



Inégalités en matière de **santé mentale,** **de bien-être et de** **mieux-être** au Canada

Sommaire

.....



PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS,
À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.

— Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:

Inequalities in mental health, well-being and wellness in Canada: Executive Summary

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada

Indice de l'adresse 0900C2

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991

Sans frais : 1-866-225-0709

Télec. : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

Courriel : publications-publications@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté le Roi du Chef du Canada, représenté par le ministre de la Santé, 2024

Date de publication : septembre 2024

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement,
dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : H22-4/39-2-2024F-PDF

ISBN : 978-0-660-72272-6

Pub. : 240252

La santé mentale est une priorité en santé publique, et il s'agit également de l'une des iniquités en santé les plus prononcées au Canada (1). Les tendances à la baisse en matière de santé mentale ont été aggravées par plusieurs confinements liés à la pandémie de COVID-19 (2,3). Par conséquent, la santé mentale constitue une préoccupation courante des personnes au Canada.



Dans le présent rapport, l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé utilise une approche holistique pour comprendre et décrire les inégalités en santé mentale en :

- consignant les différences dans les résultats en santé mentale
- décrivant les conditions de vie quotidienne, de travail et structurelles qui favorisent la santé mentale ou y nuisent
- évaluant les changements au fil du temps et en effectuant le suivi des groupes les plus touchés

Ces données probantes peuvent orienter les décisions stratégiques, la conception des programmes et les mesures visant à promouvoir l'équité en santé mentale au sein des groupes de la population et d'un groupe à l'autre.

Les définitions de la santé mentale ont évolué au fil du temps, reflétant l'évolution des valeurs sociétales, des connaissances scientifiques et des contextes culturels. Autrefois définie comme l'absence de maladie ou de troubles mentaux, la santé mentale comprend maintenant le bien-être émotionnel, psychologique et social.

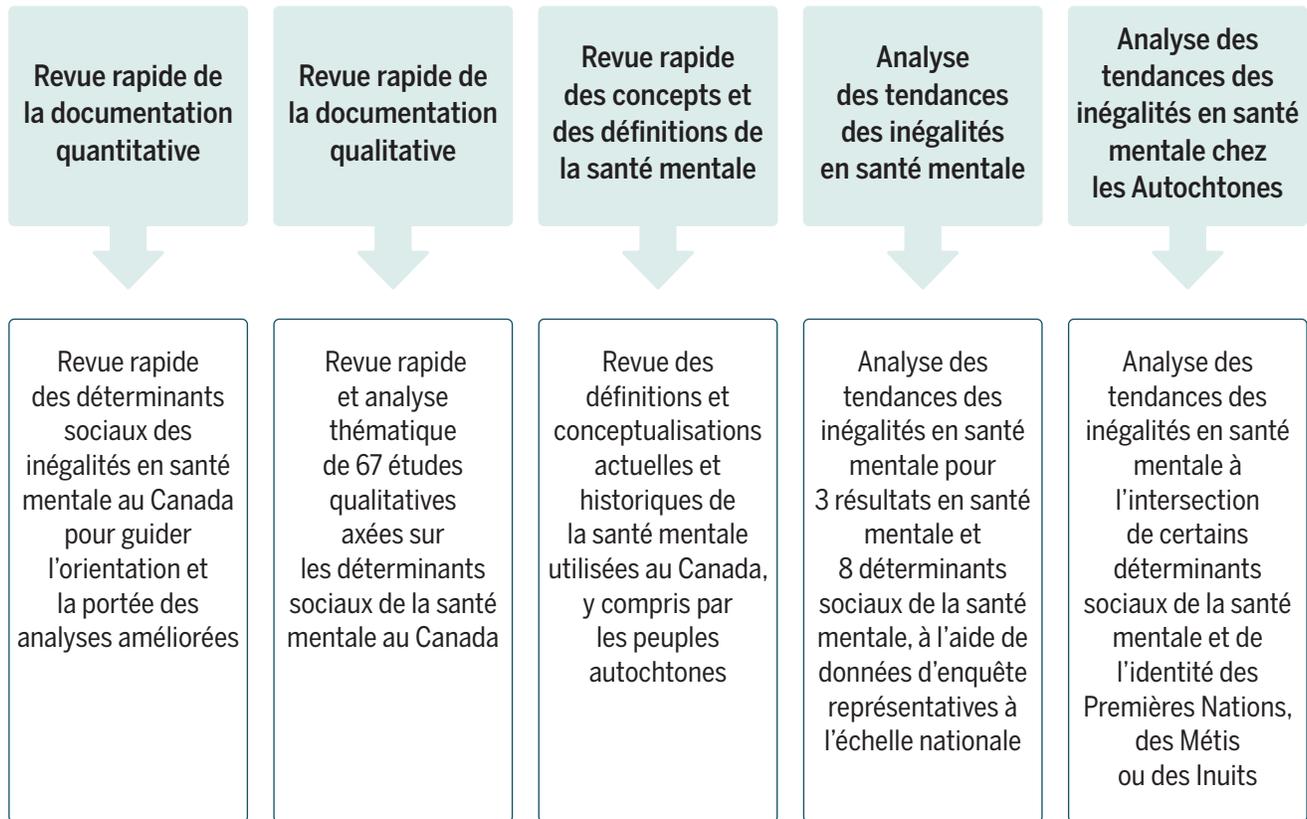
Certains groupes de personnes ont une santé mentale bien moins bonne que d'autres. Ces mêmes groupes ont souvent le moins accès à un traitement et à du soutien de qualité en matière de santé mentale. Ces inégalités reflètent souvent des différences économiques et sociales plus vastes qui sont enracinées dans la répartition inégale de la richesse, du pouvoir et de l'inclusion sociale (4–8). La détermination des iniquités en santé mentale et la mise en œuvre de moyens efficaces pour y remédier exigent des efforts intersectoriels à plusieurs niveaux qui tiennent compte :

