

Mémoire de l'IÉA

# Investissement en amont

**La promotion de la santé mentale des nourrissons, des enfants et des jeunes au premier plan**

Le 9 mars 2022

*Quand nous pensons à la santé mentale, ce sont souvent les difficultés mentales et les problèmes de santé mentale qui nous viennent à l'esprit, ainsi que la façon de résoudre une crise une fois que cette dernière s'est produite. Ce processus de raisonnement exige un investissement après coup ou « en aval ». Le raisonnement « en amont » [...] [renvoie à la perception de] la santé mentale comme une ressource nécessitant une démarche de la part de l'ensemble du gouvernement et de la société.*

Principale conférencière de l'IÉA 2017, Margaret Barry, Ph. D., Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche en promotion de la santé, professeure à la National University of Ireland, Galway (IE)

## Avant-propos

L'Institut d'été sur les collectivités sûres et en santé au Canada atlantique inc. (IÉA) s'est associé à l'organisme Vers un chez-soi Canada pour produire le présent mémoire. Ils veulent ainsi contribuer au renforcement des capacités d'engager une action intersectorielle et de l'investissement en amont grâce à l'apport de politiques propres à promouvoir l'équité et la santé mentale pour les nourrissons, les enfants et les jeunes du Canada atlantique et d'ailleurs.

Le présent mémoire ne porte pas sur l'accès aux services et au soutien immédiat (bien que ce soit important), mais plutôt sur les politiques qui protègent les enfants, les jeunes, les familles et les collectivités. Il reflète les données probantes concernant les aspects des politiques qui sont susceptibles de produire des effets positifs sur les facteurs de protection, de réduire les expériences négatives durant l'enfance (ENE), d'accroître le soutien nécessaire, et d'engendrer de ce fait une meilleure résilience chez les enfants, les jeunes, les familles et les collectivités. Il importe de souligner que les cadres de référence et les recommandations dont il est question dans le présent mémoire n'ont rien de novateur. Ce sont plutôt des concepts qui ont été testés et évalués dans d'autres contextes.

Nous ne réclamons pas dans l'immédiat de nouveaux investissements financiers. Nous savons que les budgets sont serrés pour tout le monde. Nous parlons en revanche d'organiser les ressources gouvernementales et non gouvernementales différemment afin de soutenir l'approche de la santé mentale dans toutes les politiques.

Le présent mémoire s'adresse d'abord et avant tout aux gouvernements provinciaux du Canada atlantique. Cela dit, nous invitons les élus, les responsables de l'élaboration des politiques, les universitaires, les membres de la collectivité et toutes les autres parties intéressées à réfléchir sur ce qui leur serait possible de faire pour en soutenir les recommandations. Il importe d'unir nos forces. C'est la seule façon de créer et de promouvoir l'équité et la santé mentale, récoltant ainsi les bénéfices sociétaux recherchés à long terme.

Le président du conseil d'administration de l'Institut,

Malcolm Shookner

## Remerciements

L'Institut d'été sur les collectivités sûres et en santé au Canada atlantique inc. (IÉA) s'est associé à l'organisme Vers un chez-soi Canada pour produire le présent mémoire. Celui-ci a piloté le projet en s'appuyant sur les commentaires formulés par le groupe de travail sur le mémoire et une vaste consultation auprès de spécialistes de partout au Canada. Les membres du conseil d'administration de l'IÉA remercient les membres du groupe de travail, les conseillers et les réviseurs pour leur apport remarquable. Nous avons confiance que nous atteindrons nos objectifs de favoriser la résilience communautaire et d'améliorer la santé mentale des enfants et des jeunes du Canada atlantique.

### Groupe de travail sur le mémoire de l'IÉA

**David French**, Vers un chez-soi Canada  
**Mary Jane McKitterick**, Vers un chez-soi Canada  
**Amanda Knight**, Raising the Villages (Nouvelle-Écosse)  
**Brandon Hey**, Commission de la santé mentale du Canada  
**Claire Betker**, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé  
**Dianne Oickle**, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé  
**Erica Adams**, IWK Health Centre  
**Jenna Hopson**, IWK Health Centre  
**Jim Mustard**, Raising the Villages (Nouvelle-Écosse)  
**Louise Leonardi**, Regroupement canadien d'aide aux familles des détenu(e)s  
**Sarah Blades**, IWK Health Centre  
**Sophie Melanson**, Santé Nouvelle-Écosse  
**Thomas Hill**, Atlantic Policy Congress of First Nations Chiefs Secretariat  
**Vanessa Nevin**, Atlantic Policy Congress of First Nations Chiefs Secretariat  
**Kristine Webber**, Santé Nouvelle-Écosse  
**Linda Liebenberg**, chercheuse indépendante, membre du conseil d'administration de l'IÉA  
**Malcolm Shookner**, président du conseil d'administration de l'IÉA  
**Meghan Adams**, ministère de la Santé et du Mieux-Être, Île-du-Prince-Édouard  
**Patsy Beattie-Huggan**, coordonnatrice, IÉA

### Conseil d'administration de l'Institut d'été sur les collectivités sûres et en santé au Canada atlantique

**Malcolm Shookner**, président du conseil d'administration et du comité des programmes, consultant retraité, Nouvelle-Écosse  
**Karen Clarke**, vice-présidente; travailleuse sociale et analyste des politiques, Terre-Neuve-et-Labrador  
**Adina Nault**, éducatrice et Council for regional Francophone Community Centre, Île-du-Prince-Édouard  
**Arianne Melara**, Conseil multiculturel du Nouveau-Brunswick  
**Cathy Leslie**, Régie régionale de la santé Capital, Nouvelle-Écosse  
**Chantal Peng**, étudiante, Université Acadia, Nouvelle-Écosse  
**Charlene Kippenhuck**, gestionnaire des ressources naturelles, NunatuKavut Community Council, Terre-Neuve-et-Labrador  
**Eva Sock**, Elsipogtog Health & Wellness Centre, Elsipogtog First Nation, Nouveau-Brunswick  
**Linda Liebenberg**, chercheuse indépendante, enfance et jeunesse aux besoins complexes, Nouvelle-Écosse  
**Patsy Beattie-Huggan** (d'office), coordonnatrice de l'Institut, et consultante, The Quaich Inc., Île-du-Prince-Édouard  
**Robert Cahill**, St. John's Homestead inc., Terre-Neuve-et-Labrador  
**Susan Hartley**, psychologue clinique, éducatrice et défenderesse des droits de la personne, Île-du-Prince-Édouard  
**Tyler Simmonds**, réalisateur et conférencier principal sur la santé mentale et la pleine conscience, Nouvelle-Écosse

### Conseillère

**Marie-Claude Roberge**, conseillère scientifique en promotion de la santé mentale, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

### Comité de lecture/réviseurs

**Barb Riley**, Carrefour DÉC pour la promotion de la santé mentale  
**Olivier Bellefleur**, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé  
**Trevor Hancock**, retraité, École de la santé publique et des politiques sociales, Université de Victoria, Colombie-Britannique  
**Vanessa Nevin**, Atlantic Policy Congress of First Nations Chiefs Secretariat  
**Viki Samuels**, défenderesse des droits de la personne, Nouvelle-Écosse  
**Doug Crossman**, consultant, Île-du-Prince-Édouard

### Assistance à la production

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé

### Dessin de couverture

Technomedia

## **Table des matières**

Sommaire	1
A. Introduction	4
B. Historique et contexte	6
B.1 Historique	6
B.2 Contexte actuel	7
C. Plaidoyer pour des politiques en amont	10
C.1 Concept de politique favorable – Organisation mondiale de la Santé	10
C.2 Données probantes à l’appui	10
C.3 Cadres de référence	14
C.4 Leadership	14
D. Champs d’action prioritaires	16
D.1 Santé mentale dans toutes les politiques – une approche pangouvernementale	16
D.2 Action de groupes à intérêts multiples – une approche pansociétale	21
D.3 Investissement dans l’action communautaire – une approche pancommunautaire	23
D.4 Modèle de financement viable et intégré	24
E. Conclusion	25
F. Recommandations	26
<b>Glossaire</b>	29
<b>Références bibliographiques</b>	31
<b>Annexes</b>	35
Annexe A	35
Annexe B	35

# Sommaire

La responsabilité d'élever des enfants en bonne santé incombe à l'ensemble de la population canadienne. Il faut absolument soutenir et promouvoir la santé mentale des nourrissons, des enfants et des jeunes (ci-après « enfants et jeunes ») pour qu'ils puissent en vieillissant contribuer positivement à leur collectivité et à la société. Le renforcement des politiques et des programmes favorables à la santé mentale des enfants et des jeunes joue ainsi un rôle crucial dans l'avènement d'un Canada atlantique viable et inclusif.

En 2020 et en 2021, l'Institut d'été sur les collectivités sûres et en santé au Canada atlantique (IÉA) a travaillé en partenariat avec l'organisme Vers un chez-soi Canada à l'élaboration du présent mémoire et a aussi mis sur pied un groupe de travail à cet effet. L'objectif consiste à promouvoir un investissement dans les politiques et les mesures de soutien nécessaires en amont pour protéger la santé mentale des enfants et des jeunes. La démarche part de la conviction que l'action collective peut nous aider à transformer les façons de faire dans les collectivités et les gouvernements pour instaurer des politiques et subventionner l'innovation.

Bien que la gouvernance relève des gouvernements fédéral, provinciaux, municipaux et autochtones dans chacune des provinces atlantiques du Canada, les particularités et l'infrastructure de notre région nous lient et nous unissent. La collaboration et l'échange des connaissances s'en trouvent ainsi facilités. Nos atouts ne nous ont pas empêchés de mettre en place une panoplie d'interventions, de cadres d'action et de programmes incomplets et décousus pour répondre aux besoins en matière de santé mentale. Le présent mémoire repose sur les plus récentes données probantes. Il a pour objet d'influencer l'orientation prise dans les provinces atlantiques du Canada pour promouvoir la santé mentale des enfants et des jeunes. Il vise aussi à souligner et à renforcer l'excellent travail déjà accompli dans les quatre provinces de la côte Est du Canada.

Nous préconisons un changement transformateur, en plaidant pour une action articulée autour de quatre grandes priorités. En travaillant ensemble, nous pouvons intégrer nos efforts dans une approche rigoureuse propre à promouvoir et à soutenir la santé mentale des enfants et des jeunes et de leur famille et de leur collectivité. Les priorités en question exigeront l'adoption de nouvelles approches, c'est-à-dire :

Une « approche pangouvernementale » pour que les acteurs de tous les secteurs mettent en œuvre un **cadre de travail pour la santé mentale dans toutes les politiques** en s'appuyant sur le cadre d'action pour la santé dans toutes les politiques créé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS 2014).

Une « approche pansociétale » en créant une **plateforme pour les groupes à intérêts multiples** du Canada atlantique, par laquelle les représentants des diverses collectivités, des organisations autochtones, du milieu de l'enseignement et du secteur privé pourront échanger des connaissances et cocréer des solutions dans une démarche pour instaurer des politiques et des programmes fondés sur des données probantes.

Une « approche pancommunautaire » en assurant un **investissement dans l'action communautaire**. Les groupes et les organismes communautaires sont déjà à pied d'œuvre pour créer des milieux de vie sains pour les enfants et les jeunes. Il importe donc au plus haut point de veiller à ce que les collectivités disposent du soutien nécessaire pour accomplir ce travail.

Un **modèle de financement viable et intégré** à l'appui des approches globales énoncées ci-dessus afin d'investir dans le capital sociétal de nos collectivités et de le maximiser. Les formes de financement possibles sont multiples, par exemple : des contributions multisectorielles dans chaque province; une demande unique à présenter par chaque collectivité; des subventions pluriannuelles et récurrentes; un accent sur la promotion de la santé mentale grâce à l'innovation, en s'attaquant aux causes profondes des iniquités de santé mentale, et à l'évaluation.

### **Recommandations**

Pour parvenir à un changement transformateur, il faudra que des leaders (p. ex., administrations fédérales, provinciales, municipales, communautaires et autochtones) s'occupent d'apporter des changements fondamentaux dans nos mécanismes d'instauration des politiques publiques. L'approche de la santé mentale dans toutes les politiques permettra d'orienter la création de nouvelles structures et de nouveaux processus pour appuyer l'investissement en amont nécessaire pour protéger le bien-être mental. Nous recommandons ainsi ce qui suit pour le Canada atlantique :

1. Que les gouvernements provinciaux reconnaissent que toutes les politiques influent sur la santé mentale des enfants et des jeunes, et qu'ils coordonnent de ce fait leurs efforts pour soutenir les engagements pris et à prendre pour investir en amont sur ce plan, en se laissant guider par le cadre de travail pour la santé mentale dans toutes les politiques.
2. Qu'ils s'appuient sur les structures et les réseaux déjà établis dans la région tel le Conseil des premiers ministres de l'Atlantique, pour fixer l'orientation des pouvoirs publics en matière de santé mentale dans toutes les politiques.
3. Qu'ils cherchent à nouer des liens et à intensifier la collaboration avec les Autochtones de la région pour :
  - mettre la priorité sur l'établissement de relations mutuellement respectueuses entre les collectivités non autochtones et les collectivités autochtones;
  - renforcer les relations et les collaborations entre les gouvernements provinciaux et les Autochtones en favorisant la coconception de politiques et de programmes spécifiques aux collectivités autochtones;
  - fournir les ressources et le soutien nécessaires aux projets qui sont ou qui seront pilotés par les Autochtones;
  - prendre en compte les savoirs des Autochtones dans l'élaboration des politiques touchant l'ensemble de la population.

