



**JIMPSP**

Jeunes médecins pour  
la santé publique

2017

# Optimiser l'accès à une bonne santé mentale... au-delà des soins!

Un mémoire présenté dans le cadre du  
sommet annuel 2017 du FRESQue  
PAR JEUNES MÉDECINS POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

AUTEURS : Dr Huy Hao Dao, Dre Roxanne Houde, Dr Ruben Martins,  
Dr David-Martin Milot, Dre Sara Jeanne Pelletier

### **Le regroupement de Jeunes médecins pour la santé publique et sa mission**

Jeunes médecins pour la santé publique (JMPSP) est un regroupement de médecins en formation de spécialité ou récemment gradués visant à promouvoir et défendre la santé publique au Québec. Le groupe a été créé à l'automne 2014 en réaction aux rapides bouleversements du réseau de la santé et aux importantes coupures budgétaires en santé publique. JMPSP concentre maintenant ses activités autour du positionnement stratégique des concepts d'approche populationnelle en promotion et prévention, d'iniquités sociales en santé et de santé durable. Le regroupement encourage la participation citoyenne dans tout débat public et croit fermement à l'utilité et à la richesse d'opinions indépendantes. Les prises de position de JMPSP sont basées sur la science.

## Table des matières

<b>1. Introduction</b> .....	3
<b>Portrait sommaire des troubles de santé mentale</b> .....	5
<b>2. Propositions</b> .....	6
<b>2.1 Investir en santé mentale tout au long du parcours de vie</b> .....	6
<b>2.2 Services adaptés aux populations vulnérables et équité des soins</b> .....	8
<b>2.3 Approche adaptée pour rejoindre les gens dans leurs milieux</b> .....	11
<b>3. Conclusion</b> .....	13
<b>Bibliographie</b> .....	14

## 1. Introduction

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) décrit la santé mentale comme une composante essentielle de la santé. Cette dernière correspond à « [...] un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». <sup>1</sup> La santé mentale est déterminée par des facteurs biologiques, socioéconomiques, environnementaux et d'organisation des services de santé. Elle constitue un état de bien-être permettant à un individu de surmonter les épreuves de la vie et de participer à la vie communautaire. <sup>2</sup>

Quant au terme « maladie mentale », il représente les troubles mentaux pouvant être diagnostiqués. Il désigne des états de santé caractérisés par une altération de la pensée, de l'humeur et/ou du comportement, causant des dysfonctions ou de la détresse psychologique. L'OMS et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux englobent notamment les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles psychotiques, la déficience intellectuelle, les troubles du spectre de l'autisme, les troubles du comportement, les troubles neurocognitifs, de même que les troubles liés à la consommation de substances. <sup>3</sup>

La santé mentale et la maladie mentale ne sont pas mutuellement exclusives. Ainsi, une personne atteinte d'une maladie mentale peut être en bonne santé mentale, alors qu'une personne sans maladie mentale peut être en mauvaise santé mentale. <sup>4</sup> Ce paradigme fait en sorte que les initiatives de promotion de la santé mentale renforçant les facteurs de protection, comme par exemple la résilience et l'estime de soi, sont nécessaires pour réduire le fardeau des maladies mentales et améliorer la qualité de vie chez ceux qui en souffrent. Des activités de promotion d'une bonne santé mentale peuvent quant à elles avoir des impacts positifs sur l'ensemble de la population, qu'elle soit atteinte ou non d'une maladie mentale.

*«[La santé mentale] constitue un état de bien-être permettant à un individu de surmonter les épreuves de la vie et de participer à la vie communautaire [...] La santé mentale et la maladie mentale ne s'excluent pas mutuellement. Ainsi, une personne atteinte d'une maladie mentale peut être en bonne santé mentale, alors qu'une personne sans maladie mentale peut être en mauvaise santé mentale. »*

Les maladies mentales peuvent être traitées afin de permettre aux personnes de s'accomplir dans la vie et de remplir leurs responsabilités. Plusieurs formes de traitement sont disponibles : la psychothérapie, le counseling, les interventions psychosociales, la médication, la neuromodulation. <sup>5</sup>