- de la répartition sociale de la santé mentale
- des populations ayant les plus grands besoins en santé mentale
- de la façon dont les systèmes et les structures actuels et passés ont entraîné des inégalités sociales et sanitaires profondément enracinées

Pour comprendre ces complexités, nous analysons différents types de données tirées de l'histoire, de la théorie sociale, des statistiques et des expériences vécues par les gens.

Nous utilisons une approche intersectionnelle pour examiner la nature complexe des inégalités en santé mentale au Canada. De multiples formes d'avantages et de désavantages concernant les conditions de vie et les possibilités interagissent et se chevauchent, ce qui entraîne des inégalités en matière de santé mentale, de bien-être et de mieux-être. Dans le présent rapport, nous incluons des données probantes qualitatives et quantitatives ainsi que des analyses de données primaires (figure 1). Cette approche tient compte des facteurs sociaux et structurels qui contribuent aux inégalités en santé mentale et évalue leur évolution au fil du temps.

Figure 1. Types de données probantes incluses dans le rapport



Ce rapport comprend les priorités, les visions du monde et les situations uniques des peuples autochtones, grâce à la mobilisation, à l'orientation et à la contribution continues des organisations autochtones nationales, notamment :

- l'Assemblée des Premières Nations (représentée par le First Peoples Wellness Circle)
- le Ralliement national des Métis
- Inuit Tapiriit Kanatami

Constats

Nous identifions 4 thèmes (figure 2) liés aux déterminants sociaux de la santé mentale, du bien-être et du mieux-être :

- Conditions socioéconomiques
- Racisme, xénophobie, homophobie et autres types de discrimination
- Liens sociaux et culturels, réseaux de soutien et appartenance à la communauté
- Accès aux services de soins de santé, leur qualité et leur utilisation

Figure 2. Approche pour combiner les données qualitatives et quantitatives



THÈME 1 CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES

Il existe diverses relations entre la santé mentale et les conditions socioéconomiques, notamment :

- le revenu
- un logement stable et sécuritaire
- la situation d'emploi
- les conditions de travail
- le niveau de scolarité

Les analyses des tendances ont permis de dégager des gradients socioéconomiques cohérents en matière de santé mentale positive. Entre 2007 et 2022, les inégalités liées au revenu concernant la satisfaction à l'égard de la vie et celles en matière de niveau élevé de santé mentale autoévaluée ont diminué. Entre-temps, les associations entre la mauvaise santé mentale et l'insécurité alimentaire, l'insécurité liée au logement et le chômage ont persisté ou se sont renforcées.

