



information



formation



recherche



coopération
internationale

AVIS SCIENTIFIQUE SUR LES INTERVENTIONS
EFFICACES EN PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE
ET EN PRÉVENTION DES TROUBLES MENTAUX

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

AVIS SCIENTIFIQUE SUR LES INTERVENTIONS
EFFICACES EN PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE
ET EN PRÉVENTION DES TROUBLES MENTAUX

DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS

MAI 2008

AUTEURES

Nicole Desjardins, Institut national de santé publique du Québec
Geneviève D'Amours, Direction de la santé publique de l'Outaouais
Julie Poissant, Institut national de santé publique du Québec
Sylvianne Manseau, Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Anne Foro, Université de Montréal
Daniel Beauregard, Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION SCIENTIFIQUE DE

Johanne Laverdure, Institut national de santé publique du Québec

MEMBRES DU COMITÉ AVISEUR

Luc Blanchet, Hôpital Jean-Talon
Louise Fournier, Institut national de santé publique du Québec
Claire F. Gagné, Direction de la santé publique de Montréal
Marthe Hamel, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Marie Julien, Direction de la santé publique de la Montérégie
Brian Mishara, Université du Québec à Montréal
Caroline De Pokomandy Morin, Ministère de la Santé et des Services sociaux

ET LES CONSEILS DE

Nicole April, Institut national de santé publique du Québec
Lyne Arcand, Institut national de santé publique du Québec
Chantale Audet, Institut national de santé publique du Québec
Noël-André Delisle, Direction de la santé publique de la Montérégie
Marthe Deschesnes, Institut national de santé publique du Québec
Jasline Flores, Institut national de santé publique du Québec
Louise Guyon, Institut national de santé publique du Québec
Ginette Lafontaine, Direction de la santé publique de la Montérégie
Serge Moisan, Direction de la santé publique de la Montérégie
Réal Morin, Institut national de santé publique du Québec
Christine Pakenham, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Marie-Claude Roberge, Institut national de santé publique du Québec
Guy Thibault, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
Christian Viens, Direction de la santé publique de la Montérégie

MISE EN PAGE ET RELECTURE

Isabelle Gignac, Claire Goulet, Marie-France Lepage et Marie-Josée Allie

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

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2008
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-53267-5 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-53268-2 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2008)

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|------------|
| LISTE DES TABLEAUX | III |
| LISTE DES FIGURES | V |
| INTRODUCTION | 1 |
| 1 LIMITES DE L'AVIS | 3 |
| 2 POURQUOI INVESTIR EN PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET EN PRÉVENTION DES TROUBLES MENTAUX? | 5 |
| 2.1 Fardeau et coûts reliés aux troubles mentaux | 5 |
| 3 DÉFINITION DES PRINCIPALES NOTIONS UTILISÉES DANS L'AVIS | 9 |
| 3.1 Santé mentale..... | 9 |
| 3.2 Problèmes de santé mentale et troubles mentaux..... | 10 |
| 3.3 Promotion de la santé mentale et prévention des troubles mentaux | 10 |
| 4 MÉTHODOLOGIE | 13 |
| 4.1 Choix du modèle et des mesures | 13 |
| 4.1.1 Recherche documentaire..... | 13 |
| 4.1.2 Critères de choix du modèle | 13 |
| 4.1.3 Démarches pour le choix des mesures..... | 14 |
| 4.2 Évaluation de la pertinence et de l'efficacité des mesures | 14 |
| 4.2.1 Recherche documentaire..... | 14 |
| 4.2.2 Critères pour définir la pertinence..... | 14 |
| 4.2.3 Critères pour définir l'efficacité..... | 15 |
| 5 MODÈLE CONCEPTUEL | 19 |
| 5.1 Choix d'un modèle | 19 |
| 5.2 Modèle conceptuel adopté..... | 22 |
| 6 MESURES ET RECOMMANDATIONS POUR LES ENFANTS ÂGÉS ENTRE 0 ET 5 ANS ET LEUR FAMILLE | 27 |
| 6.1 Mesures retenues | 27 |
| 6.1.1 Interventions nutritionnelles pour les enfants vulnérables | 29 |
| 6.1.2 Politiques publiques et mesures de conciliation travail-famille | 31 |
| 6.1.3 Programmes de visites à domicile pour les familles vulnérables..... | 33 |
| 6.1.4 Programmes de formation aux habiletés parentales en groupe | 37 |
| 6.1.5 Interventions préscolaires pour les familles vulnérables..... | 39 |
| 6.1.6 Dépistage systématique de la dépression pré- et postnatale combiné à une intervention | 41 |
| 6.1.7 Interventions brèves pour prévenir l'abus de substances..... | 43 |
| 6.2 Recommandations..... | 45 |
| 6.2.1 Mesures à consolider dans l'offre nationale de services en santé publique..... | 46 |
| 6.2.2 Mesures nécessitant des travaux d'adaptation, de développement ou de recherche | 48 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 7 | MESURES ET RECOMMANDATIONS POUR LES JEUNES ÂGÉS ENTRE 6 ET 17 ANS | 49 |
| 7.1 | Mesures retenues..... | 50 |
| 7.1.1 | Approches Écoles promotrices de santé (<i>Health Promoting School</i>)..... | 51 |
| 7.1.2 | Programmes de promotion de la santé mentale en milieu scolaire..... | 53 |
| 7.1.3 | Interventions pour améliorer l'environnement scolaire..... | 57 |
| 7.1.4 | Programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents de jeunes présentant des problèmes de comportement..... | 61 |
| 7.1.5 | Interventions pour prévenir la violence..... | 63 |
| 7.1.6 | Interventions pour prévenir l'abus de substances..... | 69 |
| 7.1.7 | Interventions auprès des jeunes à risque de dépression et d'anxiété..... | 71 |
| 7.1.8 | Interventions pour les jeunes de parents séparés..... | 75 |
| 7.1.9 | Interventions pour les jeunes endeuillés..... | 77 |
| 7.1.10 | Interventions pour les jeunes de parent atteint d'un trouble mental..... | 79 |
| 7.2 | Recommandations..... | 81 |
| 7.2.1 | Mesures à consolider dans l'offre nationale de services en santé publique..... | 81 |
| 7.2.2 | Mesures nécessitant des travaux d'adaptation, de développement ou de recherche..... | 84 |
| 8 | MESURES ET RECOMMANDATIONS POUR LES JEUNES ADULTES ET LES ADULTES | 87 |
| 8.1 | Mesures retenues..... | 87 |
| 8.1.1 | Interventions pour améliorer la littératie en santé mentale..... | 89 |
| 8.1.2 | Interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux en milieu de travail..... | 93 |
| 8.1.3 | Interventions de soutien aux aidants naturels..... | 97 |
| 8.1.4 | Interventions de soutien au développement des communautés..... | 101 |
| 8.1.5 | Interventions de promotion de la pratique d'activités physiques..... | 105 |
| 8.1.6 | Dépistage et interventions visant à prévenir la violence conjugale..... | 109 |
| 8.1.7 | Dépistage systématique de la dépression et interventions auprès des adultes..... | 111 |
| 8.2 | Recommandations..... | 113 |
| 8.2.1 | Mesures à consolider dans l'offre nationale de services en santé publique..... | 113 |
| 8.2.2 | Mesures nécessitant des travaux d'adaptation, de développement ou de recherche pour les adultes..... | 117 |
| | CONCLUSION | 119 |
| | RÉFÉRENCES | 121 |
| | ANNEXE 1 DOCUMENTS CLÉS | 139 |
| | ANNEXE 2 STRATÉGIES DE LA CHARTE D'OTTAWA | 143 |
| | ANNEXE 3 NIVEAUX DE PREUVES | 147 |

LISTE DES TABLEAUX

| | | |
|------------|--|-----|
| Tableau 1 | Données sur l'ampleur des problèmes et troubles mentaux au Canada et au Québec | 6 |
| Tableau 2 | Échelle du niveau de preuves..... | 17 |
| Tableau 3 | Échelle d'opinion sur les preuves | 17 |
| Tableau 4 | Analyse des principaux éléments de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles mentaux..... | 20 |
| Tableau 5 | Définition des catégories de facteurs..... | 25 |
| Tableau 6 | Mesures à consolider dans l'offre nationale de services en santé publique pour les enfants âgés entre 0 et 5 ans..... | 46 |
| Tableau 7 | Mesures nécessitant des travaux d'adaptation, de développement ou de recherche pour les enfants âgés entre 0 et 5 ans..... | 48 |
| Tableau 8 | Mesures à consolider dans l'offre nationale de services en santé publique pour les jeunes âgés entre 6 et 17 ans..... | 81 |
| Tableau 9 | Mesures nécessitant des travaux d'adaptation, de développement ou de recherche pour les jeunes âgés entre 6 et 17 ans..... | 84 |
| Tableau 10 | Mesures à consolider dans l'offre nationale de services en santé publique pour les adultes..... | 113 |
| Tableau 11 | Mesures nécessitant des travaux d'adaptation, de développement ou de recherche pour les adultes..... | 117 |

LISTE DES FIGURES

| | | |
|----------|---|----|
| Figure 1 | Formule d'Albee | 19 |
| Figure 2 | Formule de MacDonald et O'Hara (1998) | 20 |
| Figure 3 | Nouvelle formule adoptée | 22 |
| Figure 4 | Modèle conceptuel | 23 |

INTRODUCTION

L'Institut national de santé publique du Québec a reçu du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) le mandat de produire un avis scientifique sur les interventions à privilégier en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. Cette demande fait suite aux recommandations émises par plusieurs partenaires lors de la consultation portant sur le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, la force des liens* (en 2005)¹ du MSSS et au constat de revoir le Programme national de santé publique en matière de santé mentale. Ces recommandations concernaient l'importance d'ajouter des éléments de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux. Le Ministère s'est montré sensible à ces préoccupations visant à assurer un meilleur équilibre entre les mesures de promotion et de prévention et celles reliées à l'orientation des services pour les personnes présentant des troubles mentaux. Plus précisément, le mandat reçu du MSSS comportait trois objectifs :

- choisir et présenter un modèle conceptuel pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux;
- effectuer une recension des écrits scientifiques sur les mesures efficaces;
- élaborer des recommandations sur les mesures à privilégier au Québec en matière de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux.

Un comité scientifique, composé de sept membres reconnus pour leur expertise en santé mentale au Québec, a été formé pour accompagner l'élaboration de l'avis. Ces membres sont issus de différentes institutions telles que : centre hospitalier, milieu universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux, directions de santé publique et Institut national de santé publique du Québec. Au cours de la réalisation du mandat, les membres se sont rencontrés une dizaine de fois et plusieurs tâches leurs ont été confiées, par exemple :

1. soutenir la recherche d'information en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux;
2. valider les définitions de santé mentale, de problèmes de santé mentale et de troubles mentaux, de promotion et de prévention en santé mentale;
3. commenter le modèle conceptuel choisi;
4. commenter les mesures retenues selon les groupes d'âge.

Le présent document comporte sept sections. La première informe le lecteur sur les limites de l'avis. La deuxième traite de la pertinence d'investir en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux et expose brièvement le lourd fardeau que les problèmes de santé mentale et les troubles mentaux représentent pour notre société. La troisième définit les principales notions utilisées dans le présent avis. Elle expose notamment la définition de la santé mentale, des troubles mentaux ainsi que les notions de promotion et de prévention. La quatrième présente la méthodologie utilisée pour le choix du modèle conceptuel et la réalisation de la recension et clarifie la notion de mesures efficaces. La cinquième rend compte du modèle conceptuel adopté pour appuyer le choix

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005.

des différentes mesures de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux. La sixième identifie les mesures efficaces par groupe d'âge pour les enfants (entre 0 et 5 ans), les jeunes (entre 6 et 17 ans) et les adultes (entre 18 et 65 ans) et énonce des recommandations pour chacun d'eux. Enfin, la conclusion fait ressortir à grands traits les principaux constats de ces travaux.

1 LIMITES DE L'AVIS

Traiter de santé mentale et de troubles mentaux, tel que défini par le mandat initial, suppose de couvrir l'ensemble de la population, des problématiques et, par conséquent, des mesures. À des fins d'efficacité, des ententes visant à baliser les travaux ont été prises dès le départ avec le MSSS.

Mentionnons d'entrée de jeu que le suicide ne sera pas traité dans le présent avis. Comme le suicide constitue un problème important au Québec, cette problématique a déjà fait l'objet de plusieurs documents d'orientation au Québec. *La Stratégie d'action face au suicide* (1998) présente entre autres les principales mesures, incluant celles en prévention, à mettre en place au Québec. Aussi, l'INSPQ (2004) a publié un avis scientifique concernant la prévention du suicide auprès des jeunes. Enfin, l'action face au suicide est également inscrite dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens* du MSSS.

Par ailleurs, puisqu'un chantier portant sur la santé des personnes âgées était prévu à brève échéance, il a été convenu avec les autorités ministérielles que l'avis ne traiterait que des mesures spécifiques à trois groupes d'âge : les enfants, les jeunes et les adultes incluant les jeunes adultes.

En ce qui concerne les troubles mentaux, il a été convenu de ne traiter uniquement que des troubles dépressifs et anxieux ainsi que des problèmes qui leur sont le plus souvent associés, soit l'abus de substances et les problèmes de comportement des enfants et des jeunes. Ces troubles et ces problèmes sont ceux qui touchent le plus grand nombre de personnes et qui, selon l'état actuel des connaissances, peuvent être prévenus.

Enfin, en ce qui a trait aux mesures retenues, il faut savoir que ce sont celles qui ont été identifiées dans le cadre de la méthodologie adoptée pour la production de l'avis et dont la mise en œuvre se trouve soit sous la responsabilité directe du MSSS, soit sous la responsabilité conjointe du MSSS et d'un autre ministère. Pour cette raison, certaines mesures telles que les mesures d'employabilité, de soutien lors de la perte d'emploi ou encore du soutien aux nouveaux immigrants n'ont pas été retenues. Aussi, bien que nous reconnaissons l'apport important de l'action sur les déterminants sociaux en promotion et prévention, certaines mesures, dont la lutte à la pauvreté, n'ont pu être traitées dans le cadre de l'avis. Ces mesures nécessitant une analyse intersectorielle importante pourraient faire l'objet d'un avis subséquent.

Pour terminer, il est important de préciser que les recommandations fournies par l'INSPQ ne visent pas à mettre de l'avant une mesure ou une autre, mais plutôt à fournir de l'information qui permettra aux décideurs d'effectuer des choix pertinents en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux, selon leurs propres critères de priorité.

2 POURQUOI INVESTIR EN PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET EN PRÉVENTION DES TROUBLES MENTAUX?

Il existe maintenant un consensus selon lequel la santé mentale d'une population est non seulement essentielle à sa santé globale, mais aussi à son développement économique, social et humain. Toutefois, au cours des dernières années, malgré les coûts importants des interventions curatives liées aux troubles mentaux ainsi qu'aux problèmes de santé physique qui leur sont de plus en plus associés, l'incidence des troubles mentaux n'a cessé d'augmenter. Pour contrer ce phénomène, avant qu'il ne prenne l'allure d'une épidémie, les experts dans le domaine s'entendent sur la nécessité d'un investissement majeur en amont, soit en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux².

2.1 FARDEAU ET COÛTS RELIÉS AUX TROUBLES MENTAUX

Toutes les enquêtes épidémiologiques menées au Québec, au Canada ou ailleurs dans le monde confirment l'accroissement des problèmes de santé mentale et concluent que les troubles mentaux sont une cause majeure d'invalidité. L'Organisation mondiale de la santé anticipe qu'en 2020 le fardeau global des troubles mentaux représentera 15 % de la charge de l'ensemble des maladies et que la dépression deviendra la principale cause d'invalidité³. Au Canada, en 1998, cette charge était déjà évaluée à 23 %⁴ de l'ensemble des maladies. Les données présentées au tableau 1 illustrent cette ampleur.

D'autre part, un nombre croissant d'études scientifiques montrent qu'il existe une étroite relation entre les troubles mentaux et les problèmes de santé physique. On reconnaît d'ailleurs, de plus en plus, le lien entre la dépression et le risque de maladie cardiaque⁵. Deux méta-analyses récentes⁶ ont permis de constater, d'une part, qu'entre trois mois et deux ans après une dépression, le risque de mortalité cardiaque double et, d'autre part, que la dépression augmente de 50 % le risque de maladie coronarienne chez des patients qui présentaient antérieurement une bonne santé cardiovasculaire. Les maladies mentales ont aussi un impact sur les habitudes de vie des personnes : tabagisme, sédentarité, troubles du comportement alimentaire, pratiques sexuelles à risque, alcoolisme⁷. La coexistence de la maladie physique et de la maladie mentale aggrave le pronostic et entraîne des répercussions importantes au niveau du rétablissement des personnes affectées, sur le fardeau de ceux qui les soutiennent et sur les coûts qui leur sont reliés.

2. Moodie et Jenkins, 2005.

3. Conseil médical du Québec, 2001; World Health Organization, 2000.

4. Conseil médical du Québec, 2001.

5. Frasure-Smith et coll., 1995; Hemingway et Marmot, 1999.

6. Barth et Schumacher, 2004.

7. World Health Organization, 2001.

Tableau 1 Données sur l'ampleur des problèmes et troubles mentaux au Canada et au Québec⁸

| |
|---|
| <p>Au Canada⁹ :</p> <ul style="list-style-type: none">• Un Canadien sur dix signale des symptômes correspondant à un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux, ou à une dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites;• Un Canadien sur vingt répond aux critères d'un trouble de l'humeur correspondant à une dépression majeure ou à un trouble bipolaire;• Un Canadien sur vingt répond aux critères d'un trouble anxieux correspondant à un trouble panique, à une agoraphobie ou à une phobie sociale. |
| <p>Au Québec</p> <ul style="list-style-type: none">• Près de 8 % de la population québécoise âgée de 12 ans et plus a vécu un épisode dépressif majeur au cours d'une période de douze mois¹⁰;• Environ 3 % des Québécois présentent des idées suicidaires sérieuses¹¹;• Environ 1 300 personnes décèdent par suicide chaque année au Québec. La mortalité par suicide est trois à quatre fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Durant la période de 2000 à 2002, le Québec a affiché le plus haut taux de suicide au Canada;• Environ 28 % de la population québécoise de 15 ans et plus éprouve un stress quotidien élevé et 14,4 % de la population de 12 ans et plus n'a pas un niveau élevé de soutien social. |
| <p>Toutefois¹²</p> <ul style="list-style-type: none">• Seulement 40 % des Canadiens, ayant rapporté des troubles de santé mentale, ont déclaré recourir à des services de santé pour leur santé mentale;• Seulement 10 % des Canadiens ont eu recours à des services pour leur santé mentale au cours d'une année. |

8. Ces données ne sont pas exhaustives; elles sont présentées à titre illustratif. De plus, la majorité de ces résultats reposent sur les données des douze derniers mois précédant l'enquête.

9. Statistique Canada, 2004a.

10. Agence de santé publique du Canada, 2002.

11. Institut national de santé publique du Québec et coll., 2006.

12. Statistique Canada, 1994.

La santé mentale coûte effectivement très cher au réseau de la santé. Récemment, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)¹³ mettait en évidence le fait que 30 % de tous les séjours dans les hôpitaux en 2003-2004 étaient associés à un diagnostic primaire ou secondaire de maladie mentale. Il soulignait également que plus de 37 % des patients, ayant reçu un congé d'un hôpital avec un diagnostic de maladie mentale, étaient réadmis dans l'année suivant leur sortie. Selon le rapport publié par Santé Canada¹⁴ sur le fardeau économique de la maladie, les coûts annuels directs et indirects associés aux troubles mentaux étaient déjà évalués à plus de huit milliards de dollars en 1998. Selon le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, la perte de productivité liée aux troubles mentaux se chiffrait maintenant à 33 milliards de dollars¹⁵.

Ces quelques données n'illustrent qu'une infime partie du fardeau économique associé aux troubles mentaux puisque les coûts qu'elles présentent ne comptabilisent pas, entre autres, les pertes occasionnées par les consultations tardives ou même l'absence de consultation qui, toutes deux, sont souvent reliées au stigma de la santé mentale et à l'aggravation de la sévérité et de la durée des troubles mentaux. Elles ne tiennent pas compte des pertes en productivité qui équivalent, selon Santé Canada (2003)¹⁶, à près de 14 % des bénéfices annuels nets des sociétés canadiennes, soit 16 milliards de dollars par an sans compter les coûts d'embauche, la formation des remplaçants, les heures additionnelles et la baisse de productivité des personnes restant en poste. Enfin, elles n'incluent pas les coûts reliés aux soins des comorbidités.

13. Institut canadien d'information sur la santé, 2007.

14. Santé Canada, 1998.

15. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, 2006.

16. Santé Canada : www.hc-sc.gc.ca.

3 DÉFINITION DES PRINCIPALES NOTIONS UTILISÉES DANS L'AVIS

3.1 SANTÉ MENTALE

En 1989, le Comité de la santé mentale du Québec¹⁷ adoptait une définition positive de la santé mentale qui rallie encore la majorité des experts locaux et nationaux :

La santé mentale définie brièvement comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants : par le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres : des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et des facteurs contextuels qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne.