4. Qu'ils adoptent une plateforme pour les groupes à intérêts multiples afin de faciliter l'harmonisation des efforts déployés à l'échelle provinciale et locale en matière de promotion de la santé mentale des enfants et des jeunes, en établissant des objectifs, une vision, des valeurs et des stratégies communes.
5. Qu'ils reconnaissent et appuient le rôle de pivot joué par les organismes à caractère communautaire en ce qui a trait à l'investissement en amont dans la santé mentale des enfants et des jeunes.
6. Qu'ils révisent les modèles d'investissement et de financement et qu'ils les harmonisent plus étroitement avec le modèle de financement viable et intégré proposé dans le présent mémoire.
7. Qu'ils s'efforcent de renforcer les capacités de promouvoir la santé mentale des enfants et des jeunes, y compris par des activités de perfectionnement professionnel au sujet des iniquités associées aux déterminants sociaux de la santé mentale par l'élaboration de politiques, par la mobilisation des connaissances et par l'apprentissage des méthodes de travail collaboratif avec d'autres secteurs.
8. Qu'ils travaillent avec des groupes et des collectivités hétérogènes afin d'investir équitablement dans la promotion de la santé mentale des enfants et des jeunes.
9. Que toutes les parties prenantes du Canada atlantique adoptent l'approche de la santé mentale dans toutes les politiques dans leurs processus d'élaboration et de mise en œuvre de politiques organisationnelles et municipales.

Le présent mémoire fait valoir l'importance de s'engager dans un changement transformateur, en mettant au défi les décideurs (p. ex., les représentants élus à l'échelle provinciale, fédérale, municipale et autochtone) de réformer les mécanismes d'instauration des politiques publiques favorables à la santé. Il importe de mettre l'accent sur la santé mentale dans toutes les politiques afin de guider le processus de création de structures et de mécanismes d'un nouveau genre pour soutenir l'investissement en amont voulu pour promouvoir la santé mentale des enfants et des jeunes. Soulignons qu'il ne s'agit pas là de nouveaux concepts. Le présent mémoire comporte quelques exemples de collectivités, de ministères provinciaux et d'organismes à but non lucratif déjà engagés dans ce domaine fondamental. Il faut soutenir de telles démarches et y investir, et l'IEA et ses partenaires sont bien placés pour jouer un rôle de premier plan à cet égard.

## A. Introduction

La responsabilité d'élever des enfants en bonne santé incombe à l'ensemble de la population canadienne. Il faut absolument soutenir et promouvoir la santé mentale des nourrissons, des enfants et des jeunes (ci-après « enfants et jeunes ») pour qu'ils puissent en vieillissant contribuer positivement à leur collectivité et à la société. Le renforcement des politiques et des programmes favorables à la santé mentale des enfants et des jeunes joue ainsi un rôle crucial dans l'avènement d'un Canada atlantique viable et inclusif.

Les enfants lucides sur le plan socioémotionnel adoptent un comportement social positif et manifestent de l'espoir et de l'optimisme pour l'avenir. Ils se montrent plus résilients devant l'adversité. Tous les jeunes méritent de pouvoir grandir dans des milieux de vie accueillants et épanouissants. Malheureusement, trop de jeunes vivent dans la souffrance. Le prix à payer est élevé pour les personnes qui souffrent, leur famille et la société. Le bien-être des enfants et des jeunes et le bien-être des adultes et du milieu qui les entourent sont interdépendants. De ce fait, un enfant en bonne santé vit obligatoirement entouré d'adultes en bonne santé dans une collectivité en bonne santé.

Quelle que soit leur qualité, les approches ciblées ne peuvent pas suffire à transformer la vie de chaque enfant et de chaque jeune, y compris les plus en détresse. Bien qu'il soit possible d'obtenir le bon soutien ou le bon traitement au bon moment, trop peu de gens y parviennent. Le défi consiste à transformer notre perception de la santé mentale, en cessant de l'associer à une maladie ou à une intervention à faire et en adoptant plutôt une vision multidimensionnelle du bien-être qui évolue avec les années.

Le présent mémoire repose sur les plus récentes données probantes. Il a pour **objet d'influer sur les politiques en place dans le Canada atlantique de manière à promouvoir la santé mentale des enfants et des jeunes et à souligner et à renforcer l'excellent travail déjà en cours.**

Entrepris par l'[Institut d'été sur les collectivités sûres et en santé au Canada atlantique](#) (IÉA) et piloté par l'organisme [Vers un chez-soi Canada](#) en s'appuyant sur les commentaires du groupe de travail sur le mémoire et une vaste consultation menée auprès d'un groupe représentatif de neuf provinces, le présent mémoire comporte une série de recommandations quant à l'orientation à donner à l'**investissement en amont** d'un secteur à l'autre pour influencer les facteurs ayant une incidence sur l'état de santé mentale des enfants et des jeunes (Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé [CCNDS] 2014, 3). La mise en œuvre des recommandations exigera des connaissances et un engagement plus solides de la part des responsables de l'élaboration des politiques, des élus et des acteurs du secteur privé, de la société civile

Les interventions et les stratégies **en amont** visent à réformer les structures sociales et économiques fondamentales afin de faire tomber les barrières et d'améliorer ce qui permet de vivre une vie bien remplie en bonne santé.

Les interventions et les stratégies **en aval** visent à accroître l'accès équitable aux services sociaux et de santé afin d'atténuer les effets négatifs de la défavorisation pour la santé.

(CCNDS 2014, 6)



et des collectivités afin de créer des politiques qui concernent plusieurs secteurs et qui visent l'investissement dans les collectivités.

Pourquoi appliquer une approche panatlantique? L'identité du Canada atlantique reflète les liens tissés et les racines de la population. Les déplacements effectués entre les provinces pour le commerce, l'échange des connaissances et les célébrations font partie des habitudes de vie des Autochtones et des non-Autochtones. Vivant un peu en retrait du reste du pays, les populations des quatre provinces atlantiques se fient à leur sens de la communauté pour survivre. Les gens sont très fiers d'être des Canadiens et des Canadiennes de l'Atlantique.

Dans le cadre d'échanges avec des parties intéressées des provinces atlantiques, l'équipe de l'IEA a examiné différents moteurs de changement. Parmi les exemples d'une infrastructure propice au leadership collaboratif, mentionnons le Conseil des premiers ministres de l'Atlantique (*Le Conseil des premiers ministres de l'Atlantique 2021*); l'Atlantic Policy Congress of First Nations Chiefs Secretariat (*Welcome to the Atlantic Policy Congress of First Nations Chiefs Secretariat 2021*); le Caucus régional de l'Atlantique de la Fédération canadienne des municipalités, qui vient en aide à des centaines de petites collectivités (*Caucus régional de l'Atlantique 2021*); et l'IEA comme tel, qui fournit l'infrastructure nécessaire à la mobilisation des connaissances, en réunissant la société civile des quatre provinces pour échanger, apprendre puis créer des politiques.

Il existe en réalité deux approches [pour bâtir des collectivités saines mentalement]. La première consiste à créer des milieux épanouissants qui protègent les gens des facteurs de risque observés et qui se traduisent par une situation positive et équilibrée. La seconde consiste à fournir les ressources et les programmes qui permettent aux individus – particulièrement les enfants – de développer leur résilience et les habiletés nécessaires pour s'adapter aux aléas de la vie. En pratique, les deux approches interagissent et doivent se compléter.

(Hancock 2017)

Au Canada atlantique, le leadership collaboratif et l'engagement communautaire durant la pandémie montrent à quel point la région est bien placée pour chapeauter l'investissement fait par le Canada pour se rétablir de la pandémie. Ensemble, nous pouvons tirer parti de notre expérience commune pour exercer un leadership national au sortir de la pandémie et par la suite. Lorsque nous commencerons à mettre la COVID-19 derrière nous, nous devons travailler à tirer des leçons de l'expérience vécue durant la pandémie et à tirer profit des compétences, des prises de conscience et des relations en découlant. Nous devons aussi adopter une approche proactive pour rebâtir nos processus et nos collectivités en investissant en amont dans la promotion de la santé mentale et du bien-être des enfants et des jeunes.

Il est envisageable de cocréer de telles politiques et de renforcer les liens et la résilience individuelle, communautaire et sociétale dans notre monde de l'après-COVID-19. Il faut pour ce faire nous engager dans l'élaboration de politiques en adhérant aux principes suivants :

- **respect** – volonté d'apprendre les uns des autres;

- **communication** – volonté de s’engager dans un dialogue, d’écouter et d’échanger de l’information;
- **coapprentissage** – tout le monde a quelque chose à enseigner et à apprendre; en apprenant, nous enrichissons nos connaissances et nous favorisons ainsi l’émergence de solutions novatrices;
- **collaboration** – différentes façons de savoir convergent pour créer de nouvelles façons d’avancer;
- **des données probantes à l’appui** – données probantes provenant de sources diverses, ce qui veut dire sans privilégier une forme de connaissances à une autre;
- **responsabilité** – engagement pour que les valeurs et les croyances soient prises en compte dans les politiques et les pratiques, par exemple, dans les lettres de mandat.

Des collectivités en bonne santé mentale et florissante, voilà notre **vision** du Canada atlantique. Nous pouvons y parvenir en instaurant des politiques axées sur la création de milieux positifs et l’affectation de ressources aux approches communautaires éprouvées, par exemple les soins prénataux, le parentage positif et l’apprentissage socioémotionnel (ASE). Le présent mémoire traite de l’élaboration des politiques à partir des concepts suivants et vise à plaider pour leur intégration : promotion de la santé mentale; investissement en amont; équité en santé; déterminants sociaux de la santé; action intersectorielle; la santé dans toutes les politiques (SdTP); vision à deux yeux et collectivités résilientes. La définition de chacun des concepts se trouve dans le glossaire à la fin du document.

## B. Historique et contexte

### B.1 Historique

Depuis le début de 2011, les gouvernements fédéral et provinciaux demandent d’agir pour la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale, motivés par la hausse des coûts en soins de santé et du taux de chômage, de même que par l’attention médiatique et les préoccupations exprimées par la population au sujet de l’intimidation, des moins bons résultats des élèves aux examens normalisés et des problèmes de toxicomanie et de santé mentale en milieu scolaire (Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada [ASPC] 2015; Barry 2019).

Sur la scène nationale, les premiers efforts pour remédier à la situation sont venus de l’ASPC qui a mis en place le Fonds d’innovation et lancé un appel d’offres à l’échelle du pays pour des projets de promotion de la santé mentale des enfants et des jeunes fondés sur les données probantes. Le Sommet du Manitoba tenu en 2012 réunissait des responsables de l’élaboration des politiques et des professionnels de la santé du Canada ainsi que des représentants de l’Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il a abouti à de nombreuses recommandations quant à la voie à suivre (*Rapport des délibérations – Sommet national sur la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale* 2012). Il reste encore à donner suite aux recommandations en y affectant les ressources nécessaires.

Au Canada atlantique, la division de la Nouvelle-Écosse de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) a remporté son offre en réponse à l'appel lancé par l'ASPC par l'entremise du Fonds d'innovation. La subvention visait à mettre sur pied le SEAK Project (socially and emotionally available kids; projet pour des enfants socialement et émotionnellement lucides). De 2011 à 2014, l'équipe a mis à l'essai un programme d'apprentissage socioémotionnel (ASE) dans trois provinces canadiennes. Elle a aussi mobilisé les ministères de la Santé et de l'Éducation ainsi que les divisions de l'ACSM dans les quatre provinces de la côte atlantique canadienne autour de la création d'une vision pour intensifier les efforts de promotion de la santé mentale dans la région (Atlantic SEL Scale up Advisory Committee 2014). La division a joué un rôle fondamental dans la suite du projet (de 2015 à 2018), c'est-à-dire l'élargissement du programme ASE dans les provinces atlantiques – la seule région du Canada à le faire (Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada 2015).

En 2014, des membres de la division de la Nouvelle-Écosse de l'ACSM ont invité l'IÉA à se joindre à eux dans un partenariat avec des chercheurs et des professionnels du domaine afin d'examiner des questions liées à la promotion de la santé mentale des enfants et des jeunes. On a vite reconnu qu'il fallait un effort concerté et intersectoriel pour améliorer l'état de santé mentale des enfants et des jeunes dans les provinces atlantiques. On a demandé à l'IÉA de gérer la plateforme nécessaire à l'échange des connaissances émergentes dans le domaine durant trois ans (voir l'annexe A – Profil de l'IÉA).