La santé mentale est également influencée par les expériences cumulatives de désavantage socioéconomique et de discrimination. La discrimination peut être fondée sur le sexe, le genre, l'orientation sexuelle, la race, l'origine ethnique et le statut d'immigrant.

Le colonialisme, les obstacles systémiques continus et la discrimination ont alourdi le fardeau du logement inadéquat et de l'itinérance chez les Autochtones. De même, plusieurs forces techniques et structurelles ont perpétué des inégalités raciales ou ethniques, accroissant ainsi l'inadéquation professionnelle et la déqualification. Par exemple, les employeurs peuvent avoir des préjugés contre les accents étrangers ou l'expérience de travail et la reconnaissance professionnelle d'autres pays.



THÈME 2

RACISME ET DISCRIMINATION

Les membres de certains groupes de la population subissent plus de discrimination au Canada. Il s'agit notamment des personnes noires, racisées, immigrantes, 2ELGBTQI+ ou autochtones (9, 10). L'expérience du racisme et de la discrimination a été régulièrement associée à la dépression, à l'anxiété, au stress chronique, au stress psychologique, à l'affect négatif, aux émotions négatives récurrentes et au stress post-traumatique, entre autres (11,12). La discrimination raciale quotidienne est associée à des symptômes dépressifs chez les Noirs au Canada (13), et le racisme anti-Noir en particulier a un impact sur la santé mentale des jeunes (14).

Le racisme, le sexisme, l'hétérosexisme, la transphobie, la xénophobie, la discrimination fondée sur le statut de minorité religieuse (par exemple, l'antisémitisme ou l'islamophobie) et le colonialisme sont des exemples de déterminants structurels de la santé. Ils contribuent tous à une mauvaise santé mentale et ont une incidence négative sur les niveaux de stress, les perceptions de la sécurité, le sentiment d'appartenance sociale et l'estime de soi.

Les systèmes de pouvoir et de privilèges qui se recoupent contribuent davantage à des réalités matérielles inégales et à des inégalités sociales complexes.

Entre 2007 et 2022, les inégalités ont augmenté entre les personnes bisexuelles et hétérosexuelles en ce qui concerne le niveau élevé de santé mentale autoévaluée et la satisfaction à l'égard de la vie. En examinant l'intersection de la race et de l'immigration, la santé mentale auto-évaluée élevée et la satisfaction à l'égard de la vie se sont dégradés dans tous les groupes sociaux, mais de manière disproportionnée dans certains groupes, ce qui suggère que l'inégalité s'est aggravée au fil du temps.

Les expériences croisées de discrimination, de traumatisme infantile et d'homophobie nuisent à la santé mentale des personnes 2ELGBTQI+. Les personnes bisexuelles ou transgenres peuvent faire face à des défis et à de la discrimination uniques, notamment à de la biphobie et de la transphobie, même au sein des communautés 2ELGBTQI+. Leur accès aux réseaux de soutien peut être très limité en raison des risques accrus de différentes formes de violence.



THÈME 3

LIENS SOCIAUX ET CULTURELS, RÉSEAUX DE SOUTIEN ET APPARTENANCE À LA COMMUNAUTÉ

Le sentiment d'appartenance ou d'attachement à la communauté, l'identification et l'acceptation au sein de l'environnement social d'une personne constituent un déterminant bien établi de la santé. Celui-ci est fortement associé à la santé mentale (15). Les gens s'épanouissent lorsqu'ils ressentent un sentiment d'attachement, de soutien et d'identification avec les personnes et les lieux qui les entourent. L'appartenance à une communauté peut être considérée comme un résultat d'une santé mentale positive.