La santé mentale est liée tant aux valeurs collectives dominantes dans un milieu donné qu'aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. Toute condition qui nuit à l'adaptation réciproque entre la personne et son milieu, par exemple la pauvreté, la pollution ou la discrimination, constitue un obstacle à la santé mentale. A l'inverse toute condition qui facilite cette adaptation réciproque, telle la distribution équitable de la richesse collective, l'accès à une éducation de qualité ou à un environnement sain, favorise et soutient la santé mentale. Dans cette perspective, la santé mentale peut également être considérée comme une ressource collective, à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes considérées individuellement.

Cette définition reconnaît que la santé mentale n'est pas seulement l'absence de maladie. De plus, elle tient compte à la fois des déterminants individuels, des conditions et des processus sociaux ainsi que de l'espace temporel dans lequel l'individu évolue. Cette conception multifactorielle de la santé mentale est reprise dans la plupart des définitions plus récentes relevées dans la littérature dont celles de l'Organisation mondiale de la santé¹⁸. Elle fait aussi écho au concept de santé d'O'Neill (2006)¹⁹ qui adopte une définition positive et élargie de la santé et propose une intégration des dimensions mentale et physique.

17. CSMQ, 1993 cité dans Blanchet et coll., 1993b.

18. World Health Organization, 2004.

19. O'Neill et coll., 2006.

3.2 PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET TROUBLES MENTAUX

Les problèmes de santé mentale se rapportent spécifiquement aux symptômes d'ordre mental et social qui engendrent des perturbations et nuisent au fonctionnement personnel. Ils peuvent comporter les mêmes symptômes que les troubles mentaux, mais avec une sévérité et une durée de moindre importance²⁰.

Les troubles mentaux sont caractérisés par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois), cliniquement reconnaissables et associées dans la plupart des cas à une importante détresse et à une interférence significative du fonctionnement personnel et social²¹.

Deux classifications des troubles mentaux sont actuellement reconnues et utilisées par les milieux de la recherche et de la clinique. L'Organisation mondiale de la santé a colligé, dans sa classification internationale des maladies (CIM-10), la description des diverses maladies mentales et l'Association psychiatrique américaine a produit le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV). Ces classifications, qui font consensus au niveau international, permettent aux médecins et aux autres professionnels de parler des mêmes réalités, d'échanger et de faire de la recherche sur des entités bien définies, facilitant ainsi l'évolution des connaissances. Le diagnostic des troubles mentaux tient compte du type de symptômes (émotionnels, comportementaux, cognitifs ou somatiques) de même que de leur fréquence, de leur intensité et de leur durée.

3.3 PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET PRÉVENTION DES TROUBLES MENTAUX

La **promotion de la santé mentale** réfère aux mesures qui permettent de maximiser la santé mentale et le bien-être des individus et des collectivités. Elle cible l'ensemble de la population et centre son action sur les déterminants de la santé mentale qui contribuent à accroître le pouvoir d'agir et les capacités d'adaptation des communautés ainsi que celles des individus²². La promotion de la santé mentale renvoie donc à la mise en place de conditions individuelles, sociales et environnementales qui soutiennent le développement d'une santé mentale optimale²³. Comme la promotion de la santé mentale vise l'ensemble de la population, son action peut aussi bien cibler les personnes atteintes de troubles mentaux que celles dont la santé mentale n'est pas menacée. Toutefois, les mesures de promotion de la santé auprès de ces populations particulières (ex. : les programmes d'employabilité pour les personnes souffrant de troubles mentaux) ne font pas l'objet du présent avis.

20. World Health Organization, 2005a.

21. World Health Organization, 2005.

22. Wood et Wise, 1997 cité dans Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000; Herman et Jané-Llopis, 2005.

23. Hosman et Jané-Llopis, 1999 cité dans World Health Organization, 2004a.

La **prévention des troubles mentaux**, pour sa part, vise à réduire l'incidence de la maladie en agissant sur les facteurs de risque qui menacent la santé mentale des individus avant l'apparition des problèmes²⁴. Elle englobe les actions sur les facteurs de risque associés aux troubles mentaux et aux conditions pathogènes, mais également celles s'adressant à des groupes de personnes à risque de développer des problèmes de santé mentale²⁵. Les mesures universelles en prévention touchent l'ensemble de la population indépendamment des facteurs de vulnérabilité alors que les mesures sélectives visent les individus ou les sous-groupes qui sont plus à risque de développer des troubles mentaux en raison de leurs caractéristiques personnelles ou de facteurs familiaux, sociaux ou environnementaux. Les mesures indiquées ciblent, pour leur part, les individus à risque, présentant des signes ou des symptômes détectables qui les prédisposent à des troubles mentaux sans toutefois rencontrer les critères diagnostiques.

La promotion et la prévention en matière de santé mentale se distinguent par leur but respectif bien que certaines de leurs activités soient interreliées. La promotion de la santé mentale constitue généralement une approche globale à l'intérieur de laquelle s'inscrivent les activités de prévention des troubles mentaux²⁶.

L'amélioration de la santé mentale de la population nécessite parfois de mettre en place des mesures d'identification de cas et de dépistage. Ces mesures, si elles conduisent à un diagnostic, permettent d'intervenir précocement afin de prévenir les complications ou la détérioration de la condition. Le **dépistage** vise à identifier les personnes asymptomatiques dans une population ciblée qui sont aux premiers stades de la maladie²⁷. Il peut se faire de manière systématique, lors d'examen de routine annuel ou de façon opportuniste. L'efficacité du dépistage dépend toutefois de la disponibilité d'outils valides, de l'utilisation adéquate de ces outils et de la capacité des services de première ligne de répondre à une demande accrue d'évaluation diagnostique et de traitement. Les mesures **d'identification de cas** ciblent, quant à elles, les individus jugés à risque par les cliniciens en raison de la présence de plusieurs facteurs de risque²⁸.

24. Blanchet et coll., 1993a; World Health Organization, 2004a.

25. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989.

26. Lehtinen, Riikonen and Lahtinen, 1997 cité dans Herman et Jané-Llopis, 2005.

27. Shah, 2003.

28. Shah, 2003.

4 MÉTHODOLOGIE

La méthodologie présente les démarches et les étapes ayant conduit au choix du modèle et à l'identification des mesures ainsi que celles entourant l'évaluation de la pertinence et de l'efficacité des mesures.

4.1 CHOIX DU MODÈLE ET DES MESURES

4.1.1 Recherche documentaire

À partir d'outils de recherche Internet (ex. : *Google Scholar*), des bases de données *PubMed* et *PsychInfo* et de suggestions des membres du comité scientifique, une première recherche documentaire a été effectuée en fonction des deux objectifs suivants :

- choisir un modèle conceptuel qui offre un cadre pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux;
- identifier des mesures d'intervention reconnues efficaces.

Une quarantaine d'ouvrages ont été sélectionnés en tenant compte des critères suivants :

- 1) être en lien direct avec au moins un des deux objectifs;
- 2) avoir été publiés par une instance gouvernementale, un organisme international ou une équipe de chercheurs travaillant au sein d'établissements reconnus;
- 3) avoir été publiés en français ou en anglais;
- 4) avoir été publiés après 1997.

Ces documents ont ensuite été analysés afin d'en évaluer la qualité scientifique et plus particulièrement la qualité de la méthodologie. Au total, seize ouvrages ont été jugés pertinents. Parmi ceux-ci, six présentaient un modèle conceptuel et seize faisaient état de mesures à retenir pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux. La liste de ces ouvrages clés se trouve à l'annexe 1.

4.1.2 Critères de choix du modèle

Le modèle conceptuel recherché devait permettre :

- 1) d'intégrer les éléments essentiels de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles mentaux;
- 2) d'identifier les mesures efficaces;
- 3) de juger de leur pertinence sur le plan théorique.

Parmi les différents modèles examinés dans les sept ouvrages retenus, ceux de MacDonald et O'Hara (1998) et d'Albee et Finn (1993) se sont imposés.

4.1.3 Démarches pour le choix des mesures

Toutes les mesures²⁹ identifiées dans les ouvrages clés ont été extraites et compilées dans une banque de données par une stagiaire en médecine sociale et préventive préalablement formée par une des auteures.

Plusieurs informations ont été colligées :

- nom de la mesure;
- description de la mesure;
- type(s) d'évaluation(s) réalisée(s);
- résultats obtenus;
- sources de la mesure;
- programmes liés à la mesure.

Une fois la cueillette des différentes mesures terminée, certaines ont été éliminées si elles n'avaient pas été reprises par d'autres auteurs et certaines ont été regroupées ou renommées afin que leur terminologie et leur portée soient conformes à celles de la réalité québécoise.

Des experts internationaux³⁰ ont ensuite été consultés sur les mesures identifiées. Nous cherchions plus particulièrement à vérifier si elles représentaient ce qui se fait actuellement dans le domaine de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles mentaux.

Les mesures retenues dans le présent avis ont donc été mentionnées dans au moins deux documents clés et ont reçu l'appui des chercheurs consultés.

4.2 ÉVALUATION DE LA PERTINENCE ET DE L'EFFICACITÉ DES MESURES

4.2.1 Recherche documentaire

Une seconde recension des principaux écrits scientifiques a été réalisée afin de documenter la pertinence et l'efficacité de chacune des mesures retenues. Cette recension a été réalisée à partir d'une recherche dans les bases de données *PubMed*, *PsychInfo* et *EBM Review/Cochrane*, en utilisant les mots clés associés à chacune des mesures.

4.2.2 Critères pour définir la pertinence

Dans le présent avis, la pertinence réfère à l'adéquation des mesures au regard des modèles théoriques et des principes de promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles mentaux. Elle renvoie à la possibilité de celles-ci d'influer sur les facteurs génériques; d'agir sur un cumul de facteurs de risque et de protection associés à la santé

29. Par mesure, on entend, les interventions, les politiques et les programmes favorables à la santé.

30. Dr Eva Jané-Llopis, de l'Organisation mondiale de la santé, division de l'Europe ainsi que Dr John Wiseman, Irene Verins et Lyn Walker, du Victorian Health Promotion Foundation de l'Australie.

mentale et aux troubles mentaux et finalement, d'utiliser une approche multistratégique, c'est-à-dire faisant appel à plus d'une stratégie (Annexe 2).

1. **Facteurs génériques**

Certains facteurs de risque sont considérés « génériques », c'est-à-dire qu'ils peuvent favoriser le développement de plus d'un problème. Plusieurs auteurs estiment que les efforts de prévention doivent porter sur la réduction des facteurs de risque génériques, ce qui permettrait d'avoir un impact sur plusieurs types de problèmes³¹. Les facteurs génériques nous permettant de juger de la pertinence des mesures sont les dix facteurs identifiés par le modèle conceptuel.

2. **Cumul des facteurs**

Il existe un consensus à l'effet que ce serait le cumul des facteurs de risque et de protection, plutôt que les facteurs pris isolément, qui déterminerait l'impact exercé sur la santé mentale. Il faut reconnaître que les facteurs de risque et de protection qui agissent sur la santé mentale sont généralement multiples, non exclusifs et interactifs. Pour agir efficacement, il est donc nécessaire de considérer simultanément l'ensemble des facteurs bio-psycho-sociaux en jeu³² et d'utiliser des mesures qui tiennent compte de leurs nombreuses influences.

Le modèle conceptuel permet de juger de la pertinence des mesures, en fonction du nombre de facteurs ciblés par la mesure. Une illustration du modèle accompagnant chacune des mesures facilite l'identification des facteurs sur lesquels celles-ci peuvent agir.

3. **Importance des stratégies multiples**

Pour modifier l'effet des facteurs reliés à la santé mentale, plusieurs auteurs estiment que les mesures les plus pertinentes sont celles qui utilisent de multiples stratégies à différents niveaux d'influence. A cet effet, nous réitérons la pertinence de la Charte d'Ottawa, élaborée en 1986, qui identifie les cinq stratégies suivantes pour promouvoir la santé, soit : mettre en place des politiques publiques saines, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes favorables à la santé, inclure la promotion et la prévention dans l'organisation des services de santé. Ces stratégies sont présentées à l'annexe 2.

Une représentation graphique comme celle-ci permettra d'identifier les stratégies visées par chacune des mesures.

| | | | | |
|----------------------|--------------------|----------------|-------------------------|-------------------|
| Politiques publiques | Milieux favorables | Actions commun | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|----------------|-------------------------|-------------------|

4.2.3 Critères pour définir l'efficacité

Tous reconnaissent qu'il est important que les mesures de santé publique reposent sur les meilleures preuves. Toutefois, dans le domaine de la santé mentale, la reconnaissance des

31. Coie et coll., 1993 cité dans Morin et Chalfoun, 2003.

32. Morin et Chalfoun, 2003.

meilleures preuves demeure un débat³³. Depuis les 25 dernières années, l'apport important des revues systématiques et des méta-analyses est largement reconnu³⁴ dans le domaine de la prévention et de l'intervention. Toutefois, l'utilité des méthodologies expérimentales et quasi expérimentales est questionnée dans le domaine de la promotion de la santé³⁵. De ce fait, certains chercheurs sont inquiets quant à la dépendance excessive aux données engendrée par les revues systématiques. Ils dénoncent, entre autres, le manque d'études qualitatives portant sur les déterminants sociaux ou environnementaux de la santé dans les revues systématiques³⁶. De plus, ils estiment que plusieurs auteurs ne considèrent pas la qualité de l'intervention elle-même, ses fondements théoriques ou les processus de mise en œuvre³⁷. D'autant plus que certaines mesures de promotion de la santé, comme les politiques publiques ou l'action communautaire, sont difficilement évaluables par des devis expérimentaux.

C'est en ayant à l'esprit ces enjeux et critiques que le National Service Framework³⁸ s'est doté d'une échelle de preuves qui reconnaît la valeur du consensus d'experts et d'autres méthodologies plus qualitatives. L'échelle proposée par ces auteurs s'appuie donc sur une reconnaissance de l'apport de différentes méthodologies lorsqu'il est question de mieux comprendre les effets des mesures tant dans le domaine de la prévention que de la promotion de la santé. Cette échelle, présentée ci-dessous, a été adoptée pour le présent avis. Tous les niveaux de preuves qui la composent ont leurs forces et leurs limites³⁹. Ils sont présentés en annexe 3.

33. Department of Health-UK, 2001.

34. Fields 2003 cité dans Fortin et coll., 2007.

35. Green, 2002.

36. Green, 2002.

37. Tilford, 2000 cité dans Green, 2002.

38. Department of Health-UK, 2001.






39. Pour plus de détails sur ces limites, voir Department of Health-UK, 2001.

Tableau 2 Échelle du niveau de preuves⁴⁰

| | | |
|---|---|---|
| ① | Revue systématique ou méta-analyse | La mesure ou l'intervention a fait l'objet d'une revue systématique ou d'une méta-analyse avec au moins une étude avec groupe témoin et répartition aléatoire des participants. |
| ② | Au moins une étude avec devis randomisé | La mesure ou l'intervention a fait l'objet d'au moins une étude expérimentale avec groupe témoin et répartition aléatoire des participants. |
| ③ | Au moins une étude sans devis randomisé mais de bonne qualité | La mesure ou l'intervention a fait l'objet d'au moins une étude minimisant la possibilité de biais dans l'interprétation des résultats. |
| ④ | Au moins une étude d'observation de bonne qualité | La mesure ou l'intervention a fait l'objet d'une étude qui minimise la possibilité de biais dans l'interprétation des résultats en procédant à l'observation des participants. |
| ⑤ | Opinions d'experts | La mesure ou l'intervention fait l'objet d'un consensus parmi les experts. |

En plus d'identifier le type de preuve disponible pour une mesure, il importe de résumer les conclusions des chercheurs des études évaluatives qui ont été utilisées. Pour ce faire, le National Institute for Health and Clinical Excellence (2007) propose une échelle de l'ampleur des effets de la mesure. Nous avons adapté cette échelle afin de rendre compte de l'efficacité de certaines mesures de promotion de la santé difficilement mesurables par des devis randomisés et dont l'efficacité repose davantage sur un consensus d'experts.

Tableau 3 Échelle d'opinion sur les preuves⁴¹

| | | |
|--|-----------------------------------|--|
|  | Efficacité | Les chercheurs concluent à l'efficacité de la mesure ou de l'intervention. |
|   | Contradiction dans l'efficacité | Des chercheurs concluent à l'efficacité, d'autres à l'inefficacité de la mesure ou de l'intervention. |
|  | Manque de preuves de l'efficacité | Les chercheurs concluent qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour conclure à l'efficacité ou à l'inefficacité de la mesure ou de l'intervention. |
|  | Inefficacité | Les chercheurs concluent à l'inefficacité de la mesure ou de l'intervention. |

40. Adaptée du Department of Health-UK, 2001.

41. Adaptée de Taylor et coll., 2007.

5 MODÈLE CONCEPTUEL

5.1 CHOIX D'UN MODÈLE

La revue des modèles conceptuels a permis d'identifier deux modèles particulièrement intéressants selon les critères choisis : 1) le modèle d'Albee⁴² pour la prévention des troubles mentaux; et 2) le modèle de MacDonald et O'Hara⁴³ pour la promotion de la santé mentale. Celui d'Albee a été retenu car il vise à orienter les efforts de prévention des troubles mentaux autour d'une liste restreinte de facteurs génériques⁴⁴. Il a été développé à partir d'une revue systématique des interventions efficaces en prévention des troubles mentaux faite par le *Task Panel on Prevention of the Carter Commission on Mental Health*. Albee identifie six principaux facteurs pouvant agir positivement ou négativement sur l'incidence des troubles mentaux. La prévention des troubles mentaux s'illustre par la formule suivante (voir figure 1) :

Figure 1 Formule d'Albee⁴⁵

| | | | |
|------------------------------------|--------------------------|-----------------|----------------|
| Incidence de la psychopathologie = | Facteurs biologiques + | Stress + | Exploitation |
| | Habilités d'adaptation + | Estime de soi + | Soutien social |

Selon cette formule, il est possible de réduire l'incidence de la psychopathologie en diminuant l'impact des facteurs négatifs que sont les facteurs biologiques, le stress et l'exploitation, et en augmentant l'impact des facteurs positifs que sont les habiletés d'adaptation, l'estime de soi et le soutien social ou par une combinaison des deux⁴⁶. Ce modèle est d'intérêt, d'une part, car il repose sur des données empiriques, et, d'autre part, il contribue à orienter les actions en prévention.

Le modèle de MacDonald et O'Hara (1998) s'avère aussi intéressant (voir figure 2). Développé à partir du modèle de prévention d'Albee, il propose d'y inclure des éléments de la promotion de la santé mentale. Aussi, qualifiant le modèle d'Albee de trop centré sur les facteurs individuels, MacDonald et O'Hara proposent d'accorder une place plus importante aux conditions sociales et aux processus sociaux, sans toutefois négliger les facteurs individuels et la qualité de l'environnement immédiat. Dix éléments composent leur modèle. Ce sont des facteurs individuels, environnementaux et liés aux processus sociaux. Ce modèle a été retenu pour l'élaboration de plusieurs programmations nationales et a été la source d'inspiration pour d'autres modèles en promotion de la santé.

42. Albee et Ryan Finn, 1993; Hay, 1987.

43. MacDonald et O'Hara, 1998.

44. Hay, 1987.

45. Traduction libre de la page 199 de Hay, 1987.

46. Albee et Ryan Finn, 1993.

Figure 2 Formule de MacDonald et O'Hara (1998)⁴⁷

$$\text{Santé mentale} = \frac{\text{Environnements favorables} + \text{Estime de soi} + \text{Gestion des émotions} + \text{Habilités d'auto-contrôle} + \text{Participation sociale}}{\text{Environnements défavorables} + \text{Abus émotionnel} + \text{Négligence des émotions} + \text{Stress} + \text{Exclusion sociale}}$$

Par leurs modèles, Albee ainsi que MacDonald et O'Hara ont identifié les principaux éléments de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles mentaux. Dans le tableau suivant, nous présentons notre analyse de chacun d'eux.