Dès 2017, il apparaissait évident que la plupart des ressources du secteur public et du secteur privé servaient encore et toujours aux interventions en réponse aux situations de crise de santé mentale (en aval) malgré l'étendue des études scientifiques et des données économiques confirmant la rentabilité de l'investissement en amont (*Rapport des délibérations – Sommet national sur la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale* 2012). Devant la situation, l'IÉA a mobilisé les gens du milieu et de la collectivité autour d'un [appel à l'action](#) (IÉA 2017). Les données probantes étayant cet appel à l'action sont analysées dans un document d'information sur les efforts déployés depuis 2000 pour répondre aux préoccupations sociétales au sujet de la santé mentale des enfants et des jeunes (annexe B – Document d'information de l'IÉA sur l'Appel à l'action lancé par l'IÉA en 2017).

Le Symposium sur la promotion de la santé mentale de l'enfant et de la jeunesse a coïncidé avec le vent d'espérance qui soufflait sur le Canada et les peuples autochtones du pays. Le rapport de la Commission de vérité et réconciliation du Canada et les appels à l'action en découlant nous ont poussés à envisager notre bien-être du point de vue de l'autodétermination culturelle, spirituelle, mentale, sociale et économique (Commission de vérité et réconciliation du Canada 2015). L'appel à l'action de l'IÉA fait référence aux principes de la Commission (IÉA 2017).

## B.2 Contexte actuel

Durant la pandémie de COVID-19, nous avons été à même de constater le besoin grandissant des êtres humains d'entretenir des liens avec eux-mêmes, avec les gens de leur communauté et aussi avec les milieux physiques et naturels. La pandémie a aussi eu pour effet d'amplifier les iniquités sociales,

structurelles et systémiques déjà apparentes, ce qui s'est traduit par des effets négatifs inquiétants pour la santé et le bien-être de beaucoup de monde. L'importance des liens et de la communauté pour la santé et le bien-être n'a jamais été aussi évidente — les liens sociaux et communautaires comptent (Liebenberg 2020)!

La crise sanitaire a des répercussions disproportionnelles pour certaines populations, par exemple les personnes à faible revenu, vivant dans un logement précaire, racisées, autochtones, de la communauté LGBTQ2S+ et/ou handicapées et qui font face à des iniquités socioéconomiques et structurelles. Les récentes conversations tenues dans nos localités au sujet du racisme à l'égard des Autochtones, du racisme à l'égard des Noirs, du racisme à l'égard des Asiatiques et de l'islamophobie nous ont ouvert les yeux sur les iniquités vécues par de nombreux groupes de population. Dans les quatre coins du pays, la découverte de tombes d'enfants à proximité d'anciens pensionnats pour Autochtones nous a fait prendre conscience des brutalités engendrées par les systèmes d'oppression et exercées sur les Premières Nations, les Métis et les Inuits depuis le tout début, ce qui témoigne de l'urgence de la réconciliation avec les peuples autochtones du Canada<sup>1</sup>. Les iniquités sont directement liées aux problèmes de santé mentale observés chez les enfants et les jeunes. Il faut donc y remédier pour être en mesure de promouvoir de manière équitable des collectivités en meilleure santé (ASPC 2021, 16).

La pandémie de COVID-19 a eu une incidence considérable sur la santé mentale de la population canadienne. Une enquête réalisée au printemps 2021 révèle qu'une personne adulte sur quatre au Canada avait reçu un résultat positif à un test de dépistage de troubles tels la dépression, l'anxiété et le stress post-traumatique. Il s'agit là d'une forte augmentation par rapport aux résultats de l'enquête similaire menée à l'automne 2020. La proportion s'établissait alors à 20 % seulement (Statistique Canada 2021).

Il importe de souligner que la tendance à la détérioration de la santé mentale avait commencé à se dessiner bien avant la crise sanitaire. En 2019, 67 % de la population canadienne avaient déclaré être en bonne ou en excellente santé mentale, ce qui représentait une baisse comparativement à 72 % en 2015 (Statistique Canada 2020).

---

<sup>1</sup> Les Inuits, les Premières Nations et les Métis ont pris part à diverses démarches faites au Canada, y compris, sans s'y limiter, le [Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones](#), le [Rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada 2015](#), le [Rapport final et les appels à la justice de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées 2019](#), puis, le 21 juin 2021, à la sanction royale de la [Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones](#). Il importe de souligner que les droits issus des traités sont enchâssés dans la législation canadienne conformément à la sanction royale du projet de loi C-15 et à l'appel à l'action n° 50 énoncé par la Commission de vérité et réconciliation et, sur la scène internationale, à la [Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones](#).

On s'attend à ce que les séquelles de la pandémie de COVID-19 se fassent ressentir encore longtemps par suite des décès et des maladies chroniques d'êtres chers, des pertes d'emploi, de l'endettement, de l'isolement social et physique et de l'éclatement de la famille (ASPC 2021). Considérant où ils en sont dans leur développement et leur situation de dépendance envers leur famille et leur collectivité déjà tellement frappées par la pandémie, **nos enfants et nos jeunes continueront d'en ressentir les contrecoups sur leur santé mentale, ce qui influera sur leur avenir et l'avenir de notre région.** Dorénavant, les liens sociaux et le soutien communautaire se révéleront essentiels, tout autant que l'investissement en amont dans des mesures favorables à la santé mentale.

Depuis avant la pandémie, les jeunes sont plus enclins à se déclarer très sujets à l'anxiété et à la dépression. Les jeunes (de 13 à 24 ans) représentent 20 % de la population itinérante au Canada (Schwan et al. 2017).

Bien que les problèmes émergents dans la région ressemblent à ceux observés ailleurs au pays, les populations du Canada atlantique se disent en général plus liées les unes aux autres dans leur milieu. Le stress de la vie y semble par ailleurs globalement moins élevé (ASPC 2012, 2015). En revanche, certaines particularités de la région ont pour effet d'augmenter la vulnérabilité aux problèmes de santé mentale (ASPC 2015). Comparativement au reste du Canada, les populations des provinces atlantiques s'avèrent plus vulnérables au stress lié à la sécurité financière et à la sécurité d'emploi, les familles monoparentales étant plus vulnérables aux facteurs de stress financier et d'insécurité alimentaire (ASPC 2015). Les collectivités rurales du Canada atlantique doivent quant à elles affronter des problèmes liés aux changements dans la conjoncture économique et à l'exode de la jeunesse (ASPC 2015). La forte consommation d'alcool, particulièrement chez les adolescents et les jeunes, devient un facteur de risque important dans les provinces atlantiques (ASPC 2015). Plus récemment, le changement climatique ressort comme étant une grande source d'anxiété et de dépression, surtout chez les jeunes (Consolo 2019).

#### Étude de cas n° 1 : Projet des collectivités en santé – SOPEI

En octobre 2017, la section de l'Île-du-Prince-Édouard d'Olympiques spéciaux (SOPEI) a obtenu une subvention de trois ans, soit de 2018 à 2021, dans le cadre du programme Collectivités en santé. Le programme vise à créer des collectivités où les athlètes olympiques et autres personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du développement ont le même accès aux ressources pour la santé et le bien-être – et pour vivre en aussi bonne santé – que les autres personnes de la collectivité.

Le programme Collectivités en santé est une initiative mondiale centrée sur la collectivité et ayant pour objectif de diminuer les iniquités vécues par les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du développement. Les projets sont réalisés sur le terrain pour favoriser l'équité en santé et la promotion de la santé en amont.

SOPEI avait une place à la foire d'exposition lors de l'IÉA 2021 afin de fournir de l'information sur le programme Collectivités en santé.

Pour en savoir plus sur l'initiative, allez au : <https://www.specialolympics.ca/pei/peilearnspecial-olympics-programs/healthy-communities> (en anglais)

## C. Plaidoyer pour des politiques en amont

### C.1 Concept de politique favorable – Organisation mondiale de la Santé

Nous en savons aujourd’hui plus sur les déterminants sociaux de la santé. C’est pourquoi l’Organisation mondiale de la Santé (OMS) plaide pour l’adoption de l’approche de la santé dans toutes les politiques (SdTM) (OMS 2014). Expliqué dans *Health in All Policies Framework (HiAP) for Country Action*, l’approche repose sur les droits et les obligations liés à la santé, et sert à responsabiliser les auteurs des politiques quant aux effets de toutes leurs décisions pour la santé (OMS 2014). Elle met l’accent sur les conséquences de l’ensemble des politiques publiques sur les systèmes de santé, les déterminants sociaux de la santé et le bien-être.

Comme concept, l’approche de la SdTM va dans le même sens que la *Déclaration universelle des droits de l’homme* (ONU 2015), la *Déclaration du millénaire* (ONU-HCDH 2000) et les principes de gouvernance efficace (ONU-DAES 1997). Elle cadre aussi étroitement avec les Objectifs de développement durable (ODD) établis par les Nations Unies en 2015. Dans un article paru dans le *Pan American Journal for Public Health*, on souligne la grande efficacité de la SdTP, celle-ci pouvant servir d’outil pour établir un juste équilibre entre le développement socioéconomique, la durabilité de l’environnement et la santé de l’être humain (Buss et al. 2016, 186).

Comme le niveau d’emploi, la sécurité des collectivités et la répartition de la richesse dans un pays, certains facteurs qui ne sont traditionnellement pas associés à l’état de santé produisent pourtant des effets directs sur la santé et vice versa (ASPC 2021). Prendre l’habitude d’exiger une évaluation d’impact sur la santé avant d’instaurer une nouvelle politique proposée par des ministères à vocation autre que la santé peut aider à faire ressortir les liens entre des politiques publiques d’apparence indépendante adoptées par différents ministères – et faire la démonstration que tout ce qui se fait dans tous les secteurs a des conséquences pour la santé et que, de ce fait, le partage des ressources importe au plus haut point.

La **santé dans toutes les politiques (SdTP)** est une approche des politiques publiques consistant à analyser systématiquement les répercussions sociales et sur la santé des décisions stratégiques prises à l’échelle pangouvernementale – dans l’intention de favoriser les synergies positives et de minimiser les effets négatifs. Il s’agit d’un instrument crucial parce que les acteurs du secteur de la santé n’ont aucun pouvoir sur de nombreux facteurs agissant sur l’état de santé – et parce que les initiatives ayant des effets positifs pour la santé et l’équité en santé se paient d’elles-mêmes sous l’effet d’une productivité accrue et de recettes fiscales plus élevées (Tonelli 2020, 238). L’approche de la SdTP nous amène à faire une distinction entre « l’enchâssement de la santé et de la santé mentale dans toutes les politiques », d’une part, et la reconnaissance que « **toutes les politiques peuvent avoir une incidence sur la santé** » (OMS 2014).

### C.2 Données probantes à l’appui

Le corpus de connaissances et la portée des politiques ne cessent de s’élargir et de faire ressortir les avantages d’un investissement en amont pour agir sur ce qui favorise la santé mentale des enfants et

des jeunes (OMS 2021). Les initiatives novatrices ainsi prises à l'échelle régionale, nationale et mondiale témoignent de la mesure dans laquelle de telles approches peuvent améliorer l'état de santé mentale.

L'enquête sur la petite enfance a donné lieu à la parution d'une série de rapports fondés sur des recherches méthodiques et rigoureuses au sujet de l'incidence des expériences vécues durant la petite enfance sur l'apprentissage tout au long de la vie (Early Years Study 2021). Elle est venue mettre en évidence qu'un investissement dans l'éducation et l'aide à la petite enfance peut se révéler très rentable pour les gouvernements. Selon les données d'enquête, malgré les gains incommensurables, des économistes ont fait les calculs et estimé qu'un investissement d'un dollar dans des programmes d'excellente qualité pour les enfants défavorisés de 5 ans et moins produisait un rendement de six dollars (Clinton 2020).

Les expériences négatives durant l'enfance (ENE) laissent des traces indélébiles sur la santé et le bien-être global des adultes, et font référence aux événements ou aux conditions de vie potentiellement traumatisants vécus jusqu'à l'âge de 17 ans. Elles coïncident avec un milieu de vie malsain, ce qui entre en ligne de compte dans l'occurrence de telles expériences dans la collectivité. Les caractéristiques du milieu de vie, par exemple, l'absence ou la présence d'un traumatisme intergénérationnel, de pauvreté, de discrimination et de violence, l'inclusion sociale ou non et l'accès ou non aux ressources financières, sont susceptibles d'être une source d'ENE qui mènent à des problèmes de santé durant le parcours de vie. La création de stratégies locales pour limiter ou éviter les ENE peut diminuer la demande en services sociaux et de santé et les coûts connexes et faire en sorte que les gens sont plus heureux et plus engagés dans la société (Centers for Disease Control and Prevention [US] 2019).

**L'apprentissage socioémotionnel (ASE)** renvoie au processus d'acquisition et à l'emploi efficace des connaissances, des attitudes et des compétences nécessaires à la prise de conscience et à la gestion des émotions, à l'empathie, à la prise de décisions sensées, à l'établissement de liens positifs et à la gestion des situations difficiles avec habileté. Tout le monde gagne à mettre un accent sur l'ASE : les enfants, les jeunes, les parents, le personnel enseignant, les personnes qui prennent soin des enfants, les écoles, les collectivités et la société en général.