Un soutien communautaire, dont font partie les services de proximité, un supplément de revenu, un soutien professionnel et une aide au logement, sont aussi offerts. Le traitement et le soutien à cet égard sont d'ailleurs disponibles dans divers milieux du système public de santé, comme les groupes de médecine familiale, les cliniques de psychiatrie, les hôpitaux, ainsi que les organismes communautaires. Par contre, de nombreuses personnes paient le traitement en pratique privée, lorsqu'elles disposent des moyens nécessaires, notamment la psychothérapie ou les soins en établissement privé.<sup>6</sup>

## Portrait sommaire des troubles de santé mentale

Au Québec, entre les années 1999 et 2010, la prévalence annuelle moyenne des troubles mentaux diagnostiqués était de 12 %, avec une prévalence de 7,5% pour les troubles anxio-dépressifs et 0,4 % pour les troubles psychotiques, comme la schizophrénie.<sup>7</sup> Les troubles mentaux diagnostiqués, particulièrement les troubles anxieux et les troubles dépressifs, sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Bien qu'elle soit présente dans tous les groupes d'âge, la maladie mentale se manifeste souvent en jeune âge. En effet, il est rapporté que la moitié des maladies mentales apparaissent avant l'âge de 14 ans et 75%, avant l'âge de 24 ans.<sup>8</sup> L'impact de la maladie mentale sur ces jeunes est important puisque le suicide représente la deuxième cause la plus fréquente de mortalité chez les 15 à 19 ans.<sup>9</sup>

Les maladies mentales entraînent de lourdes conséquences économiques, étant donné leur forte prévalence et le dysfonctionnement qui y est relié. Les coûts directs associés aux maladies mentales ont été estimés à environ 8 milliards de dollars au Canada en 2008.<sup>10</sup> Les coûts indirects y étant associés, notamment les coûts liés aux demandes de prestation d'invalidité et à une perte de productivité au travail en raison d'absentéisme, sont nettement supérieurs aux coûts directs. Au Canada, il a été établi que les coûts indirects liés aux maladies mentales varient entre 11 et 50 milliards de dollars.<sup>11</sup>

Considérant l'ampleur de la problématique, tant au niveau humain qu'économique, il est donc de plus en plus important d'améliorer l'accès aux services et aux soins en santé mentale. Dans une approche globale et élargie, il est essentiel d'investir non seulement dans le traitement des maladies mentales, mais également dans la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales pour l'ensemble de la population québécoise, et ce peu importe les caractéristiques socioéconomiques des individus qui la composent.

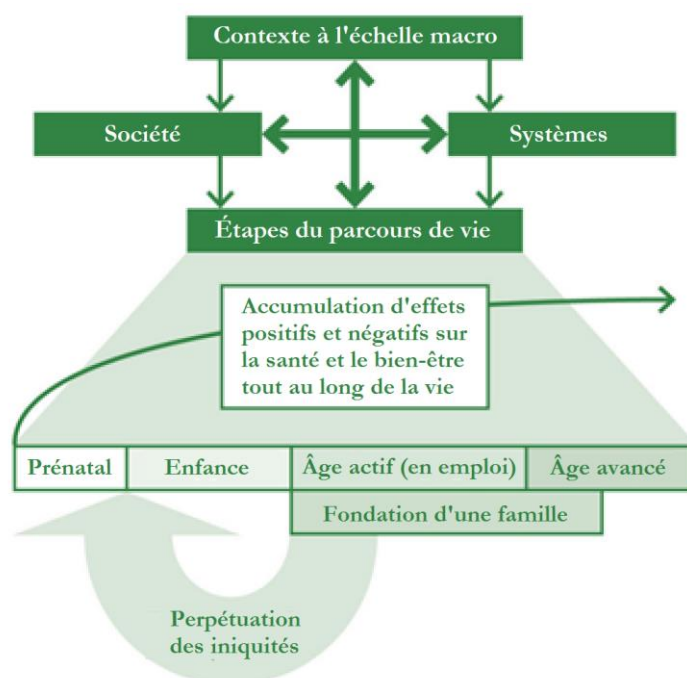
Dans ce mémoire, trois avenues pour améliorer l'accès aux soins de santé mentale seront explorées; elles consistent en l'investissement en promotion de la santé mentale et prévention de la maladie mentale tout au long du parcours de vie, le développement de services adaptés et équitables avec pour but de rejoindre les personnes plus vulnérables et une réorientation vers des services de proximité.