Tableau 4 Analyse des principaux éléments de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles mentaux

| Éléments des modèles d'Albee et de MacDonald et O'Hara | Analyse |
|--|---|
| Environnements favorables | Comme MacDonald et O'Hara, nous reconnaissons que la santé mentale de la population s'améliore en présence de facteurs environnementaux favorables aux plans socio-économique, physique et politique. |
| Environnements défavorables | Comme MacDonald et O'Hara, nous reconnaissons l'effet néfaste que les environnements défavorables peuvent avoir sur la santé tels que les conditions de logement, l'absence de transport, etc. |
| Facteurs biologiques | MacDonald et O'Hara ont intégré les facteurs biologiques dans les environnements défavorables. Toutefois, tout comme Albee, nous croyons que les facteurs biologiques devraient constituer une catégorie distincte. Ces facteurs, qu'ils soient modifiables ou non, jouent un rôle important dans le développement de la maladie et permettent d'identifier des groupes à risque. Ce sont, notamment, l'exposition du fœtus à des toxines de même que les privations alimentaires, cognitives et sociales. |
| Estime de soi | Comme Albee et MacDonald et O'Hara, nous reconnaissons l'importance de l'estime de soi dans le maintien de la santé mentale. |
| Abus émotionnel | La catégorie abus émotionnel selon MacDonald et O'Hara réfère à un ensemble de facteurs pouvant nuire à l'estime de soi, tels la violence physique et psychologique. Ces éléments se rapportent davantage, à notre avis, à la dimension de stress et à celle d'environnements défavorables. |
| Gestion des émotions et habiletés d'auto-contrôle | MacDonald et O'Hara mettent l'emphase sur deux ressources personnelles soit la gestion des émotions et l'habileté d'auto-contrôle. Bien que ces ressources soient importantes pour promouvoir la santé mentale d'un individu, elles ne sont pas les seules. À notre avis, une vision plus inclusive regroupant l'ensemble des compétences et des habiletés personnelles et sociales est nécessaire. Ce sont l'ensemble des ressources personnelles de base qui permettent à un individu de faire face aux demandes et aux défis de la vie quotidienne ⁴⁸ . |

47. Traduction libre des facteurs de MacDonald et O'Hara, 1998.

48. Hamel et coll., 2001; World Health Organization, 2004a.

| Éléments des modèles d'Albee et de MacDonald et O'Hara | Analyse |
|--|---|
| Négligence des émotions | Pour MacDonald et O'Hara, la négligence émotionnelle réfère à la manière dont les institutions et les individus empêchent les gens de développer et d'exprimer une vie émotionnelle. Dans une approche de santé publique, ce facteur n'est pas identifié comme un facteur influent. |
| Stress | Comme Albee et MacDonald et O'Hara, nous reconnaissons que le stress périodique, quotidien ou majeur peut nuire à la santé mentale. Par exemple, le stress vécu en milieu de travail constitue un facteur très associé au développement de troubles mentaux. |
| Participation sociale | Contrairement à MacDonald et O'Hara qui mettent l'emphase exclusivement sur la participation sociale, c'est-à-dire l'engagement d'un individu dans les activités de sa communauté, nous préférons parler d'inclusion sociale pour rendre compte des caractéristiques individuelles de la participation sociale et de celles d'une communauté contribuant à la participation. |
| Exclusion sociale | Comme MacDonald et O'Hara, nous reconnaissons que l'exclusion de certains segments de la société au pouvoir de décision et parfois même à certaines sphères d'activités socio-économiques, pour des raisons de discrimination ou de stigmatisation, constitue un facteur qui peut compromettre la santé mentale de la population. |
| Soutien social | Comme Albee, nous reconnaissons que le soutien social est un facteur de protection largement reconnu en santé mentale. Nous sommes d'avis qu'il devrait constituer une catégorie importante d'un modèle de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux. |
| Exploitation | Comme Albee, nous reconnaissons que le fait de vivre dans des situations d'extrême pauvreté accroît le risque de souffrir de troubles mentaux ⁴⁹ . Ce risque est le résultat de l'interaction entre plusieurs facteurs comme la nutrition, l'éducation, l'instabilité familiale et les écarts de revenu. Nous croyons que la pauvreté, mais encore plus les écarts entre les pauvres et les riches, qu'on nomme maintenant les inégalités socio-économiques, constituent l'un des principaux facteurs de risque associés à la santé mentale ⁵⁰ . Aussi, afin de rendre compte des facteurs liés aux conditions socio-économiques (pauvreté), nous préférons créer une nouvelle catégorie nommée inégalités socio-économiques. |

49. Hay, 1987.

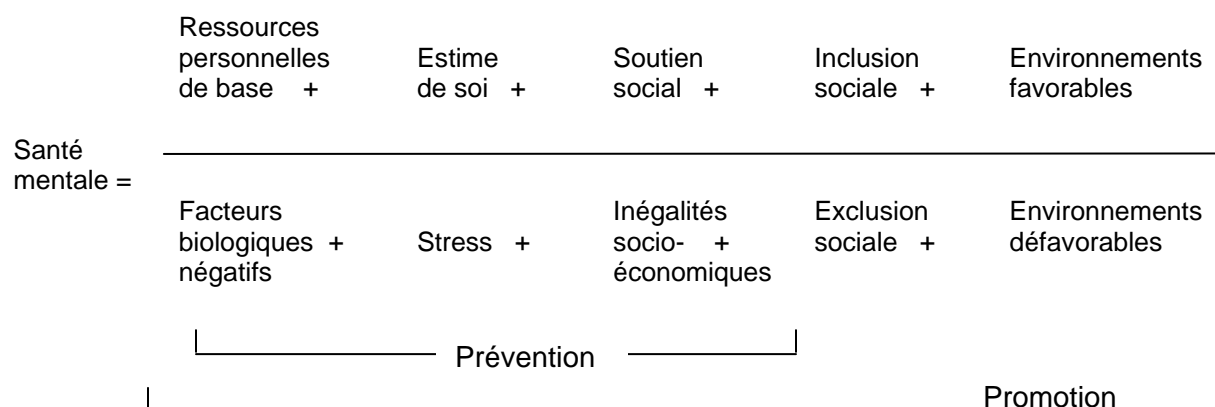
50. Hay, 1987.

5.2 MODÈLE CONCEPTUEL ADOPTÉ

Le modèle conceptuel adopté (figure 1) combine les éléments de prévention du modèle d'Albee et de promotion de MacDonald et O'Hara. Il vise à rejoindre l'ensemble de la population, tout en accordant une attention particulière aux individus considérés plus à risque de développer des troubles mentaux. Il repose donc sur une approche de promotion de la santé mentale qui intègre des éléments de prévention. En ce sens, tout comme MacDonald et O'Hara, nous croyons que l'amélioration de la santé mentale pour l'ensemble de la population passe, d'une part, par l'action sur un ensemble de déterminants sociaux mais également par l'augmentation des facteurs de protection et par la réduction de l'impact négatif des facteurs de risque associés aux troubles mentaux.

Ce modèle comprend dix catégories de facteurs sur lesquels il faut agir pour promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux de l'ensemble de la population.

Figure 3 Nouvelle formule adoptée

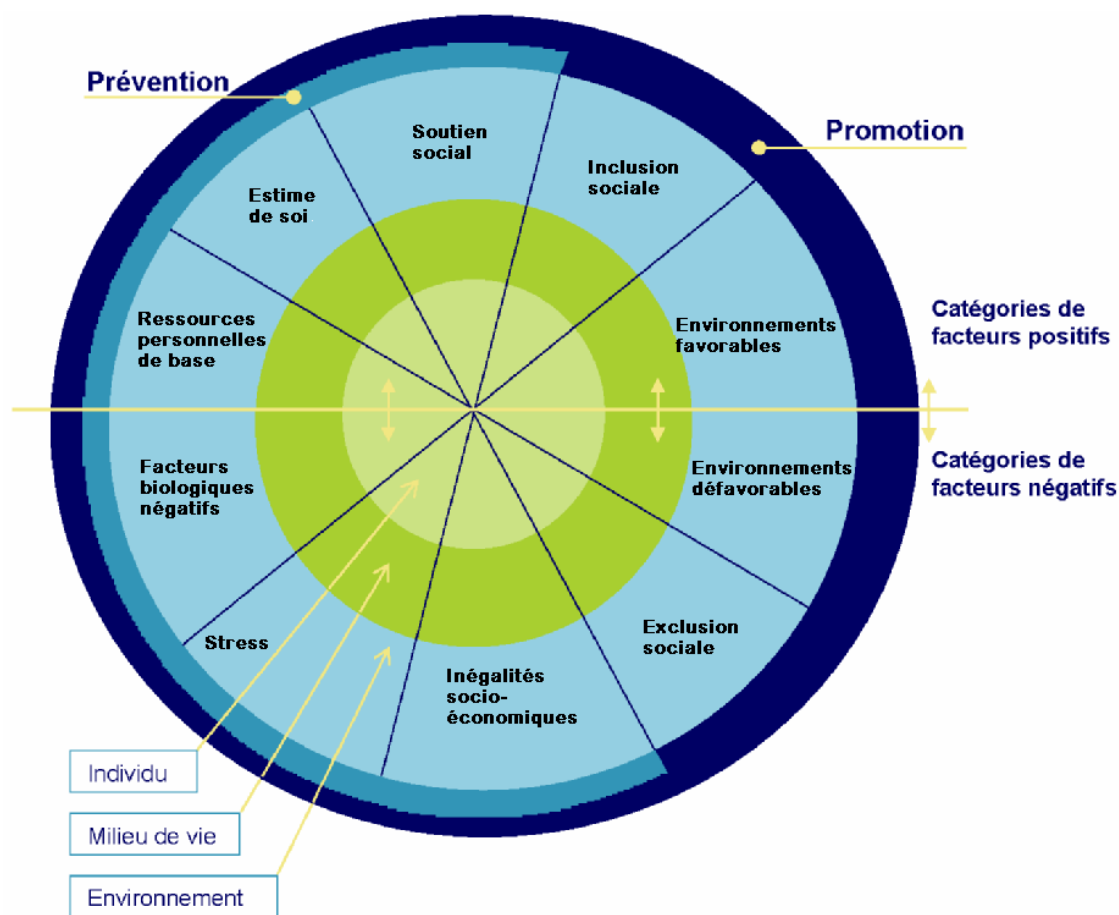


Le modèle stipule que pour promouvoir la santé mentale tout en prévenant les troubles mentaux, il faut, d'une part, augmenter l'effet des catégories de facteurs positifs que sont les ressources personnelles de base, l'estime de soi et le soutien social et, d'autre part, diminuer l'effet des catégories de facteurs négatifs que sont les facteurs biologiques négatifs, le stress et les inégalités socio-économiques. Il met également l'accent sur l'importance d'agir sur les quatre autres catégories de facteurs liées plus spécifiquement à la promotion de la santé mentale. Il s'agit de renforcer l'influence positive des environnements favorables et de l'inclusion sociale tout en diminuant l'influence négative des environnements défavorables et de l'exclusion sociale.

La figure suivante permet d'illustrer, d'une autre manière, les éléments du modèle de prévention des troubles mentaux et de promotion de la santé mentale adopté par l'INSPQ.

Figure 4 Modèle conceptuel⁵¹

Le modèle s'illustre comme suit :



Tout comme le modèle développé par MacDonald et O'Hara, celui adopté dans le présent avis s'inscrit dans une perspective écologique et rappelle que la santé mentale et l'action pour la promouvoir ou en prévenir les troubles dépendent non seulement de facteurs individuels et environnementaux mais également de leur interaction⁵². Il souligne aussi l'importance d'agir aux différents niveaux systémiques, soit ceux de l'individu, de son milieu de vie immédiat ou de son environnement global. Enfin, il repose sur une approche développementale, c'est-à-dire qu'il reconnaît que la maturation et le développement résultent de l'interaction entre l'ensemble des facteurs individuels et l'environnement⁵³. En ce sens, il reconnaît que les expériences vécues lors de périodes critiques du développement, tout comme lors des périodes de transition, peuvent avoir des effets sur la santé mentale d'un individu plus tard au cours de sa vie.

51. Adaptation des modèles d'Albee ainsi que de McDonald et O'Hara.

52. Orford, 1992.

53. Weissberg et Greenberg, 1998; Coie et coll., 1993.

Le tableau 5 présente les définitions de chacune des catégories de facteurs du modèle conceptuel. Celles-ci permettent de préciser les cibles d'action à privilégier en promotion et en prévention. Il faut cependant reconnaître qu'il existe une forte interdépendance entre les facteurs. Par exemple, il est facile de concevoir que les inégalités socio-économiques occasionnées par la pauvreté peuvent constituer une source importante de stress pour les individus, tout comme elles peuvent également contribuer à l'exclusion sociale de certains groupes. L'exemple de l'impact de la pauvreté sur la santé mentale nous rappelle que nos actions de prévention doivent porter à la fois sur les inégalités socio-économiques, sur la réduction du stress occasionnée par la pauvreté et sur la lutte à l'exclusion sociale des groupes socio-économiquement appauvris.

Tableau 5 Définition des catégories de facteurs

| Catégorie de facteurs | Définition |
|---------------------------------|---|
| Ressources personnelles de base | Connaissances, compétences et attitudes permettant à un individu de faire face aux demandes et aux défis de la vie ⁵⁴ . Elles s'acquièrent tout au long de la vie et sont généralement amenées à se moduler selon son développement. |
| Estime de soi | Perception d'un individu de sa valeur, de son identité distincte et de ses compétences dans les différents domaines de sa vie ⁵⁵ . |
| Soutien social | Réponse de l'environnement à la demande d'aide et de soutien émotif, informatif ou matériel d'un individu. Perception que se fait l'individu du réconfort, des soins, de l'appréciation et de l'aide reçus de son entourage ⁵⁶ . Enfin, il s'agit de l'étendue des liens établis par un individu avec des personnes significatives de son environnement mesurée en termes de liens sociaux, de participation à des organisations, de richesse et de complexité du réseau et de l'accessibilité et de l'adéquation de ce soutien. |
| Inclusion sociale | Processus d'engagement des individus ou des groupes soutenant la contribution active de tous et chacun à la société, que celle-ci soit de nature économique, sociale, culturelle ou politique ⁵⁷ . |
| Environnements favorables | Environnements socio-économique, physique, politique et communautaire contribuant positivement à la santé mentale des individus ⁵⁸ . Ils incluent notamment les infrastructures et les services, de même que l'accès à des milieux sains, stimulants et sécuritaires. |
| Facteurs biologiques négatifs | Facteurs entravant le développement et le fonctionnement normal du cerveau ⁵⁹ . Ces facteurs incluent notamment les toxines de même que les privations alimentaires, cognitives et sociales. |
| Stress | Situations ou événements contribuant à créer un déséquilibre entre les demandes de l'environnement et les ressources d'un individu pour y répondre ⁶⁰ . Les stressseurs peuvent être quotidiens (ex. : conciliation travail-famille), chroniques (ex. : maladies), majeurs (ex. : déménagement) ou transitoires (ex. : changement d'emploi). |
| Inégalités socio-économiques | Écarts socio-économiques (écart de revenu, d'éducation, de connaissance, ...) entre les groupes et où la pauvreté se trouve au premier plan ⁶¹ . |
| Exclusion sociale | Situations entraînant la stigmatisation et l'exclusion sociale de certains individus sur la base de la race, du genre, de la classe sociale, de la santé mentale ou d'autres raisons discriminatoires. L'exclusion sociale se réfère aux facteurs qui réduisent l'accès de certains individus aux ressources sociales, économiques et politiques ⁶² . |
| Environnements défavorables | Environnements socio-économique, physique, politique et communautaire ayant un effet négatif sur la santé mentale des individus. Les environnements défavorables incluent notamment les éléments liés aux conditions de vie. |

54. Hamel et coll., 2001.

55. MacDonald et O'Hara, 1998.

56. Sarafino, 1994 cité dans MacDonald et O'Hara, 1998.

57. MacDonald et O'Hara, 1998.

58. MacDonald et O'Hara, 1998.

59. Albee et Ryan Finn, 1993.

60. Lazarus et Folkman, 1984.

61. www.beta.centrelearoback.org/fr/coup_d_oeil.

62. Agence de santé publique du Canada, 2005.

6 MESURES ET RECOMMANDATIONS POUR LES ENFANTS ÂGÉS ENTRE 0 ET 5 ANS ET LEUR FAMILLE

Tous reconnaissent qu'un bon départ dans la vie contribue au développement ultérieur de l'enfant, durant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte⁶³. La phase prénatale de même que les premières années de vie de l'enfant constituent des périodes cruciales pour l'établissement des fondements de la santé mentale d'un individu. Les facteurs de protection ou de risque auxquels l'enfant est exposé, même s'ils peuvent éventuellement être modulés par d'autres facteurs, contribuent à le rendre plus robuste ou plus vulnérable à court, moyen et long termes. Par conséquent, ces périodes sont particulièrement favorables tant pour la promotion de la santé mentale que pour la prévention des troubles mentaux.

6.1 MESURES RETENUES

Afin de soutenir le développement d'une bonne santé mentale chez les jeunes enfants et de réduire les risques associés aux troubles mentaux, sept mesures ont été retenues.

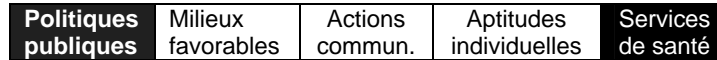
1. interventions nutritionnelles pour les enfants vulnérables;
2. politiques publiques et mesures de conciliation travail-famille;
3. programmes de visites à domicile pour les familles vulnérables;
4. programmes de formation aux habiletés parentales en groupe;
5. interventions préscolaires pour les familles vulnérables;
6. dépistage et intervention de la dépression pré et postnatale;
7. interventions brèves pour prévenir l'abus de substances chez les femmes enceintes.

63. Jané-Llopis et Anderson, 2005.

6.1.1 Interventions nutritionnelles pour les enfants vulnérables

Les mesures de nutrition visent l'amélioration de la santé des enfants de milieux défavorisés grâce, entre autres, à des suppléments alimentaires.

Pertinence



Selon l'Organisation mondiale de la santé, cette mesure permet d'agir positivement sur le développement cognitif et le parcours scolaire du jeune enfant vivant en contexte de vulnérabilité. D'ailleurs, plusieurs chercheurs reconnaissent que la nutrition adéquate durant la petite enfance aide à prévenir les problèmes de santé mentale plus tard dans la vie⁶⁴. À l'inverse, la malnutrition, notamment une déficience en iode, en fer et en zinc, peut entraîner un retard de développement et constituer un risque pour le développement cognitif, et ultimement pour la santé mentale du jeune enfant⁶⁵. À un niveau extrême, la malnutrition peut devenir une menace grave à la santé, accroître la vulnérabilité aux maladies et même entraîner la mort⁶⁶.



Efficacité

| |
|-------------------------|
| Niveau de preuve : ③ |
| Niveau d'efficacité : 👍 |

Bien qu'un retard de croissance dû à la malnutrition soit associé à un déficit cognitif et éducatif plus tard dans l'enfance, certaines études indiquent qu'une intervention précoce peut déjouer ses effets⁶⁷. Aux États-Unis, le Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children (WIC) fournit des suppléments alimentaires, de l'éducation sur l'alimentation et des références sur la santé et les services sociaux aux femmes enceintes, aux mères, aux bébés et aux enfants de moins de 5 ans qui sont à risque de retard nutritionnel et qui vivent dans une famille ayant un faible revenu⁶⁸. Les études sur l'efficacité de ce programme suggèrent des impacts positifs tels que : une augmentation de l'absorption de la plupart des aliments nutritifs par les femmes et les enfants; une amélioration de l'issue de la grossesse (réduction du faible poids à la naissance), une diminution des coûts de santé et une augmentation du recours aux services de santé⁶⁹. Selon l'OMS, les interventions les plus efficaces seraient celles qui combinent une intervention nutritionnelle (suppléments alimentaires) avec un soutien aux soins à l'enfant (chaleur, écoute)⁷⁰.

Children (WIC) fournit des suppléments alimentaires, de l'éducation sur l'alimentation et des références sur la santé et les services sociaux aux femmes enceintes, aux mères, aux bébés et aux enfants de moins de 5 ans qui sont à risque de retard nutritionnel et qui vivent dans une famille ayant un faible revenu⁶⁸. Les études sur l'efficacité de ce programme suggèrent des impacts positifs tels que : une augmentation de l'absorption de la plupart des aliments nutritifs par les femmes et les enfants; une amélioration de l'issue de la grossesse (réduction du faible poids à la naissance), une diminution des coûts de santé et une augmentation du recours aux services de santé⁶⁹. Selon l'OMS, les interventions les plus efficaces seraient celles qui combinent une intervention nutritionnelle (suppléments alimentaires) avec un soutien aux soins à l'enfant (chaleur, écoute)⁷⁰.

64. Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000.
 65. OMS, 2005b.
 66. Stevenson, 2006.
 67. Stevenson, 2006.
 68. Kowaleski-Jones et Ducan, 2002.
 69. Devaney, 2003; Kowaleski-Jones et Ducan, 2002.
 70. World Health Organization, 2004b; World Health Organization, 2004a.

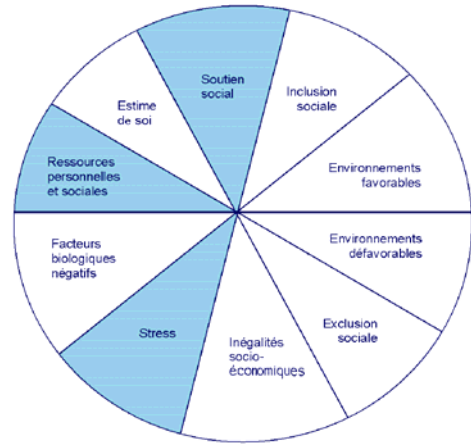
6.1.2 Politiques publiques et mesures de conciliation travail-famille

Les mesures publiques de conciliation travail-famille visent à réduire le stress parental en facilitant la gestion du temps ainsi que l'articulation des responsabilités et activités familiales, professionnelles et sociales.

Pertinence

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| Politiques publiques | Milieux favorables | Actions commun. | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|

Selon certains auteurs, les problèmes liés à la conciliation du travail avec les obligations familiales peuvent être source de stress et nuire à la disponibilité émotionnelle des parents envers leurs enfants⁷¹. Les enfants dont les parents sont disponibles émotionnellement pour répondre à leurs besoins physiques et psychologiques acquièrent un sentiment de confiance envers leur entourage, développent un attachement sécurisant ainsi que de meilleures habiletés interpersonnelles⁷². À l'inverse, le manque de disponibilité parentale, en raison d'un niveau de stress élevé, augmente le risque de développer des problèmes de santé mentale chez l'enfant⁷³. De plus, les conflits de conciliation travail-famille lorsqu'ils ont un impact sur l'état émotionnel des parents, notamment chez les pères, peuvent engendrer un climat familial conflictuel⁷⁴ et avoir un impact négatif sur le comportement de l'enfant⁷⁵.



