

Recherche quantitative originale

Le bien-être psychologique et ses associations avec les caractéristiques sociodémographiques, la santé physique, la consommation de substances et d'autres composantes de la santé mentale chez les adultes au Canada

Melanie Varin, M. Sc. (1); Zahra M. Clayborne, Ph. D. (1,2); Melissa M. Baker, Ph. D. (3); Elia Palladino, M. Sc. (4); Heather Orpana, Ph. D. (1); Colin A. Capaldi, Ph. D. (1)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Article de recherche par Varin M et al. dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)

Résumé

Introduction. Le bien-être psychologique est une composante importante de la santé mentale positive et un atout qui favorise la santé de la population. Notre étude a permis d'analyser les corrélats du bien-être psychologique chez les adultes (18 ans et plus) vivant dans la collectivité dans les 10 provinces canadiennes.

Méthodologie. À l'aide des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante de réponse rapide sur la santé mentale positive de 2019, nous avons effectué des analyses de régression linéaire dans lesquelles diverses variables relatives aux caractéristiques sociodémographiques, à la santé mentale, à la santé physique et à la consommation de substances ont été étudiées en tant que prédicteurs du bien-être psychologique. Le bien-être psychologique a été mesuré en fonction de six questions du Continuum de santé mentale – Questionnaire abrégé. Celles-ci évaluaient les perceptions des répondants, pour le mois précédant l'enquête, en lien avec l'acceptation de soi, l'épanouissement personnel, la maîtrise de l'environnement, l'autonomie, les rapports positifs avec les autres et le but dans la vie.

Résultats. Dans les analyses de régression linéaire simple et de régression linéaire multiple, un âge plus avancé, le fait d'être marié ou de vivre en union libre et le fait d'avoir un IMC correspondant à un excès de poids (25,00 à 29,99) ont été associés à un bien-être psychologique supérieur, tandis que les facteurs associés à un bien-être psychologique inférieur ont été la présence signalée d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble d'anxiété, un haut degré de stress perçu dans la vie, une forte consommation épisodique d'alcool et une consommation fréquente de cannabis. Il n'y a eu aucune association significative entre le bien-être psychologique et le sexe, le fait d'avoir des enfants à la maison, le statut vis-à-vis de l'immigration, l'appartenance à un groupe racisé, le niveau de scolarité, le tertile de revenu du ménage, le fait d'avoir un IMC dans la catégorie de l'obésité ($\geq 30,00$), les maladies chroniques majeures et le tabagisme.

Conclusion. Cette recherche révèle les caractéristiques sociodémographiques et les facteurs relatifs à la santé mentale, à la santé physique et à la consommation de substances qui sont associés au bien-être psychologique chez les adultes au Canada. Les constats qu'elle a permis de dégager mettent en évidence les groupes et les caractéristiques qui pourraient faire l'objet de recherches futures dans l'objectif de promouvoir le bien-être psychologique.

Rattachement des auteurs :

1. Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. École d'épidémiologie et de santé publique, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
3. Helen Keller International, Nairobi, Kenya
4. Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Mélanie Varin, Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 343-543-5186; courriel : melanie.varin@phac-aspc.gc.ca



Points saillants

- Cette étude a porté sur le bien-être psychologique et sur ses associations avec des caractéristiques sociodémographiques et des facteurs relatifs à la santé mentale, à la santé physique et à la consommation de substances chez les personnes de 18 ans et plus au Canada.
- Un âge plus avancé, le fait d'être marié ou de vivre en union libre et le fait d'avoir un IMC correspondant à un excès de poids ont été associés à un bien-être psychologique supérieur.
- Les facteurs associés à un bien-être psychologique inférieur ont été la présence signalée d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble d'anxiété, un haut degré de stress perçu dans la vie, une forte consommation épisodique d'alcool et une consommation fréquente de cannabis.

Mots-clés : *bien-être psychologique, santé mentale positive, maladie mentale, caractéristiques sociodémographiques, consommation de substances, santé physique, santé de la population*

Introduction

La promotion du bien-être est une priorité en santé publique au Canada et dans le monde, comme en témoignent les stratégies nationales et internationales concernant la santé mentale^{1,2}. Alors que les chercheurs s'intéressent de plus en plus au bien-être et à ses concepts connexes à l'échelle internationale³, certains ont fait valoir que la recherche axée sur les problèmes de santé et sur les facteurs de risque en épidémiologie et en santé publique devait s'accompagner de recherches sur les états psychologiques positifs et sur les ressources personnelles en santé pour que l'on acquière une compréhension exhaustive de la santé de la population⁴.

Le bien-être comprend une composante hédonique et une composante eudémonique⁵. Bien que les deux soient des composantes de la santé mentale positive et qu'elles soient liées, elles peuvent avoir des corrélats psychologiques, sociaux et biologiques distincts⁶⁻⁸. L'hédonisme se rapporte généralement au fait de se sentir bien, ce qui inclut la présence d'émotions positives et la satisfaction à l'égard de la vie⁵. Pour sa part, l'eudémonisme peut être compris comme la capacité de bien fonctionner⁵ : cela comprend, selon la conception du bien-être psychologique proposée par Ryff, l'acceptation de soi, l'épanouissement personnel, le fait d'avoir un but dans la vie, la maîtrise de l'environnement, l'autonomie et des rapports positifs avec les autres⁹.

Le bien-être psychologique a été associé à différentes composantes de la santé, par exemple une meilleure santé subjective, moins de problèmes de sommeil, de faibles niveaux d'inflammation et une réduction des événements cardiovasculaires comme les infarctus du myocarde⁸. Certains aspects du bien-être psychologique (comme le fait d'avoir un but dans la vie) ont aussi été associés à une réduction du risque de mortalité toutes causes confondues^{8,10}. Au Canada, des recherches antérieures ont révélé que les personnes qui font état d'un bien-être psychologique élevé tendent à faire état d'un meilleur bien-être pour d'autres mesures de la

santé mentale positive (dont la satisfaction à l'égard de la vie) ainsi qu'une détresse moindre et moins de limitations fonctionnelles¹¹. De plus, des associations bivariées négatives ont été observées entre le bien-être psychologique et la consommation d'alcool, de cannabis et de cigarettes chez les jeunes au Canada^{12,13}.