## 2. Propositions

### 2.1 Investir en santé mentale tout au long du parcours de vie

Les déterminants de la santé, tant physique que mentale, sont connus depuis déjà quelques décennies et la compréhension de leurs effets sur la santé a grandement évolué depuis le rapport Lalonde.<sup>12</sup> Nous savons aujourd'hui qu'il faut agir bien au-delà du système de soins pour générer une réelle amélioration de la santé d'une population. En effet, l'impact du système de soins sur la santé de la population canadienne est estimé à environ 25%, tandis que celui de la génétique est de l'ordre de 15%. L'impact de déterminants modifiables tels que l'environnement (10%) et la situation socio-économique (50%) sur la santé de la population est donc considérable.<sup>13</sup> La promotion d'une bonne santé mentale via des actions sur ces déterminants, de même que la prévention en amont des problématiques de santé mentale, permettent d'alléger le fardeau de ces dernières sur le système de soins. En évitant une telle surcharge des services, leur accès s'en verrait amélioré. Puisque la majorité de ces déterminants sont ancrés hors du système de soins, une approche concertée où les parties prenantes de différents secteurs comprennent les conséquences de leurs décisions sur le bien-être des Québécois est donc de mise. Puisque les effets des déterminants de la santé s'accumulent tout au long de la vie des individus (Figure A), les enjeux de santé mentale liés à différentes étapes du parcours de vie, de la période prénatale à l'âge avancé sont explorés ici.

Figure A: Approche d'interventions multiples en santé basées sur le parcours de vie



Adaptée de: WHO, Social determinants of health<sup>14</sup>

Les conditions dans lesquelles évolue un individu ont un impact sur sa santé physique et mentale avant même sa naissance. Il est démontré, par exemple, que les enfants nés de femmes vivant certains problèmes de santé mentale ou facteurs de risque tels qu'une consommation de substances psychoactives en période périnatale sont plus à risque d'avoir un faible poids à la naissance, des troubles affectifs et comportementaux et des difficultés sur le plan cognitif et langagier.<sup>15, 16</sup> Les premières années de vie constituent également une période clé pour le développement d'une bonne santé mentale. Il s'agit d'une des rares occasions où il est possible d'avoir un impact sur les déterminants biologiques de la santé. En effet, la plasticité du cerveau des tout-petits, soit sa capacité à créer des circuits neuronaux, lorsque stimulé, modifie leur capacité future à développer des comportements protecteurs par rapport à leur santé.<sup>17</sup> Les programmes communautaires ou de santé publique tels que les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) ou les services de soutien aux pratiques parentales, ont donc un effet positif non seulement sur la santé physique et mentale des femmes enceintes et jeunes parents, mais également sur celle de leur progéniture.<sup>18</sup>

Il est important d'investir également auprès des enfants et adolescents, puisque cette période en est une charnière pour le développement de compétences personnelles et sociales et de la résilience. Ces outils leur donneront accès à une meilleure santé mentale, tant pendant cette période généreuse en transitions – et donc en périodes de vulnérabilité – que dans le futur. L'approche *École en santé*, un excellent exemple de concertation entre les secteurs de la santé et de l'éducation et visant les jeunes, représente une plateforme propice à des interventions à fort potentiel d'impact pour la santé mentale des Québécois.

Il est connu que les troubles de santé mentale chez la population adulte représentent un fardeau important au Québec.<sup>19</sup> Il est donc urgent d'améliorer l'offre de services chez ceux en âge de travailler. Le chômage et les contraintes psychosociales de travail sont tous deux d'importants facteurs de risque de troubles de santé mentale.<sup>14, 20</sup> La santé mentale est encore trop peu considérée en milieu de travail et auprès des personnes vivant une situation de chômage. Des pistes de solutions seront abordées plus loin dans le mémoire.

Finalement, les personnes âgées délaissées présentent un risque accru d'être affectées par un trouble de santé mentale.<sup>21</sup> Celles-ci sont exposées à plusieurs événements susceptibles d'entraîner une détresse psychologique, tels que le deuil, la perte d'autonomie ou une santé physique en déclin.<sup>14</sup> Des interventions visant la mixité sociale et intergénérationnelle permettraient de briser cet isolement qui rend nos aînés vulnérables.