Pour en savoir plus sur l'ASE, allez au : <https://casel.org/fundamentals-of-sel/> (en anglais)

**Les expériences négatives durant l'enfance (ENE)** concernent la maltraitance, la négligence et les problèmes vécus à la maison comme l'abus de substances psychoactives et la violence. Elles peuvent avoir pour effet d'augmenter la vulnérabilité aux problèmes de santé plus tard dans la vie, par exemple la dépression, la cardiopathie, l'obésité et certaines formes de cancer. Selon les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, elles peuvent aussi mener à des problèmes sociaux, par exemple la violence et la criminalité, le chômage et les difficultés financières. Soulignons en outre que les effets peuvent se transmettre d'une génération à l'autre, ce qui veut dire que la prochaine génération d'enfants présentera un risque plus élevé de vivre des expériences similaires et, de ce fait, une plus grande vulnérabilité aux problèmes de santé en découlant.

Pour en savoir plus sur les ENE, allez au : <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/index.html> (en anglais)

Les études révèlent que, dès la maternelle (ou le jardin d'enfants), les ENE peuvent nuire au développement de l'aire préfrontale et conduire à des problèmes d'adaptation sociale et de comportement. Quelque 20 pour cent des élèves de la maternelle ayant vécu des situations malheureuses durant la petite enfance présentent des problèmes de comportement cliniquement significatifs, et 50 pour cent, un retard de langage et un déficit d'attention. Les effets de l'adversité vécue durant la petite enfance se répercutent longtemps et sont directement liés à ce que l'individu vivra plus tard dans sa vie (Bierman 2020).

Heureusement, il existe de nombreuses stratégies bien éprouvées et bien documentées pour lutter contre les séquelles des ENE. En est un exemple l'apprentissage socioémotionnel, qui est centré sur l'éducation à la petite enfance (Bierman 2020).

Les données présentées dans le tableau ci-dessous donnent un aperçu de la rentabilité et de la viabilité de l'investissement en amont pour améliorer la santé des populations et atténuer les iniquités de santé. En concentrant nos énergies sur la prévention plutôt que sur l'intervention ou la gestion de la crise, nous serions non seulement en mesure de réduire les coûts associés à la santé mentale et aux troubles mentaux, mais aussi d'améliorer la qualité de vie de bien des gens dans les provinces atlantiques. Cette conclusion date d'avant la pandémie, et sa pertinence n'a fait que croître depuis. Il faut tout de suite passer de l'information à l'action. Les axes d'intervention prioritaires sont énoncés ci-dessous et visent à guider la démarche.



## Axes d'intervention prioritaires de l'investissement en amont pour la santé mentale et le bien-être<sup>2</sup>

Plateforme d'intervention/ canal d'intervention	Principale série de mesures	Évaluation	Données probantes des économies à revenu élevé (ERE) et des économies à faible revenu ou à revenu intermédiaire (EFRI)
<b>POPULATION</b>			
Législation/ réglementation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lois et règlements ayant pour objet de réduire la demande en consommation d'alcool (p. ex., taxes, restrictions à l'accès, interdiction de faire de la publicité, exécution des limites de TA)</li> <li>Lois restreignant l'accès aux moyens de s'automutiler ou de se suicider</li> <li>Intégration de la question de la santé mentale dans la réglementation sur la santé et la sécurité au travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pratique exemplaire</li> <li>Pratique exemplaire</li> <li>Bonne pratique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Données probantes suffisantes des ERE et des EFRI</li> <li>Données probantes suffisantes des ERE et des EFRI</li> <li>Données probantes suffisantes des ERE et données probantes prometteuses des EFRI</li> </ul>
Information/ connaissance	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lois et règlements ayant pour objet de réduire la demande en consommation d'alcool (p. ex., taxes, restrictions à l'accès, interdiction de faire de la publicité, exécution des limites de TA)</li> <li>Lois restreignant l'accès aux moyens de s'automutiler ou de se suicider</li> <li>Intégration de la question de la santé mentale dans la réglementation sur la santé et la sécurité au travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pratique exemplaire</li> <li>Pratique exemplaire</li> <li>Bonne pratique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Données probantes suffisantes des ERE et des EFRI</li> <li>Données probantes suffisantes des ERE et des EFRI</li> <li>Données probantes suffisantes des ERE et données probantes prometteuses des EFRI</li> </ul>
<b>COLLECTIVITÉ</b>			
Lieux de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intégration de la question de la santé mentale dans les programmes de santé et de sécurité au travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bonne pratique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Données probantes suffisantes des ERE et données probantes prometteuses des EFRI</li> </ul>
Établissements scolaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>Universalité des programmes d'ASE et adoption d'approches pour l'ensemble de l'école</li> <li>Interventions ciblant les enfants vulnérables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pratique exemplaire</li> <li>Pratique exemplaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Données probantes suffisantes des ERE et des EFRI</li> <li>Données probantes suffisantes des ERE et des EFRI</li> </ul>
Milieu communautaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>Éducation préscolaire et programmes de parentage exécutés en milieu communautaire</li> <li>Programmes d'autonomisation multidimensionnels à l'intention des jeunes non scolarisés</li> <li>Programmes d'autonomisation financière et en santé à l'intention des familles vivant dans la pauvreté</li> <li>Parentage et renforcement du noyau familial à l'intention des enfants fréquentant l'école (3 à 16 ans)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bonne pratique</li> <li>Bonne pratique</li> <li>Bonne pratique</li> <li>Bonne pratique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Données probantes suffisantes des ERE et données probantes prometteuses des EFRI</li> <li>Données probantes prometteuses des ERE et des EFRI</li> <li>Données probantes prometteuses des EFRI</li> <li>Données probantes suffisantes des ERE et données probantes prometteuses des EFRI</li> </ul>
<b>SOINS DE SANTÉ</b>			
Soins de santé primaires (SSP), y compris les activités de sensibilisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promotion de la santé mentale des nourrissons et de la mère (et des compétences parentales) dans le cadre des soins de routine durant les périodes prénatale et postnatale et des programmes de visites à domicile</li> <li>Formation des fournisseurs de SSP sur les notions de base en santé mentale et la prévention des interventions auprès des adultes et des aînés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pratique exemplaire</li> <li>Bonne pratique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Données probantes suffisantes des ERE et des EFRI</li> <li>Données probantes suffisantes des ERE et données probantes prometteuses des EFRI</li> </ul>

Reproduit avec la permission de Margaret Barry, Ph. D., Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche sur la promotion de la santé, professeure à la National University of Ireland, Galway, tiré de *Implementing Mental Health Promotion* (Barry 2019, 61).

<sup>2</sup> TA – taux d'alcoolémie; ASE – apprentissage socioémotionnel

## C.3 Cadres de référence

Le [Cercle de la santé](#) (Santé Î.-P.-É. Et Agence des services communautaires 1996) est un outil de promotion de la santé incorporant les valeurs énoncées dans la Charte d'Ottawa et la roue de médecine autochtone (Joseph 2020). Créé en 1996 à l'Île-du-Prince-Édouard en 1996, il sert aujourd'hui partout dans le monde. Les principes et les concepts à la base du présent mémoire correspondent à ceux du Cercle de la santé. L'IEA utilise l'outil comme cadre de référence. Il prévoit que le Cercle de la santé viendra à orienter les politiques et les programmes mis en place pour atteindre les objectifs de développement durable. Il s'agit d'un outil intégré qui s'harmonise et qui s'ajoute au Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations créé en 2015 suivant un processus de collaboration entre la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (Santé Canada), l'Assemblée des Premières Nations et les leaders autochtones du domaine de la santé mentale de diverses organisations autochtones non gouvernementales (Santé Canada 2015). D'autres cadres de référence, comme le cadre de référence pour soutenir l'action en santé mentale des populations (Mantoura et coll. 2018) et celui sur les déterminants de la santé (Dahlgren et Whitehead 1991) permettent de voir facilement les relations causales entre les systèmes et leurs effets pour la santé des populations.

## C.4 Leadership

La réponse du Canada à la pandémie de COVID-19 prouve que les pouvoirs publics peuvent travailler efficacement ensemble pour intervenir lors d'une situation d'urgence, quels que soient le ministère ou le lieu géographique. Une collaboration intersectorielle de cette envergure peut-elle durer? Pour le bien de la société canadienne, il le faut.

Durant la crise sanitaire, les collectivités du Canada atlantique ont fait preuve de résilience. Elles se sont mobilisées pour s'entraider et aider leurs populations en cas de besoin, particulièrement les personnes vulnérables aux iniquités de santé. Bien que la collaboration entre les provinces atlantiques n'ait pas été toujours facile, les premiers ministres continuent d'échanger de l'information périodiquement, ce qui témoigne d'un leadership efficace durant les moments difficiles. Parmi les démarches à entreprendre au sortir de la pandémie et par la suite, l'investissement en amont et le soutien à la promotion de la santé mentale des enfants et des jeunes au moyen d'une approche pansociétale arrivent aux premiers rangs pour les collectivités et l'ensemble des pouvoirs publics. Nous pouvons nous appuyer sur les relations et les modes de collaboration que nous avons établis en réponse à la pandémie et exercer un leadership à l'échelle nationale durant le rétablissement de la pandémie et par la suite.

Les provinces atlantiques sont un modèle de leadership collaboratif. L'échange des connaissances et des ressources facilite la tâche de tous les gouvernements concernés. Pensons par exemple au Conseil des premiers ministres de l'Atlantique (*Le Conseil des premiers ministres de l'Atlantique* 2021) pour ce qui est de l'orientation stratégique, à l'Atlantic Policy Congress of First Nations Chiefs Secretariat (*Welcome to the Atlantic Policy Congress of First Nations Chiefs Secretariat* 2021) pour l'élaboration des politiques

et à l'IEA pour la mobilisation des connaissances pour le compte des pouvoirs publics et de la société civile. La population de la région applaudit ces importants efforts de collaboration, en bénéficie et espère qu'ils se poursuivent.

Travailler en partenariat avec les leaders des communautés de Premières Nations, d'Inuits et de Métis du Canada atlantique en vue d'une réconciliation se révèle l'une des clés de toute approche en amont dans le domaine de la santé mentale. La démarche ne peut s'amorcer sans la reconnaissance du lien étroit qui unit les peuples autochtones à la terre et à leurs territoires; des lois qui leur sont propres et de leur cadre juridique ancré dans les traditions ancestrales; et de leur droit de déterminer, dans le respect de leur héritage culturel, historique et spirituel, les conditions essentielles à leur santé mentale et physique. Nous ne pourrions commencer à cicatriser des générations de torts, respecter nos obligations en vertu des traités et répondre aux appels à l'action sans placer toute notre attention et investir dans le leadership et les communautés autochtones. Bon nombre de rapports, d'enquêtes, de commissions et de lois, ainsi que des leaders, des groupes de population et des groupes de défense des Autochtones indépendants n'ont cessé de faire état des solutions et des étapes pour mettre en œuvre les solutions à l'intention des gouvernements, des systèmes, des secteurs et des collectivités du Canada. Il est maintenant temps pour les pouvoirs publics de travailler avec les leaders et les communautés autochtones à la cocréation des politiques et de programmes répondant aux besoins des peuples autochtones et de soutenir les programmes déjà en place et du ressort des Autochtones.

Les études menées à l'échelle nationale et internationale tendent à confirmer le lien de cause à effet entre la santé mentale et la santé et le bien-être globaux (OMS 2021). Si les stratégies de gestion de la pandémie de COVID-19 visaient le traitement de la maladie, les répercussions de l'isolement social sur la santé mentale ont ouvert les yeux du monde entier sur le problème. Devant cette réalité et la possibilité de réduire le coût des soins de santé tout en accroissant la prospérité sociale et économique, de nombreux représentants des gouvernements fédéral et provinciaux et des collectivités autochtones ont cherché les meilleures façons d'investir dans les enfants et les jeunes, ce qui a mené à une plus grande collaboration entre les collectivités et entre les ministères. Grâce à l'expérience acquise durant la pandémie, le Canada atlantique s'avère bien positionné pour prendre le leadership à l'échelle nationale et mondiale pour faire une réalité de la Santé mentale dans toutes les politiques (SMdTP).

## D. Champs d'action prioritaires

Il s'est révélé très difficile de mobiliser les connaissances et les expériences en vue d'effectuer un changement de cap en matière de politiques. Il existe des solutions, cela dit. Le modèle d'impact collectif vise à faire participer les décisionnaires du système à l'élaboration d'un plan d'action commun et à l'action collective nécessaire pour progresser vers le changement voulu (Kania and Kramer 2011). L'impact collectif dépend des cinq conditions suivantes : établir un plan d'action commun; employer une méthode d'évaluation commune pour comprendre les progrès; privilégier des activités se renforçant mutuellement; entretenir un lien de communication constante et créer une structure propice à l'avancement des travaux (Collective Impact Forum 2014). Une telle stratégie peut permettre à des acteurs de divers milieux et de diverses formations de se solidariser dans une démarche pour opérer un changement. Pour en savoir plus sur le modèle et ce qu'il permet d'accomplir ou, encore, pour connaître des démarches en cours, consultez le [site Web de l'Institut Tamarack](#).