Efficacité

| |
|-------------------------|
| Niveau de preuve : ⑤ |
| Niveau d'efficacité : 👍 |

Actuellement, il n'existe aucune évaluation systématique sur les effets des différentes mesures de conciliation travail-famille sur la santé des enfants et des familles. Toutefois, les experts s'entendent sur leurs bienfaits sur le fonctionnement familial⁷⁶. Quelques mesures ont déjà été identifiées. Ainsi,

une enquête réalisée dans différents pays par le ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille⁷⁷ identifie plusieurs mesures de conciliation travail-famille intéressantes comme : des mesures fiscales tenant compte, dans le calcul de la pension de retraite, des années consacrées à l'éducation des enfants au foyer, des congés indemnisés pour prendre soin d'enfants malades et des suppléments au revenu pour inciter les parents à maintenir leur lien d'emploi. L'existence de bureaux du temps implantés dans certains pays, afin de faciliter la gestion du temps des familles, a aussi été rapportée. Ces bureaux ont pour but d'analyser les contraintes à la gestion du temps et de proposer la mise en place

71. Institut national de santé publique du Québec, 2005; St-Amour et coll., 2005; Higgins, Duxbury, et Johnson, 2004.
 72. Institut national de santé publique du Québec, 2005; St-Amour et coll., 2005.
 73. Mrazek et Haggerty, 1994.
 74. Koleric, 1995 dans St-Amour et coll., 2005.
 75. St-Amour et coll., 2005.
 76. Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000.
 77. St-Amour et coll., 2005.

de mesures qui soutiennent les familles (heures d'ouverture des commerces plus longues, heures de classe modifiées pour accommoder les parents qui ont un emploi, ex. : début des classes réparties sur deux heures afin de réduire les risques de congestion routière, etc.). Des recherches sont nécessaires pour identifier les interventions permettant une meilleure conciliation travail-famille et mieux connaître leurs impacts sur la santé et le bien-être des familles.

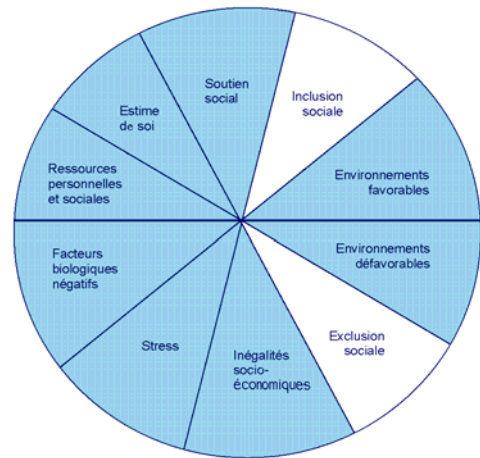
6.1.3 Programmes de visites à domicile pour les familles vulnérables⁷⁸

Les programmes de visites à domicile visent à soutenir le développement des enfants grâce à l'amélioration des pratiques parentales et, selon les programmes, à améliorer la qualité de l'environnement physique et social de l'enfant, la relation parent-enfant, les habitudes de vie et le soutien social⁷⁹. Plusieurs programmes ont aussi pour objectif de réduire les risques d'abus et de négligence. D'autres ajoutent un volet communautaire pour diminuer les inégalités sociales et améliorer les ressources disponibles aux familles de même que la qualité de vie dans les quartiers⁸⁰.

Pertinence

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| Politiques publiques | Milieus favorables | Actions commun. | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|

La prématurité, le retard de croissance intra-utérin (RCIU) ou l'insuffisance de poids à la naissance (IPN) et les anomalies congénitales sont associés à divers risques pour la santé de l'enfant, dont les problèmes neurologiques, de comportement et les difficultés d'apprentissage⁸¹. Ces anomalies ont de graves conséquences sur la qualité de vie des enfants notamment à cause des handicaps intellectuels et physiques et des difficultés d'intégration sociale et professionnelle associées⁸². De plus, elles les rendent plus à risque d'abus et de négligence⁸³. Les anomalies congénitales peuvent être causées par des facteurs génétiques sur lesquels il est difficile d'agir, mais elles peuvent aussi être causées par des facteurs environnementaux tels que l'exposition fœtale à des substances nocives. D'ailleurs, les effets de l'abus de substances par la mère durant la grossesse et ses effets sur la santé mentale du jeune enfant sont bien documentés, notamment en ce qui concerne le tabac et l'alcool. Les visites à domicile permettent d'intervenir sur ces facteurs environnementaux.



D'autre part, plus les milieux de vie de l'enfant offrent des expériences riches et diversifiées et plus celles-ci sont vécues dans un climat affectif positif, plus l'enfant est susceptible de développer ses ressources personnelles de base⁸⁴. Ainsi, une relation positive avec les parents est reconnue comme un déterminant important du développement de l'enfant⁸⁵. Les expériences précoces que ce dernier vit dans son milieu familial jouent un rôle central

78. Les familles vulnérables sont celles qui présentent des risques liés aux caractéristiques de la famille ou de l'environnement qui prédisposent l'enfant à des retards de développement.

79. Drummond et coll., 2002.

80. Drummond et coll., 2002.

81. Kilbridge et coll., 2004 cité dans Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006.

82. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006.

83. Guay, 2004.

84. Grossmann et Grossmann, 1998; Institut national de santé publique du Québec, 2005.

85. Osofsky et Thompson, 2000; Moss et coll., 2000; Osofsky et Thompson, 2000; Sroufe et coll., 1996.

dans la formation et l'étayage des synapses de ses cellules nerveuses⁸⁶. Sroufe et ses collaborateurs⁸⁷ ajoutent, qu'en plus de favoriser le développement du cerveau, les premières relations fournissent à l'enfant ses premières occasions de créer des liens en plus de stimuler le développement de son langage et de ses autres habiletés cognitives. De plus, l'estime de soi de l'enfant se développe graduellement, durant l'enfance, à partir de la relation qu'il entretient avec ses parents⁸⁸. Les résultats de Chao et Williams⁸⁹ indiquent que les parents qui surveillent étroitement le développement de leur enfant, qui lui procurent un milieu chaleureux et qui favorisent son autonomie ont des enfants qui affichent moins de problèmes de comportement.

Toute forme de violence⁹⁰ infligée aux enfants entraîne des conséquences graves, tant à court qu'à long terme, qui sont susceptibles d'affecter leur santé physique et mentale, leurs comportements, leur réussite scolaire, leur vie sexuelle, leurs relations interpersonnelles et leur estime de soi. Dans le même sens, un enfant d'âge préscolaire qui grandit dans une communauté où la violence est omniprésente montre plus de symptômes de détresse et plus de comportements agressifs⁹¹. L'étude de Hurt et collaborateurs⁹² révèle que les enfants qui ont été exposés à un haut niveau de violence dans la communauté avant l'âge de sept ans sont moins performants à l'école, manifestent plus de symptômes d'anxiété et de dépression et ont une estime d'eux-mêmes plus faible que les autres enfants.

Enfin, on reconnaît que les enfants qui ont vécu plusieurs années dans la pauvreté sont plus susceptibles de présenter des problèmes de santé (ex. : un taux plus élevé de prématurité et de faible poids à la naissance)⁹³, une incidence plus élevée de problèmes impliquant une incapacité de base (ex. : des troubles de la vue, de l'ouïe, de la parole ou de la motricité)⁹⁴ et des retards de développement⁹⁵, et ce, même lorsque sont contrôlées les pratiques parentales, la structure familiale, l'âge et le niveau de scolarité de la mère. La pauvreté entraîne des effets négatifs sur la vie quotidienne des familles en créant du stress, de l'insécurité, des frustrations et un accès réduit aux ressources nécessaires à la santé et au bien-être de tous les membres⁹⁶.

86. Pour plus d'information, vous pouvez consulter le guide : L'attachement au cœur du développement du nourrisson, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005.

87. Sroufe et coll., 1996.

88. Duclos, 2000.

89. Chao et Williams, 2002.

90. La maltraitance regroupe les actes d'abus et de négligence perpétrés par les adultes ou les enfants plus âgés envers les plus jeunes. Elle peut prendre la forme de négligence, d'abus physique, psychologique ou sexuel.

91. Farver et coll., 2003.

92. Hurt et coll., 2001.

93. Brooks-Gunn et Duncan, 1997.

94. Brooks-Gunn et Duncan, 1997.

95. Ross et Roberts, 1999.

96. Guay, 2004.

Efficacité

Niveau de preuve : ①

Niveau d'efficacité : 👍👎

Plusieurs études avec devis randomisés portant sur des programmes de visites à domicile révèlent des effets positifs pour la santé physique de l'enfant et pour la santé mentale des parents de même que sur les pratiques parentales et la qualité de l'interaction parent-enfant⁹⁷.

Des programmes montrent également des bénéfices intéressants aux plans économique et social⁹⁸. D'autres rapportent des effets positifs sur la santé physique des enfants en ce qui a trait aux problèmes respiratoires et au nombre de visites chez le médecin dues à des accidents ou à des intoxications⁹⁹. Enfin, certains montrent qu'en ce qui concerne l'état émotif des mères, les visites à domicile peuvent prévenir l'anxiété et la dépression et contribuer à améliorer l'estime de soi¹⁰⁰.

Néanmoins, certaines études récentes¹⁰¹, bien que controversées¹⁰², sèment un doute sur l'efficacité des visites à domicile en relevant peu ou pas d'effets sur plusieurs variables étudiées auprès de clientèles défavorisées. De plus, selon la revue systématique de Kearney (2000), il semblerait que les programmes de visite à domicile qui ciblent la modification de comportements seraient moins efficaces pour les familles présentant des problèmes tels que la consommation abusive ou la maltraitance envers les enfants.

Il faut surtout retenir que ce ne sont pas tous les programmes de visites à domicile qui obtiennent des résultats concluants¹⁰³. Pour une efficacité maximale, il est recommandé de commencer le programme pendant la grossesse, d'offrir un soutien de plus d'un an, d'avoir un personnel formé, de travailler à la construction d'une relation de confiance avec le parent et de le soutenir dans ses interactions avec l'enfant¹⁰⁴. De plus, il faut s'assurer que les interventions offertes lors des visites permettent réellement d'atteindre les objectifs fixés¹⁰⁵. À tous ces égards, les programmes de Olds (Nurse-Family Partnership) et de Fields demeurent des références dans le domaine¹⁰⁶.

97. Kearney et coll., 2000, McNaughton, 2004.

98. World Health Organization, 2004b.

99. McNaughton, 2004.

100. Kearney et coll., 2000; Shaw et coll., 2006.

101. MacDonald et coll., 2007; Bennett et coll., 2007.

102. Suite à des critiques qui leur ont été adressées, les auteurs ont retiré leurs méta-analyses de la base de données de Cochrane et travaillent à une nouvelle version.

103. Kearney et coll., 2000.

104. Kearney et coll., 2000.

105. Kearney et coll., 2000.

106. MacDonald et coll., 2007.

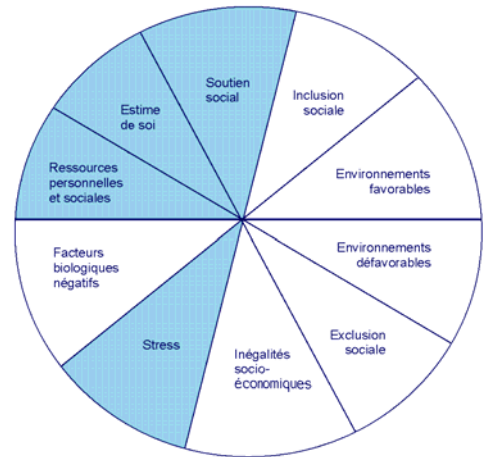
6.1.4 Programmes de formation aux habiletés parentales en groupe

Les programmes de groupe pour les parents cherchent à agir sur les pratiques parentales, le développement d'habiletés de base chez l'enfant et le stress des parents.

Pertinence

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| Politiques publiques | Milieux favorables | Actions commun. | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|

Les parents qui ont des pratiques positives ont deux fois plus de chances d'avoir des enfants sans problèmes de comportement¹⁰⁷. À l'inverse, les enfants qui ont des parents qui utilisent des pratiques punitives sont plus susceptibles que les autres de manifester un comportement agressif¹⁰⁸ alors qu'un style parental contrôlant augmente le risque de dépression et d'anxiété chez l'enfant¹⁰⁹. D'ailleurs, l'étude de l'ELNEJ¹¹⁰ révèle que les enfants à risque, en raison du faible revenu ou de la faible éducation de leurs parents, ont moins de problèmes de comportement si leurs parents utilisent des pratiques parentales positives.



Les pratiques parentales positives renvoient à la somme des attitudes et des conduites favorables au développement optimal de l'enfant¹¹¹. Certaines pratiques parentales comme la discipline positive, la réciprocité entre le parent et l'enfant, la surveillance ainsi que la chaleur ont toutes un lien avec l'estime de soi et le développement des ressources personnelles de l'enfant¹¹². Les pratiques parentales négatives renvoient aux conduites parentales arbitraires et hostiles¹¹³, à une discipline insuffisante ou peu cohérente, à des stratégies inadéquates de résolution de conflits, à la rareté des interactions verbales et physiques avec l'enfant et à leur caractère peu affectueux¹¹⁴. Les parents qui cumulent des stress importants dans leur vie sont plus à risque d'adopter des pratiques parentales négatives¹¹⁵. Le stress vécu par les parents est aussi ressenti par les enfants sans qu'ils en comprennent la signification. On note également qu'un niveau élevé de dépression parentale est associé à une plus grande fréquence de dysfonctionnement familial et à un niveau plus élevé de pratiques parentales inefficaces. Les niveaux élevés de dysfonctionnement sont associés à une fréquence moindre de pratiques parentales positives et à un niveau plus important de pratiques parentales inefficaces¹¹⁶.

107. Lapointe et coll., 2003.

108. Statistique Canada, 2004b.

109. Institut national de santé publique du Québec, 2005.

110. Chao et Williams, 2002.

111. De Rancourt et coll., 2004.

112. Landy et Kwan Tam, 1996.

113. Campbell, 1989 cité dans Guay, 2004.

114. Hemphill, 1996 cité dans Guay, 2004.

115. Ressources humaines et Développement social Canada, 1999.

116. Ressources humaines et Développement social Canada, 1999.

Effacité

Niveau de preuve : ①

Niveau d'efficacité : 👍

Les programmes de groupe pour les parents dans la population générale ou pour les groupes à risque peuvent avoir des effets préventifs intéressants tant pour les enfants que pour les mères¹¹⁷. En effet, la méta-analyse de Barlow et Parsons¹¹⁸ conclut que les programmes de formation parentale en groupe peuvent améliorer, à court terme, l'adaptation émotionnelle et les comportements des enfants entre 0 et 3 ans, selon des observations indépendantes et systématiques du comportement. Trois types de programme semblent plus prometteurs : ceux adoptant une approche comportementale, cognitive-comportementale ou de modelage à l'aide, en rétroaction, d'un enregistrement par magnétoscope (modeling by video-feedback) (ex. : le programme *The Incredible Years* de Webster-Stratton). Malgré les résultats obtenus à court terme, il est impossible de statuer sur l'efficacité de ces programmes pour prévenir, à long terme, les problèmes émotionnels et comportementaux chez l'enfant.

D'autre part, la méta-analyse de Barlow et coll.¹¹⁹ montre que les parents de milieux défavorisés et favorisés profitent également de ces mesures. Elle relève que ces programmes offerts à une population clinique ou générale contribuent aussi à améliorer le fonctionnement psychosocial de la mère à court terme. L'ensemble des résultats favorise l'intervention de groupe auprès des parents, en ce qui concerne la prévention des problèmes reliés à la dépression, à l'anxiété, au stress, à l'estime de soi et à la relation conjugale. Aucun effet n'a pu être démontré au niveau du soutien social. Au moment du suivi (deux, trois ou six mois après l'intervention), l'amélioration demeure significative pour l'estime de soi. Elle demeure positive, quoique non significative, pour la dépression et l'ajustement marital.

Des études additionnelles permettraient de documenter l'impact de ces mesures sur les problèmes de comportement des enfants, à long terme, ainsi que de mieux connaître les conditions qui assurent l'efficacité des interventions auprès de tous les parents.

117. Barlow et Parsons, 2003.

118. Barlow et Parsons, 2003.

119. Barlow, Coren et Stewart-Brown, 2003.

6.1.5 Interventions préscolaires pour les familles vulnérables

Les interventions préscolaires visent le développement optimal de l'enfant grâce à un environnement organisé et à un curriculum d'activités couvrant toutes les sphères du développement auxquels s'ajoutent une intervention parentale comprenant des visites à domicile, des activités parents-enfants, des groupes de parents ou d'autres moyens de rejoindre et d'engager ces derniers¹²⁰.

Pertinence

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| Politiques publiques | Milieus favorables | Actions commun. | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|

En combinant une intervention auprès de l'enfant à une intervention parentale, ce type d'intervention permet d'agir sur l'ensemble des facteurs de protection et de risque associés à des mesures tant chez les parents que chez les enfants. L'intégration des enfants à des activités préscolaires entraîne des répercussions positives sur leurs comportements et leurs habiletés sociales et cognitives. Par exemple, elle favorise le développement de leur habileté à gérer leurs émotions. L'habileté de gestion des émotions renvoie à la capacité d'être conscient et de respecter ses propres émotions ainsi que celles des autres¹²¹. Elle implique aussi la capacité de moduler son comportement et son attention selon le contexte social¹²² et d'exprimer ses émotions de manière adaptée au contexte¹²³. Cette habileté doit être acquise tôt dans la vie, car elle permet notamment l'adoption de rapports sociaux positifs ainsi que celle d'habiletés efficaces de résolution de problèmes. Pour certains enfants, le milieu préscolaire vient compléter et enrichir les expériences acquises dans le milieu familial alors que pour d'autres, plus vulnérables, il fournit un environnement favorable essentiel à leur développement¹²⁴.



Efficacité

| |
|-------------------------|
| Niveau de preuve : ① |
| Niveau d'efficacité : 👍 |

Il existe de fortes preuves voulant que les interventions préscolaires, qui offrent des soins et une éducation de haute qualité aux enfants, aient des effets importants aux plans social, cognitif et langagier en plus de faciliter la transition vers l'école¹²⁵. Le Carolina Abecedarian Project constitue un exemple type de ce genre d'intervention. Ce programme vise la stimulation de toutes les sphères du développement et s'adresse aux mères et aux enfants à haut risque. Au niveau

120. Yoshikawa, 1995.

121. Hamel et coll., 2001; MacDonald et O'Hara, 1998.

122. Institut national de santé publique du Québec, 2005.

123. MacDonald et O'Hara, 1998.

124. Edwards et Liu, 2002.

125. World Health Organization, 2004b; Kagan et Kauerz, 2007.

préscolaire, l'intervention offre des activités éducatives à temps plein misant sur le développement socio-émotionnel, cognitif et langagier des enfants. Ces derniers fréquentent un centre huit heures par jour, 50 semaines par année, jusqu'à l'entrée à l'école. Puis, au niveau primaire (5 à 8 ans), les enfants profitent d'activités individuelles à la maison, deux fois par semaine. L'évaluation a mesuré les progrès des enfants à 12 ans, à 15 ans et à 21 ans. Les principaux résultats révèlent des résultats plus élevés aux tests cognitifs pour les enfants ayant participé au programme et cette tendance se maintient jusqu'à l'âge de 21 ans. Les résultats scolaires en lecture et en mathématique sont aussi plus élevés jusqu'à l'âge adulte. Ces enfants sont également plus nombreux à atteindre le niveau du secondaire¹²⁶.

D'un autre côté, les récents résultats du suivi de deux ans de l'initiative Early Head Start¹²⁷ démontrent que les enfants des sites où sont offerts, de façon combinée, des programmes préscolaires en centre et des visites à domicile, affichent de meilleures performances sur le plan du développement cognitif et langagier que les enfants des sites offrant uniquement des visites à domicile ou une intervention en centre¹²⁸.

Enfin, la revue systématique de Zoritch et coll.¹²⁹ sur l'effet des soins de garde non parentaux combinés à une intervention parentale, révèle des effets positifs sur le développement cognitif et les conduites de l'enfant, la communication parent-enfant, la réussite scolaire et le style de vie adulte (ex. : travail, arrestation, vente de drogues). Il faut toutefois être prudent quant aux conclusions de cette recension puisque la presque totalité des programmes revus visaient des enfants défavorisés et que toutes ont été réalisées aux États-Unis. De plus, les programmes variaient énormément d'un site à l'autre, en termes de ratio enfant/éducatrice, de fréquence de participation, de durée, de présence ou non de curriculum, de l'âge d'intégration au milieu, etc.

126. Campbell et coll., 2002.

127. USDHHS, 2001.

128. Daro, 2004; Gomby, 2003.

129. Zoritch et coll., 2000.

6.1.6 Dépistage systématique de la dépression pré- et postnatale combiné à une intervention

Cette mesure vise la prévention de la dépression ou la réduction de ses effets par le dépistage systématique combiné à une intervention psychosociale ou pharmacologique.