À la lumière de cela, voici la recommandation prioritaire de JMPSP:

**Investir en promotion et prévention tout au long du parcours de vie, particulièrement chez les jeunes, les travailleurs et les personnes âgées**

## 2.2 Services adaptés aux populations vulnérables et équité des soins

Afin de mieux répondre à la demande grandissante de soins et de services en santé mentale, il est primordial d'investir davantage de ressources humaines, financières et matérielles en santé mentale. Un plus grand investissement permettra non seulement d'améliorer l'offre des services publics en santé mentale, mais aussi de s'assurer de la qualité de cette dernière.<sup>22</sup> Lorsqu'il est question d'une offre de soins et de services en santé mentale, il est essentiel de considérer les critères de qualité suivants : *l'accessibilité, l'équité d'accès, la continuité et la globalité.*<sup>23</sup> Ceux-ci sont d'autant plus importants lorsqu'on prend en compte la trajectoire de soins des personnes présentant un trouble de santé mentale, soit du domicile au réseau de la santé, en passant par le milieu de travail et la communauté.

*L'accessibilité* réfère à la facilité pour un individu d'entrer en contact avec les services.<sup>24</sup> Plusieurs dimensions de l'accessibilité sont importantes lorsqu'il est question de faire tomber les barrières et les obstacles à l'accès aux services en santé mentale. Ainsi, cette faisabilité peut être géographique, organisationnelle, sociale et économique:

- **L'accessibilité géographique** est fonction de la distance physique entre un lieu et les services. Un service de transport dédié ou des services de psychologie sur les lieux de travail représentent des façons d'améliorer ce type d'accessibilité ;
- **L'accessibilité organisationnelle** est fonction des horaires, des procédures à suivre en relation avec les contraintes des personnes. Offrir des consultations le soir ou les fins de semaine pour rencontrer un psychiatre ou un psychologue est un moyen de favoriser cette forme d'accessibilité ;
- **L'accessibilité sociale** est fonction de la compatibilité entre les services offerts et les caractéristiques sociales et culturelles des personnes. Pour l'améliorer, il est important de mettre en oeuvre des services qui tiennent compte des barrières culturo-linguistiques de la population. De plus, il faudrait que les prestataires de ces services soient formés de façon à adopter une approche culturellement adaptée, c'est-à-dire qu'ils prennent conscience de leur propre identité et à la façon que celle-ci pourrait être perçue par les personnes de

cultures différentes avec lesquelles ils interagiront. Ces perspectives ne devraient pas entraver leur relation avec le bénéficiaire, qui doit toujours être traité avec dignité;

- **L'accessibilité économique** est liée au coût des services en relation avec le niveau socio-économique des personnes. Rembourser les services de psychothérapie, comme le suggère l'INESSS,<sup>6</sup> favorise définitivement cette forme d'accessibilité, qui est probablement une des plus importantes.

Par souci d'équité, les personnes de faible statut socioéconomique devraient avoir accès à plus de services en santé mentale tout au long du continuum de soins. Notons que les différences en termes de conditions socio-économiques dans lesquelles vivent les individus d'une société sont associées à des écarts de santé qui varient selon la classe sociale. On nomme ces écarts des *inégalités sociales de santé* et elles sont systématiques, injustes et évitables.<sup>25</sup> De nombreuses études démontrent que les troubles de santé mentale, tels que la dépression et l'anxiété, se présentent selon un gradient croissant en fonction de la défavorisation socio-économique.<sup>26, 27</sup> De plus, les populations défavorisées souffrent davantage de leurs conséquences que leurs homologues plus fortunés.<sup>28</sup> Il faut souligner que la relation entre défavorisation et santé mentale forme un cercle vicieux. En effet, les problèmes de santé mentale mènent à un potentiel d'emploi et à un revenu moindres, qui à leur tour peuvent entraîner une santé mentale sous-optimale.<sup>14</sup> Il est donc de bonne pratique de cibler les déterminants de la santé mentale afin d'en amenuiser les effets délétères. Pourquoi existe-t-il une telle association entre une santé mentale sous-optimale et le statut socio-économique? Les experts s'entendent pour dire que celle-ci s'explique par l'accumulation d'expériences de stress toxique et une absence de soutien, que ce soit par ses propres compétences personnelles ou sociales ou par l'appui du milieu familial, professionnel ou social dans lequel vivent les individus.<sup>14</sup> Ces deux éléments évoluent tout au long de la vie, donc une approche d'interventions multiples basée sur le parcours de vie, telle que celle présentée en [figure A](#), est de mise.<sup>29</sup>