### Étude de cas n° 2 : Travailler avec les ministères et tisser des liens avec la collectivité au Nouveau-Brunswick

Lors d'un panel tenu dans le cadre du Forum 2021 de l'IEA, Dorothy Shephard, ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick, a parlé de l'importance pour les pouvoirs publics de soutenir les liens entre les gens des collectivités et de travailler en collaboration. Alors qu'elle était ministre du Développement social en 2019, elle a formé un Comité interministériel de sept ministères de responsabilités différentes. Les membres du comité provenaient de plusieurs ministères afin de n'exclure personne de la conversation de première importance et ont réussi à briser le travail en silo.

Aujourd'hui à la tête du ministère de la Santé, la ministre Shephard s'investit dans le dossier des soins de santé mentale intégrés pris en charge par la collectivité. Elle porte notamment son attention sur la question intergénérationnelle, les jeunes et le renforcement de la résilience (Shephard 2021).

Dans les provinces atlantiques, nous avons pour vision d'influencer l'orientation des politiques afin de promouvoir la santé mentale des enfants et des jeunes. Il faudra pour ce faire appliquer le modèle d'impact collectif à nos quatre priorités suivantes : le cadre de travail pour la santé mentale dans toutes les politiques (SMdTP), la plateforme des groupes à intérêts multiples, l'investissement dans l'action communautaire et le modèle de financement viable et intégré.

### D.1 Santé mentale dans toutes les politiques – une approche pangouvernementale

Les cadres de référence sont des outils qui servent à guider le processus décisionnel, à déterminer les liens importants, à établir la voie à suivre, à soutenir l'harmonisation des politiques et à affecter les ressources nécessaires. Bref, ils constituent l'esquisse de ce que nous voulons bâtir ou une feuille de route pour la destination à atteindre.

L'approche pangouvernementale se résume à la participation de tous les élus de tous les secteurs au processus décisionnel, en travaillant en concertation à la promotion de la santé mentale des enfants et des jeunes (IEA 2017). Pour parler d'une véritable approche pangouvernementale, nous devrions

adopter un cadre de travail pour la SMdTP, à la lumière du cadre d'action pour la SdTP (OMS 2014). Le cadre de travail a pour objet de déterminer les effets des politiques déjà en place ou à instaurer sur la santé mentale des populations et d'influencer le processus d'élaboration des politiques pour les générations à venir.

Si la santé d'une personne dépend du fonctionnement optimal de toutes les parties du corps, il en va de même pour la santé publique, dans le sens que l'ensemble des pouvoirs publics, sans égard aux divisions ministérielles, travaillent à l'unisson en investissant dans la santé et le bien-être des électeurs. La division des gouvernements en portefeuilles ministériels distincts aux ressources limitées nuit à la collaboration intersectorielle. Les collectivités et la population en général se retrouvent donc devant des entités séparées qui n'ont aucune idée de leur influence réciproque ni des synergies possibles entre elles.

Dans les provinces atlantiques canadiennes, les cadres de référence et les programmes pour répondre aux besoins en matière de santé mentale, améliorer les services et soutenir les démarches pour promouvoir la santé mentale forment un amalgame des plus disparates. Le défi consiste pour les gouvernements à conjuguer leurs efforts pour obtenir des résultats positifs en matière de santé mentale de manière à prendre des mesures cohérentes, efficaces, mesurables et coordonnées qui répondent aux besoins de toutes les personnes vivant dans la région.

Le cadre de travail pour la SMdTP devrait servir de véhicule ou d'optique dans un processus de prise de décision et d'établissement des priorités fondé sur les cinq principes énoncés par le groupe de travail sur le mémoire, c'est-à-dire :

- **Responsabilité mutuelle** – Tout le monde a un rôle à jouer dans la création d'un contexte propice à un changement positif. Les gouvernements aussi bien que les collectivités jouent l'important rôle de favoriser et de soutenir un milieu propice à la réussite individuelle et familiale. Les individus ont quant à eux la responsabilité de saisir les possibilités ainsi offertes.
- **Inclusion, équité et justice** – En matière de santé mentale, il importe au plus haut point de faire reposer les démarches et l'investissement en amont sur les principes d'équité, d'inclusion et de justice pour en assurer la pérennité et les répercussions positives sur les collectivités. La diversité renvoie à un éventail de caractéristiques personnelles, y compris l'âge, le genre, l'orientation sexuelle, la culture, l'ethnicité, la langue, la capacité physique et mentale et le statut socioéconomique, d'immigration et de citoyenneté. L'inclusion favorise la pleine participation à la société sans égard aux traits distinctifs, aux identités ou à la situation de l'individu. Si nous agissons de façon inclusive, nous facilitons la pleine participation de chaque personne à notre société tout en acceptant les points de vue différents.
- **Proactivité** – La proactivité sert à long terme à prévenir et à étouffer dans l'œuf les problèmes sociaux. Les mesures proactives se révèlent souvent plus rentables que les réactives. La proactivité se caractérise par la reconnaissance des liens réciproques entre les individus, les familles, les collectivités et leur milieu environnant et de l'interaction entre les politiques économiques, sociales et environnementales. Si nous agissons de manière proactive, nous mettons en évidence les causes profondes, concentrons notre énergie sur la création d'un

contexte propice à la réussite et devançons les besoins changeants et grandissants et nous y adaptons.

- **Collaboration** – Notre capacité d’atteindre des objectifs stratégiques sociaux dépend de notre capacité à travailler ensemble. Les individus et les acteurs des organisations de tous les secteurs et de toutes les régions disposent des ressources et des connaissances voulues pour contribuer à régler les problèmes sociaux et à obtenir des résultats profitables pour l’ensemble des populations du Canada atlantique. Si nous agissons collaborativement, nous montrons notre ouverture aux idées, aux perspectives et aux solutions nouvelles ou novatrices. Nos actions reflètent le fait que :
  - des résultats communs exigent une action commune;
  - une action commune exige une responsabilité partagée;
  - une responsabilité partagée donne lieu à des résultats communs.
- **Responsabilisation** – L’expression renvoie à l’acceptation de la responsabilité — et des efforts à soutenir — pour parvenir à de meilleurs résultats pour la population des autres provinces de la côte est canadienne. Il revient aux gouvernements, aux organismes à but non lucratif et de bienfaisance, aux prestataires de services, au milieu des affaires et à chaque personne d’assumer la responsabilité et d’agir de manière réfléchie. Si nous agissons de manière responsable, nous nous efforçons de faire preuve d’innovation et de fournir des services de la meilleure qualité possible. La transparence, l’engagement communautaire et les décisions demandent des connaissances, et les données probantes s’avèrent l’une des principales composantes d’un système responsable. La responsabilité est l’une des clés du genre de système recherché et une façon d’agir et d’opérer en tant que système. C’est pourquoi nous l’avons incluse comme un résultat et un principe devant guider nos actions pour l’incarner.

Le cadre de travail que nous proposons pour la SMdTP tourne autour des cinq objectifs suivants :

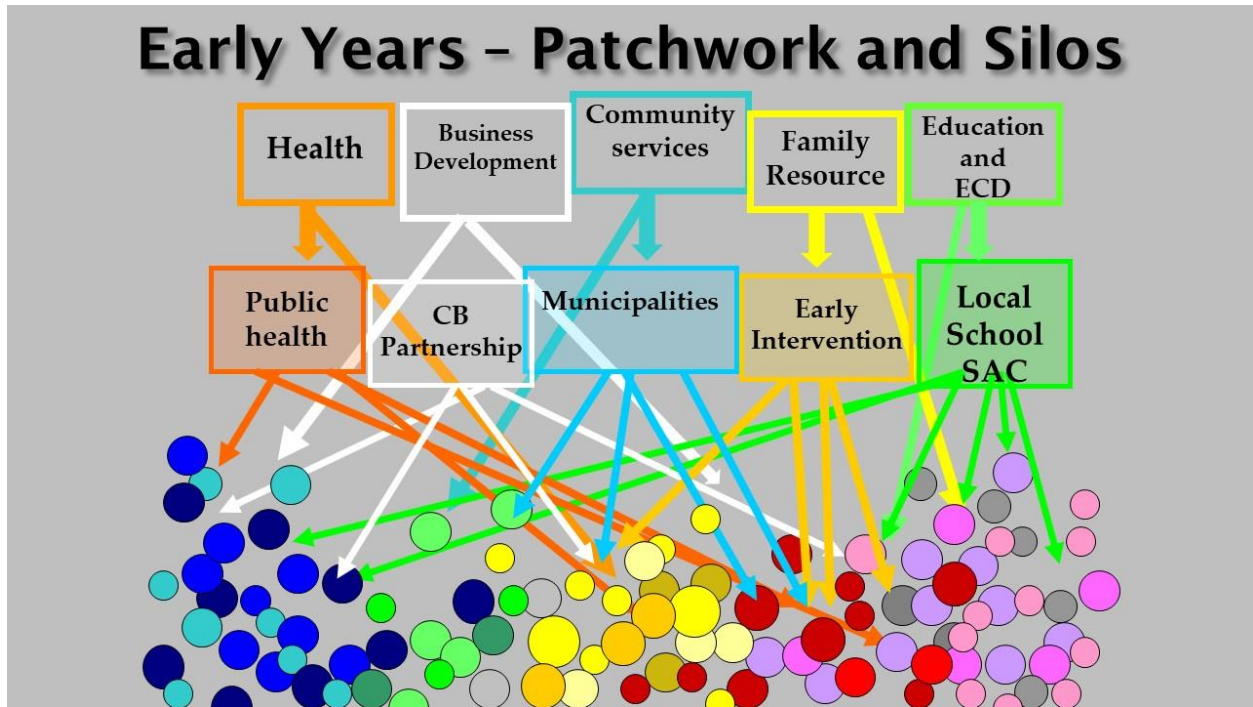
1. évaluer l’incidence des politiques en place sur la santé mentale des populations;
2. créer des lignes directrices cohérentes, y compris en ce qui a trait aux rôles et aux responsabilités de chaque ministère, sur la façon de mesurer l’incidence qu’une politique envisagée pourrait avoir sur la santé mentale de la population;
3. assurer l’équité pour les Autochtones, en veillant à ce que l’investissement et les politiques en amont reposent sur la collaboration constante et positive avec les communautés autochtones et le soutien au travail accompli par les Autochtones;
4. veiller à l’harmonisation et à la cohérence des politiques en coordonnant les activités dans les ministères et entre les ministères;
5. soutenir l’exécution de programmes basés sur les populations et destinés aux enfants, aux jeunes et aux familles en favorisant une approche intersectionnelle de la promotion de la santé mentale.

Les diagrammes ci-dessous montrent une perspective communautaire. Ils sont reproduits avec la permission de notre partenaire communautaire Raising the Villages et du Council for Early Childhood Development. Pour en savoir plus au sujet de Raising the Villages, allez au :

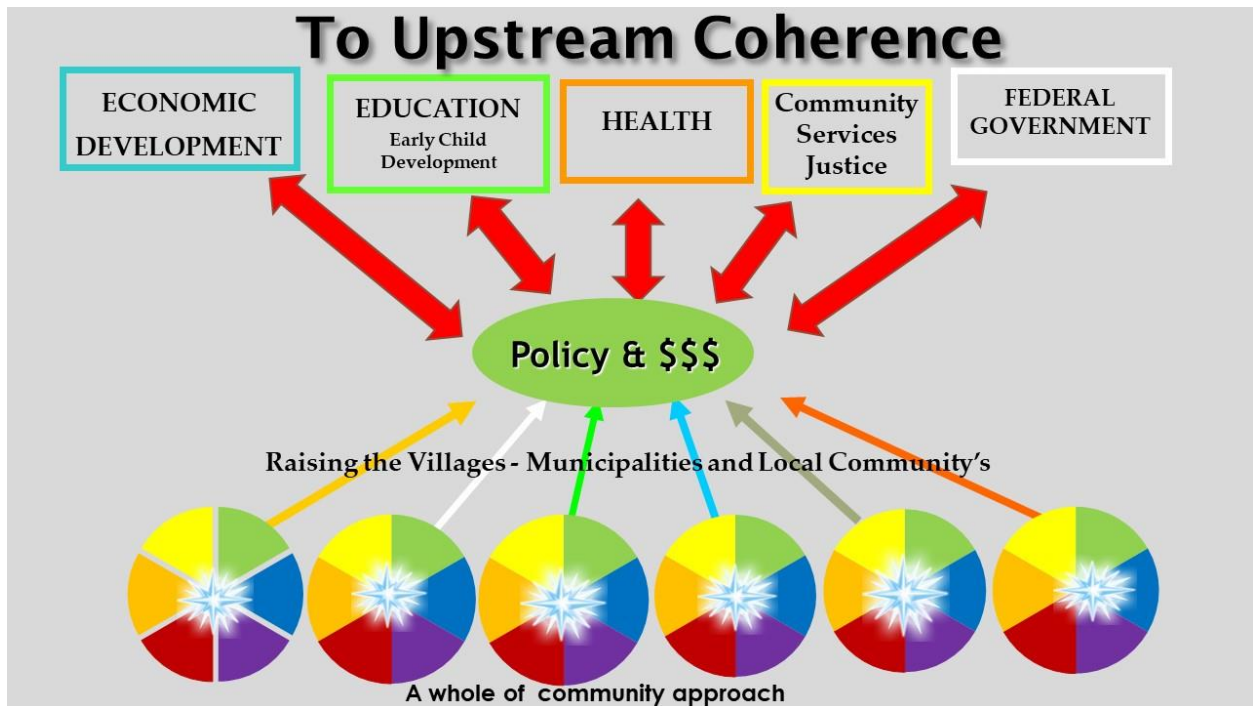
<https://raisingthevillages.webs.com>.