Pertinence

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| Politiques publiques | Milieus favorables | Actions commun. | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|

Les effets de la dépression d'un parent sur le développement de l'enfant ont été amplement documentés. Celle-ci entraîne des conséquences adverses non seulement pour la mère, mais aussi pour les autres membres de la famille, notamment dans le cadre de la relation mère/enfant lorsque ces derniers sont en bas âge¹³⁰. De fait, on a remarqué que les femmes souffrant de dépression en période prénatale ont tendance à recevoir moins de soins prénataux et à moins bien se nourrir. De plus, elles parviendraient plus difficilement à trouver le repos¹³¹. Enfin, elles présenteraient un plus haut risque de fausse couche, d'accouchement prématuré ou de naissance de faible poids. D'un autre côté, les mères dépressives sont plus susceptibles d'avoir des conduites hostiles ou de retrait ou encore des pratiques parentales inconsistantes¹³². Les enfants de mères ayant souffert de dépression post-partum ont un risque plus élevé de développer des problèmes de comportement et des troubles mentaux¹³³. Une dépression qui perdure bien au-delà de la période postnatale peut aussi entraîner d'autres répercussions sur les enfants. Ceux-ci seraient plus à risque d'éprouver des problèmes de comportement, des difficultés sociales et académiques et de vivre, eux aussi, un stress élevé et une dépression¹³⁴. Généralement, plus la maladie du parent est sévère et chronique, plus les risques pour la santé mentale de l'enfant sont élevés¹³⁵. On sait que le soutien social durant la grossesse permet de réduire les risques de dépression chez les mères vivant dans un contexte de pauvreté¹³⁶. Une intervention précoce offerte aux femmes présentant des symptômes de dépression pourrait réduire les effets néfastes de la dépression pour la mère et ses enfants en diminuant le stress que cause au nourrisson l'absence de soins maternels.



130. Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000; Beck, 1999.

131. www.soinsdenosenfants.cps.ca/grossesse/depression.htm#enceintes.

132. Goodman et Gotlib, 1999 cité dans Forman et coll., 2007.

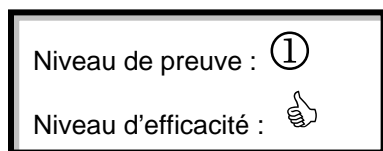
133. Beck, 1999.

134. Ellis et Collings, 1997.

135. Ellis et Collings, 1997.

136. Collins et coll., 1993.

Effacité



Selon la revue systématique de l'Université de Caroline du Nord (2005)¹³⁷, il n'y a actuellement aucune étude qui permet d'attester que le dépistage seul de la dépression en période pré et postnatale, par des outils standardisés, permet de réduire la durée et l'intensité de la maladie.

Toutefois, il existe un consensus selon lequel le dépistage combiné à une intervention psychosociale ou pharmacologique est prometteur pour la mère, bien que les résultats des études soient mixtes. En effet, toujours selon la revue systématique de l'Université de Caroline du Nord, une mesure de dépistage combinée à une intervention psychosociale prénatale, comme les groupes de parents, les classes prénatales ou les groupes de thérapie, ne semble pas produire d'effet. Toutefois, pour une même intervention en période postnatale, les résultats sont prometteurs. Six des neuf études recensées montrent des résultats significatifs lorsqu'on utilise une intervention psychosociale de type visites à domicile et groupe de soutien alors qu'une étude sur deux utilisant une intervention pharmacologique montre des résultats significatifs sur le bien-être de la mère.

Néanmoins, selon l'étude de Forman et coll. (2007), une intervention précoce de nature psychothérapeutique visant à réduire les symptômes dépressifs chez la mère ne serait pas suffisante pour modifier la relation parent-enfant ou la perception du parent vis-à-vis de l'enfant. Les auteurs concluent que, pour assurer une plus grande efficacité, l'intervention auprès des mères dépressives doit porter à la fois sur la réduction des symptômes dépressifs et sur l'amélioration de la qualité de la relation mère-enfant¹³⁸.

Par ailleurs, la méta-analyse de Pignone et coll. (2002)¹³⁹ reprise par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs¹⁴⁰ suggère que le dépistage de la dépression chez les adultes en général, dans les services de première ligne, permet de réduire les risques de dépression persistante, si toutefois le dépistage est jumelé à une intervention intégrée de rétroaction aux patients et d'accès à la prise en charge de cas ou aux soins de santé mentale. Cette intervention doit comprendre l'établissement d'un diagnostic, un traitement efficace, un suivi attentif et des références entre les professionnels et intervenants engagés auprès de l'adulte bénéficiant de l'intervention. Les traitements considérés efficaces sont les antidépresseurs et/ou les psychothérapies cognitives-comportementales et interpersonnelles¹⁴¹.

En somme, un dépistage systématique de la dépression, notamment en postnatale, jumelé à une intervention psychosociale ou pharmacologique permettrait de réduire la durée et l'intensité de la maladie. De plus, afin d'atténuer l'impact de la dépression maternelle sur le nourrisson, une intervention visant l'amélioration de la qualité de la relation mère-enfant doit également être offerte.

137. Gaynes et coll., 2005.

138. Forman et coll., 2007.

139. Pignone et coll., 2002.

140. MacMillan et coll., 2005a.

141. Gaynes et coll., 2005.

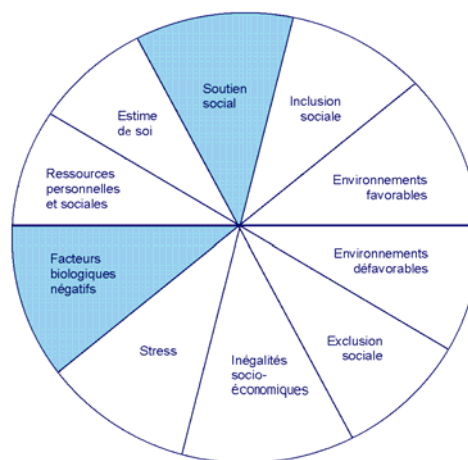
6.1.7 Interventions brèves pour prévenir l'abus de substances

Cette mesure vise la diminution de la consommation de substances nocives pendant la grossesse grâce à une intervention éducative.

Pertinence

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|--------------------------|
| Politiques publiques | Milieus favorables | Actions commun. | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|--------------------------|

Le lien entre l'abus de substances de la mère pendant la grossesse et ses effets sur la santé mentale du jeune enfant est bien documenté, notamment en ce qui concerne le tabac et l'alcool. Les enfants exposés à la nicotine pendant la période prénatale sont à risque de prématurité, d'insuffisance de poids à la naissance, de problèmes de développement neurologique et de retards cognitifs¹⁴². Cette exposition peut aussi augmenter le risque de troubles d'apprentissage, de troubles du comportement, d'hyperactivité et de délinquance chez l'enfant¹⁴³. Il est possible d'intervenir précocement sur l'habitude tabagique pour réduire la prématurité, le faible poids et la mort périnatale¹⁴⁴.



De nombreuses recherches indiquent que l'exposition prénatale à l'alcool est associée à des déficits cognitifs et sociaux comme un attachement perturbé et des dérèglements de l'émotion à la petite enfance, à des comportements sexuels inappropriés, à la dépression, au suicide, et, à l'âge adulte, à de mauvais soins à ses enfants¹⁴⁵. Le syndrome d'alcoolisation fœtale est d'ailleurs l'une des principales causes des anomalies congénitales et de retards de développement évitables chez l'enfant¹⁴⁶.

Les effets pour l'enfant de la consommation prénatale de drogues autres que l'alcool et le tabac (cannabis, opiacés, stimulants, substances inhalées, hallucinogènes) sont moins bien documentés en raison de la difficulté à connaître avec certitude la prévalence de l'usage de ces drogues chez les femmes enceintes¹⁴⁷. Les études suggèrent toutefois que les effets d'abus de ces substances peuvent être semblables à ceux associés à l'alcool, mais peuvent aussi varier selon les produits consommés et le moment où le fœtus y est exposé¹⁴⁸.

142. World Health Organization, 2004b; World Health Organization, 2004a.

143. Institut national de santé publique du Québec, 2006.

144. Lumley et coll., 2004.

145. Jacobson et Jacobson, 2003.

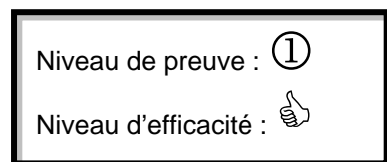
146. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006.

147. Guyon et coll., 2002; Santé Canada, 2003.

148. Guyon et coll., 2002; Santé Canada, 2003.

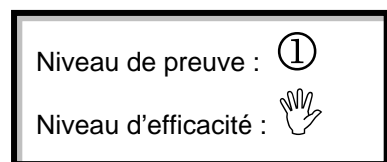
De plus, il est reconnu que les parents qui consomment de l'alcool ou de la drogue après la naissance de l'enfant ont une moins grande disponibilité émotionnelle et des pratiques parentales moins constantes¹⁴⁹.

Effacité des programmes de cessation tabagique



Les interventions qui encouragent les femmes enceintes à ne pas fumer pendant la grossesse peuvent avoir des effets bénéfiques à long terme sur la santé mentale des enfants grâce, entre autres, à leur impact sur le poids à la naissance¹⁵⁰. Selon la revue systématique de Lumley (2004)¹⁵¹ les différents programmes de cessation tabagique durant la grossesse réduisent la proportion de femmes qui fument, les naissances de faible poids et la prématurité. Pour leur part, Windsor et coll. (1993) évaluent qu'une intervention comportementale d'au moins 15 minutes auprès de femmes enceintes fumeuses permet d'augmenter de 6 % le nombre de celles qui cessent de fumer et d'augmenter de 200 grammes le poids à la naissance¹⁵². Une méta-analyse de 1993¹⁵³ sur le counseling dans les services de première ligne montre que cette intervention réduit la proportion de fumeuses qui continuent de fumer pendant la grossesse.

Effacité des programmes de cessation d'alcool



Les études sur l'efficacité du dépistage combiné à des interventions brèves sur la consommation d'alcool chez les femmes enceintes sont très limitées¹⁵⁴. La plupart des revues systématiques ou des méta-analyses portent sur les adultes en général.

Selon les résultats de la revue systématique de Whitlock et coll. (2004)¹⁵⁵, un dépistage combiné à une intervention brève (counseling, rétroaction, suivi), permet de réduire significativement, autant chez les hommes que chez les femmes, la consommation abusive d'alcool et les risques associés. Toutefois, Ballesteros et coll. (2004) constatent, dans une méta-analyse sur le même sujet, que les interventions brèves (session d'information sur les risques, d'environ de dix à quinze minutes incluant des conseils pour réduire la consommation en plus d'un renforcement, de trois à cinq minutes, lors des visites subséquentes) dans les services de première ligne sont modérément efficaces auprès des buveurs abusifs¹⁵⁶, et ce, tant pour les hommes que pour les femmes¹⁵⁷. Enfin, la revue systématique de Kaner et coll. (2007)¹⁵⁸, sur le même sujet, montre que les résultats sont

149. Vitaro et coll., 2004.

150. Cité dans World Health Organization, 2004a.

151. Lumley et coll., 2004.

152. Jané-Llopis et coll., 2005a.

153. Cité dans Moner, 1994.

154. U.S. Preventive Services Task Force, 2004.

155. Whitlock et coll., 2004.

156. Ballesteros et coll., 2004.

157. Ballesteros et coll., 2004.

158. Kaner et coll., 2007.

incertains à long terme (un an après l'intervention) en ce qui a trait aux femmes. Ces auteurs concluent qu'il est prématuré de recommander une intervention brève auprès des femmes.

Néanmoins, se basant sur la revue systématique de Whitlock et coll. (2004)¹⁵⁹ et sur le fait qu'une intervention brève puisse être plus bénéfique que dommageable, le *U.S. Preventive Services Task Force* (2004) recommande le dépistage et le counseling chez les adultes, incluant les femmes enceintes, dans les services de première ligne.









6.2 RECOMMANDATIONS

Cette section est divisée en deux parties. La première commente les mesures qui existent déjà dans l'offre nationale de services en santé publique pour les enfants âgés entre 0 et 5 ans. La deuxième partie traite de mesures retenues pour lesquelles des travaux d'adaptation, de développement ou de recherche sont nécessaires.

159 Whitlock et coll., 2004.

6.2.1 Mesures à consolider dans l'offre nationale de services en santé publique

Tableau 6 Mesures à consolider dans l'offre nationale de services en santé publique pour les enfants âgés entre 0 et 5 ans

| Mesures | Facteurs ciblés | Stratégies utilisées | Preuve et ampleur des effets | Offre nationale de services en santé publique (PNSP 2007-2012) |
|---|-----------------|----------------------|---|---|
| Interventions nutritionnelles pour les familles vulnérables | 2 | 2 | ③  | Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité incluant les composantes suivantes : accompagnement des familles et soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être |
| Visites à domicile pour les familles vulnérables | 8 | 3 | ①   | Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité incluant les composantes suivantes : accompagnement des familles et soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être |
| Interventions préscolaires pour les familles vulnérables | 8 | 2 | ①  | Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité incluant les composantes suivantes : accompagnement des familles et soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être |
| Dépistage et intervention brève pour la dépression et l'anxiété | 3 | 2 | ①  | Dépistage de la dépression chez les personnes âgées et les adultes, particulièrement chez les femmes enceintes et les femmes en postnatal, et référence aux services diagnostiques, de traitement ou de suivi. |
| Interventions brèves pour prévenir l'abus de substances (tabac et alcool) | 2 | 1 | Tabac ①  Alcool   | Recherche de cas et counseling sur la consommation d'alcool et le tabagisme auprès des femmes enceintes |

Au Québec, chacune des mesures présentées dans le tableau 6 est comprise dans l'offre de services en périnatalité et en petite enfance, notamment dans les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE). Ces services sont actuellement déployés à la grandeur du Québec depuis 2004. Ils s'inspirent largement du programme de Olds (Nurse-Family Partnership). Ils ont pour objectifs de contribuer à diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères, de favoriser le développement optimal des enfants vivant en contexte de vulnérabilité et d'améliorer les conditions de vie des familles dès le début de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 5 ans. Ces services s'adressent aux jeunes parents de moins de 20 ans ainsi qu'aux familles vivant en situation d'extrême pauvreté. Ils se traduisent par

un accompagnement des familles, un soutien aux interventions éducatives précoces des enfants et aux actions intersectorielles qui visent l'amélioration des conditions de vie des familles et leur participation sociale. Subventionnée par le MSSS, une évaluation de l'implantation et des effets de cette mesure, auprès des parents de moins de 20 ans, est présentement en cours. Les résultats obtenus devraient fournir l'information nécessaire à l'identification des besoins de consolidation des différents volets de services.

Les interventions nutritionnelles pour les familles vulnérables sont offertes aux femmes enceintes depuis plusieurs années au Québec grâce au programme d'aide alimentaire aux femmes enceintes (Fondation OLO) (œufs, lait et oranges). Cette mesure, maintenant incluse dans les SIPPE, contribue à l'amélioration de la santé des enfants de milieux défavorisés grâce, entre autres, à des suppléments alimentaires combinés à un soutien aux parents. Cependant, ce programme ne se poursuit pas après la naissance de l'enfant. Comme les effets du programme *WIC* le démontrent, l'offre de soutien nutritionnel jusqu'à l'âge de cinq ans devrait être envisagé pour les enfants vulnérables.

Les visites à domicile des SIPPE pour les familles vulnérables proposent aux familles des volets spécifiques d'intervention, notamment sur les habitudes de vie de la famille, les compétences des parents, le développement de l'attachement sécurisant chez l'enfant de même que le soutien à son développement global. Des guides d'intervention comportant des fiches d'activités ont été développés par l'INSPQ à cette fin. Un contenu spécifique sur la santé mentale des parents devrait être développé.

Des interventions préscolaires pour les familles vulnérables sont prévues dans les SIPPE. Actuellement, seules quelques régions offrent des interventions de soutien éducatif précoce pour les enfants d'âge préscolaire provenant de milieux défavorisés, et ce, à raison de deux jours et demi par semaine en établissement. Ces interventions sont combinées aux visites à domicile et à des rencontres de groupe pour les parents. Des travaux sont actuellement en cours pour harmoniser les pratiques actuelles et pour soutenir le développement de ce volet dans toutes les régions du Québec.

Les interventions brèves pour prévenir l'abus de substances (alcool et tabac) font partie des pratiques cliniques préventives déployées notamment par les médecins de première ligne. L'efficacité de ces mesures auprès de la population générale a été maintes fois démontrée pour le tabac. Les résultats des travaux de Kaner (2007) soulèvent un doute sur l'efficacité d'une intervention brève en matière de prévention de l'abus d'alcool chez les femmes. Néanmoins, le *U.S. Preventive Task Force* recommande le dépistage et l'intervention brève auprès des femmes enceintes. L'évolution des connaissances est donc à surveiller pour la révision du PNSP en 2012.

Dépistage systématique et intervention brève de la dépression en période pré et postnatale

Cette nouvelle pratique clinique préventive sera ajoutée à la nouvelle version du Programme national de santé publique du Québec (2007-2012). Elle vise l'ensemble des adultes, comme le suggère le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs¹⁶⁰.



160. MacMillan et coll., 2005a.

La recommandation porte sur un dépistage, lors des examens annuels périodiques, combiné à un bon diagnostic, un traitement efficace et un suivi attentif incluant des références entre les professionnels et les intervenants concernés tel que le préconisent certains auteurs¹⁶¹.

Dans le but de réduire les effets néfastes pour l'enfant de la dépression parentale, l'intervention auprès des mères devrait porter, à la fois, sur la réduction des symptômes dépressifs (ex. : approches psychothérapeutique ou pharmacologique) et sur l'amélioration de la qualité de la relation mère-enfant.

6.2.2 Mesures nécessitant des travaux d'adaptation, de développement ou de recherche

Tableau 7 Mesures nécessitant des travaux d'adaptation, de développement ou de recherche pour les enfants âgés entre 0 et 5 ans

| Mesures | Facteurs ciblés | Stratégies utilisées | Preuve et ampleur des effets |
|---|-----------------|----------------------|---|
| Programmes de formation aux habiletés parentales en groupe | 4 | 2 | ①  |
| Politiques publiques et mesures de conciliation travail-famille | 1 | 3 | ⑤  |

Les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe

Les programmes de groupe pour les parents produisent des effets intéressants à court terme tant sur le développement de l'enfant que sur le fonctionnement psychosocial des parents, particulièrement sur celui des mères. De plus, cette mesure présente l'avantage de s'adresser à l'ensemble des familles. Il existe actuellement plusieurs programmes efficaces, dont *The Incredible Years* de Webster-Stratton, qui pourraient être expérimentés et adaptés à la réalité québécoise. Des recherches additionnelles sont nécessaires pour préciser les conditions de succès de ces interventions.

Politiques publiques et mesures de conciliation travail-famille

Les politiques publiques et les mesures de conciliation travail-famille visent à réduire le stress parental en facilitant la gestion du temps ainsi que l'articulation des responsabilités et activités familiales, professionnelles et sociales. À notre connaissance, aucune étude n'a été réalisée pour documenter l'effet de ces mesures sur la santé mentale des enfants et sur le fonctionnement familial. C'est pourquoi, il est de la toute première importance que des travaux de recherche soient entrepris, dans ce domaine, pour mieux connaître les mesures efficaces et leurs impacts sur la santé et le bien-être des familles.

161. Pignone et coll., 2002.

7 MESURES ET RECOMMANDATIONS POUR LES JEUNES ÂGÉS ENTRE 6 ET 17 ANS

L'entrée à l'école primaire constitue une période de transition importante qui amène son lot d'adaptations pour le jeune et sa famille. Cette période se caractérise par un développement rapide des habiletés physiques, cognitives, affectives et sociales. C'est d'ailleurs à cette étape cruciale du développement que les jeunes âgés entre 5 et 12 ans apprennent à lire, à écrire, à compter, à résoudre des problèmes, à gérer des conflits et à interagir avec leurs pairs¹⁶². Ces habiletés leur permettent, à court et plus long terme, de gérer efficacement leurs pensées et leurs émotions, de développer leur résilience, de comprendre et de s'adapter aux exigences et aux normes de leur environnement social et, finalement, d'établir de bonnes relations interpersonnelles. Les réussites tout comme les échecs, à cette période, agissent sur leur capacité d'adaptation et ultimement sur leur santé mentale.

L'entrée au secondaire, la puberté, le besoin grandissant d'indépendance, l'importance accrue de l'influence des pairs et les enjeux liés au développement de l'identité et de l'orientation sexuelle, tout comme ceux associés à la réussite éducative, caractérisent l'adolescence. Durant cette période, les expériences vécues permettent aux jeunes de consolider leurs compétences de base. Aussi, ils sont de plus en plus exposés à des phénomènes tels que la violence, l'intimidation ou la consommation d'alcool et de drogues qui peuvent constituer des facteurs de risque pour leur santé mentale. C'est également à cette période qu'apparaissent généralement les premières manifestations de l'anxiété, de la dépression, des troubles du comportement alimentaire, des psychoses, les abus de substances et même l'automutilation¹⁶³.

L'école est le lieu privilégié pour promouvoir la santé, le bien-être et la réussite éducative¹⁶⁴ en raison de la proportion élevée de jeunes qui s'y trouvent¹⁶⁵, du nombre d'heures qu'ils y passent¹⁶⁶ et de l'influence de ce milieu dont l'importance se situe immédiatement après celle de la famille. L'école offre également la double possibilité de rejoindre et de favoriser l'engagement des parents qui souhaitent, en règle générale, que leurs jeunes bénéficient des meilleures conditions pour assurer leur développement. C'est aussi un lieu privilégié parce que c'est la mission même de l'école de contribuer au développement des compétences de base permettant le plein développement des enfants tant au niveau de la santé que celui de la réussite éducative.

162. Mrazek et Haggerty, 1994.

163. Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000.

164. Jané-Llopis et Barry, 2005.

165. Jané-Llopis et Barry, 2005.

166. World Health Organization, 2004b.

7.1 MESURES RETENUES

Un type d'approches et neuf mesures ont été retenues pour les jeunes âgés entre 6 et 17 ans.