En 2016, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a publié le Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive, un outil destiné à la surveillance et à la communication des résultats relatifs à la santé mentale positive ainsi que des facteurs de risque et de protection connexes au sein de la population canadienne^{14,15}. Le bien-être psychologique figure au nombre des principaux résultats mentionnés dans le Cadre en lien avec la santé mentale positive. Vu l'importance de la promotion de la santé mentale au Canada et ailleurs dans le monde, il est essentiel de déterminer les facteurs associés au bien-être psychologique si l'on entend mettre à profit les constatations antérieures, orienter la surveillance continue et déterminer les groupes qui pourraient bénéficier d'interventions favorisant un bien-être psychologique plus élevé. Dans cette optique, notre étude visait à explorer les associations entre le bien-être psychologique et un ensemble de variables relatives aux caractéristiques sociodémographiques, à la santé mentale, à la santé physique et à la consommation de substances chez les adultes au Canada.

Méthodologie

Plan d'étude et population

Cette étude est une analyse de données secondaires fondée sur la Composante de réponse rapide sur la santé mentale positive comprise dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2019. L'ESCC est une enquête transversale à participation volontaire menée annuellement par Statistique Canada auprès de personnes de 12 ans et plus vivant dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada¹⁶. L'enquête excluait les personnes vivant en établissement ou dans des foyers d'accueil, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes, les personnes vivant dans une réserve des Premières Nations ou un autre établissement autochtone dans les provinces et la population de deux régions sanitaires au Québec, ces exclusions représentant moins de 3 % de la population canadienne¹⁶. Les

données de la composante de réponse rapide ont été recueillies entre janvier et mars 2019 auprès de personnes répondant en leur nom dans les 10 provinces canadiennes. Le taux de réponse a été de 58,3 %. Nous avons limité nos analyses aux adultes de 18 ans et plus (N = 11 486).

Mesures

Bien-être psychologique

Le bien-être psychologique a été mesuré à l'aide de six questions du Continuum de la santé mentale – Questionnaire abrégé¹⁷. Ces questions portaient sur les sentiments d'acceptation de soi, d'épanouissement personnel, de maîtrise de l'environnement, d'autonomie, de rapports positifs avec les autres et de but dans la vie au cours du mois précédent. Conformément au Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive¹⁵ et aux recherches antérieures^{11,18}, les options de réponse pour chaque question ont été converties en nombre de jours au cours du mois précédent de la manière suivante : « tous les jours » = 28 jours (4 semaines x 7 jours par semaine); « presque tous les jours » = 20 jours (4 semaines x 5 jours par semaine); « environ 2 ou 3 fois par semaine » = 10 jours (4 semaines x 2,5 jours par semaine); « environ une fois par semaine » = 4 jours (4 semaines x 1 jour par semaine); « une fois ou deux » = 1,5 jour et « jamais » = 0 jour. Des scores moyens ont été calculés en divisant la somme des scores associés aux différents éléments par le nombre total d'éléments, ces scores variant entre 0 et 28. La sous-échelle du bien-être psychologique du Continuum de la santé mentale – Questionnaire abrégé a été validée au moyen d'enquêtes antérieures sur la santé de la population canadienne¹¹ et sa cohérence interne est demeurée acceptable dans l'ensemble de données de la composante de réponse rapide (α de Cronbach = 0,79).

Variables sociodémographiques

Nous avons analysé un certain nombre de caractéristiques sociodémographiques : sexe (homme, femme); âge (variable continue); état matrimonial (marié/en union libre, célibataire/séparé/divorcé/veuf); tertile de revenu du ménage (faible, moyen, élevé); plus haut niveau de scolarité atteint par le répondant (diplôme d'études secondaires ou niveau inférieur, diplôme d'études postsecondaires); statut vis-à-vis de l'immigration (oui [immigrant admis/résident non permanent], non [né au Canada]); appartenance à un groupe racisé (oui [identification comme Autochtone ou

toute ascendance racisée], non [identification comme personne blanche seulement]); composition du ménage (enfant de tout âge vivant à la maison, aucun enfant vivant à la maison). Les données sur le revenu correspondent à une combinaison de données fiscales (~ 20 %), de données recueillies auprès des répondants (~ 15 %) et de revenu attribué (~ 65 %).

Variables relatives à la santé mentale

Le stress perçu dans la vie a été mesuré au moyen de la question « en pensant à la quantité de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont...? ». Les options de réponse étaient « pas du tout stressantes », « pas tellement stressantes », « un peu stressantes », « assez stressantes » et « extrêmement stressantes ». Conformément au Cadre d'indicateurs de surveillance du suicide de l'ASPC¹⁹, les réponses « extrêmement stressantes » ou « assez stressantes » ont été interprétées comme un haut degré de stress perçu dans la vie.

La présence d'un trouble de l'humeur a été évaluée au moyen de la question « êtes-vous atteint d'un trouble de l'humeur tel que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie? ». La présence d'un trouble d'anxiété a été évaluée au moyen de la question « êtes-vous atteint d'un trouble d'anxiété tel qu'une phobie, un trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble panique? ». Les personnes ayant répondu « oui » à la première question ont été catégorisées comme ayant un trouble de l'humeur et celles ayant répondu « oui » à la seconde comme ayant un trouble d'anxiété.

Variables relatives à la santé physique

Des modifications ont été apportées à la variable calculée (HWTDVBC) créée par Statistique Canada aux fins de la présentation d'information sur l'indice de masse corporelle (IMC). Cette variable a été calculée en fonction de la taille et du poids déclarés par le répondant (à l'exclusion des femmes ayant déclaré être enceintes ou n'ayant pas répondu à la question sur la grossesse). Des corrections ont été appliquées en fonction du sexe pour tenir compte de la propension des individus à surestimer leur taille et à sous-estimer leur poids²⁰. Après ces ajustements, l'IMC des répondants a été réparti dans les catégories de poids normal ou insuffisant ($\leq 24,99$), d'excès de poids (25,00 à 29,99) ou d'obésité ($\geq 30,00$) en vue de l'analyse²¹. Les catégories de poids normal et de poids insuffisant ont été combinées en

raison du faible pourcentage de personnes dont l'IMC correspondait à un poids insuffisant et l'interprétation des résultats s'est révélée la même lorsque les deux groupes ont été étudiés séparément dans les analyses de sensibilité.

Conformément au Cadre d'indicateurs de surveillance du suicide¹⁹, les répondants ont été considérés comme ayant au moins une maladie chronique majeure s'ils avaient fait état de l'un des problèmes de santé suivants : asthme; bronchite chronique, emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique; maladie cardiaque; diabète; cancer ou diagnostic antérieur de cancer ou troubles dus à un accident vasculaire cérébral.