Les liens sociaux et culturels, les réseaux de soutien et l'appartenance à une communauté sont influencés par la discrimination raciale, les inégalités entre les sexes et l'exclusion sociale. Entre 2007 et 2022, les écarts en matière de niveau élevé de santé mentale autoévaluée et de satisfaction à l'égard de la vie se sont creusés entre les personnes qui ont déclaré un fort sentiment d'appartenance à une communauté et celles qui ont déclaré un faible sentiment d'appartenance à une communauté.

Deux populations font face à des obstacles croisés à l'acceptation et à l'établissement de liens au sein des environnements sociaux : les immigrants récents, ou nouveaux arrivants, et les personnes 2ELGBTQI+. Les nouveaux arrivants déclaraient souvent avoir un sentiment d'appartenance envers leurs communautés ethnoculturelles, mais éprouver de la difficulté à s'intégrer pleinement à la société en raison des barrières linguistiques, des problèmes d'emploi et de la discrimination. Les nouveaux arrivants qui se sont identifiés comme des personnes 2ELGBTQI+ ont souligné leur isolement social. Les groupes de soutien social et les organismes communautaires ont joué un rôle crucial dans la création d'un sentiment d'appartenance et d'acceptation au sein de la communauté. Ils ont également contribué à réduire les sentiments de solitude et de dépression.

Les changements climatiques perturbent de plus en plus la vie quotidienne de tous les individus au Canada et a un impact négatif sur les liens sociaux et culturels. Cette situation peut être une source de détresse, d'anxiété et de deuil face à la perte de terres et aux catastrophes naturelles, et exacerber l'insécurité alimentaire. Les Premières nations, les Inuits et les Métis des communautés rurales sont particulièrement vulnérables. Les changements environnementaux menacent leurs pratiques culturelles et leurs moyens de subsistance, d'où la nécessité de considérer les changements climatiques comme un déterminant de la santé mentale.



THÈME 4

ACCÈS AUX SERVICES DE SOINS DE SANTÉ, LEUR UTILISATION ET LEUR QUALITÉ

Partout au Canada, l'accès à des services de santé mentale et leur qualité posent des défis importants. Ces défis ne se limitent pas aux régions rurales et éloignées. La recherche qualitative permet de déterminer comment le sexisme, l'hétérosexisme, l'homophobie, le racisme et la stigmatisation liés à la maladie mentale contribuent aux mauvaises expériences de soins. Par exemple, les personnes 2ELGBTQI+ ne disposent pas de possibilités de soins reconnaissant leur situation. Les personnes transgenres et non binaires indiquent que leur identité de genre est contestée par les fournisseurs de soins. Les temps d'attente pour obtenir des soins de santé mentale, particulièrement pour des soins spécialisés, sont longs, même pour les personnes à risque de toxicomanie.

Un plus grand besoin non satisfait de soins de santé mentale a été signalé par les personnes qui :

- s'identifient comme des femmes
- sont gaies, lesbiennes ou bisexuelles
- sont des immigrantes
- sont racisées

La stigmatisation des personnes qui consomment des substances ou qui souffrent de graves maladies mentales nuit à leur capacité d'obtenir un traitement. Certains groupes ont fait état d'expériences particulières de stigmatisation, de critères différents utilisés à leur égard et d'un manque de sensibilité culturelle lorsqu'ils cherchaient à obtenir un traitement et du soutien en santé mentale et en toxicomanie. Il s'agissait notamment de femmes, de personnes transgenres et d'Autochtones.