Le premier diagramme illustre le système actuel et l'autre, une façon de fonctionner plus efficace.

Système actuel<sup>3</sup> :



Système potentiellement plus efficace :



<sup>3</sup> DPE – développement de la petite enfance; ICB – Île du Cap-Breton; SAC – conseil consultatif d'école



## D.2 Action de groupes à intérêts multiples – une approche pansociétale

L'action de groupes à intérêts multiples<sup>4</sup> part de la reconnaissance que les facteurs socioéconomiques influant sur la santé de la population ne relèvent pas seulement du secteur de la santé. Il faut donc mener une action au sein et entre les secteurs et les diverses parties prenantes à l'échelle locale, régionale, provinciale, nationale et mondiale pour exercer une influence positive sur le paysage socioéconomique de manière à protéger la santé et le bien-être de la population (CCNDS 2015). Il faut donc des acteurs de l'intérieur et de l'extérieur de l'appareil gouvernemental.

Nous savons que l'approche de la SMdTP fait appel à la collaboration de tous les échelons et secteurs gouvernementaux. Celle de l'action de groupes à intérêts multiples intègre le secteur privé, la société civile et les collectivités à la conversation au sujet de la santé mentale des enfants et des jeunes. Toutes les parties prenantes ont un point de vue et des expériences valables qui peuvent servir à la cocréation des politiques et des programmes.

### Étude de cas 3 : labo Bâtisseurs de cerveaux – Canada atlantique

Le projet de l'Histoire du cerveau a trait aux répercussions des expériences négatives durant l'enfance (ENE) sur la santé du cerveau tout au long du parcours de vie. Les ENE influent sur la vulnérabilité aux problèmes de santé physique et mentale, comme la dépendance, plus tard dans la vie (Connors 2020). Le **labo Bâtisseurs de cerveaux – Canada atlantique** est un projet lancé par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). Le groupe intersectoriel à la tête du projet est formé de représentants des milieux de la santé, de l'éducation, du droit et des services sociaux des quatre provinces atlantiques canadiennes. L'objectif est de tirer parti des liens, des outils et des réussites de l'ensemble de la région et de l'ensemble des secteurs, particulièrement les milieux des services et de l'éducation communautaire, et d'influencer les décisionnaires et les responsables de l'élaboration des politiques (Connors 2020). L'équipe du labo en Atlantique a organisé une exposition lors de l'IÉA 2021 afin de fournir de l'information sur les objectifs et l'origine du projet.

Pour en savoir plus sur le projet Bâtisseurs de cerveaux en Atlantique, allez au :  
<https://www.pacesconnection.com/g/Canadian-ACEs-and-TI-Network/blog/the-brain-builders-lab-2019-2021>  
(en anglais) ou <https://www.ccsa.ca/fr/temoignages-video>

---

<sup>4</sup> Dans la version anglaise du présent mémoire, le terme *multistakeholder* est tiré du document publié en anglais par l'OMS en 2014 *Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action*. Nous avons choisi l'expression « groupes à intérêts multiples » en français. Dans le document de l'OMS, le mot *multistakeholder* renvoie aux autres parties prenantes, c'est-à-dire celles ne relevant pas des pouvoirs publics (p. ex., organisations non gouvernementales, du secteur privé, professionnelles ou confessionnelles) (2). Nous reconnaissons que l'usage du terme *à intérêts multiples* peut se révéler délicat sur le plan politique en raison de ses origines colonialistes, le mot *intérêts* pouvant faire référence aux intérêts commerciaux (ressources, terres) ayant motivé la colonisation du territoire autochtone. Aujourd'hui, le terme *groupe à intérêts multiples* s'emploie pour parler des parties prenantes concernées ou ayant un intérêt particulier pour une question donnée. Nous continuerons d'employer les termes *partie prenante* et *groupe à intérêts multiples* (en anglais *stakeholder* et *multistakeholder*) en lien avec le cadre de référence de l'OMS, en reconnaissant leur connotation potentiellement délicate. Pour lire une définition plus complète, veuillez vous reporter au glossaire à la fin du présent mémoire. Pour en savoir plus encore, allez au : <https://www.rmdelaney.com/blog/da-news/words-are-important-they-can-wound-or-they-can-heal/> (en anglais) ou <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5020149/> (en anglais)

L'approche peut prendre la forme d'un conseil interagence, par exemple. La coordination d'un travail de collaboration impliquant de nombreuses parties prenantes s'avère complexe. De ce fait, il y aurait lieu d'envisager la mise sur pied d'un conseil interagence pour atteindre les objectifs énoncés dans le présent mémoire. Un conseil interagence peut servir d'organe central où s'établissent les décisions stratégiques, les possibilités de financement et les priorités afférentes en s'appuyant sur l'approche de la SMdTP. S'il est formé de représentants de l'État et d'autres parties prenantes de chaque province du Canada atlantique, un conseil interagence pourrait mettre en valeur les possibilités d'harmonisation et de partenariat et les priorités à fixer en matière de politiques et de pratiques. Ce genre de coordination peut aussi se répéter à l'échelle locale, faisant progresser encore plus vite les objectifs de la SMdTP.

Il serait important d'inviter les parties prenantes des milieux communautaires et du financement et les représentants des administrations publiques (autochtones, provinciales et municipales) à orienter les travaux. Unir les forces autour de la santé mentale des enfants et des jeunes permettrait non seulement de catalyser le changement, mais aussi de fournir une position plus audacieuse pour l'investissement du fédéral. La plateforme du groupe à intérêts multiples servirait à ce qui suit :

- montrer un leadership partagé en matière de santé mentale des enfants et des jeunes, au moyen de recommandations sur les priorités à fixer pour répondre aux besoins des collectivités;
- promouvoir une approche systémique plus soutenue à la faveur d'une coordination entre et chez les partenaires communautaires, du secteur à but non lucratif et des diverses sphères des gouvernements municipaux, provinciaux et fédéral dont les programmes et services visent à servir la population;
- servir de plateforme pour la coconception de politiques, de programmes et de modèles de financement;
- soutenir les collectivités dans leurs démarches pour promouvoir la santé mentale des enfants et des jeunes et aider à mieux sensibiliser la population grâce à la mobilisation des connaissances;
- encourager l'engagement communautaire dans la transmission de conseils stratégiques aux administrations municipales, provinciales, fédérales et autochtones;
- veiller à ce que les conseils soient fondés sur des données probantes et propres à améliorer la communication des résultats, ce qui va dans le sens des responsabilités à remplir.

La plateforme du groupe à intérêts multiples servirait d'observatoire pour les collectivités et les gouvernements, le groupe veillant à ce que la santé mentale des nourrissons, des enfants et des jeunes occupe le premier plan, à ce que la démarche s'harmonise systématiquement avec le cadre de travail pour la SMdTP et à ce que pour toute décision stratégique prise à l'heure actuelle et à l'avenir reflète cette optique.

## D.3 Investissement dans l'action communautaire – une approche pancommunautaire

Les groupes et organismes communautaires accomplissent déjà un travail exceptionnel pour protéger la santé mentale des enfants et des jeunes. Pensons par exemple aux services des loisirs, aux services de garde d'enfants, aux logements, aux espaces verts, aux services environnementaux et aux programmes inclusifs offerts par les municipalités et dans certains quartiers. Il importera de faciliter les consultations et l'échange des connaissances entre les collectivités pour encourager l'utilisation des pratiques exemplaires, car l'ensemble de ces facteurs entrent en ligne de compte dans la capacité d'élever des enfants en bonne santé.

La résilience, qu'elle soit individuelle, communautaire et sociétale, joue un rôle de premier plan pour protéger la santé mentale des enfants et des jeunes au sortir de la pandémie de COVID-19. Bien que la résilience renvoie à la capacité d'affronter l'adversité tout en continuant de fonctionner, elle concerne aussi la capacité de se renouveler, de se réorganiser et de se développer (Folke 2006, 253).

Pour assurer le bien-être, il faut intégrer les ressources relationnelles et contextuelles aux collectivités, à l'intérieur et autour. Pour y parvenir malgré les problèmes chroniques grandissants causés par certains enjeux comme le changement climatique, les pouvoirs politiques et économiques doivent soutenir les collectivités où ils évoluent. La réussite de l'investissement en amont à l'échelle communautaire passe par le mappage des atouts existants. Il est aussi possible de déterminer les ressources communautaires à mettre en valeur et à améliorer en assurant une planification et une coordination stratégiques. Une telle démarche permettra d'obtenir des résultats positifs en matière de la santé mentale des enfants et des jeunes et de prévenir ce faisant les troubles mentaux et autres risques psychosociaux.

### Étude de cas n° 4 : mouvement Raising the Villages

L'organisme Raising the Villages se situe à Inverness, sur l'île du Cap-Breton. Lancé en janvier 2017, le mouvement représente toutes les collectivités de la partie ouest de l'île du Cap-Breton et a pour objectif de réduire la pauvreté dans laquelle vivent de jeunes enfants. En 2016, la proportion de jeunes enfants vivant dans la pauvreté avait grimpé à 26 % sur l'île. En plus, les données recueillies à l'aide de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) concernant les enfants lors de leur entrée à l'école avaient révélé la vulnérabilité de 32 % des enfants du comté d'Inverness (Raising the Villages).

Les acteurs du mouvement Raising the Villages cherchent à modifier les résultats en ce qui a trait à la santé et au bien-être des plus jeunes concitoyens et des sept prochaines générations et à s'investir et à contribuer à favoriser la santé de la population en participant activement aux coalitions et aux réseaux de la région.

Pour en savoir plus au sujet du mouvement Raising the Villages, consultez le site Web au : <https://raisingthevillages.webs.com/> (en anglais)

## D.4 Modèle de financement viable et intégré

La grande complexité des mécanismes d'intervention en matière de santé mentale des enfants et des jeunes fait en sorte que les réponses des systèmes et des secteurs à l'un des problèmes sociaux les plus pressants demeurent précaires. À l'heure actuelle, le financement en silo et à court terme est octroyé au cas par cas, c'est-à-dire pour un projet ou un problème précis. Ainsi, les responsables de programmes ou d'organismes ne peuvent poursuivre leurs travaux longtemps ou intégrer leurs travaux à un écosystème plus large. Les organismes subventionnaires exigent des résultats, alors qu'un financement à court terme ne permet pas de consacrer le temps ni les ressources nécessaires pour y parvenir.

Il est difficile de montrer une rentabilité avec un financement à court terme. Il faut du temps pour mesurer la véritable prévention et une perspective holistique englobant d'autres systèmes et formes d'aide qui réduiront les coûts grâce aux efforts déployés pour la prévention. Un financement intégré et des données sur les possibilités de financement donnent de bons résultats pour établir le parcours de la prévention, ce qui mène à prendre des mesures plus complètes pour assurer l'atteinte des résultats. Sans des cadres et des mécanismes gouvernementaux intersectoriels pour soutenir le financement intersectoriel requis pour agir positivement sur les déterminants sociaux de la santé, l'approche en silo ne disparaîtra pas.

Nous pouvons corriger et dévier la trajectoire en matière de santé mentale des enfants et des jeunes en nous appuyant sur le cadre de travail pour la SMdTP, la collaboration intersectorielle et des modèles de financement communautaire plus viables et mieux intégrés. Le modèle de financement devrait comporter les caractéristiques suivantes :

**Financement général pluriannuel/de soutien au fonctionnement** – Un tel financement ouvrirait la voie à des contrats pluriannuels et souples fondés sur des attentes et des paramètres clairs en soutien aux activités de base (c.-à-d., fonctionnement), non pas à des projets comme tels. Un financement de

### Étude de cas n° 5 : Upstream Canada

Upstream Canada est une stratégie proposée en réponse au problème et à l'incroyable réalité : de 35 000 à 45 000 jeunes vivent chaque année sans domicile au Canada. En général, les interventions pour remédier au problème d'itinérance chez les jeunes se font en mode réactif, c'est-à-dire que nous attendons qu'un jeune se retrouve dans la rue avant de lui venir en aide. Avec la stratégie en amont, on propose d'agir en mode préventif, c'est-à-dire fournir de l'aide pour prévenir l'itinérance et le décrochage scolaire chez les jeunes de 12 à 18 ans qui sont à risque, et un outil de dépistage universel sert à évaluer les besoins des élèves à cet effet. La démarche universelle place l'initiative à part des autres interventions, car elle vient identifier les élèves qui ne présentent aucun signe apparent de vulnérabilité, mais qui ne peuvent recevoir de l'aide facilement. L'évaluation confidentielle constitue une première étape essentielle dans un processus de validation qui permet d'aiguiller les jeunes à l'aide coordonnée nécessaire avant que n'éclate la crise. L'initiative est en voie d'être mise en œuvre à St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador), et à Kelowna (Colombie-Britannique) (Sohn et Gaetz 2020).