*L'équité vise à mettre tout le monde sur un même pied d'égalité, dans une optique de justice et d'impartialité, en concevant cependant que tous n'ont pas les mêmes besoins au départ. L'équité implique donc une redistribution "inégalement" des ressources en réaction aux conditions préalables elles aussi inégales afin de tendre vers un résultat plus égalitaire.*

Lorsqu'il est question d'implanter des mesures pour améliorer l'accès aux soins en santé mentale, il est essentiel de comprendre qu'une approche populationnelle non adaptée pourrait creuser les écarts ou les inégalités d'accès.<sup>30</sup> Il en serait ainsi si on augmentait davantage l'offre actuelle de

services publics en santé mentale, sans tenir compte des personnes les plus désavantagées au niveau socioéconomique. Afin d'éviter qu'un tel scénario se réalise, il est primordial de mettre en place une approche d'universalisme proportionné, qui consiste à offrir un accès universel aux soins et services en santé mentale, mais avec une intensité ou des modalités qui varient selon les besoins découlant de différences de revenu, l'éducation, la culture ou la langue.<sup>31</sup>

Par exemple, mettre en place des ressources pour amener les personnes les plus vulnérables vers les services de santé mentale constitue une forme d'universalisme proportionné. Alternativement, prendre en charge une certaine proportion de clientèles désavantagées sur le plan socioéconomique, que ce soit dans les établissements de soins communautaires ou les cliniques médicales, est aussi une autre approche qui permet de réduire les inégalités d'accès.

La *continuité* fait référence au degré avec lequel les services de santé offerts s'effectuent sans interruption dans le temps lors des épisodes de soins en santé mentale. La continuité fait en sorte que la relation thérapeutique en cours, entre un patient et un ou plusieurs professionnels en santé mentale, s'effectue de manière coordonnée.<sup>32</sup> Ceci est particulièrement important pour les maladies mentales étant donné le caractère chronique et la nécessité de suivi dans la majorité des cas. La continuité est un enjeu majeur lorsqu'il est question de la transition vers des services en santé mentale en pédiatrie vers l'âge adulte. En effet, il est important de mettre en place des mécanismes et des corridors de services pour que le suivi en santé mentale ne cesse pas abruptement une fois que l'individu ayant des besoins atteint l'âge adulte.

La *globalité* fait référence à la personne tout entière et aux soins complets dont elle a besoin. Autrement dit, c'est le fait d'avoir une approche de l'individu sous un angle global, où ses besoins de santé sont évalués comme un tout, les besoins de santé pouvant relever de plusieurs niveaux : biologique, psychologique ou social.<sup>33</sup> La reconnaissance des besoins et l'offre d'une gamme de services multiples pour répondre à ces besoins sont deux éléments importants à l'atteinte de la globalité dans l'offre de services en santé mentale. Conséquemment, une approche interdisciplinaire, qui est non seulement liée aux services médico-psychiatriques, mais également à ceux fournis par le secteur non médical, est requise. Sous cet angle, il est essentiel de bonifier et d'investir dans les services offerts par les multiples organismes communautaires œuvrant auprès de la population avec des problèmes de santé mentale.

À la lumière de cela, voici les recommandations prioritaires de JMPSP:

**Favoriser l'équité d'accès aux services de psychothérapie en étudiant les modalités possibles d'une couverture publique**

**ET**

**Élaborer une stratégie globale permettant d'agir sur les déterminants de la santé mentale, notamment le statut socio-économique**

**ET**

**Considérer les communautés autochtones et immigrantes, incluant les réfugiés, dans l'offre de services en travaillant à faire tomber les barrières de culture et de langue**

### **2.3 Approche adaptée pour rejoindre les gens dans leurs milieux**

Pour diverses raisons, une grande partie des gens souffrant de problèmes de santé mentale ne consultent pas pour ces problématiques.<sup>22, 34</sup> C'est pourquoi il est essentiel que le gouvernement privilégie une approche adaptée des services de soins en santé mentale afin d'aller chercher les gens dans leurs milieux. En effet, pour faciliter un accès équitable, il est important de créer des ponts entre les services de soins de santé mentale et la communauté.