1. approches Écoles promotrices de santé;
2. programmes de promotion de la santé mentale en milieu scolaire;
3. interventions pour améliorer l'environnement scolaire;
4. programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents de jeunes présentant des problèmes de comportement;
5. interventions pour prévenir la violence (entre pairs et dans les relations amoureuses);
6. interventions pour prévenir l'abus de substances;
7. interventions auprès des jeunes à risque de dépression et d'anxiété;
8. interventions pour les jeunes endeuillés;
9. interventions pour les jeunes de parents séparés;
10. interventions pour les jeunes de parent atteint d'un trouble mental.

7.1.1 Approches Écoles promotrices de santé (*Health Promoting School*)

Les approches *Health Promoting School* et le modèle *Comprehensive School Health Program* ont tous deux inspiré de nombreux modes d'intégration des interventions de santé en milieu scolaire. Quelle que soit l'appellation utilisée, les caractéristiques de ces approches font de plus en plus l'unanimité. Afin de faciliter la lecture, le vocable *Écoles promotrices de santé* est utilisé ici pour désigner ce type d'approche.

Les approches Écoles promotrices de santé interpellent l'ensemble de l'établissement scolaire afin que l'expérience entière en milieu scolaire soit promotrice de santé¹⁶⁷. Elles s'attardent aux valeurs, aux politiques, aux normes, à l'environnement physique, au curriculum en classe, aux pratiques pédagogiques, aux relations entre les individus et aux liens entre l'école, la famille et la communauté¹⁶⁸. Dans cette perspective, la promotion de la santé en général et la promotion de la santé mentale en particulier s'inscrivent comme éléments fondamentaux d'une vision plus globale de la santé¹⁶⁹ et deviennent l'affaire de toute l'école¹⁷⁰. C'est d'ailleurs les principes de la promotion de la santé de la Charte d'Ottawa qui ont conduit à l'élaboration de ces approches¹⁷¹.

Pertinence

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| Politiques publiques | Milieus favorables | Actions commun. | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|

Les écoles qui adoptent une approche Écoles promotrices de santé collaborent avec les familles, les services de première ligne et autres organismes engagés auprès des jeunes. Ce contexte offre l'occasion d'intervenir non seulement en promotion de la santé mentale, mais également en prévention des troubles mentaux auprès de l'ensemble des jeunes et du personnel. Ainsi, en plus de répondre aux besoins de l'ensemble de ces derniers, l'école promotrice de santé inclut, à ses activités, des programmes de prévention pour les clientèles à risque et des interventions précoces pour ceux présentant des symptômes de troubles mentaux¹⁷². Dans le même esprit et en collaboration avec d'autres instances comme les établissements de santé, elle contribue à l'identification, à l'intervention et au suivi des jeunes à risque de troubles mentaux¹⁷³.



167. Réseau suisse d'écoles en santé, 2005.

168. Wear et Markham, 2005.

169. Policy Leadership Cadre for Mental Health in Schools, 2001.

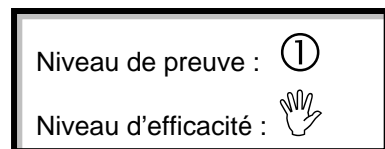
170. Réseau suisse d'écoles en santé, 2005.

171. Mukoma et Flisher, 2004.

172. Policy Leadership Cadre for Mental Health in Schools, 2001.

173. Jané-Llopis et Anderson, 2006.

Effacité



Les études portant sur l'efficacité des approches Écoles promotrices de santé sont limitées, mais les résultats sont prometteurs¹⁷⁴. Bien qu'aucune évaluation de l'approche avec toutes ses composantes n'ait été réalisée, la revue systématique de Lister-Sharp et coll. (1999) constitue une bonne base de preuves. Ces auteurs ont identifié huit études évaluatives portant sur des interventions qui se rapprochaient de celles des Écoles promotrices de santé. Les interventions évaluées incluaient des actions dans l'un ou plusieurs des domaines suivants : le curriculum scolaire, le climat scolaire et le partenariat école, famille et communauté. Les auteurs concluent qu'elles peuvent avoir un impact sur la santé et le bien-être du jeune et sur son environnement. Elles permettent d'agir notamment sur l'environnement physique et social de l'école, les liens entre la famille, la communauté et l'école, le curriculum scolaire et les connaissances des jeunes. Certaines études montrent également que ces approches peuvent avoir un impact positif sur l'estime de soi et sur les comportements agressifs du jeune ainsi que sur certains comportements liés à la santé. Les études ont par contre montré que ces approches étaient moins efficaces pour modifier les comportements associés à la consommation de tabac et d'alcool. Malheureusement, aucune intervention relevée par Lister-Sharp et coll. (1999) n'incluait tous les éléments de ces approches. De plus, aucune d'entre elles n'est parvenue à atteindre tous les buts. Elles étaient également toutes différentes en termes de conception, d'implantation et de but visé. Les auteurs arrivent à la conclusion que seules les interventions implantées avec rigueur et compétence et qui respectent entièrement les principes des École promotrices de santé ont le potentiel d'agir sur la santé mentale des jeunes.

Dans sa revue des preuves de l'efficacité de la promotion de la santé à l'école et de l'approche Écoles promotrices de santé, Stewart-Brown (2006) conclut, pour sa part, que les interventions de promotion de la santé mentale à l'école les plus efficaces sur le plan des changements de comportement sont celles qui sont complexes, multifactorielles et multimodales. Cette revue systématique réalisée pour l'Organisation mondiale de la santé permet de constater que les interventions les plus efficaces s'appuient sur les principes des Écoles promotrices de santé. Stewart-Brown (2006) reconnaît que certains éléments de l'approche sont efficaces, mais soutient également que d'autres preuves sont nécessaires avant de conclure que celle-ci est plus efficace que d'autres pour la promotion de la santé mentale à l'école. Mukoma et Fischer (2004) ont révisé neuf études évaluatives portant sur l'approche Écoles promotrices de santé. Ils concluent qu'il est présentement difficile de statuer avec certitude sur l'efficacité de cette approche, compte tenu des différences méthodologiques entre les études évaluatives et que la plupart de ces méthodologies ne permettent pas d'attribuer avec certitude les résultats obtenus à l'intervention. Ils recommandent donc le développement de méthodes appropriées pour évaluer l'impact global de ce type d'approche en lien avec chacun des domaines d'intervention.

174. Stewart-Brown, 2006; Wear et Markham, 2005; Lister-Sharp et coll., 1999.

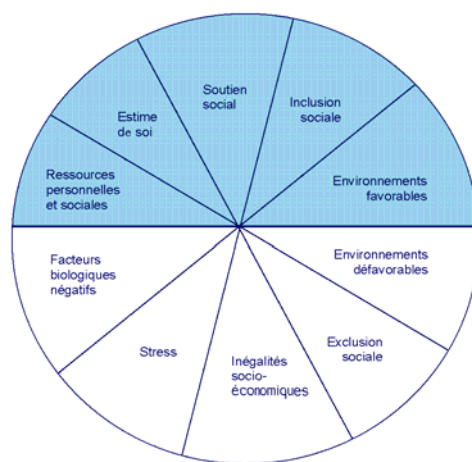
7.1.2 Programmes de promotion de la santé mentale en milieu scolaire

Les programmes de promotion de la santé mentale en milieu scolaire visent à augmenter l'effet des facteurs de protection associés à la santé mentale tels que les ressources personnelles de base et l'estime de soi des jeunes. Ils englobent surtout des programmes d'éducation à la santé et de développement d'habiletés en classe, mais également des programmes qui combinent des interventions directes auprès du jeune et des mesures visant l'engagement des parents et de la communauté dans une démarche de promotion de la santé auprès du jeune.

Pertinence

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| Politiques publiques | Milieus favorables | Actions commun. | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|

De bonnes ressources personnelles de base et une estime de soi positive aident à faire face efficacement aux demandes et aux défis de la vie quotidienne¹⁷⁵; elles sont associées à la réussite scolaire, au bien-être, au développement de relations interpersonnelles positives, à la perception positive des pairs et à l'acquisition de bonnes habiletés d'adaptation (*coping*)¹⁷⁶. À l'inverse, un retard ou un déficit du développement de certaines compétences de base telles que les habiletés cognitives, de communication, de résolution de problèmes ou d'adaptation, de même qu'une faible estime de soi, affectent la motivation et le rendement scolaire des jeunes¹⁷⁷ et augmentent les risques de problèmes sociaux, comportementaux¹⁷⁸ et mentaux¹⁷⁹. En fait, les jeunes qui n'ont pas bénéficié tôt dans leur vie d'occasions d'acquérir leurs compétences de base, sont plus vulnérables à un état dépressif¹⁸⁰, d'être rejetés par leurs pairs et de s'engager dans des comportements destructeurs, comme la violence, l'abus de drogues et d'alcool ou le suicide¹⁸¹.



Le soutien social revêt également une grande importance pour la santé mentale des jeunes d'âge scolaire. En effet, les jeunes cumulant plusieurs facteurs de risque familiaux ayant la possibilité d'entretenir une relation significative avec un autre adulte sont plus souvent résilients face à l'adversité vécue dans leur milieu familial¹⁸². Ainsi, avoir un confident, un modèle ou un mentor contribuerait à protéger leur santé mentale¹⁸³. Des enseignants et

175. Hamel et coll., 2001; World Health Organization, 2005a.

176. Trzesniewski et coll., 2003 cité dans Biro et coll., 2006.

177. Hamel et coll., 2001.

178. Crocker et Wolfe, 2001 cité dans Biro et coll., 2006; Hamel et coll., 2001.

179. Landazabal, 2006.

180. Masten et Coatsworth, 1995 cité dans Hamel et coll., 2001.

181. Payton et coll., 2000.

182. Jenkins et Smith, 1990 cité dans Ellis et Collings, 1997.

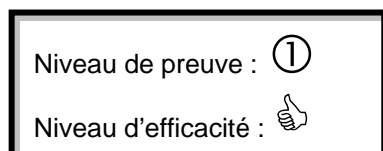
183. Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000.

des membres du personnel scolaire, notamment lorsqu'ils jouissent d'une bonne santé mentale, peuvent jouer ce rôle.

Les relations interpersonnelles entre pairs sont aussi une source importante de soutien social pour les jeunes et peuvent être déterminantes pour leur bien-être¹⁸⁴. L'amitié prend d'ailleurs une importance accrue au fur et à mesure qu'ils grandissent. Elle leur procure un espace à l'intérieur duquel ils ont la possibilité d'accroître leurs aptitudes sociales et émotionnelles. Le fait d'appartenir à un groupe de pairs positifs constitue pour eux un facteur de protection¹⁸⁵. L'amitié, lorsqu'elle contribue positivement au processus de socialisation, serait associée à des résultats scolaires supérieurs, à de meilleures habiletés d'adaptation, à la réduction de problèmes émotionnels ainsi qu'à des habiletés cognitives accrues¹⁸⁶. Les jeunes qui entretiennent des relations positives avec leurs pairs présentent moins de comportements agressifs et antisociaux¹⁸⁷. De manière générale, ils se disent plus heureux et plus satisfaits de leur vie¹⁸⁸.

La promotion de la santé mentale passe également par des mesures visant à offrir aux jeunes d'âge scolaire des environnements favorables à la santé mentale. D'ailleurs, les études montrent qu'un environnement scolaire de qualité, sain, stimulant et sécuritaire est associé à une meilleure santé physique et émotionnelle¹⁸⁹ ainsi qu'à l'adoption de comportements sécuritaires¹⁹⁰. L'école peut également contribuer à favoriser l'engagement communautaire des jeunes et leur sentiment d'appartenance à la collectivité par des activités communautaires et parascolaires. La participation à ces activités favorise l'inclusion sociale et est associée à une meilleure santé perçue, à un développement socioémotif positif, à une meilleure perception de soi et à un sentiment d'autonomie¹⁹¹.

Effacité



Les programmes de promotion de la santé mentale en milieu scolaire peuvent influencer sur les comportements du jeune et sur sa santé¹⁹².

Wells et coll. (2003) concluent dans leur revue systématique des approches universelles de promotion de la santé mentale à l'école, qu'il existe suffisamment de preuves de l'efficacité de ces programmes. De manière générale, les études recensées par Wells et coll. (2003) démontrent que ces programmes favorisent un meilleur concept de soi, réduisent les comportements agressifs et contribuent au développement de stratégies de résolution de problèmes et de négociations. Durlak et coll. (1997) rapportent aussi des résultats significatifs pour ces programmes notamment lorsqu'ils ont pour but l'acquisition d'habiletés de gestion des émotions et de résolution de

184. Lindberg et Swanberg, 2006.

185. Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000.

186. McLaren, 2002 cité dans Institut canadien d'information sur la santé, 2005.

187. Van Lieshout et coll., 2005 cité dans Hartup, 2005.

188. Meehan, Durlak et Bryant, 1993 cité dans Hamel et coll., 2001.

189. Ross et Wu, 1995 cité dans Institut canadien d'information sur la santé, 2005.

190. Resnick et coll., 1997 cité dans Institut canadien d'information sur la santé, 2005.

191. Murphey et coll., 2004 cité dans Institut canadien d'information sur la santé, 2005, Jané-Llopis et Anderson, 2005.

192. Wells et coll., 2003.

problèmes¹⁹³. Ces études identifient de nombreux programmes efficaces en milieu scolaire. Le programme *Promoting Alternative Thinking Strategies* (PATHS) en est un exemple. Il a pour but de promouvoir la compétence sociale et émotionnelle par une formation aux habiletés de base en classe. Les résultats des nombreuses études évaluatives avec devis randomisés sur ce programme indiquent une amélioration significative des comportements et des habiletés de gestion des émotions et de résolution de problèmes. Les améliorations se sont également maintenues deux ans après la fin de l'intervention¹⁹⁴.

Les revues systématiques de Browne et coll. (2004), Mann et coll. (2004), Wells et coll. (2003) et de Tilford et coll. (1997) indiquent que les interventions de promotion de la santé mentale en classe (programmes à composantes multiples ou spécifiques à certaines compétences) permettent d'améliorer le concept de soi, l'estime de soi et les stratégies d'adaptation des jeunes. Certains auteurs suggèrent que les programmes visant spécifiquement le développement de l'estime de soi auraient plus d'impact que les programmes à composantes multiples¹⁹⁵. Ainsi, selon la méta-analyse de Haney et Durlak (1998) portant sur 120 interventions destinées à augmenter l'estime de soi, les programmes visant spécifiquement l'estime de soi seraient plus efficaces que ceux visant l'amélioration des compétences sociales en général. Soulignons que le développement de l'estime de soi est un processus complexe qui dépend d'un ensemble de facteurs, dont le sentiment de compétence du jeune et qui, de plus, requiert une attitude positive de l'enseignant envers celui-ci et un climat de classe et d'école positif et stimulant, etc.¹⁹⁶.

Enfin, plusieurs auteurs¹⁹⁷ soulignent que les programmes qui utilisent une approche comportementale axée sur les individus ou centrés sur un curriculum particulier en santé mentale démontrent moins d'efficacité que ceux qui utilisent des stratégies multiples telles qu'une intervention éducative en classe ainsi que des actions pour modifier l'environnement scolaire et susciter l'engagement des parents et de la communauté. Les programmes implantés de manière continue, sur une période de plus d'un an seraient les plus efficaces¹⁹⁸.

193. Durlak et Well, 1997.

194. Greenberg et Kische, 1997 cité dans Greenberg et coll., 2001.

195. Stewart-Brown, 2006; Harden et coll., 2006.

196. Browne et coll., 2004; Wells et coll., 2003; Lawrence, 2006.

197. Wells et coll., 2003; Lister-Sharp et coll., 1999, Stewart-Brown, 2006.

198. Wells et coll., 2003.

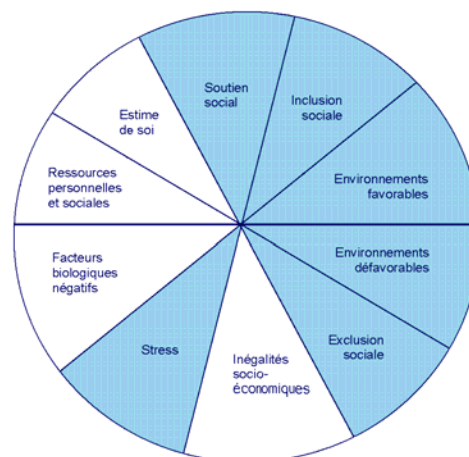
7.1.3 Interventions pour améliorer l'environnement scolaire

Les interventions développées pour améliorer l'environnement scolaire concernent principalement l'environnement physique et social. La création d'un environnement physique propice aux apprentissages et aux comportements favorables à la santé à l'école renvoie aux actions qui touchent les bâtiments, terrains, espaces de jeux, équipements, à l'intérieur et autour de l'école, et les aménagements de base qui favorisent notamment l'adoption d'un mode de vie actif¹⁹⁹. La création d'un environnement social propice à l'école renvoie pour sa part à la création d'un climat favorable aux apprentissages, c'est-à-dire non violent, où les relations entre les différents acteurs en présence, que ce soit au sein du personnel de l'école, entre les élèves ou entre les élèves et le personnel, sont ouvertes, harmonieuses et respectueuses²⁰⁰. La création d'un environnement social favorable inclut les relations qui sont développées avec les parents et la communauté au sens large²⁰¹ de même que le développement d'activités parascolaires qui favorisent le sentiment d'appartenance à l'école.

Pertinence

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| Politiques publiques | Milieux favorables | Actions commun. | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|

Les jeunes qui évoluent dans un environnement scolaire de qualité et sans violence présentent généralement un meilleur état de santé et de meilleurs résultats scolaires²⁰². La qualité de l'environnement social à l'école est particulièrement importante pour la promotion de la santé mentale des jeunes. Plusieurs auteurs croient que les interventions visant à modifier positivement l'environnement social sont à privilégier et devraient aussi faire partie d'une approche globale de promotion de la santé à l'école²⁰³. En ce sens, un environnement propice à la santé mentale favorise l'établissement de rapports de réciprocité et de liens de confiance entre les pairs ou entre les jeunes et le personnel scolaire. On sait maintenant qu'un milieu scolaire cohésif et non violent contribue au développement d'un fort sentiment d'appartenance envers l'école et constitue un facteur de protection pour la santé mentale. D'ailleurs, le fait de se sentir en sécurité à l'école est associé à une meilleure santé physique et émotionnelle et à une tendance moindre à prendre des risques²⁰⁴, notamment en termes de comportements sexuels ou violents²⁰⁵. À l'inverse, un mauvais climat social à l'école peut augmenter les risques de troubles mentaux indépendamment de la nature des autres influences (sociales, communautaires ou familiales) auxquelles le jeune est exposé.



199. St Leger, 2005.

200. World Health Organization, 2004b.

201. St Leger, 2005.

202. St Leger, 1999.

203. St Leger, 1999.

204. Ross et Wu, 1995 cité dans Institut canadien d'information sur la santé, 2005.

205. Resnick et coll., 1997 cité dans Institut canadien d'information sur la santé, 2005.

Un faible lien affectif entre le jeune et les enseignants, un manque de surveillance et de supervision ainsi que des pratiques éducatives punitives et inconsistantes peuvent, par exemple, constituer des facteurs de risque pour la santé mentale des jeunes²⁰⁶.

D'autre part, la recherche relève que l'engagement communautaire et le sentiment d'appartenance à la collectivité sont favorisés par les occasions données aux jeunes de participer à des activités communautaires parascolaires, comme appartenir à des clubs, pratiquer des sports, participer à des activités artistiques ou de bénévolat. La participation à des activités parascolaires et à la vie communautaire est associée à une meilleure perception de sa santé, de soi et à un sentiment d'autonomie²⁰⁷. L'engagement dans diverses activités a été lié, à moyen terme, à un développement socioémotif positif et, à plus long terme, à une augmentation du nombre de jeunes à l'emploi, salariés et ayant accès à des ressources sociales et de santé²⁰⁸.

Selon l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC)²⁰⁹, ceux qui, parmi les jeunes entre 12 et 15 ans, déclarent se sentir hautement engagés envers leur école, rapportent avoir davantage confiance en eux et un meilleur état de santé physique que les jeunes non bénévoles. Enfin, ils entretiennent moins de liens avec des camarades associés à des activités criminelles. Par ailleurs, les jeunes actifs, dans leur école et dans leur communauté, présenteraient davantage de manifestations d'anxiété que les jeunes moins actifs. Ce résultat est conforme à ceux d'études récentes qui démontrent, qu'au cours des dernières décennies, le temps de participation des adolescents à des loisirs, à des sports et à des activités physiques a augmenté significativement, ce qui aurait pour effet d'accentuer leur sentiment de manque de temps, de même que leur stress²¹⁰.

Enfin, les jeunes ne sont pas exempts de discrimination, parfois même à l'école, pour des raisons liées à leur appartenance ethnique, religieuse ou sexuelle²¹¹. La discrimination limite la participation du jeune aux activités scolaires et communautaires. En plus de vivre un rejet social, les jeunes, victimes de discrimination, ont moins accès à une panoplie d'activités enrichissantes pour leur développement. Le sentiment de vivre de la discrimination à l'école peut avoir des répercussions négatives sur l'estime de soi et la motivation scolaire et accroître la colère et les comportements agressifs de même que les symptômes dépressifs²¹².

206. Rutter, 1983; Kasen et coll., 1990.

207. Murphey et coll., 2004 cité dans Institut canadien d'information sur la santé, 2005.

208. Jané-Llopis et Anderson, 2005.

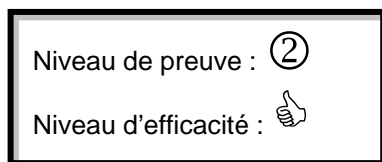
209. Institut canadien d'information sur la santé, 2005.