Discussion et répercussions

Ce rapport décrit l'influence des déterminants structurels de la santé et des systèmes de pouvoir interdépendants sur les inégalités en santé mentale au Canada. Ses conclusions appuient des approches holistiques et pansociétales qui peuvent remédier aux inégalités persistantes en matière de santé mentale. Ces approches peuvent être mises en œuvre par une collaboration intersectorielle et des mesures concertées des secteurs de la santé publique et de la santé mentale. Les partenaires des secteurs de l'éducation, de l'emploi, du logement et des services sociaux sont essentiels. Ces secteurs jouent un rôle crucial dans la prise en compte des déterminants sociaux et structurels qui influent sur les résultats en matière de santé mentale.

Nous proposons 5 principaux domaines d'intervention :

- Élargir la compréhension de la santé mentale, du bien-être et du mieux-être
- Intégrer l'équité comme priorité dans les soins de santé mentale
- Créer des partenariats intersectoriels
- Employer des politiques universelles parallèlement à des interventions ciblées
- Comblent les lacunes statistiques et assurer une surveillance continue de l'équité en santé

Élargir la compréhension de la santé mentale, du bien-être et du mieux-être

Afin d'inclure divers systèmes de connaissances, de perspectives et de relations, nous devons mettre l'accent sur une compréhension de la santé mentale plus large et plus inclusive sur le plan culturel et social. Par exemple, des données qualitatives ont montré que les catégories utilisées pour cerner les problèmes, mesurer les résultats et élaborer des interventions peuvent ne pas convenir aux nouveaux arrivants ou aux personnes racisées. Cela s'explique par le fait que la recherche psychologique est principalement fondée sur des participants occidentaux, de la classe moyenne et instruits (16,17). Les systèmes de santé et de santé publique doivent tenir compte de divers facteurs qui influent sur la santé mentale. Il s'agit notamment des injustices historiques pour les peuples autochtones et des facteurs de stress associés à l'immigration. En mettant l'accent sur une compréhension holistique de la santé mentale, les politiques et les interventions peuvent être adaptées à des communautés particulières et à leurs défis uniques.

Intégrer l'équité comme priorité dans les soins de santé mentale

L'établissement de priorités et l'intégration de l'équité dans les soins de santé mentale consistent à combler l'écart entre les soins de santé publique et les soins de santé mentale. Nous avons défini 4 catégories de fonctions où la santé publique et les soins de santé mentale peuvent travailler en collaboration pour faire progresser l'équité en matière de résultats :

- Coordonner les soins : améliorer l'accès aux soins de santé mentale dans les soins intégrés de santé et de santé mentale
- Élargir les perspectives en appliquant une approche de la santé de la population à la pratique clinique
- Cerner et corriger les inégalités en santé mentale en renforçant la promotion de la santé et la prévention des maladies
- Collaborer en matière de politiques, de formation et de recherche pour remédier aux iniquités en santé mentale

Créer des partenariats intersectoriels

Les partenariats intersectoriels destinés à aborder les facteurs en amont peuvent accroître les possibilités et les résultats positifs en matière de santé mentale, de bien-être et de mieux-être. La santé publique peut remédier à certaines inégalités en matière de santé mentale. Toutefois, la plupart des mesures qui influent directement sur les déterminants sociaux de la santé émanent du système de santé, des organismes communautaires, de la société civile et d'autres secteurs et intervenants gouvernementaux (18).

- Les partenariats devraient être coordonnés selon une approche pansociétale. La consultation individuelle et communautaire peut révéler les besoins et les obstacles en matière de santé mentale. Une consultation et une collaboration significatives et soutenues avec les peuples autochtones dès les premières étapes sont particulièrement importantes. Les partenaires autochtones devraient déterminer les priorités et établir le programme. Les partenaires de tous les secteurs peuvent travailler en collaboration à l'appui de ces objectifs.

Nos constatations soulignent la nécessité d'interventions pour aborder les effets cumulatifs des déterminants structurels de la santé qui ont entraîné des inégalités persistantes. Ces facteurs comprennent des déterminants comme le revenu, l'emploi, le racisme, l'appartenance à une communauté et l'accès aux soins de santé.