D'abord, il est primordial de renforcer le soutien, dont l'appui financier aux organismes communautaires. Il est reconnu que les troubles mentaux sont plus prévalents au sein des populations défavorisées économiquement et des populations marginalisées.<sup>35</sup> Il est également reconnu que les organismes communautaires sont un pont précieux entre les clientèles marginalisées et le réseau de la santé. Toutefois, ces organismes manquent continuellement de ressources pour offrir divers services à leur clientèle.<sup>36</sup> Ces services en lien avec la santé mentale varient d'un organisme à l'autre, mais peuvent inclure de l'accompagnement aux rendez-vous de santé, des périodes de consultation sur place auprès d'infirmier/ère ou médecins, des services de désintoxication ou de dégrisement, etc. Au-delà de ces services offerts, les organismes communautaires sont des lieux de réaffiliation sociale où les clientèles marginalisées tissent des liens forts avec des intervenants et d'autres participants. Il est important de rappeler ici que l'intégration sociale, l'estime de soi et l'*empowerment*<sup>\*</sup> sont tous des facteurs de protection des troubles

---

\* L'*empowerment* est un processus d'action sociale par lequel les individus et les groupes agissent pour acquérir le contrôle sur leur vie dans un contexte de changement de leur environnement social et politique.<sup>39</sup>

mentaux.<sup>35</sup> En supportant les organismes communautaires, on contribue directement à améliorer l'accès aux soins de santé mentale.

Aussi, en sachant que les populations vulnérables sont à risque accru de problèmes de santé mentale, le gouvernement devrait supporter davantage les services à bas seuil d'accessibilité. Ces services sont plus souples, ont peu d'exigences administratives (ex : non-nécessité de carte d'assurance maladie et de prise de rendez-vous, non-obligation de dossier à la clinique pour y consulter), ont souvent des horaires plus variés (ex : ouverture de soir) et sont la plupart du temps situés dans des quartiers défavorisés afin de faciliter l'accès géographique. Certains services à bas seuil se rendent dans les locaux d'organismes communautaires ou encore directement chez les gens pour offrir des soins. Les services à bas seuil répondent clairement à un besoin pour une clientèle qui ne consulte pas auprès des ressources habituelles comme les cliniques, les hôpitaux ou les CLSC car ces ressources sont trop contraignantes, peu accessibles géographiquement, et que cette clientèle s'y sent souvent jugée ou mal accueillie.

Ensuite, dans l'optique encore une fois d'aller rejoindre les gens dans leurs milieux, il est important d'améliorer l'accès à des services psychologiques dans les milieux scolaires et les milieux de travail. Selon l'OMS, la moitié des troubles mentaux débutent avant l'âge de 14 ans, mais ne sont en général pas dépistés ni traités.<sup>37</sup> En facilitant l'accès à du personnel qualifié comme des psychologues en milieu scolaire, les problèmes de santé mentale seraient plus rapidement détectés et pris en charge, avec des références à des services adéquats. Aussi, beaucoup de travailleurs souffrent de problématiques de santé mentale, par exemple l'épuisement professionnel ou la dépression.<sup>38</sup> Il serait bénéfique que davantage de services de santé mentale soient offerts au sein même des milieux de travail, en les intégrant notamment à même les programmes de santé spécifiques aux entreprises. Cela permettrait aux employés d'aller chercher de l'aide plus rapidement, de faire de la prévention dans le milieu et de diminuer la stigmatisation que vivent parfois les gens aux prises avec des problèmes de santé mentale.

À la lumière de cela, voici la recommandation prioritaire de JMPSP:

**Adapter l'accès aux services de santé mentale en fonction des besoins des populations vulnérables en renforçant l'action communautaire et en développant l'approche de bas seuil**

### 3. Conclusion

En somme, le réseau de la santé devrait continuer de s'intéresser à la santé mentale et d'investir dans ce domaine puisque les problématiques qui y sont reliées prennent une importance grandissante au sein de la population québécoise; environ une personne sur cinq sera touchée par un trouble de santé mentale dans sa vie.<sup>22</sup> Il existe encore beaucoup de barrières d'accès géographiques, mais aussi sociales et économiques, aux soins de santé mentale. Dans cette optique, il est judicieux d'intervenir particulièrement auprès des populations vulnérables en élargissant notamment la couverture publique des soins de santé mentale, incluant les services de psychologie, et en s'appuyant sur des équipes interdisciplinaires. Il est aussi important de s'éloigner du modèle hospitalo-centriste en finançant davantage les organismes communautaires et en allant rejoindre les patients dans leur milieu avec des équipes d'intervention de proximité en communauté, comme les services à bas seuil. Malgré tout, la prévention des troubles mentaux et la promotion de la santé mentale devraient toujours demeurer une pierre angulaire de l'approche de cette problématique; agir en amont, notamment en petite enfance ou au sein des milieux de travail, apportera non seulement des économies importantes pour le système québécois, mais générera une population plus en santé.