Variables relatives à la consommation de substances

Le tabagisme a été évalué à l'aide de la question « actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? ».

La définition de la forte consommation épisodique d'alcool est fondée sur les *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* de 2018²² et a été évaluée à l'aide de la question « au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu 4 [femmes] / 5 [hommes] verres d'alcool ou plus à une même occasion? ». Les options de réponse allaient de « jamais » à « plus d'une fois par semaine ». Les personnes qui ont répondu « jamais » ou qui ont déclaré ne pas avoir consommé de boissons alcoolisées au cours des 12 derniers mois ont été classées dans la catégorie « aucune forte consommation épisodique d'alcool au cours de la dernière année ». Les personnes qui ont déclaré avoir consommé 4 ou 5 verres « moins d'une fois par mois » ou plus souvent ont été classées dans la catégorie « forte consommation épisodique d'alcool au cours de la dernière année ».

La consommation de cannabis a été évaluée au moyen de la question « combien de fois avez-vous consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois? ». Sur la base des *Recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque* en ce qui concerne la fréquence et l'intensité de la consommation²³, la catégorie de consommation fréquente de cannabis a regroupé les répondants ayant affirmé consommer du cannabis « plus d'une fois par semaine » ou « tous les jours ou presque tous les jours », ceux ayant répondu « une fois par semaine » ou

moins fréquemment n'ont pas été considérés comme ayant une consommation fréquente de cannabis.

Analyses statistiques

Nous avons mené les analyses à l'aide du logiciel SAS Enterprise Guide, version 7.1 (SAS Institute, Cary, Caroline du Nord, États-Unis). Pour les statistiques descriptives, les moyennes, les médianes et les pourcentages pondérés sont présentés avec des intervalles de confiance (IC) à 95 %. Pour tenir compte de la complexité du plan d'enquête, nous avons calculé les IC à 95 % à l'aide de la méthode de rééchantillonnage *bootstrap* avec 1 000 répétitions. Les poids d'échantillonnage et les poids *bootstrap* ont été fournis par Statistique Canada. Nous avons effectué des analyses de régression linéaire simple afin d'étudier l'association bivariée entre chaque variable explicative potentielle et le bien-être psychologique. Nous avons ensuite effectué une analyse de régression linéaire multiple avec les variables qui étaient statistiquement significatives dans les analyses de régression simple afin d'étudier simultanément comment chaque variable était liée au bien-être psychologique après ajustement pour les autres variables. Pour que la composition de l'échantillon reste uniforme pour les résultats à la fois dans les régressions simples et dans la régression multiple, toutes ont porté sur les 87,0 % de répondants (N = 9993) dont les données étaient complètes pour toutes les variables concernées. Les coefficients de régression dont les valeurs *p* étaient inférieures à 0,05 ont été jugés statistiquement significatifs.

Il ne semble pas y avoir de problème de multicollinéarité, car aucun des coefficients de corrélation entre les variables explicatives n'a dépassé 0,60 et les facteurs d'inflation de la variance se sont tous révélés inférieurs ou égaux à 1,43 dans le modèle de régression multiple. Ces vérifications de la multicollinéarité ont été faites avec pondération, mais la méthode *bootstrap* n'a pas été appliquée pour l'estimation de la variance en raison des limites de SAS. Un graphique des résidus a permis de confirmer l'hypothèse d'homoscédasticité relativement au modèle de régression multiple.

Résultats

Statistiques descriptives

La majorité de la population était mariée ou vivait en union libre (63,2 %), avait

fait des études postsecondaires (64,1 %), n'était pas immigrante (71,9 %) et n'appartenait pas à un groupe racisé (72,4 %). La moitié des répondants avaient des enfants à la maison (50,9 %) (tableau 1).

La plupart des répondants n'ont fait état d'aucun trouble de l'humeur (89,9 %) ou de trouble d'anxiété (89,9 %) et avaient un faible degré de stress perçu dans leur vie (78,5 %). La majorité n'a pas fait état de maladie chronique majeure (74,5 %) mais environ les deux tiers présentaient un IMC correspondant à un excès de poids ou à l'obésité (65,5 %). La plupart des répondants ne consommaient pas fréquemment de cannabis (92,7 %), étaient non-fumeurs (84,8 %) et n'avaient pas eu de forte consommation épisodique d'alcool (56,6 %) au cours de la dernière année.

Le revenu médian du ménage avant impôt était de 91 744 \$ et l'âge moyen était de 48,2 ans. En moyenne, un bien-être psychologique a été ressenti pendant 22,4 jours au cours du mois précédent.

Résultats de la régression linéaire

Dans les analyses de régression simple, un âge plus avancé ($B = 0,03$; IC à 95 % : 0,02 à 0,04), le fait d'être marié ou de vivre en union libre ($B = 1,12$; IC à 95 % : 0,76 à 1,48) et le fait d'avoir un IMC correspondant à un excès de poids ($B = 0,69$; IC à 95 % : 0,28 à 1,10) ont été associés de façon significative à un bien-être psychologique supérieur. En revanche, la présence d'un trouble de l'humeur ($B = -4,54$; IC à 95 % : $-5,25$ à $-3,83$) ou d'un trouble d'anxiété ($B = -3,45$; IC à 95 % : $-4,19$ à $-2,71$), un haut degré de stress perçu dans la vie ($B = -1,53$; IC à 95 % : $-2,01$ à $-1,04$), une forte consommation épisodique d'alcool au cours de la dernière année ($B = -0,69$; IC à 95 % : $-1,03$ à $-0,34$) et une consommation fréquente de cannabis au cours de la dernière année ($B = -1,93$; IC à 95 % : $-2,61$ à $-1,24$) ont été associés de façon significative à un bien-être psychologique inférieur dans les analyses de régression simple. Dans les analyses de régression simple, il n'y a pas eu d'association significative entre le bien-être psychologique et le sexe, le fait d'avoir des enfants à la maison, le statut vis-à-vis de l'immigration, l'appartenance à un groupe racisé, le niveau de scolarité, le tertile de revenu du ménage, le fait d'avoir un IMC correspondant à l'obésité (par rapport à la catégorie

TABEAU 1
Caractéristiques des répondants à la Composante de réponse rapide sur la santé mentale positive de l'ESCC de 2019 (N = 11 486)