L'approche de la Santé dans toutes les politiques (SdTP) préconise que chaque secteur et ministère du gouvernement applique systématiquement une vision holistique de la santé à ses processus décisionnels. L'initiative Impact collectif est une approche intersectorielle structurée qui regroupe divers partenaires pour aborder collaborativement des enjeux complexes. Les organismes de santé publique et de santé mentale pourraient s'en servir pour réduire les iniquités en santé mentale.

Utiliser des politiques et des interventions universelles avec des interventions ciblées

Nos constatations montrent une baisse du niveau élevé de santé mentale autoévaluée parmi plusieurs groupes. Ces baisses persistent en fonction des niveaux de revenu, de la situation d'emploi et des niveaux d'insécurité alimentaire.

Nos constatations montrent également une réduction des inégalités en santé mentale au fil du temps. Cette situation est attribuable à la détérioration des taux dans les groupes de référence (les plus favorisés). C'est ce qu'on appelle le nivellement par le bas.

Ces résultats suggèrent la nécessité d'interventions ciblées pour soutenir les groupes les plus défavorisés. Ils soulignent également la nécessité d'interventions universelles en santé mentale pour améliorer les résultats en santé mentale en général. Une combinaison d'interventions universelles et ciblées peut contribuer à faire en sorte que toute personne dispose des ressources nécessaires pour favoriser sa santé mentale.

Comblent les lacunes statistiques et surveiller l'équité continue en santé

Les enquêtes nationales sur la santé doivent être élargies pour :

- recueillir des données de meilleure qualité et plus exactes sur le racisme, la race et l'origine ethnique
- inclure des questions sur les problèmes de santé mentale diagnostiqués et les symptômes de santé mentale
- recueillir des données démographiques plus complètes sur :
 - les facteurs sociodémographiques (orientation sexuelle, genre)
 - les déterminants sociaux de la santé (insécurité du logement, exposition aux changements climatiques)
 - les résultats en matière de santé mentale

La sensibilité culturelle serait améliorée en ajoutant des définitions explicites de concepts subjectifs et en fournissant des questions d'enquête dans différentes langues.

Il est nécessaire de produire périodiquement des rapports détaillés sur l'ampleur et les tendances des inégalités en santé et leurs déterminants pour :

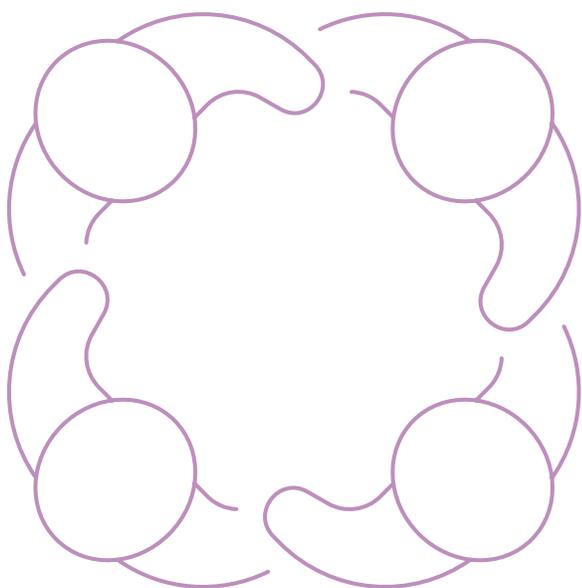
- éclairer la prise de décisions en matière de politiques et de programmes afin de réduire les inégalités en santé
- suivre les progrès
- faciliter la collaboration entre les compétences (19)

Conclusion

Il est essentiel d'adopter une approche intégrée et multidimensionnelle en matière de santé mentale. Cette approche doit être fondée sur la compréhension des déterminants sociaux plus généraux et des inégalités systémiques qui façonnent la santé mentale, le bien-être et le mieux-être. Ce rapport met l'accent sur une stratégie pansociétale. Il demande une collaboration entre la santé publique, les différents ministères, les systèmes de santé, les secteurs de l'éducation et du logement ainsi que les organismes communautaires. Les politiques et les cadres comme la Santé dans toutes les politiques (SdTP) et l'Impact collectif nous aident à aborder les facteurs interreliés qui contribuent aux inégalités en santé mentale. En définitive, cette approche promet de réduire les inégalités actuelles et de bâtir une société plus saine et plus résiliente pour les générations futures.