210. Zuzanek, 2005 cité dans Institut canadien d'information sur la santé, 2005.

211. Fisher, Wallace et Fenton, 2000 cité dans Brown, 2006.

212. Fisher et coll., 2000; Wong et coll., 2003 cité dans Brown, 2006.

Efficacité



Les quelques études qui se sont penchées sur l'efficacité des interventions, pour améliorer l'environnement scolaire, obtiennent des résultats positifs. L'étude de Hawkins et de ses collaborateurs sur les programmes de formation auprès des enseignants, ayant pour but de favoriser le développement de contacts positifs avec leurs élèves, montre qu'elle peut contribuer significativement à réduire les comportements agressifs des garçons et les comportements autodestructeurs chez les filles²¹³. D'ailleurs, les programmes de prévention de la violence qui ont démontré des effets positifs sont ceux qui cherchent à restructurer l'environnement scolaire tout en tentant d'agir sur le climat de la classe²¹⁴. Les études indiquent que la modification des aspects psychosociaux de l'environnement de la classe s'avère une stratégie efficace pour agir sur le comportement des jeunes et pour contribuer au bon cheminement scolaire²¹⁵.

Dans la revue systématique de Wells, sur les interventions universelles en promotion de la santé mentale à l'école, Barlow et Stewart-Brown (2003) identifient quatre études portant spécifiquement sur l'efficacité des programmes visant la modification de certains aspects de l'environnement scolaire. Trois d'entre eux (ex. : programme STEP²¹⁶) montrent des impacts positifs, notamment sur l'estime de soi et la réduction des comportements agressifs, mais aucun impact significatif n'est relevé pour le quatrième. Selon les résultats de cette revue systématique, les programmes qui visent à faciliter la transition entre le primaire et le secondaire en agissant sur l'environnement de l'école (ex. : réorganiser l'environnement de manière à favoriser la création de liens sociaux stables, avoir une stabilité des groupes-classes, offrir plus d'occasions de créer des liens entre l'école, les parents et la communauté) sont efficaces pour améliorer l'estime de soi, l'adaptation aux changements scolaires, mais également pour réduire l'anxiété, la dépression et les comportements délinquants durant cette période de transition. L'impact à long terme de ces programmes a aussi été démontré sur la persévérance scolaire²¹⁷.

Les programmes de prévention auprès de l'ensemble des jeunes et des groupes à risque

Dans cette catégorie, on retrouve des programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents d'enfants présentant des problèmes de comportement, des programmes qui visent à prévenir la violence, l'abus de substances et la prévention des troubles mentaux auprès de jeunes à risque.

213. Hardern et coll., 2001.

214. World Health Organization, 2004a.

215. Durlak et Well, 1997.

216. Felner et coll., 1993, cité dans Wells et coll., 2003.

217. Wells et coll., 2003.

7.1.4 Programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents de jeunes présentant des problèmes de comportement

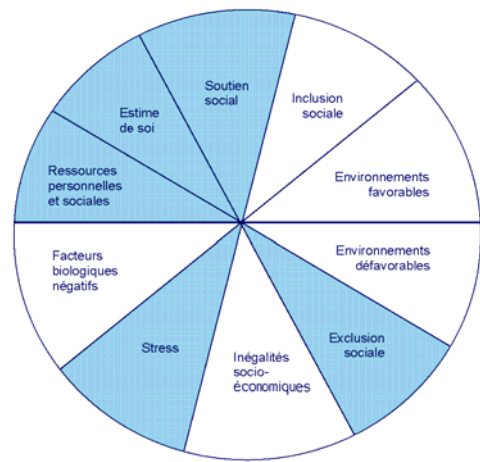
Ces interventions visent à soutenir les parents dans leur rôle parental pour faire diminuer leur stress et contribuer au développement des ressources de base du jeune. Elles ciblent particulièrement les parents de jeunes présentant des problèmes de comportement.

Pertinence

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| Politiques publiques | Milieus favorables | Actions commun. | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|

La famille constitue l'environnement le plus influent pour le jeune. De nombreux résultats de recherche indiquent que le soutien d'un parent ou d'un proche protège le jeune des problèmes d'adaptation psychosociale et l'aide à développer des comportements résilients face à l'adversité. Le soutien des parents serait également associé à une meilleure estime de soi chez les jeunes et au développement de bonnes habiletés de base²¹⁸.

L'impact positif du soutien parental dépend toutefois de la disponibilité émotionnelle des parents et de la qualité de leurs pratiques parentales. Le manque de disponibilité parentale en raison d'un niveau de stress élevé, d'une maladie physique ou psychologique représente, pour les jeunes, un risque de développer des problèmes de santé mentale. À cet égard, certains événements tels que les séparations, les conflits maritaux, les troubles mentaux ou les problèmes de dépendance des parents²¹⁹, contribueraient à l'apparition de comportements antisociaux et de consommation chez les jeunes²²⁰.



Il existe également des preuves liant certaines pratiques parentales au développement de problèmes de comportement. L'absence de liens chaleureux et positifs entre le parent et le jeune ou des pratiques disciplinaires autoritaires, rigides, inflexibles ou inconsistantes constituent des facteurs qui augmentent le risque chez le jeune de présenter des problèmes comportementaux et émotionnels²²¹.

218. Franco et Levitt, 1998 cité dans Hamel et coll., 2001.

219. Ellis et Collings, 1997.

220. Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000; Ellis et Collings, 1997.

221. Sanders, 2002.

Efficacité

Niveau de preuve : ①

Niveau d'efficacité : 👍

Les programmes auprès des parents reposent sur la prémisse que le soutien aux habiletés parentales aura un impact sur la relation parent-enfant et sur le développement des jeunes et qu'il réduira les risques de mauvais traitements. Barlow (1999)²²² ainsi que Barlow et Stewart-Brown (2000), dans leurs revues systématiques sur l'efficacité des programmes de groupe auprès de parents de jeunes présentant des problèmes de comportement (agression, crise de colère et désobéissance), relèvent que ceux-ci ont des impacts positifs sur les mesures objectives du comportement des jeunes et sur la perception qu'en ont les parents. Ces changements se maintiennent à long terme.

Triple P est un exemple de programme efficace qui vise à prévenir les problèmes comportementaux et émotionnels chez les jeunes en améliorant les connaissances, les habiletés et la confiance des parents. Ce programme comprend plusieurs volets dont certains visent à offrir des séances sur la formation aux habiletés parentales ou une intervention familiale comportementale selon les besoins de la famille. Les résultats de l'évaluation de ce programme auprès des parents de jeunes présentant des problèmes de comportement montrent que les familles participantes rapportent à court terme moins de problèmes de comportement, chez les jeunes, et de meilleurs indices de compétence parentale. À long terme, la prévalence des troubles de comportement chez les jeunes a été réduite de 30 %²²³.

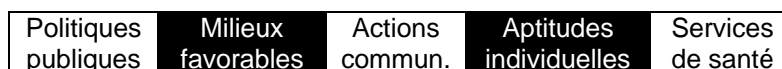
222. Barlow, 1999; Barlow et Stewart-Brown, 2000.

223. Sanders et coll., 2000, Sanders et coll., 2004, Sanders et Morawska, 2006.

7.1.5 Interventions pour prévenir la violence

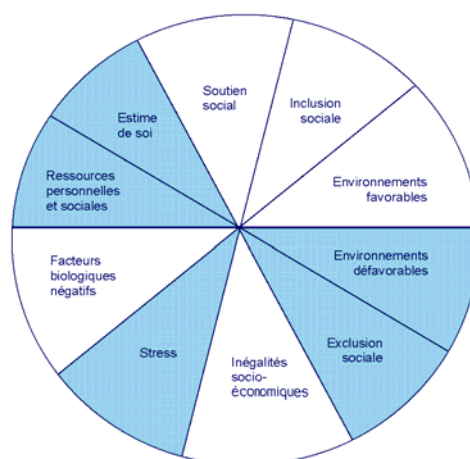
De façon générale, ces interventions ciblent à la fois le jeune et un ou plusieurs de ses milieux de vie. Elles misent sur diverses modalités et stratégies²²⁴. Ainsi, elles permettent, d'une part, d'intervenir directement auprès de l'enfant à l'école et, d'autre part, elles agissent indirectement auprès de celui-ci en visant, entre autres, la qualité des relations entre le jeune et ses milieux de vie²²⁵ ou une cohérence éducative entre les différents milieux concernés²²⁶.

Pertinence



La violence entre pairs peut prendre plusieurs formes. Que ce soit par des gestes agressifs, de l'intimidation, du taxage ou de la violence dans les relations amoureuses, celle-ci affecte négativement la santé mentale du jeune qui en est victime.

L'intimidation renvoie à tout geste agressif (physique, verbal ou écrit) commis avec l'intention de faire du mal à une victime et d'avoir un pouvoir sur elle²²⁷. Le taxage pour sa part constitue une forme d'intimidation où la victime est contrainte, au moyen de gestes agressifs et répressifs, de donner un bien ou de l'argent²²⁸. Le phénomène de l'intimidation se retrouve autant à l'école primaire²²⁹ qu'à l'école secondaire²³⁰ et tous les jeunes peuvent en être victimes. Certains d'entre eux sont toutefois plus à risque d'être victimes d'actes de violence parce qu'ils appartiennent à une minorité, qu'ils sont homosexuels, physiquement désavantagés, sans abris ou qu'ils ont une appartenance ethnique ou religieuse différente, ou, encore, qu'ils souffrent d'une maladie mentale²³¹.



Les conséquences de la violence sont nombreuses. Cette dernière affecte négativement l'estime de soi²³² de même que la santé mentale²³³ et le rendement scolaire²³⁴. Les victimes d'intimidation adoptent également plus de comportements violents²³⁵ et peuvent avoir des pensées suicidaires²³⁶. L'impact de l'intimidation ne se limite toutefois pas aux victimes. Les agresseurs sont également affectés par leurs comportements agressifs²³⁷. En ce sens,

224. World Health Organization, 2004a.

225. Wear et Markham, 2005.

226. Martin et Arcand, 2005.

227. Flores et coll., 2005a.

228. Bouchard et coll., 2005.

229. Glew et coll., 2005.

230. Nansel et coll., 2001.

231. Hinshaw, 2005.

232. Flores et coll., 2005a.

233. Juvonen et coll., 2003.

234. Flores et coll., 2005a.

235. Juvonen et coll., 2003.

236. Flores et coll., 2005a.

237. Flores et coll., 2005a.

les agresseurs manifestent plus de problèmes de comportement à l'école et ont plus de difficultés dans leurs relations avec les pairs, même si parfois ils peuvent jouir d'une plus grande popularité²³⁸. Les jeunes qui sont à la fois victimes et agresseurs sont les plus troublés. Ce sont eux qui manifestent davantage de problèmes de comportement internalisés et externalisés²³⁹, de difficultés scolaires et de problèmes dans leurs échanges avec leurs pairs²⁴⁰.

La violence dans les relations amoureuses chez les jeunes représente une autre forme de violence ayant un impact important sur leur santé mentale. Tout comme la violence conjugale, la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes se manifeste par des agressions psychologiques, sexuelles ou physiques²⁴¹. Ce type de violence affecte particulièrement le développement de l'identité de l'adolescent et aurait un impact sur ses relations amoureuses futures²⁴². De plus, le fait d'avoir été victime de violence dans une relation amoureuse serait relié à une perte de confiance en soi, à de l'anxiété et à de la dépression ainsi qu'à un risque accru de grossesses non désirées et de maladies transmises sexuellement²⁴³. Les victimes, tout comme les agresseurs, montreraient d'importantes déficiences au niveau de leurs habiletés de communication et de résolution de problèmes²⁴⁴. L'impact de la violence dans les relations amoureuses se répercutera aussi au niveau scolaire par de l'absentéisme, des troubles de comportement et la modification de la performance scolaire²⁴⁵.

Enfin, les agressions dans la communauté peuvent être liées à des problèmes de santé mentale chez les jeunes. Elles sont souvent associées à des taux élevés de vandalisme, de délinquance, d'abus physique et sexuel et d'homicides²⁴⁶. On sait que les jeunes gens qui vivent dans des voisinages où existent des taux élevés de criminalité et de violence sont plus à risque, d'une part, d'être victimes de violence et, d'autre part, d'exercer eux-mêmes de la violence envers autrui²⁴⁷.

La violence vécue à l'école ou dans la communauté, contribue à augmenter le stress et rend les jeunes plus vulnérables aux troubles mentaux tels que la dépression et l'anxiété²⁴⁸.

238. Juvonen et coll., 2003.

239. Arseneault et coll., 2006.

240. Juvonen et coll., 2003.

241. Price et coll., 2000 cité dans Université de Calgary, 2007; Silverman et coll., 2001 cité dans Whitaker et coll., 2005.

242. O'leary et coll., 1994 cité dans Whitaker et coll., 2005.

243. Université de Calgary, 2007, Silverman et coll., 2001 cité dans Whitaker et coll., 2005.

244. Cornelius et Resseguie, 2007.

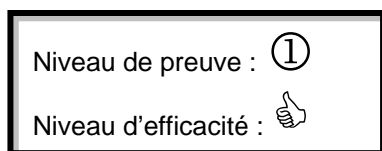
245. Flores et coll., 2005b.

246. Jané-Llopis et Anderson, 2005.

247. Jané-Llopis et Anderson, 2005.

248. Jané-Llopis et Anderson, 2005.

Efficacité de prévention de la violence entre les pairs



Les programmes universels de prévention de la violence en milieu scolaire montrent des résultats significatifs, bien que leurs impacts soient souvent modérés et tendent à s'estomper avec le temps²⁴⁹. Les programmes sélectifs de prévention sont également efficaces, notamment pour la réduction des comportements agressifs et l'amélioration de la réponse des écoles face aux actes d'agression²⁵⁰. Les effets de ces programmes auprès de jeunes ayant des problèmes de comportement se maintiennent douze mois après l'intervention. Cependant, aucune preuve ne permet de conclure que les effets se maintiennent au-delà de cette période.

Il existe un consensus selon lequel les programmes les plus efficaces, qu'ils soient universels ou sélectifs, sont ceux qui visent à la fois les habiletés sociales des jeunes et leurs milieux de vie (familial, scolaire ou communautaire). Par exemple, les interventions qui combinent une action sur l'acquisition des ressources personnelles de base des jeunes à un programme de formation aux habiletés parentales obtiennent des résultats significatifs sur la réduction du nombre d'agressions dans la cour d'école et de divers problèmes de comportement incluant le rejet, le vol et le vandalisme²⁵¹. L'évaluation d'une intervention ciblant les administrateurs et les professionnels de l'école ainsi que les parents s'est également révélée efficace pour réduire les problèmes de comportement et améliorer, chez les élèves, la perception de leurs compétences.

Dans le même sens, les programmes de prévention de l'intimidation à l'école les plus efficaces visent généralement l'agresseur, la victime et les témoins, ainsi que le personnel enseignant et la direction d'école. La revue systématique de Vreeman et Carroll (2007) a permis d'identifier 28 études portant sur l'efficacité de ces interventions. Les résultats suggèrent que les programmes de type éducatif et de formation aux habiletés sociales seraient moins efficaces que ceux qui adoptent une approche globale et qui engagent les professeurs et la direction de l'école de même que les étudiants et les associations étudiantes à travailler ensemble afin de créer un environnement scolaire exempt d'intimidation. Les auteurs de cette revue systématique concluent que la façon la plus efficace de réduire l'intimidation à l'école est d'engager l'ensemble de l'école afin d'amener tous et chacun à modifier ses attitudes et ses comportements face à ce problème²⁵².

On constate donc que les programmes qui ciblent plusieurs milieux de vie du jeune obtiennent des résultats intéressants. En effet, une revue de programmes efficaces révèle que les interventions qui mobilisent les parents, l'école, la communauté locale et les organismes du milieu sont plus susceptibles d'avoir des résultats sur le comportement des jeunes, leur apprentissage et leur santé mentale que celles qui ciblent un seul milieu de vie²⁵³. Le programme *Communities that Care*, implanté dans plusieurs États américains constitue un bon exemple de ce type d'approche. Ce programme a d'ailleurs été évalué aux États-Unis, avec un devis pré-post test, dans plus de 40 communautés. Les résultats

249. Greenberg et coll., 2001.

250. Mytton et coll., 2006.

251. World Health Organization, 2004a.

252. Vreeman et Carroll, 2007.

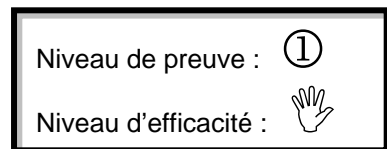
253. Durlak, 1995 cité dans Wear et Markham, 2005.

de l'évaluation indiquent une amélioration des comportements des jeunes, des habiletés des parents et des relations dans la famille et la communauté. De plus, on observe une diminution significative des problèmes scolaires et des actes criminels, notamment ceux associés au port d'armes, aux vols, à la possession et à la consommation de drogues ainsi qu'aux voies de fait²⁵⁴. *Communities that Care* a été adopté par plusieurs autres pays dont les Pays-Bas, l'Angleterre, l'Écosse, le pays de Galles et l'Australie.

Le succès de ces programmes pourrait être attribuable au fait qu'ils accordent autant d'importance au comportement du jeune qu'à celui des enseignants et des parents et qu'ils portent une attention particulière à la relation entre la famille et l'école ainsi qu'aux besoins du milieu scolaire et de la communauté dans le rôle qu'ils exercent par rapport au développement de comportements sociaux et de santé favorables à la santé des jeunes. En somme, ces programmes, particulièrement ceux intégrant une forte composante communautaire, ont plus de chance d'avoir un impact²⁵⁵.

Enfin, selon Mytton et coll. (2006), les interventions visant l'amélioration des habiletés sociales et des habiletés interpersonnelles auprès des jeunes à risque seraient plus efficaces que celles visant à apprendre aux jeunes à ne pas réagir ou à ne pas répondre aux provocations ou aux situations conflictuelles. Aussi, l'efficacité de ces programmes de prévention sélective est la même pour les enfants du primaire que pour ceux du secondaire. Les impacts positifs de ces programmes seraient également les mêmes pour un groupe mixte que pour un groupe composé que de garçons. Toutefois, on ne connaît pas les composantes des programmes de prévention pouvant assurer l'atteinte de meilleurs résultats.

Efficacité de la prévention de la violence dans les relations amoureuses



Il existe une diversité de programmes de prévention de la violence dans les relations amoureuses. Selon les moyens utilisés, ces programmes obtiennent des résultats contradictoires²⁵⁶. La revue systématique de Whitaker et coll. (2005)²⁵⁷, sur les programmes de prévention primaire de

la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes regroupent onze programmes, de courte durée (moins de cinq heures), se déroulant généralement à l'école. Seulement deux des quatre programmes mesurant des changements de comportement obtiennent des résultats significatifs. Les jeunes participant au programme *Safe Dates*²⁵⁸ comparé à ceux du groupe témoin rapportent avoir commis ou avoir été moins victimes de violence physique et de violence sexuelle. Cet effet se maintient quatre ans après la fin du programme. Par ailleurs, les jeunes participant au programme communautaire *Youth Relationships Project*²⁵⁹ rapportent également avoir commis moins d'actes de violence. Ces deux programmes reposent sur une approche globale d'interventions incluant un volet individuel et un volet dans la communauté. Les auteurs concluent qu'il est prématuré de statuer sur

254. Jané-Llopis et coll., 2005b; World Health Organization, 2004b.

255. Greenberg et coll., 2001.

256. Cornelius et Resseguie, 2007.

257. Whitaker et coll., 2005.

258. Foshee et coll., 2004.

259. Wolfe et coll., 2003 cité dans Whitaker et coll., 2005; Hickman et coll., 2004.

l'efficacité de ce type de programme pour prévenir la violence dans les relations amoureuses, mais que ceux-ci sont prometteurs. De plus, l'analyse de Hickman et coll. (2004) conclut aussi que les preuves de l'efficacité de ces programmes sont limitées et que les résultats sont parfois conflictuels²⁶⁰. Les principales limites des études évaluatives concernent le peu de données sur les changements d'attitudes et les comportements ainsi que le peu d'études longitudinales²⁶¹.

260. Hickman et coll., 2004.

261. Cornelius et Resseguie, 2007.

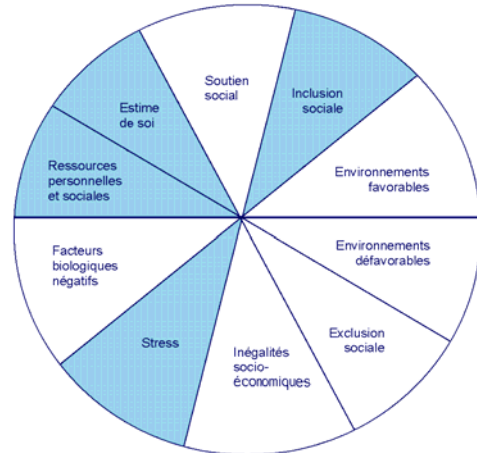
7.1.6 Interventions pour prévenir l'abus de substances

Ces interventions visent à prévenir l'abus de substances, soit l'alcool et la drogue, auprès des jeunes d'âge scolaire. De façon générale, ces interventions ciblent à la fois le jeune et un ou plusieurs de ses milieux de vie. Les programmes scolaires visent principalement l'augmentation des connaissances sur les effets de la drogue, le renforcement de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité, le développement d'habiletés sociales, la valorisation d'alternatives à la drogue, etc.²⁶². D'autres programmes visent également l'environnement scolaire, les médias ou la communauté.