Caractéristiques	Valeur (n ou %)
Nombre moyen de jours de bien-être psychologique ressenti au cours du dernier mois (N = 10 658), n	22,4
Variables sociodémographiques	
Sexe (N = 11 486), en %	
Hommes (n = 5335)	49,2
Femmes (n = 6151)	50,8
Âge moyen (N = 11 486), en années	
État matrimonial (N = 11 475), en %	48,2
Célibataire, séparé, divorcé ou veuf (n = 5180)	36,8
Marié ou en union libre (n = 6295)	63,2
Composition du ménage (N = 11 474), en %	
Aucun enfant vivant à la maison (n = 7666)	49,1
Enfant vivant à la maison (n = 3808)	50,9
Statut vis-à-vis de l'immigration (N = 11 412), en %	
Non-immigrant (n = 9406)	71,9
Immigrant (n = 2006)	28,1
Appartenance à un groupe racisé (N = 11 352), en %	
Non (n = 9432)	72,4
Oui (n = 1920)	27,6
Plus haut niveau de scolarité du répondant (N = 11 336), en %	
Études secondaires ou niveau inférieur (n = 4383)	35,9
Études postsecondaires (n = 6953)	64,1
Revenu médian du ménage (N = 11 486), en \$	91 744,0
Variables relatives à la santé mentale	
Trouble de l'humeur (N = 11 467)	
Non (n = 10 251)	89,9
Oui (n = 1216)	10,1
Trouble d'anxiété (N = 11 473)	
Non (n = 10 334)	89,9
Oui (n = 1139)	10,1
Stress perçu dans la vie (N = 11 454)	
Pas du tout, pas tellement ou un peu stressant (n = 9234)	78,5
Extrêmement ou assez stressant (n = 2220)	21,5
Variables relatives à la santé physique	
IMC (N = 10 900)	
Poids normal ou insuffisant (< 25,00) (n = 3519)	34,5
Excès de poids (25,00 à 29,99) (n = 3932)	36,2
Obésité (≥ 30,00) (n = 3449)	29,3
Maladies chroniques majeures (N = 11 384)	
Non (n = 7881)	74,5
Oui (n = 3503)	25,5
Variables relatives à la consommation de substances	
Tabagisme (N = 11 483)	
Fumeur quotidien (n = 1 549)	10,9
Fumeur occasionnel (n = 456)	4,3
Non-fumeur (n = 9478)	84,8
Consommation d'alcool (N = 11 444)	
Aucune forte consommation épisodique d'alcool au cours de la dernière année (n = 6691)	56,6
Forte consommation épisodique d'alcool au cours de la dernière année (n = 4753)	43,4
Consommation de cannabis (N = 11 205)	
Consommation non fréquente au cours de la dernière année (n = 10 328)	92,7
Consommation fréquente au cours de la dernière année (n = 877)	7,3

Abréviations : ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IMC, indice de masse corporelle.
Remarque : Les estimations ont été pondérées pour être représentatives de la population cible.

du poids normal ou insuffisant), le fait d'avoir une maladie chronique majeure et le tabagisme (tableau 2).

Dans les analyses de régression multiple, un âge plus avancé ($B = 0,01$; IC à 95 % : 0,005 à 0,02), le fait d'être marié ou de vivre en union libre ($B = 0,58$; IC à 95 % : 0,22 à 0,94) et le fait d'avoir un IMC correspondant à un excès de poids ($B = 0,58$; IC à 95 % : 0,16 à 0,99) étaient associés de façon significative à un bien-être psychologique supérieur, tandis que les facteurs associés à un bien-être psychologique inférieur étaient la présence d'un trouble de l'humeur ($B = -3,55$; IC à 95 % : -4,22 à -2,87) ou d'un trouble d'anxiété ($B = -1,10$; IC à 95 % : -1,81 à -0,38), un haut degré de stress perçu dans la vie ($B = -0,89$; IC à 95 % : -1,35 à -0,43), une forte consommation épisodique d'alcool ($B = -0,42$; IC à 95 % : -0,77 à -0,08) et une consommation fréquente de cannabis ($B = -0,84$; IC à 95 % : -1,49 à -0,19).

Analyse

Dans cette étude, nous avons analysé les associations entre le bien-être psychologique et les caractéristiques sociodémographiques, la santé mentale, la santé physique et la consommation de substances à l'aide des données provenant d'environ 10 000 adultes au Canada. Nous avons constaté que le bien-être psychologique était associé positivement à deux facteurs sociodémographiques (l'âge et le fait d'être marié ou de vivre en union libre) et à une caractéristique de la santé physique (le fait d'avoir un IMC correspondant à un excès de poids) et qu'il était associé négativement à plusieurs variables relatives à la santé mentale (présence d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble d'anxiété, haut degré de stress perçu dans la vie) et à la consommation de substances (forte consommation épisodique d'alcool, consommation fréquente de cannabis au cours de la dernière année). Ces associations avec le bien-être psychologique sont solides, dans la mesure où elles sont toutes demeurées statistiquement significatives malgré la correction simultanée de leurs effets respectifs dans l'analyse de régression multiple.

Notre étude a révélé une association entre un âge plus avancé et un bien-être psychologique supérieur, ce qui rejoint les conclusions d'études canadiennes antérieures selon lesquelles, en général, les

TABEAU 2
Modèles de régression linéaire portant sur les associations entre les variables relatives aux caractéristiques sociodémographiques, à la santé mentale, à la santé physique et à la consommation de substances et le bien-être psychologique, Composante de réponse rapide sur la santé mentale positive de l'ESCC, 2019 (N = 9993)

