. (CSMC, 2015)</p>	<p>Santé mentale et psychosociale</p>	<p>Troubles mentaux courants</p> <p>Dépendance à l'alcool et aux drogues</p> <p>Troubles anxieux</p> <p>Troubles de l'humeur</p> <p>Troubles mentaux courants (totaux)</p>

Centre de référence
et d'expertise



www.inspq.qc.ca