Les principales recommandations de JMPSP présentées antérieurement se déclinent comme suit:

- 1. Investir en promotion et prévention tout au long du parcours de vie, particulièrement chez les jeunes, les travailleurs et les personnes âgées**
- 2. Favoriser l'équité d'accès aux services de psychothérapie en étudiant les modalités possibles d'une couverture publique**
- 3. Élaborer une stratégie globale permettant d'agir sur les déterminants de la santé mentale, notamment le statut socio-économique**
- 4. Considérer les communautés autochtones et immigrantes, incluant les réfugiés, dans l'offre de services en travaillant à faire tomber les barrières de culture et de langue**
- 5. Adapter l'accès aux services de santé mentale en fonction des besoins des populations vulnérables en renforçant l'action communautaire et en développant l'approche de bas seuil**

## Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. (1948). *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé : Préambule*. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100.
2. Organisation mondiale de la Santé. (2016). La santé mentale : renforcer notre action. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
3. American Psychiatric Association. (2013). Cautionary statement for forensic use of DSM-5. Dans American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
4. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques en santé (2014), *Defining a Population Mental Health Framework for Public Health*. Repéré à [http://www.ncchpp.ca/docs/2014\\_SanteMentale\\_EN.pdf](http://www.ncchpp.ca/docs/2014_SanteMentale_EN.pdf)
5. Institute of Health Economics. (2014). Déclaration de consensus sur l'amélioration des transitions en santé mentale. Repéré à [http://www.douglas.qc.ca/uploads/File/32\\_27mars2015.pdf](http://www.douglas.qc.ca/uploads/File/32_27mars2015.pdf)
6. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2015). *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie : Volet II – Analyse des modalités et des conditions d'accès aux services de psychothérapie pour le traitement des adultes atteints de troubles dépressifs et anxieux*. Repéré à [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/PsychiatriePsychologie/INESSS\\_Psychotherapie\\_VoletII\\_modalites\\_conditions\\_acces.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/PsychiatriePsychologie/INESSS_Psychotherapie_VoletII_modalites_conditions_acces.pdf)
7. Lesage, A. et Émond, V. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578\\_SurvTroublesMentauxQc\\_PrevalMortaProfiLUtiliServices.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfiLUtiliServices.pdf)
8. Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. et Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(7), 768. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15939837>
9. Lesage, A. et Émond, V. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578\\_SurvTroublesMentauxQc\\_PrevalMortaProfiLUtiliServices.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfiLUtiliServices.pdf)
10. Agence de la santé publique du Canada. (2008) *Le fardeau économique de la maladie au Canada*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ebic-femc/2005-2008/assets/pdf/ebic-femc-2005-2008-fra.pdf>
11. Jacobs, P., Dewa, C., Lesage, A., Vasiliadis, H., Escobar, C., Mulvale, G. et Yim, R. (2010). *The Cost of Mental Health and Substance Abuse Services in Canada: A report to the Mental Health Commission of Canada*. Repéré à [http://www.ihe.ca/download/the\\_cost\\_of\\_mental\\_health\\_and\\_substance\\_abuse\\_services\\_in\\_canada.pdf](http://www.ihe.ca/download/the_cost_of_mental_health_and_substance_abuse_services_in_canada.pdf)
12. Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Repéré à [www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf)