Variables explicatives	Coefficient de régression non standardisé, B (IC à 95 %)	
	Simple	Multiple
Sexe		
Hommes	Référence	–
Femmes	-0,21 (-0,56 à 0,13)	–
Âge (variable continue)	0,03 (0,02 à 0,04)***	0,01 (0,005 à 0,02)**
État matrimonial		
Célibataire, séparé, divorcé ou veuf	Référence	Référence
Marié ou en union libre	1,12 (0,76 à 1,48)***	0,58 (0,22 à 0,94)**
Composition du ménage		
Aucun enfant vivant à la maison	Référence	–
Enfant vivant à la maison	0,21 (-0,16 à 0,57)	–
Statut vis-à-vis de l'immigration		
Non-immigrant	Référence	–
Immigrant	-0,15 (-0,60 à 0,31)	–
Appartenance à un groupe racisé		
Non	Référence	–
Oui	-0,42 (-0,91 à 0,06)	–
Plus haut niveau de scolarité du répondant		
Secondaire ou niveau inférieur	Référence	–
Postsecondaire	-0,11 (-0,45 à 0,24)	–
Tertile de revenu du ménage		
Faible	Référence	–
Moyen	0,32 (-0,07 à 0,71)	–
Élevé	0,37 (-0,05 à 0,78)	–
Trouble de l'humeur		
Non	Référence	Référence
Oui	-4,54 (-5,25 à -3,83)***	-3,55 (-4,22 à -2,87)***
Trouble d'anxiété		
Non	Référence	Référence
Oui	-3,45 (-4,19 à -2,71)***	-1,10 (-1,81 à -0,38)**
Stress perçu dans la vie		
Pas du tout, pas tellement ou un peu stressant	Référence	Référence
Extrêmement ou assez stressant	-1,53 (-2,01 à -1,04)***	-0,89 (-1,35 à -0,43)***
Catégorie d'IMC		
Poids normal ou insuffisant (< 25,0)	Référence	Référence
Excès de poids (25,0 à 29,9)	0,69 (0,28 à 1,10)**	0,58 (0,16 à 0,99)**
Obésité (≥ 30)	0,33 (-0,13 à 0,79)	0,44 (-0,03 à 0,90)
Maladie chronique majeure		
Non	Référence	–
Oui	0,04 (-0,36 à 0,44)	–
Tabagisme		
Fumeur quotidien	Référence	–
Fumeur occasionnel	0,65 (-0,36 à 1,65)	–
Non-fumeur	0,50 (-0,03 à 1,02)	–
Consommation d'alcool		
Aucune forte consommation épisodique d'alcool au cours de la dernière année	Référence	Référence
Forte consommation épisodique d'alcool au cours de la dernière année	-0,69 (-1,03 à -0,34)***	-0,42 (-0,77 à -0,08)*
Consommation de cannabis		
Non fréquente au cours de la dernière année	Référence	Référence
Fréquente au cours de la dernière année	-1,93 (-2,61 à -1,24)***	-0,84 (-1,49 à -0,19)*
R ² ajusté	–	0,09

Abréviations : ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IMC, indice de masse corporelle; R², coefficient de détermination.

Remarque : Toutes les estimations sont pondérées.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

manifestations d'une santé mentale positive s'observent le plus souvent chez les aînés^{15,18,24}. Nous avons analysé le bien-être psychologique de façon globale, alors que la prise en compte de dimensions particulières du bien-être psychologique fournit des résultats plus nuancés : certaines caractéristiques du bien-être psychologique augmentent avec l'âge (comme la maîtrise de l'environnement), tandis que d'autres diminuent (comme le but dans la vie)²⁵. Les recherches canadiennes à venir pourraient élargir cette étude en explorant différentes dimensions du bien-être psychologique ou en étudiant les corrélats du bien-être psychologique par tranche d'âge (début de l'âge adulte, milieu de l'âge adulte, âge adulte avancé) pour voir si elles évoluent au cours de la vie.

L'état matrimonial a aussi été associé de façon robuste au bien-être psychologique. Une recherche longitudinale a révélé que les six dimensions du bien-être psychologique augmentent globalement chez les personnes mariées pour la première fois, tandis que certaines dimensions diminuent chez les personnes qui sont séparées/divorcées (acceptation de soi et rapports positifs avec les autres) ou veuves (but dans la vie)²⁶. D'autres travaux de recherche longitudinale ont conclu que le fait de commencer à vivre en cohabitation ou de se marier est généralement associé à une augmentation du bonheur²⁷. Les relations amoureuses durables peuvent contribuer à la santé mentale positive de nombreuses façons : par exemple, les partenaires amoureux peuvent être une source d'amitié, de soutien social et de régulation émotionnelle^{28,29}.

Le fait d'avoir un IMC correspondant à un excès de poids mais non à l'obésité a systématiquement été associé à un score accru de bien-être psychologique, ce qui était inattendu, mais n'est pas spécifique à notre étude. Par exemple, une méta-analyse a révélé que la qualité de vie liée à la santé mentale était plus élevée chez les personnes ayant un IMC correspondant à un excès de poids (par rapport au poids normal), en dépit d'une moindre qualité de vie liée à la santé physique³⁰. Les publications concernant l'IMC et la santé mentale en général ne sont pas consistantes et sont nuancées, avec des associations qui peuvent dépendre du sexe, de l'âge, de la stigmatisation ou de la mesure de la santé mentale^{31,32}. Des études sont nécessaires pour déterminer si les adultes avec un IMC correspondant à un excès de poids au

Canada tendent à déclarer un bien-être plus élevé pour d'autres mesures de la santé mentale positive, et si cette tendance varie après stratification pour des facteurs comme le sexe, afin de mieux comprendre la relation observée dans notre étude entre un IMC correspondant à un excès de poids et un score élevé de bien-être psychologique.

Outre ces associations positives, nous avons constaté que les personnes qui avaient fait état d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble d'anxiété avaient généralement un bien-être psychologique plus faible que celles n'ayant pas fait état de ces maladies mentales. Des symptômes comme la tristesse, le désespoir, la fatigue, le manque d'intérêt, les perceptions négatives de soi, l'inquiétude excessive, les troubles du sommeil, l'agitation et la difficulté à se concentrer peuvent rendre le bien-être psychologique plus difficile à ressentir chez les personnes atteintes de troubles intériorisés³³. De fait, les troubles d'anxiété et de l'humeur sont associés à des limitations du fonctionnement et du bien-être^{33,34}. De plus, des scores inférieurs ont été observés pour les six composantes du bien-être psychologique chez les personnes atteintes de dépression (par rapport à celles sans dépression)³⁵ et l'évolution des symptômes dépressifs a prédit les variations du bien-être psychologique (et vice versa) sur une période de 16 ans chez des aînés³⁶. Malgré les associations robustes entre la présence d'un trouble d'anxiété ou de l'humeur et l'atteinte d'un bien-être psychologique dans notre étude, il est important de noter que la variance du bien-être psychologique reste en grande partie inexpliquée. Ces résultats cadrent avec le modèle de double continuum de la santé mentale, selon lequel la santé mentale positive (dont relève le bien-être psychologique) et la maladie mentale sont des concepts connexes mais distincts, qui contribuent chacun à la santé mentale globale^{37,38}.