Pour en savoir plus, allez au :

<https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/UPSTREAM%5BEarlyIntervention%5D2020.pdf>  
(en anglais)

soutien au fonctionnement permet de réaliser du travail fondamental et de profiter d'un financement récurrent.

**Approche rigoureuse de l'innovation** – La santé mentale des enfants et des jeunes est un problème complexe exigeant des solutions fondées sur l'innovation et l'expérimentation. L'innovation part des collectivités. Grâce à l'innovation, les collectivités ont la souplesse voulue pour répondre aux besoins qui évoluent.

**Préséance à la recherche et à l'évaluation** – Les bailleurs de fonds devraient exiger et financer les travaux d'évaluation et de recherche les plus poussés afin d'enrichir le corpus de connaissances sur l'investissement en amont dans le domaine de la santé mentale des enfants, des jeunes et des familles. Sans les travaux de recherche et d'évaluation requis pour faire valoir l'importance de maintenir le soutien financier, les collectivités ne peuvent continuer à prospérer.

**Surveillance des résultats** – Un bailleur de fonds devrait avoir pour principal objectif d'obtenir des résultats positifs. Il s'agit non seulement de répondre aux besoins des groupes de population vivant dans des conditions de vie à risque, mais aussi de mieux organiser le travail de communication et d'atteinte des résultats à l'échelle communautaire. Les bailleurs de fonds peuvent également harmoniser les résultats et l'information qu'ils exigent des collectivités au cadre de travail pour la SMdTP.

**Fonds interministériels pour la santé mentale des enfants et des jeunes** – Les subventionnaires devraient admettre que la question de la santé mentale des enfants et des jeunes ne touche pas qu'un seul secteur ou qu'un seul ministère. Un fonds intégré, dans lequel investit chaque ministère en vue d'obtenir des résultats correspondant à ses propres objectifs ministériels, peut aider à rattraper le retard accumulé qui empêche toute démarche intersystème. Il y aurait lieu de consacrer le fonds à la promotion des facteurs favorables à la santé mentale, à la prévention des problèmes chez les enfants à risque, et à l'intervention précoce, c'est-à-dire dès qu'un problème survient.

## E. Conclusion

Le présent mémoire vise à faire valoir le changement transformateur à apporter en mettant au défi les décisionnaires (p. ex., les élus des gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux et les leaders des milieux communautaires et autochtones) de modifier en profondeur leur façon d'aborder les politiques publiques favorables à la santé. L'approche de la SMdTP peut guider la création de nouvelles structures et de nouveaux processus afin de soutenir l'investissement en amont nécessaire pour promouvoir la santé mentale. L'idée n'est pas neuve. Le présent mémoire comporte des exemples de collectivités, de ministères provinciaux et d'organismes à but non lucratif déjà engagés dans une superbe démarche pour contribuer à la promotion de la santé mentale des enfants et des jeunes. Il importe de souligner, de reconnaître et d'enrichir ce genre de travail en y investissant davantage.

Nous reconnaissons que la mobilisation des connaissances jouera un rôle crucial pour engager les responsables de l'élaboration des politiques, les universitaires, les populations et les acteurs du secteur

privé dans un plaidoyer pour le changement. À court terme, les résultats devraient ressembler à ce qui suit :

- un engagement plus généralisé de la part de la population et des leaders pour soutenir l'investissement et l'affectation de ressources en amont;
- une collaboration accrue entre les parties de divers secteurs et de diverses collectivités vouées à la santé mentale des enfants et des jeunes;
- l'instauration progressive de nouvelles politiques à l'échelle des collectivités et des gouvernements du Canada atlantique;
- l'amorce d'un processus d'élaboration d'un modèle de financement viable.

L'IEA et ses partenaires sont bien placés pour jouer un rôle de premier plan à ce titre. Le changement transformateur proposé dans le présent mémoire exige l'engagement de nombreux acteurs pour accroître l'investissement en amont dans les politiques favorables à l'équité et à la santé mentale des enfants et des jeunes des provinces atlantiques et d'ailleurs aussi. Cet engagement permettrait sans doute de voir une amélioration, non seulement dans l'état de bien-être mental des populations, mais aussi dans l'état de santé de l'ensemble de la population. Ne dit-on pas : il n'y a pas de santé sans santé mentale (Kolappa et al. 2013, 3)?

Pour le Canada atlantique, l'objectif à long consiste à promouvoir la santé mentale des enfants et des jeunes au moyen de politiques en amont. Les premiers ministres ont démontré leur capacité de collaborer et d'agir rapidement pour instaurer des politiques durant la pandémie. Nous y voyons une occasion pour les pouvoirs publics d'unir leurs forces pour planter les racines de la santé mentale positive au bénéfice des enfants, des jeunes et, ultimement, de la société dans son ensemble. Le présent mémoire traite des façons d'utiliser le cadre de travail pour la SMdTP pour travailler avec les gouvernements et les membres de la société afin de faire tomber les obstacles structurels et systémiques qui nuisent à la santé mentale et au bien-être. Il est temps aujourd'hui de consacrer nos énergies à nos enfants et à nos jeunes et de créer des politiques à long terme qui sont susceptibles de réduire la demande en gestion de crises, ce qui coûte cher.

## F. Recommandations

Pour concrétiser notre vision, les acteurs des gouvernements et de l'extérieur des gouvernements devraient se concentrer sur les quatre priorités suivantes :

Une « approche pangouvernementale » pour que les acteurs de tous les secteurs mettent en œuvre un **cadre de travail pour la santé mentale dans toutes les politiques** en s'appuyant sur le cadre d'action pour la santé dans toutes les politiques créé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS 2014).

Une « approche pansociétale » en créant une **plateforme pour les groupes à intérêts multiples** du Canada atlantique, par laquelle les représentants des diverses collectivités, des organisations autochtones, du milieu de l'enseignement et du secteur privé pourront échanger des connaissances et

cocréer des solutions dans une démarche pour instaurer des politiques et des programmes fondés sur des données probantes. L'approche vise aussi les collectivités et les gouvernements autochtones.

Une « approche pancommunautaire » en assurant un **investissement dans l'action communautaire**. Les groupes et les organismes communautaires sont déjà à pied d'œuvre pour créer des milieux de vie sains pour les enfants et les jeunes. Il importe donc au plus haut point de veiller à ce que les collectivités disposent du soutien nécessaire pour accomplir ce travail.

Un **modèle de financement viable et intégré** à l'appui des approches globales énoncées ci-dessus afin d'investir dans le capital sociétal de nos collectivités et de le maximiser. Les formes de financement possibles sont multiples, par exemple : des contributions multisectorielles dans chaque province; une demande unique à présenter par chaque collectivité; des subventions pluriannuelles et récurrentes; un accent sur la promotion de la santé mentale grâce à l'innovation, en s'attaquant aux causes profondes des iniquités de santé mentale, et à l'évaluation.

Pour soutenir l'atteinte des quatre priorités, nous recommandons en outre ce qui suit pour le Canada atlantique :

1. Que les gouvernements provinciaux reconnaissent que toutes les politiques influent sur la santé mentale des enfants et des jeunes, et qu'ils coordonnent de ce fait leurs efforts pour soutenir les engagements pris et à prendre pour investir en amont sur ce plan, en se laissant guider par le cadre de travail pour la santé mentale dans toutes les politiques.
2. Qu'ils s'appuient sur les structures et les réseaux déjà établis dans la région tel le Conseil des premiers ministres de l'Atlantique, pour fixer l'orientation des pouvoirs publics en matière de santé mentale dans toutes les politiques.
3. Qu'ils cherchent à nouer des liens et à intensifier la collaboration avec les Autochtones de la région pour :
  - mettre la priorité sur l'établissement de relations mutuellement respectueuses entre les collectivités non autochtones et les collectivités autochtones;
  - renforcer les relations et les collaborations entre les gouvernements provinciaux et les Autochtones en favorisant la coconception de politiques et de programmes spécifiques aux collectivités autochtones;
  - fournir les ressources et le soutien nécessaires aux projets qui sont ou qui seront pilotés par les Autochtones;
  - prendre en compte les savoirs des Autochtones dans l'élaboration des politiques touchant l'ensemble de la population.
4. Qu'ils adoptent une plateforme pour les groupes à intérêts multiples afin de faciliter l'harmonisation des efforts déployés à l'échelle provinciale et locale en matière de promotion de la santé mentale des enfants et des jeunes, en établissant des objectifs, une vision, des valeurs et des stratégies communes.

5. Qu'ils reconnaissent et appuient le rôle de pivot joué par les organismes à caractère communautaire en ce qui a trait à l'investissement en amont dans la santé mentale des enfants et des jeunes.
6. Qu'ils révisent les modèles d'investissement et de financement et qu'ils les harmonisent plus étroitement avec le modèle de financement viable et intégré proposé dans le présent mémoire.
7. Qu'ils s'efforcent de renforcer les capacités de promouvoir la santé mentale des enfants et des jeunes, y compris par des activités de perfectionnement professionnel au sujet des iniquités associées aux déterminants sociaux de la santé mentale par l'élaboration de politiques, par la mobilisation des connaissances et par l'apprentissage des méthodes de travail collaboratif avec d'autres secteurs.
8. Qu'ils travaillent avec des groupes et des collectivités hétérogènes afin d'investir équitablement dans la promotion de la santé mentale des enfants et des jeunes.
9. Que toutes les parties prenantes du Canada atlantique adoptent l'approche de la santé mentale dans toutes les politiques dans leurs processus d'élaboration et de mise en œuvre de politiques organisationnelles et municipales.



## Glossaire

- **Société civile** – Les organisations de la société civile (indépendantes de l'État et à but non lucratif) prônant des pratiques axées sur les atouts, la collaboration intersectorielle, le développement communautaire et les processus participatifs et créant des espaces propices à faire entendre toutes les voix. Sources d'innovation et de plaidoyer pour une approche holistique en santé, elles peuvent tenir les gouvernements et le secteur privé responsables des mesures prises pour promouvoir la santé mentale (IÉA 2017).
- **Impact collectif** – Un mécanisme de changement communautaire qui dépend des cinq conditions suivantes : établir un plan d'action commun; employer une méthode d'évaluation commune pour comprendre les progrès; privilégier des activités se renforçant mutuellement; entretenir un lien de communication constante et créer une structure propice à l'avancement des travaux (Collective Impact Forum 2014).
- **Équité en santé** – L'absence de toute différence systémique et évitable qui soit injuste ou inéquitable relativement à l'état de santé ou les déterminants sociaux de la santé. L'approche d'équité en santé vise l'atténuation des inégalités et l'amélioration de l'accès aux possibilités et aux conditions propices à la santé pour toutes les populations. Il est envisageable de contribuer à réduire les iniquités de santé en redoublant d'efforts pour répondre aux besoins des populations à risque de connaître des problèmes de santé (ASPC 2018; CCNDS 2013; CCNDS 2015).
- **La santé dans toutes les politiques** – Un cadre d'action plaçant les personnes au cœur du travail de l'État et assurant la prise en compte de l'incidence des politiques sur la santé physique et mentale et de la portée d'une action sur un écosystème de gouvernance (OMS 2014).
- **Action intersectorielle** – Des actions menées par des secteurs publics autres que celui de la santé (p. ex., petite enfance, transport, logement, insécurité alimentaire) – souvent en collaboration avec le secteur de la santé – qui visent des résultats ayant une incidence sur la santé et les déterminants de la santé (OMS 2014).
- **Promotion de la santé mentale** – Les stratégies ayant pour but de permettre à des individus et à des collectivités d'optimiser leur bien-être et d'influer sur plusieurs déterminants de la santé mentale, comme il est expliqué dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS 2012). La promotion de la santé mentale a pour effet d'améliorer de manière équitable l'état de santé mentale de l'ensemble de la population et de réduire la probabilité d'une détérioration de la santé mentale durant le parcours de vie, car elle renforce les facteurs de protection et réduit les facteurs de risque (OMS 2014).
- **Groupes à intérêts multiples** – Les groupes à intérêts multiples renvoient aux acteurs de l'extérieur du gouvernement (p. ex., organisations non gouvernementales, secteur privé, organisations professionnelles, organisations confessionnelles) (OMS 2014, 2).
- **Collectivités résilientes** – Les collectivités résilientes disposent des ressources et de la volonté suffisantes pour soutenir l'ensemble de leur population. La résilience communautaire n'a pas seulement à voir avec la capacité d'affronter l'adversité et de continuer à fonctionner — elle a

aussi à voir avec la capacité de se renouveler, de se réorganiser et de se développer (Folke 2006, 253).

- **Déterminants sociaux de la santé** – Les déterminants sociaux de la santé sont des facteurs interdépendants d'ordre social, politique, économique et culturel qui créent les conditions dans lesquelles les personnes naissent, vivent, grandissent, apprennent, travaillent, s'amuse et vieillissent. L'interaction entre les déterminants sociaux de la santé amène ces conditions à se transformer et à changer au fil du temps et de la vie, influençant la santé des individus et des groupes de différentes façons (CCNDS 2015, 3).
- **Vision à deux yeux** – Une vision consistant à apprendre à voir d'un œil la force des connaissances et des modes de savoir des Autochtones et de l'autre, la force des connaissances et des modes de savoir du monde occidental, et ainsi apprendre à regarder avec les deux yeux (Marshall 2020).
- **Investissement en amont** – Un investissement visant les causes premières d'un problème de santé ou les sources premières d'un bénéfice pour la santé d'une population donnée. L'établissement des causes premières consiste généralement à déterminer les causes les plus directes et les plus immédiates, en partant des facteurs de risque pour l'individu jusqu'aux structures et modèles sociaux qui influent sur les chances d'une personne de vivre en santé (ASPC 2018; CCNDS 2014).