13. Kuznetsova, D. (2012). Healthy places: Councils leading on public health. Repéré à [http://www.nlgn.org.uk/public/wp-content/uploads/Healthy-Places\\_FINAL.pdf](http://www.nlgn.org.uk/public/wp-content/uploads/Healthy-Places_FINAL.pdf)
14. Organisation mondiale de la santé. (2014). *Social determinants of mental health*. <https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/SocialDeterminantsMentalHealth.pdf>
15. Tremblay, P. et Côté, E. (2011). *Le portail d'information prénatale : Santé mentale*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/sante-mentale.pdf>
16. Joint Commissioning Panel for Mental Health. (2013) *Guidance for commissioning public mental health services : Practical mental health commissioning*. Repéré à <http://www.jcpmh.info/wp-content/uploads/jcpmh-publicmentalhealth-guide.pdf>
17. Direction de santé publique de la Montérégie. (2013). *Donner des ailes à leur réussite pour assurer aux tout-petits un bon départ*. Repéré à <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3566/Rapport-Colibri.pdf>
18. Gouvernement du Québec. (2015). *Plan national de santé publique*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
19. Lesage, A. et Émond, V. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578\\_SurvTroublesMentauxQc\\_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf)
20. Institut de la statistique du Québec. (2010). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/sante-mentale-action.pdf>
21. Organisation mondiale de la santé. (2004). *Investir dans la santé mentale*. Repéré à [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/InvMHBr8.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/InvMHBr8.pdf)
22. Commissaire à la Santé et au Bien-Être. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Repéré à [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE\\_EtatSituation\\_SanteMentale\\_2012.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf)
23. Da Silva, R.B., Contandriopoulos, A.P., Pineault, R. et Tousignant, P. (2011) A global approach to evaluation of health services utilization: concepts and measures. *Healthcare Policy*, 6(4), e106-17. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22548101>
24. Levesque, J.F., Harris, M.F. et Russell, G. (2013) Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12:18, doi : 10.1186/1475-9276-12-18.
25. Jeunes médecins pour la santé publique. (2016). *Mémoire dans le cadre de la consultation publique en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. Repéré à <https://groupejmsp.files.wordpress.com/2016/02/mc3a9moire-prc3a9sentc3a9-auministc3a8re-du-travail-de-lemploi-et-de-la-solidaritec3a9-sociale-dans-le-cadre-de-la-consultation-en-matic3a8re-de-lutte-c3a0-la-pauvretec3a9-et-c3a0-l.pdf>
26. Champion, J., Bhugra, D., Bailey, S. et Marmot, M. (2013). Inequality and mental disorders: opportunities for action. *The Lancet*, 382(9888):183-4. doi : 10.1016/S0140-6736(13)61411-7.
27. Steele, L.S., Dewa, C.S., Lin, E. et Lee, K.L. (2007). Education level, income level and mental health services use in Canada: associations and policy implications. *Healthcare Policy*, 3(1):96-106. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2645130/>



28. Organisation mondiale de la santé. (2010). Equity, social determinants and public health programmes. Repéré à [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf)
29. UCL Institute of Health equity. (2010). Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England. Repéré à <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
30. Doyle, Y.G., Furey, A. et Flowers, J. (2006) Sick individuals and sick populations: 20 years later. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(5):396-8, doi : 10.1136/jech.2005.042770
31. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en*. Repéré à [http://nccdh.ca/images/uploads/Approaches\\_FR\\_Final.pdf](http://nccdh.ca/images/uploads/Approaches_FR_Final.pdf)
32. Joyce, A.S., Wild, T.C., Adair, C.E., McDougall, G.M., Gordon, A., Costigan, N., . . . Barnes, F. (2004) Continuity of care in mental health services : toward clarifying the construct. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(8). Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15453103>
33. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2015) *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
34. Institut national de santé publique du Québec. (2008) *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789\\_Avis\\_sante\\_mentale.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789_Avis_sante_mentale.pdf)
35. Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux : Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Repéré à [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE\\_Rapport\\_Appreciation\\_SanteMentale\\_2012.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf)
36. Grenier, G. et Fleury, M.J. (2014). *Rôle du communautaire en santé mentale dans un système en évolution : état des connaissances et recommandations*. Repéré à <https://www.erudit.org/revue/smq/2014/v39/n1/1025910ar.pdf>
37. Organisation mondiale de la santé. (2016). Adolescents: risques sanitaires et solutions. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/fr/>
38. Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., Fortin, E., Delisle, A., ... Prud'homme, P. (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail*. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1336\\_enquebcondtravailempasantsectravail.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1336_enquebcondtravailempasantsectravail.pdf)
39. Wallerstein, N. et Bernstein, E. (1994). Introduction to community empowerment, participatory education, and health. *Health Education Quarterly*, 21(2). Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8021144>