Les répondants qui ont indiqué que la plupart de leurs journées étaient extrêmement stressantes ou assez stressantes avaient tendance à faire état d'un bien-être psychologique plus faible que ceux qui percevaient moins de stress dans leur vie. L'appréciation cognitive des interactions stressantes fréquentes et intenses avec l'environnement pourrait nuire à certaines composantes du bien-être psychologique, comme le sentiment d'autonomie ou de maîtrise de l'environnement, mais nous n'avons pas vérifié dans quelle mesure ces

répondants croyaient pouvoir composer avec le degré de stress vécu³⁹. Il demeure que cette constatation élargit les connaissances canadiennes sur le lien entre le stress perçu et d'autres dimensions de la santé mentale positive, dont le sentiment d'appartenance à la communauté dans la population adulte générale⁴⁰ et l'auto-évaluation de la santé mentale et de la satisfaction à l'égard de la vie chez les adultes qui ont un trouble d'anxiété ou de l'humeur⁴¹. La promotion continue de la santé mentale positive chez les personnes qui déclarent des degrés élevés de stress ou qui ont des troubles d'anxiété ou de l'humeur pourrait favoriser le bien-être psychologique à l'échelle de la population⁴².

En ce qui a trait à la consommation de substances, une forte consommation épisodique d'alcool et une consommation fréquente de cannabis ont été associées de façon significative à un moindre bien-être psychologique. Des recherches antérieures menées auprès de jeunes au Canada ont révélé que la forte consommation épisodique d'alcool et la consommation fréquente de cannabis étaient plus répandues chez les individus ayant un faible bien-être psychologique et social (et même si l'autonomie présentait une association positive avec la consommation de substances lorsque les caractéristiques sociodémographiques et d'autres dimensions du bien-être étaient pris en compte)¹³. Il est intéressant de noter que notre étude n'a pas établi de lien entre le tabagisme et le bien-être psychologique, alors que des recherches antérieures avaient révélé que le fait de fumer des cigarettes de façon récente était associé à un bien-être psychologique et social plus faible chez les jeunes au Canada¹². Des éléments de preuve variables ont été relevés précédemment en ce qui concerne la relation entre le tabagisme et certaines composantes du bien-être psychologique (notamment le but dans la vie)⁴³. Il faudra mener d'autres recherches pour mieux comprendre la relation entre la consommation de substances et la santé mentale positive, avec comme objectifs d'évaluer les motivations associées à la consommation, d'étudier la consommation de plusieurs substances et l'utilisation d'autres substances non mesurées dans cette enquête, de tenir compte de la dynamique de groupe, de faire la distinction entre l'abstinence et la consommation à faible risque, d'analyser les associations avec d'autres composantes de la santé mentale positive et d'étudier la

fréquence de la forte consommation épisodique d'alcool.

Même si nous avons pu identifier différents corrélats du bien-être psychologique, nous avons observé que certaines variables n'étaient pas associées de façon significative au bien-être psychologique. Par exemple, notre étude, tout comme les analyses de l'ESCC de 2015¹⁸, n'a pas révélé de variation du bien-être psychologique selon le sexe, le niveau de scolarité ou le statut vis-à-vis de l'immigration. Le bien-être psychologique ne différait pas non plus entre les membres de groupes racisés et ceux de groupes non racisés ni entre les personnes qui avaient des enfants à la maison et celles qui n'en avaient pas. Des différences concernant d'autres dimensions de la santé mentale positive ont été rapportées en lien avec ces caractéristiques sociodémographiques chez les adultes au Canada²⁴, ce qui dénote l'importance de surveiller de nombreux indicateurs de la santé mentale positive. L'absence de résultats significatifs pour le revenu du ménage et les maladies chroniques majeures était inattendue. Selon des analyses antérieures de l'ESCC de 2015, la probabilité de bénéficier d'un bien-être psychologique élevé augmentait chez les adultes des trois premiers quintiles de revenu du ménage par rapport aux adultes du quintile le plus bas¹⁸. Différentes particularités des analyses précédentes – dont l'utilisation d'un groupe de référence plus extrême, la taille supérieure de l'échantillon et certaines différences méthodologiques ou analytiques – peuvent expliquer cette absence de concordance des résultats relatifs au revenu du ménage. Des recherches canadiennes antérieures ont révélé que la probabilité d'avoir une santé mentale florissante était réduite chez les adultes ayant des problèmes physiques chroniques (mais pas après ajustement pour diverses caractéristiques sociodémographiques, certains comportements positifs en matière de santé et la douleur chronique)⁴⁴. Des recherches supplémentaires seront nécessaires pour expliquer ce manque d'uniformité dans les résultats.

Points forts et limites

L'un des principaux points forts de cette étude est l'utilisation des données d'une enquête sur la santé de la population, ce qui nous a permis d'analyser un éventail de corrélats possibles du bien-être psychologique chez les adultes vivant dans la collectivité dans les 10 provinces canadiennes.

Pour ce qui est des limites, le bien-être psychologique a de multiples facettes et plusieurs de ses corrélats potentiels n'ont pas été mesurés ou contrôlés (comme la personnalité)⁷, ce qui fait qu'une confusion résiduelle ne peut pas être exclue. Les données autodéclarées sont sujettes à des biais de désirabilité sociale ou de rappel, en particulier pour un contenu sensible comme la consommation de substances⁴⁵. Bien que l'IMC ait été ajusté à l'aide de corrections liées au sexe pour tenir compte des biais de déclaration courants, des erreurs de classification restent possibles en raison des limites de l'IMC dans certaines populations (personnes très musclées, aînés, membres de certains groupes racisés)²¹. Certaines variables explicatives de notre étude (comme l'état matrimonial ou l'appartenance à un groupe racisé) ont été conçues en fonction de catégories larges, ce qui fait que des différences de bien-être psychologique entre ces populations regroupées ont pu passer inaperçues. De plus, il se peut que les conclusions de l'étude ne soient pas généralisables aux personnes exclues de la population cible (dont les personnes vivant en établissement ou dans les réserves et autres établissements autochtones et les membres à temps plein des Forces armées canadiennes) ou exclues des analyses (personnes de moins de 18 ans, femmes ayant déclaré être enceintes, etc.). Enfin, étant donné la nature transversale des données analysées, il est impossible d'établir une causalité ou une direction dans les associations observées.