Si elles sont mises en œuvre avec succès, ces recommandations peuvent jeter les bases d'approches plus équitables, inclusives et réactives en matière d'équité en santé mentale.

Pour relever efficacement les défis posés par les inégalités en santé mentale, il est essentiel de tenir compte des déterminants structurels, des contextes historiques et de la collaboration entre les secteurs.



Références

1. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national [Internet]. Ottawa (Ontario); 2018. Extrait de www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary/hir-executive-summary-fra.pdf.
2. Stephenson E. Statistique Canada. 2023 [cité le 11 octobre 2023]. Troubles mentaux et accès aux soins de santé mentale. Extrait de www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00011-fra.pdf.
3. Guerrero MD, Barnes JD. Profils de la santé mentale et leur association avec les répercussions négatives et les idées suicidaires pendant la pandémie de COVID-19 : une perspective canadienne. *Rapports sur la santé*. 2022;33(8).
4. Santé Canada. Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations. Ottawa (Ontario); 2015.
5. Alianait Inuit-specific Mental Wellness Task Group. Alianait Inuit Mental Wellness: Action Plan [Internet]. Inuit Tapiriit Kanatami; 2007. Extrait de <http://docplayer.net/18015067-Alianait-inuit-mental-wellness-action-plan-prepared-by-alianait-inuit-specific-mental-wellness-task-group.html>.
6. Ralliement national des Métis. Métis Vision for Health [Internet]. 2022. Extrait de www.metisnation.ca/uploads/documents/3-1Métis_Vision_for_Health-July_12_update.pdf.
7. Gouvernement du Canada. Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada. Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. Ottawa (Ontario), Canada; 2006.
8. Patel V. The right to mental health. *Lancet* [Internet]. 21 octobre 2023 [cité le 23 novembre 2023];402(10411):1412–3. Extrait de <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673623022419>.
9. Cotter A. Expériences de discrimination chez les Noirs et les Autochtones au Canada, 2019. Centre canadien de la statistique juridique et de la sécurité des collectivités. 2022;(85).
10. Nangia P. Discrimination experienced by landed immigrants in Canada. RCIS Working Paper No. 2013/7. 2013.
11. Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A, et al. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10(9):e0138511.
12. Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett MT. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. Vol. 389, *The Lancet*. 2017.
13. Cénat JM, Kogan C, Noorishad PG, Hajizadeh S, Dalexis RD, Ndegingyoma A, et al. Prevalence and correlates of depression among Black individuals in Canada: The major role of everyday racial discrimination. *Depress Anxiety*. 2021;38(9).
14. Salami B, Idi Y, Anyieth Y, Cyuzuzo L, Denga B, Alaazi D, et al. Factors that contribute to the mental health of Black youth. *C Can Med Assoc J*. 2022;194(41).
15. Michalski CA, Diemert LM, Helliwell JF, Goel V, Rosella LC. Relationship between sense of community belonging and self-rated health across life stages. *SSM - Popul Heal*. 2020;12.
16. Henrich J, Heine SJ, Norenzayan A. The weirdest people in the world? *Behav Brain Sci*. 2010;33(2–3):61–83.
17. Kirmayer LJ. Peace, conflict, and reconciliation: Contributions of cultural psychiatry. Vol. 47, *Transcultural Psychiatry*. Sage Publications Sage UK: London, England; 2010. p. 5–19.
18. Organisation mondiale de la Santé, ministère des Affaires sociales de la Finlande. Helsinki Statement Framework for Country Action: Health in All Policies [Internet]. Genève; 2014. Extrait de iris.who.int/handle/10665/112636.
19. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Vol. 380, *The Lancet*. 2012.