## Références bibliographiques

- Agence de la santé publique du Canada. (2021). *Une vision pour transformer le système de santé publique du Canada*. Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada.  
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/etat-sante-publique-canada-2021.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2018). *Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national*. Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé.  
<https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary/hir-full-report-fra.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. (2012). *Santé mentale au Canada atlantique : un portrait*. Halifax (N.-É.) : Agence de la santé publique du Canada (2012)  
[https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2013/aspc-phac/HP35-33-2012-1-fra.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2013/aspc-phac/HP35-33-2012-1-fra.pdf)
- Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Un portrait de la santé mentale au Canada atlantique : mise à jour de 2015*. Ottawa (ON) : ASPC.  
<https://publications.gc.ca/site/fr/9.804416/publication.html>
- Association canadienne de santé publique. (2021, 2 mars). *Une démarche de santé publique à l'égard du bien-être mental des populations* [En ligne]. <https://www.cpha.ca/fr/une-demarche-de-sante-publique-legard-du-bien-etre-mental-des-populations>
- Atlantic Policy Congress of First Nations Chiefs Secretariat. *Welcome to the Atlantic Policy Congress of First Nations Chiefs Secretariat* [En ligne]. Consulté le 1<sup>er</sup> décembre 2021. <https://www.apcfn.ca> (en anglais)
- Atlantic SEL Scale up Advisory Committee. (2015). *Inter-provincial Collaboration on Scaling Up Social and Emotional Learning Programs in Atlantic Canada: A Vision Document*. Présentation devant l'Association canadienne pour la santé mentale, division de la Nouvelle-Écosse le 21 septembre 2015. <https://novascotia.cmha.ca/wp-content/uploads/2019/09/SEAK-Phase-3-Governance-Model-Report-2015-Final-Report.pdf> (en anglais)
- Barry, Margaret. (2019). Advancing evidence-based action for mental health promotion. Dans Barry, M., Clarke, A., Petersen, I. et Jenkins, R. *Implementing Mental Health Promotion* (p. 59-97). Cham (CH) : éditions Springer.
- Beattie-Huggan, Patsy. (2011). *Evaluation Report: SEAK Phase 1 Amendment*. Association canadienne pour la santé mentale, division de la Nouvelle-Écosse.
- Bierman, Karen. *Promoting Social and Emotional Learning in Preschool: Programs that Work*. (2020). Présentation lors du Forum de l'Institut d'été sur les collectivités sûres et en santé au Canada atlantique en août 2020, à Charlottetown (PE).
- Buss, Paulo et al. (2016). Health in all policies in the partnership for sustainable development. *Pan American Journal of Public Health*. Vol. 40, no 3, p. 186-191.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Preventing Adverse Childhood Experiences: Leveraging the Best Available Evidence*. Atlanta (US) : National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2015). *English Glossary of Essential Health Equity Terms*. Antigonish (NS) : CCNDS, Université St. Francis Xavier. (Un glossaire en français est paru sous le titre : *Glossaire des principaux termes liés à l'équité en santé*).
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *L'équité en santé : Parlons-en*. Antigonish (NS) : CCNDS, Université St. Francis Xavier.  
<https://nccdh.ca/fr/resources/entry/health-equity>

- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2014). *Se diriger vers l'amont : Parlons-en*. Antigonish (NS) : CCNDS, Université St. Francis Xavier.  
<https://nccdh.ca/fr/resources/entry/lets-talk-moving-upstream>
- Clinton, Jean. (2020). *Why the Early Years Matter: The Brain, the Biology and the Dollars and Cents*. Présentation lors du Forum de l'Institut d'été sur les collectivités sûres et en santé au Canada atlantique, à Charlottetown (PE), en août 2020.
- Collective Impact Forum. What is Collective Impact? *Collective Impact Forum* [En ligne]. Consulté le 1<sup>er</sup> décembre 2021.
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2012). *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action*. Winnipeg (MB) : Commission de vérité et réconciliation du Canada.  
[https://nctr.ca/wp-content/uploads/2021/04/4-Appels\\_a\\_l-Action\\_French.pdf](https://nctr.ca/wp-content/uploads/2021/04/4-Appels_a_l-Action_French.pdf)
- Connors, Denise. (2020, 19 juin). *The Brain Builders Lab* [En ligne]. PACEs Connection.  
<https://www.pacesconnection.com/g/Canadian-ACEs-and-TI-Network/blog/the-brain-builders-lab-2019-2021> (en anglais)
- Consolo, Ashlee. (2017). *Exploring Spaces and Places for Mental Health: Natural Environments*. Présentation lors du Forum de l'Institut d'été sur les collectivités sûres et en santé au Canada atlantique, à Charlottetown (PE), en août 2017.
- Conseil des premiers ministres de l'Atlantique. (2021, 28 sept.). *Le Conseil des premiers ministres de l'Atlantique* [En ligne]. <https://cap-cpma.ca/fr/>.
- Département des Affaires économiques et sociales des Nations Unies. *Les 17 objectifs du développement durable* [En ligne]. Genève (CH) : ONU. Consulté le 1<sup>er</sup> décembre 2021.  
<https://sdgs.un.org/fr/goals>
- Early Years Study: Thriving Kids, Thriving Society. *The Early Years Study* [En ligne], consulté le 1<sup>er</sup> décembre 2021. <https://earlyyearsstudy.ca/> (en anglais)
- Fédération canadienne des municipalités. *Caucus régional de l'Atlantique* [En ligne]. Consulté le 1<sup>er</sup> décembre 2021. <https://fcm.ca/fr/a-propos/conseil-administration/gouvernance/caucus-regionaux/caucus-regional-de-atlantique>
- Folke, Carl. (2006). Resilience: The emergence of a perspective for social-ecological systems analyses. *Global Environmental Change*. Vol. 16, no 3, p. 253-267.
- Gouvernement du Manitoba. (2012). *Rapport des délibérations – Sommet national sur la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale*. Winnipeg (MB) : Gouvernement du Manitoba.
- Hancock, Trevor. (2017, 27 sept.). Good mental health needs good start in life. *Times Colonist* [En ligne]. <https://www.timescolonist.com/opinion/trevor-hancock-good-mental-health-needs-good-start-in-life-4654430> (en anglais)
- Institut d'été sur les collectivités sûres et en santé au Canada atlantique. (2017). *Mental Health is more than you can imagine!* Charlottetown (PE) : Institut d'été sur les collectivités sûres et en santé au Canada atlantique.
- Joseph, Bob. (2020, 24 mai). *What is an Indigenous Medicine Wheel?* [En ligne]. Indigenous Corporate Training Inc. <https://www.ictinc.ca/blog/what-is-an-indigenous-medicine-wheel> (en anglais)
- Kania, John, and Mark Kramer. (2011). Collective Impact. *Stanford Social Innovation Review*. Vol. 9, no 1, p. 36-41.
- Kolappa, K., Henderson, D. C. et Kishore, S. P. (2013). No physical health without mental health: lessons unlearned? *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*. Vol. 91, no 1, p. 3-3A.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/271246> (en anglais)

- Liebenberg, Linda. (2020). Document thématique de l'IEA 2020 [En ligne]. Dans *Forum sur les politiques pour la promotion de la santé mentale dans la région atlantique – Programme final IEA 2020*. Institut d'été sur les collectivités sûres et en santé au Canada atlantique. <http://www.asi-iea.ca/fr/files/2020/08/1%C3%89A-2020-Programme-final-web.pdf>
- Liebenberg, Linda. (2021). Document thématique de l'IEA 2021 [En ligne]. Dans *Les grandes retrouvailles – Programme final IEA 2021*. Institut d'été sur les collectivités sûres et en santé au Canada atlantique. <http://www.asi-iea.ca/fr/files/2021/08/FR-ASI-2021-Preliminary-Program-2021-06-08-1.pdf>
- Mantoura, P., Roberge, M.-C. et Meyer, T. (2018, oct.). *Clarifier et soutenir le rôle de la santé publique en santé mentale des populations*. Présentation lors du Congrès de l'Association canadienne pour la santé mentale, Montréal (QC). [https://www.ncchpp.ca/docs/2018\\_SMP\\_PMH\\_CMHA\\_PresPascaleMantoura\\_FR.pdf](https://www.ncchpp.ca/docs/2018_SMP_PMH_CMHA_PresPascaleMantoura_FR.pdf)
- Marshall, A. (2020, août). Un entretien avec Claire Betker. *Forum sur les politiques pour la promotion de la santé mentale dans la région atlantique*. Institut d'été sur les collectivités sûres et en santé au Canada atlantique. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=fnCE2ZKC-il> (en anglais)
- Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. (2000, 8 sept.). *Déclaration du millénaire*. Résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies 55/2. <https://www.un.org/french/millenaire/ares552f.htm>
- Organisation des Nations Unies. (2015). *Déclaration universelle des droits de l'homme*. New York : Nations Unies. [https://www.un.org/fr/udhrbook/pdf/udhr\\_booklet\\_fr\\_web.pdf](https://www.un.org/fr/udhrbook/pdf/udhr_booklet_fr_web.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé. (2012, 16 juin). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* [En ligne]. Genève (CH) : Organisation mondiale de la Santé. [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action*. Genève (CH) : Organisation mondiale de la Santé. <https://www.afro.who.int/publications/health-all-policies-framework-country-action> (en anglais)
- Organisation mondiale de la Santé. (2004). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Genève (CH) : Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43286> (en anglais)
- Organisation mondiale de la Santé. (2021). *La Charte de Genève pour le bien-être*. Genève (CH) : Organisation mondiale de la Santé. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-promotion/geneva-charter-4-march-2022.pdf?sfvrsn=f55dec7\\_21&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-promotion/geneva-charter-4-march-2022.pdf?sfvrsn=f55dec7_21&download=true) (pour un résumé en français, allez au <https://www.who.int/fr/news/item/15-12-2021-10th-global-conference-on-health-promotion-charters-a-path-for-creating-well-being-societies>)
- Programme des Nations Unies pour le développement. (1997). *Rapport mondial sur le développement humain 1997*. Paris : éditions Economica. [https://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_1997\\_fr\\_complet.pdf](https://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1997_fr_complet.pdf)
- Raising the Villages. *Raising the Villages*. Consulté le 1<sup>er</sup> décembre 2021. <https://raisingthevillages.webs.com/> (en anglais)
- Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada. (2015, mars). *Évaluation de la Stratégie d'innovation 2009-2010 à 2013-2014*. Ottawa (ON) : Bureau de l'évaluation, SC et ASPC. [https://www.phac-aspc.gc.ca/about\\_a-propos/evaluation/reports-rapports/2014-2015/eis-sie/assets/pdf/eis-sie-fra.pdf](https://www.phac-aspc.gc.ca/about_a-propos/evaluation/reports-rapports/2014-2015/eis-sie/assets/pdf/eis-sie-fra.pdf)
- Santé Canada. *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations*. Ottawa (ON) : Santé Canada. [https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2015/01/24-14-1273-FN-Mental-Wellness-Framework-EN05\\_low.pdf](https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2015/01/24-14-1273-FN-Mental-Wellness-Framework-EN05_low.pdf)

- Santé Î.-P.-É. et Agence des services communautaires. (1996). *Le Cercle de la santé : cadre de promotion de la santé*. Charlottetown (PE). <https://circleofhealth.net/wp-content/uploads/2021/11/French-Wheel-copy.jpg.pdf>
- Shephard, D. (2021). *Reconnecting government with itself and with the public in planning future systems*. Présentation lors du Forum de l'Institut d'été sur les collectivités sûres et en santé au Canada atlantique en août 2021, à Charlottetown (PE).
- Sohn, J. et S. Gaetz. (2020). *The Upstream Project Canada: Preventing Youth Homelessness and School Disengagement Through Early Intervention*. Toronto (ON) : Presses de l'Observatoire canadien sur l'itinérance. <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/UPSTREAM%5BEarlyIntervention%5D2020.pdf> (en anglais)
- Statistique Canada. (2020, 6 août). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2019. *Le Quotidien*. Ottawa (ON) : Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/200806/dq200806a-fra.pdf?st=UX24ilWZ>
- Statistique Canada. (2021, 27 sept.). Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, février à mai 2021. *Le Quotidien*. Ottawa (ON) : Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/210927/dq210927a-fra.pdf?st=G7DIOAZ5>
- Tonelli, M., Tang, K.-C. et P.-G. Forest. (2020). Canada Needs a “Health in All Policies Action Plan” Now”. *Canadian Medical Association Journal*. Vol. 192, no 3, p. 61-67. <https://www.cmaj.ca/content/192/3/E61> (en anglais)

## **Annexes**

Annexe A

Annexe B