Conclusion

Selon Ryff⁹, le bien-être psychologique tient au fait que les gens se sentent compétents, autonomes et reliés aux autres, qu'ils acceptent qui ils sont et qu'ils ont l'impression de s'épanouir et d'avoir un but et un sens dans leur vie. Nous avons constaté que la présence d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble d'anxiété, un haut degré de stress perçu dans la vie, une forte consommation épisodique d'alcool ou une consommation fréquente de cannabis étaient uniformément associés à un bien-être psychologique inférieur, tandis qu'un âge plus avancé, le fait d'être marié ou de vivre en union libre et le fait d'avoir un IMC correspondant à un excès de poids ont été uniformément associés à un bien-être psychologique supérieur. Nos résultats font ressortir les facteurs de risque et de protection potentiels du bien-être psychologique et montrent la nécessité de

poursuivre les recherches au sujet des interventions susceptibles d'accroître le bien-être psychologique. Le contexte justifie que l'on s'intéresse à ces questions, dans la mesure où l'on a constaté une baisse de la prévalence d'autres composantes de la santé mentale positive (par exemple une baisse de la proportion d'adultes ayant déclaré une très bonne ou une excellente santé mentale)⁴⁶, la progression de certains facteurs de risque potentiels (dont une hausse des résultats positifs au dépistage du trouble dépressif majeur chez les adultes et une hausse de la proportion d'adultes déclarant une augmentation plutôt qu'une diminution de leur consommation d'alcool et de cannabis)^{47,48} et une hausse des inégalités relatives à la santé mentale positive dans certains groupes (entre les groupes d'adultes plus jeunes et plus âgés)²⁵ pendant la pandémie de COVID-19 au Canada. Il sera important d'explorer la mesure dans laquelle le bien-être psychologique a aussi été touché.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Statistique Canada pour son apport à la conception de l'Enquête, ainsi qu'à la collecte et à la diffusion des données. Nous remercions le personnel du Programme d'accès et de coordination des données (PACD) de l'ASPC pour son aide en ce qui concerne la diffusion des données. Les auteurs remercient Karen C. Roberts (ASPC) et Natalie Gabora (ASPC) d'avoir revu le manuscrit. Enfin, nous remercions toutes les personnes qui ont participé à la composante de réponse rapide sur la santé mentale positive de l'ESCC de 2019.

Conflits d'intérêts

Heather Orpana fait partie des rédacteurs scientifiques adjoints de la revue PSPMC, mais elle s'est retirée du processus d'évaluation de cet article.

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Contribution des auteurs et avis

MV : conception, analyse formelle, méthodologie, administration du projet, visualisation, rédaction de version initiale du manuscrit, relectures et révisions.

ZMC : analyse formelle, méthodologie, validation, relectures et révisions.

MMB : conception, relectures et révisions.

EP : conception, relectures et révisions.

HO : conception, relectures et révisions.

CAC : analyse formelle, méthodologie, validation, relectures et révisions.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Commission de la santé mentale du Canada. *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Calgary (Alb.) : CSMC; 2012. En ligne à : https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/MHStrategy_Strategy_FRE.pdf
2. Organisation mondiale de la Santé. *Plan d'action global pour la santé mentale 2013–2030*. Genève (Suisse) : OMS; 2021. 37 p. En ligne à : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361818/9789240056923-fre.pdf?sequence=1>
3. Barrington-Leigh CP. Trends in conceptions of progress and well-being. Dans : Helliwell JF, Layard R, Sachs JD, De Neve JE, Akinin LB, Wang S, et al, directeurs. *World happiness report 2022*. New York (NY): Sustainable Development Solutions Network; 2022. p. 53-74. En ligne à : <https://worldhappiness.report/ed/2022/trends-in-conceptions-of-progress-and-well-being>
4. VanderWeele TJ, Chen Y, Long K, Kim ES, Trudel-Fitzgerald C, Kubzansky LD. Positive epidemiology? *Epidemiology*. 2020;31(2):189-193. <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000001147>
5. Huta V, Waterman AS. Eudaimonia and its distinction from hedonia: developing a classification and terminology for understanding conceptual and operational definitions. *J Happiness Stud*. 2014;15(6):1425-1456. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9485-0>
6. Selcuk E, Gunaydin G, Ong AD, Almeida DM. Does partner responsiveness predict hedonic and eudaimonic well-being? A 10-year longitudinal study. *J Marriage Fam*. 2016;78(2):311-325. <https://doi.org/10.1111/jomf.12272>
7. Anglim J, Horwood S, Smillie LD, Marrero RJ, Wood JK. Predicting psychological and subjective well-being from personality: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2020;146(4):279-323. <https://doi.org/10.1037/bul0000226>
8. Ryff CD, Boylan JM, Kirsch JA. Eudaimonic and hedonic well-being: an integrative perspective with linkages to sociodemographic factors and health. Dans : Lee MT, Kubzansky LD, VanderWeele TJ, directeurs. *Measuring well-being: interdisciplinary perspectives from the social sciences and the humanities*. New York (NY): Oxford University Press; 2021. p. 92-135. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197512531.003.0005>
9. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 1989;57(6):1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
10. Trudel-Fitzgerald C, Millstein RA, von Hippel C, Howe CJ, Tomasso LP, Wagner GR, et al. Psychological well-being as part of the public health debate? Insight into dimensions, interventions, and policy. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1712. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8029-x>
11. Orpana H, Vachon J, Dykxhoorn J, Jayaraman G. Mesurer la santé mentale positive au Canada : validation des concepts du Continuum de santé mentale – Questionnaire abrégé. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2017; 37(4):133-141. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.4.03f>
12. Capaldi CA, Varin M, Dopko RL. Facteurs déterminants du bien-être psychologique et social chez les jeunes au Canada : étude des associations avec les facteurs sociodémographiques, le contexte psychosocial et la consommation de substances. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2021;41(2):41-50. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.2.02f>
13. Enns A, Orpana H. Autonomie, compétence et appartenance sociale et consommation de cannabis et d'alcool chez les jeunes au Canada : une analyse transversale. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2020;40(5-6):224-234. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.5/6.09f>
14. Orpana H, Vachon J, Dykxhoorn J, McRae L, Jayaraman G. Surveillance de la santé mentale positive et de ses facteurs déterminants au Canada : élaboration d'un cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2016;36(1):1-11. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.36.1.01f>
15. Agence de la santé publique du Canada, Centre de surveillance et de recherche appliquée. *Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2022 [modification le 21 mars 2023; consultation le 5 juin 2023]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale-positive/>
16. Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC)* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2019 [consultation le 5 juin 2023]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&id=1208978
17. Keyes CL. Overview of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF). *ResearchGate* [Internet]. 2018 [consultation le 28 mars 2023]. En ligne à : <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.24204.62088>
18. Varin M, Palladino E, Lary T, Baker M. Mise à jour sur la santé mentale positive chez les adultes au Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2020;40(3):96-101. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.3.04f>

19. Agence de la santé publique du Canada, Centre de surveillance et de recherche appliquée. Cadre d'indicateurs de surveillance du suicide [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2019 [modification le 6 octobre 2021; consultation le 16 janvier 2023]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/ciss/>
20. Connor Gorber S, Shields M, Tremblay MS, McDowell I. La possibilité d'établir des facteurs de correction applicables aux estimations autodéclarées de l'obésité. *Rapports sur la santé*. 2008;19(3):75-87.
21. Santé Canada. Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2003. N° catalogue : H49-179/2003F. En ligne à : <https://publications.gc.ca/collections/Collection/H49-179-2003F.pdf>
22. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada [brochure] [Internet]. Ottawa (Ont.) : CCDUS; 2018 [consultation le 5 janvier 2023]. En ligne à : <https://www.ccsa.ca/fr/directives-de-consommation-dalcool-faible-risque-du-canada-brochure>
23. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2019 [consultation le 5 janvier 2023]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/ressources/recommandations-usage-cannabis-moindre-risque.html>
24. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Inégalités dans la santé mentale chez les adultes avant et pendant la pandémie de COVID-19 : résumé [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2022 [modification le 31 octobre 2022; consultation le 27 février 2023]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/inegalites-sante-mentale/resume.html>
25. Yeung DY. Aging and psychological well-being. Dans : Pachana NA, directeur. *Encyclopedia of geropsychology*. Singapore (SG): Springer; 2017. p. 196-201. https://doi.org/10.1007/978-981-287-082-7_139
26. Marks NF, Lambert JD. Marital status continuity and change among young and midlife adults: longitudinal effects on psychological well-being. *J Fam Issues*. 1998;19(6):652-686. <https://doi.org/10.1177/019251398019006001>
27. Blekesaune M. Is cohabitation as good as marriage for people's subjective well-being? Longitudinal evidence on happiness and life satisfaction in the British Household Panel Survey. *J Happiness Stud*. 2018;19:505-520. <https://doi.org/10.1007/s10902-016-9834-x>
28. Andersen LM, Rasmussen AN, Reavley NJ, Bøggild H, Overgaard C. The social route to mental health: a systematic review and synthesis of theories linking social relationships to mental health to inform interventions. *SSM Ment Health*. 2021;1:100042. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2021.100042>
29. Grover S, Helliwell JF. How's life at home? New evidence on marriage and the set point for happiness. *J Happiness Stud*. 2019;20:373-390. <https://doi.org/10.1007/s10902-017-9941-3>
30. Ul-Haq Z, Mackay DF, Fenwick E, Pell JP. Meta-analysis of the association between body mass index and health-related quality of life among adults, assessed by the SF-36. *Obesity (Silver Spring)*. 2013;21(3):E322-327. <https://doi.org/10.1002/oby.20107>
31. McLaren L, Beck CA, Patten SB, Fick GH, Adair CE. The relationship between body mass index and mental health. A population-based study of the effects of the definition of mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43(1):63-71. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0269-x>
32. Emmer C, Bosnjak M, Mata J. The association between weight stigma and mental health: a meta-analysis. *Obes Rev*. 2020;21(1):e12935. <https://doi.org/10.1111/obr.12935>
33. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition, texte révisé (DSM-5-TR) [Internet]. Issy-les-Moulineaux (France) : Elsevier Masson; 2023 [consultation le 27 février 2023]. En ligne à : <https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-tr-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-texte-revise-9782294781353.html>
34. Gilmour H. Santé mentale positive et maladie mentale. *Rapports sur la santé*. 2014;25(9):3-10.
35. Edmondson OJ, MacLeod AK. Psychological well-being and anticipated positive personal events: their relationship to depression. *Clin Psychol Psychother*. 2015;22(5):418-425. <https://doi.org/10.1002/cpp.1911>
36. Joshanloo M, Blasco-Belled A. Reciprocal associations between depressive symptoms, life satisfaction, and eudaimonic well-being in older adults over a 16-year period. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3):2374. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032374>
37. Keyes C. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(3):539-548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
38. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Measuring Population Mental Health*. Paris (FR): OECD Publishing; 2023. <https://doi.org/10.1787/5171eef8-en>
39. Biggs A, Brough P, Drummond S, Lazarus and Folkman's Psychological Stress and Coping Theory. Dans : Cooper CL, Quick JC, directeurs. *The handbook of stress and health*. Toronto (ON): Wiley; 2017. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch21>
40. Kitchen P, Williams A, Chowhan J. Sense of community belonging and health in Canada: a regional analysis. *Soc Indic Res*. 2012;107:103-126. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9830-9>
41. Orpana H, Vachon J, Pearson C, Elliott K, Smith M, Branchard B. Corrélats du bien-être chez les Canadiens présentant des troubles de l'humeur ou d'anxiété. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2016;36(12):336-348. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.36.12.04f>

-
42. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Promotion de la santé mentale positive : Pourquoi la promotion de la santé mentale positive est-elle importante? [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2022 [consultation le 19 mai 2023]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante-mentale-positive.html#a3>
 43. Kim ES, Delaney SW, Kubzansky LD. Sense of purpose in life and cardiovascular disease: underlying mechanisms and future directions. *Curr Cardiol Rep.* 2019;21(11):135. <https://doi.org/10.1007/s11886-019-1222-9>
 44. Gilmour H. Douleur chronique, limitation des activités et santé mentale florissante. *Rapports sur la santé.* 2015;26(1):16-24.
 45. Tourangeau R, Yan T. Sensitive questions in surveys. *Psychol Bull.* 2007; 133(5):859-883. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.5.859>
 46. Capaldi CA, Liu L, Dopko RL. Santé mentale positive et changement perçu de la santé mentale chez les adultes au Canada pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2021; 41(11):394-414. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.05f>
 47. Shields M, Tonmyr L, Gonzalez A, Weeks M, Park SB, Robert AM, et al. Symptômes du trouble dépressif majeur pendant la pandémie de COVID-19 : résultats obtenus à partir d'un échantillon représentatif de la population canadienne. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2021;41(11):374-393. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.04f>
 48. Varin M, Hill MacEachern K, Hussain N, Baker MM. Mesurer les changements autodéclarés relatifs à la consommation d'alcool et de cannabis au cours de la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 au Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2021;41(11):357-363. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.02f>