Pertinence

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| Politiques publiques | Milieux favorables | Actions commun. | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|

L'importance de retarder le moment de la première initiation à l'alcool²⁶³ ou à la drogue²⁶⁴ de même que la prévention du passage de l'expérimentation à la dépendance font l'unanimité. En effet, comme les facteurs neurologiques ou psychologiques qui accroissent le risque de développer une dépendance à la drogue sont encore peu connus, même une consommation occasionnelle peut conduire à la dépendance²⁶⁵. Grant (1997)²⁶⁶ ajoute qu'il y a des preuves selon lesquelles la consommation d'alcool, en bas âge, est liée à la dépendance à l'âge adulte. De plus, il a été démontré que l'abus d'alcool est associé à la délinquance et aux comportements violents chez les jeunes, et ce, même après avoir pris en compte la personnalité²⁶⁷. Enfin, le lien entre les troubles de dépendance et certains problèmes psychiatriques a été maintes fois démontré²⁶⁸.



Les jeunes ayant un faible sentiment d'efficacité, une compétence moindre ainsi que des comportements impulsifs et agressifs sont plus à risque de développer des troubles mentaux et des problèmes associés tels que l'abus de substances²⁶⁹. De plus, certains événements tels que les séparations, les conflits maritiaux, les troubles mentaux ou les problèmes de dépendance des parents²⁷⁰ contribueraient à l'apparition de comportements antisociaux et de consommation chez les enfants et les jeunes²⁷¹. Parmi les jeunes entre 12 et 15 ans, les élèves qui déclarent se sentir hautement engagés envers leur école rapportent qu'ils sont moins enclins à consommer de la marijuana et de l'alcool ainsi ou à fumer du tabac²⁷².

262. Faggiano et coll., 2005.

263. Foxcroft et coll., 2002.

264. Faggiano et coll., 2005.

265. Leshner, 1999 cité dans Faggiano et coll., 2005.

266. Foxcroft et coll., 2002.

267. Komro, 1999 cité dans Foxcroft et coll., 2002.

268. Rao, 2006.

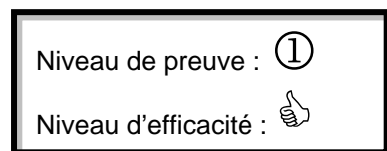
269. Mrazek et Haggerty, 1994.

270. Ellis et Collings, 1997.

271. Ellis et Collings, 1997; Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000.

272. Institut canadien d'information sur la santé, 2005.

Effacité



Bien que les conséquences et la sévérité des problèmes de consommation abusive de drogues et d'alcool se remarquent davantage chez les adultes, les jeunes d'âge scolaire constituent généralement, selon les écrits scientifiques, le groupe privilégié par les programmes de prévention.

Les résultats de la revue systématique de Faggiano et coll. (2005) sur l'efficacité des programmes de prévention primaire de l'abus de drogues en milieu scolaire montrent que les programmes centrés sur l'acquisition d'habiletés sociales et d'habiletés à résister à la pression des pairs sont les interventions les plus efficaces pour accroître les habiletés de prise de décision, l'estime de soi, la résistance à la pression des pairs ainsi que pour réduire la consommation de drogues telles que la marijuana et l'héroïne. Bien que significative, l'efficacité de ces programmes est toutefois limitée. Aussi, il existe peu d'études de qualité sur les effets à long terme de ce type de programme. Les interventions qui ont comme objectif l'amélioration de l'estime de soi ont des effets sur les habiletés de prise de décision, mais semblent toutefois augmenter le risque de consommation de marijuana.

La méta-analyse de Tobler et coll. (2000) et celle de Faggiano et coll. (2005) sur les programmes scolaires de prévention de l'abus de drogues indiquent que les programmes ayant pour but d'éduquer les jeunes sur les effets physiques, psychologiques et sociaux de l'usage abusif de drogues montrent très peu d'effets. Selon Tobler et coll. (2000), ce sont les programmes visant à agir sur les habiletés interpersonnelles, tout en cherchant à modifier l'environnement scolaire et à mettre à contribution les enseignants, les parents et la communauté, qui obtiennent les meilleurs résultats.

En ce qui a trait spécifiquement à l'abus d'alcool, les résultats de la revue systématique de Foxcroft et coll. (2002) sur l'efficacité des programmes de prévention primaire de l'abus d'alcool montrent moins de preuves. Par contre, certains programmes comme *Strengthening Family Program*²⁷³, ou d'autres axés sur l'acquisition d'habiletés, sont prometteurs à plus long terme.

Faggiano et coll. (2005) considèrent que les résultats des deux revues sur l'alcool et la drogue obtiennent des résultats similaires à court terme. Ils concluent donc à l'utilité des programmes de prévention communs aux deux problématiques. D'autres études plus rigoureuses et évaluant les effets à long terme sont nécessaires.

273. Spoth, 2001 cité dans Foxcroft et coll., 2002.

7.1.7 Interventions auprès des jeunes à risque de dépression et d'anxiété

La mesure vise à identifier les jeunes présentant des signes avant-coureurs de dépression et d'anxiété et à leur offrir une intervention psychologique ou éducative. Ces interventions sont généralement de type sélectif bien que certaines interventions universelles aient aussi été développées.

Pertinence

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| Politiques publiques | Milieux favorables | Actions commun. | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|

La dépression chez les jeunes est associée à une pauvre performance scolaire, une dysfonction sociale, à la toxicomanie et au suicide²⁷⁴. Une intervention rapide au tout début d'un trouble peut en interrompre le cours et, dans certains cas, diminuer les incapacités qui peuvent lui être associées à long terme. Les interventions de groupe destinées aux jeunes à haut risque de dépression et d'anxiété sont généralement centrées sur des approches cognitives-comportementales et permettent d'agir sur les ressources personnelles de base et sur l'estime de soi. D'autres interventions misent sur des stratégies d'éducation à la santé pour prévenir les troubles de dépression et d'anxiété²⁷⁵. Des recherches récentes sur le fonctionnement du cerveau suggèrent que le dépistage et l'intervention précoce peuvent, d'une part, diminuer les effets iatrogènes cumulatifs entraînés par de longues périodes de pensées et de comportements anormalement négatifs et inadaptés, et d'autre part, entraîner des résultats positifs à court terme²⁷⁶.



La peur d'être stigmatisé est l'un des facteurs qui limite le plus l'utilisation des services en santé mentale. Dans le cas des jeunes atteints de problèmes de santé mentale, leurs parents sont souvent craintifs face aux services en raison de la peur d'être blâmés pour les difficultés de leur enfant. Les jeunes quant à eux, craignent la stigmatisation de la part de leurs pairs et amis²⁷⁷.

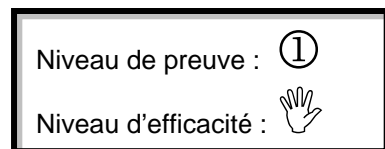
274. Merry et coll., 2004.

275. Merry et coll., 2004.

276. New Freedom Commission on Mental Health, 2003.

277. Gonzalez, 2005.

Efficacité



L'efficacité des interventions précoces qui incluent une procédure d'identification de cas auprès des jeunes à risque de dépression est limitée mais prometteuse. À ce titre, malgré le nombre restreint et la qualité limitée d'études identifiées, les résultats de la méta-analyse de Cuijpers et coll. (2006) permettent de conclure qu'une intervention précoce en milieu scolaire est efficace pour réduire les conséquences de la dépression chez les jeunes et les adolescents. L'efficacité, à long terme, de ces mesures n'a toutefois pu être démontrée.

Merry et coll. (2004), dans leur revue systématique sur l'efficacité des approches psychologiques et éducatives en prévention de la dépression (universelles et sélectives), parviennent à des conclusions similaires. Selon eux, une approche psychologique permet de réduire significativement les symptômes de dépression. Les études de Clarke et coll. (1995) et de Clarke (2001) sur une intervention sélective utilisant une approche cognitive-comportementale de groupe auprès d'adolescents à haut risque de dépression, révèlent qu'une telle approche permet de prévenir la dépression à court terme. Cette intervention permettrait même de réduire la prévalence de la dépression après six et douze mois suivant l'intervention. Les résultats montrent en effet que la prévalence de nouveaux cas pour le groupe d'intervention était de 14,5 % alors que celle pour le groupe témoin était de 25,7 % dans le cadre de suivis effectués six et douze mois après l'intervention²⁷⁸. Les approches éducatives tout comme les approches universelles ne sont toutefois pas parvenues à produire des effets significatifs sur la réduction de l'état dépressif des jeunes.

Bien que les résultats de ces études soient encourageants, Cuijpers et coll. (2006) ainsi que Merry et coll. (2004) invitent à la prudence, car certains problèmes méthodologiques sont à considérer. Ils soutiennent, à cet effet, que les études qui ont porté sur l'efficacité des programmes de prévention de la dépression selon une approche sélective, n'avaient pas de groupe de comparaison (groupe témoin)²⁷⁹. Selon Shapiro et Shapiro (1997), l'effet placebo est particulièrement élevé dans les études sur les psychothérapies, surtout dans les études sur la dépression²⁸⁰. Il est donc important de considérer cet effet dans l'analyse des résultats, ce qui n'a pas été fait dans les études revues par Merry et coll. (2004). Cuijpers et coll. (2006) suggèrent également d'évaluer l'impact de ces mesures sur la stigmatisation des jeunes avant de les systématiser dans toutes les écoles.

278. Clarke et coll., 1995.

279. Cuijpers et coll., 2006; Merry et coll., 2004.

280. Merry et coll., 2004.

Par ailleurs, il faut souligner que le dépistage systématique ne serait pas recommandé dans les services de première ligne pour les jeunes. En effet, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs²⁸¹ ne recommande pas le dépistage de la dépression chez les jeunes et chez les adolescents au cours des examens de santé périodiques. Cette recommandation repose sur les résultats de la méta-analyse de Pignonne et coll. (2002) qui concluent que les données actuelles ne nous permettent pas de statuer sur l'efficacité du dépistage systématique de la dépression chez les jeunes ou les adolescents en contexte de soins primaires.

En ce qui a trait à la prévention des troubles d'anxiété, une stratégie ayant fait ses preuves consiste à augmenter la résilience émotionnelle et les habiletés cognitives²⁸², par exemple le programme *Friends*. Il existe toutefois moins de preuves quant à l'efficacité des programmes visant la prévention de l'anxiété que pour ceux visant la prévention de la dépression.

281. MacMillan et coll., 2005b.

282. James et coll., 2005; World Health Organization, 2004a.

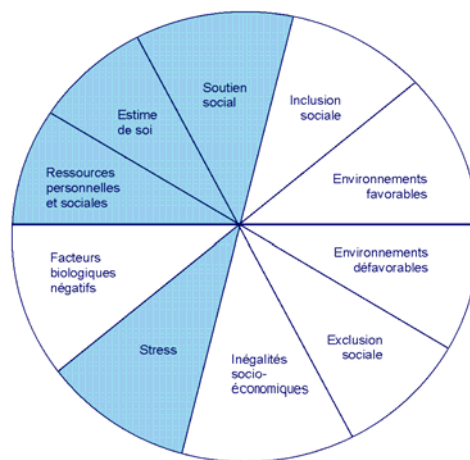
7.1.8 Interventions pour les jeunes de parents séparés

Les interventions auprès des jeunes de parents séparés visent généralement à permettre aux jeunes de parler de leurs difficultés et de développer des stratégies de gestion des émotions et de résolution de problèmes.

Pertinence

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| Politiques publiques | Milieus favorables | Actions commun. | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|

Les jeunes de parents séparés présentent un plus grand risque de développer des troubles mentaux²⁸³. D'une part, la séparation peut affecter la disponibilité émotionnelle de certains parents et ainsi nuire à leur capacité à répondre aux besoins psychologiques de leurs enfants. D'autre part, la rupture de la famille crée une période d'instabilité pour les enfants. Comme la famille représente, pour l'enfant, le milieu le plus influent, toute modification à sa structure nécessite de sa part des efforts importants d'adaptation qui sont susceptibles d'induire un stress élevé. De fait, on observe que la séparation des parents augmente le risque de dépression chez le jeune, notamment si elle s'est produite lorsqu'il était âgé entre 11 et 16 ans²⁸⁴. L'estime de soi des jeunes et leur capacité de gérer des émotions intenses peuvent être affectées par la séparation des parents²⁸⁵.



Efficacité

| |
|-------------------------|
| Niveau de preuve : ② |
| Niveau d'efficacité : 👍 |

Deux types de programme visant à prévenir les problèmes psychologiques chez les jeunes de parents séparés ont été relevés dans les écrits scientifiques : les programmes destinés aux jeunes et ceux destinés aux parents. Les programmes visant les enfants de parents séparés sont généralement courts, offerts en groupe et visent à soutenir le jeune dans la compréhension de ce qui lui arrive et à gérer les changements provoqués par la séparation de ses parents²⁸⁶. Les programmes de groupe en milieu scolaire qui démontrent une plus grande efficacité sont ceux qui misent sur le développement des habiletés de gestion des émotions (contrôle de la colère), de l'estime de soi, de résolution de problèmes et de communication. Les études évaluatives ont démontré que les enfants entre 8 et 12 ans avaient moins de symptômes dépressifs et de problèmes de comportement un an après avoir participé à un tel type d'intervention²⁸⁷. À court terme, l'intervention en groupe permet également aux jeunes de bénéficier du soutien des autres enfants et d'être moins isolés²⁸⁸.

283. Morin et Chalfoun, 2003.

284. Chase-Lansdale, Cherlin et Keirman, 1995 cité dans Morin et Chalfoun, 2003.

285. Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000.

286. Durlak et Well, 1997.

287. Wolchik et coll., 2000 cité dans World Health Organization, 2004a.

288. World Health Organization, 2004a.

À titre d'exemple, le *Children of Divorce Intervention Program* en milieu scolaire montre des résultats intéressants notamment sur l'adaptation de l'enfant²⁸⁹.

Les programmes destinés aux parents divorcés visent plus particulièrement la formation aux habiletés parentales et la gestion des émotions. Ces programmes révèlent des effets positifs sur la relation parent-enfant, la discipline et la réduction des problèmes internalisés et externalisés chez l'enfant²⁹⁰. L'étude de Wolchik et coll. 2002 sur les effets à court et à long terme de ce type de programme montre notamment des effets positifs. L'étude longitudinale de six ans, avec devis randomisé, avait pour but d'évaluer l'efficacité de deux types d'intervention, l'une visant uniquement les mères (onze séances de groupe et deux séances individuelles) et l'autre des dyades mères-enfants (même programme que celui proposé à la mère auquel sont ajoutées onze séances de groupe avec l'enfant). Selon les résultats de cette étude, les deux types de programmes sont associés à une réduction à long terme des symptômes de troubles mentaux, des problèmes externalisés, de consommation de marijuana, d'alcool ou d'autres drogues et de comportements sexuels à risque. Au moment du suivi, six ans après l'intervention, 11 % des adolescents du groupe expérimental avaient reçu un diagnostic de trouble mental dans la dernière année, comparés à 23,5 % dans le groupe témoin²⁹¹. Le programme révèle aussi des effets à court terme, mesurés par les observations du parent et du professeur, sur les comportements problématiques, l'adaptation et l'anxiété du jeune et de l'adolescent²⁹².

289. Greenberg et coll., 2001.

290. World Health Organization, 2004a.

291. Wolchik et coll., 2002.

292. Wolchik et coll., 2002.

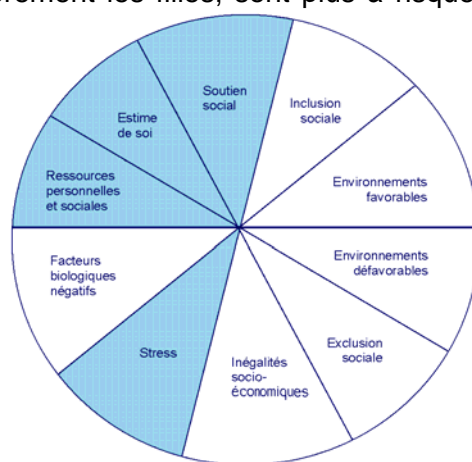
7.1.9 Interventions pour les jeunes endeuillés

Les interventions auprès des jeunes dont l'un des parents est décédé visent généralement à leur permettre de parler de leurs difficultés et à adopter des stratégies de gestion des émotions. Ces programmes peuvent être destinés à l'enfant seulement ou au parent survivant et à l'enfant.

Pertinence

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| Politiques publiques | Milieus favorables | Actions commun. | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|

La perte d'un parent constitue un événement marquant pour un jeune. Selon les résultats de nombreuses études, les jeunes endeuillés, particulièrement les filles, sont plus à risque de troubles mentaux²⁹³. L'étude longitudinale de Reinherz et coll. (1999) montre en effet que la mort d'un parent augmente significativement le risque, chez les femmes, de développer une dépression majeure au début de l'âge adulte²⁹⁴. La qualité de la relation entre le parent survivant et l'enfant, le cumul des stressseurs vécus pendant la période de deuil, la santé mentale du parent survivant et l'estime de soi de l'enfant, sont tous des facteurs qui viennent moduler la relation entre la perte d'un parent et les problèmes de santé mentale de l'enfant²⁹⁵.



Efficacité

| |
|-------------------------|
| Niveau de preuve : ③ |
| Niveau d'efficacité : 👍 |

Bien que plusieurs interventions aient été conçues pour répondre aux besoins des enfants endeuillés, peu ont été évaluées par un devis rigoureux²⁹⁶. Une approche combinant une intervention de groupe avec les enfants et les adolescentes à une intervention de groupe auprès des parents survivants s'avère prometteuse. Par exemple, le *Family Bereavement Program* propose une intervention auprès du jeune et de sa famille. Le programme vise à soutenir la famille entière dans la gestion du processus de deuil en utilisant une approche éducative et sociale²⁹⁷. Les résultats de ces programmes montrent des effets positifs à court terme sur la relation parent-enfant, les habiletés de gestion du stress, la santé mentale du parent, la discipline et le partage des émotions. À long terme, l'intervention conduit, chez les filles, à une réduction des problèmes internalisés et externalisés. Les effets sont également plus marqués chez les jeunes et chez les parents les plus à risque, c'est-à-dire ceux qui manifestaient déjà des symptômes au début du programme²⁹⁸.

293. Tein et coll., 2006.

294. Cité dans Tein et coll., 2006.

295. Tein et coll., 2006.

296. World Health Organization, 2004a.

297. World Health Organization, 2004a.

298. World Health Organization, 2004a.

7.1.10 Interventions pour les jeunes de parent atteint d'un trouble mental

Les interventions auprès des jeunes dont l'un des parents est atteint d'un trouble mental visent généralement à leur permettre d'exprimer leurs émotions face à la maladie de leur parent, de poser des questions et de briser leur sentiment d'isolement.

Pertinence

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| Politiques publiques | Milieus favorables | Actions commun. | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|

Les jeunes de parent atteint d'un trouble mental ont un risque élevé de développer des problèmes et des troubles psychologiques²⁹⁹. Plus la maladie du parent est sévère et chronique, plus grande est la probabilité que le jeune soit atteint d'un trouble mental³⁰⁰. Par exemple, les jeunes dont la mère est dépressive sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de comportement, des difficultés aux plans social et scolaire, une mauvaise santé physique et un trouble dépressif que les jeunes dont les mères ne sont pas dépressives³⁰¹. Chez les pères, l'impact de la dépression et autres troubles mentaux a reçu moins d'attention. Toutefois, il semblerait que les jeunes dont les pères souffrent d'une dépression clinique démontreraient plus de problèmes émotionnels et comportementaux³⁰².



On estime que 50 % des jeunes qui ont des parents dépressifs développeront un trouble dépressif avant l'âge de 20 ans³⁰³. D'autres auteurs estiment qu'un diagnostic parental de dépression pourrait également être associé à de l'anxiété, des troubles de conduite, des problèmes d'attention ou de dépendances³⁰⁴. Les familles dont l'un des parents souffre de maladie mentale sont aussi à risque de vivre des séparations et des perturbations familiales résultant d'hospitalisations psychiatriques fréquentes³⁰⁵. Un environnement familial stable et soutenant peut toutefois contribuer à diminuer les risques associés à la maladie mentale du parent³⁰⁶.

299. Beardslee et coll., 2003; Ellis et Collings, 1997.
 300. Keller et coll., 1987 cités dans Ellis et Collings, 1997.
 301. Lee and Gotlib, 1990 cités dans Ellis et Collings, 1997.
 302. Ellis et Collings, 1997; Clarke et coll., 1995.
 303. Beardslee et MacMillan, 1993.
 304. Anderson et Hammen, 1993 ; Kramer et coll., 1997, tous deux cités dans Morin et Chalfoun, 2003.
 305. Hinden et coll., 2005.
 306. Ellis et Collings, 1997.

Efficacité

Niveau de preuve : ②

Niveau d'efficacité : 👍

Clarke et coll.³⁰⁷ proposent une approche de groupe où les jeunes ayant un parent atteint d'un trouble mental apprennent à identifier et à modifier leurs pensées négatives et irrationnelles. Les résultats de l'évaluation réalisée avec un devis randomisé avec un groupe témoin, révèlent quinze mois après l'intervention, que les participants du groupe expérimental présentent une incidence de dépression trois fois moins élevée que ceux du groupe témoin (9,3 % versus 28,8 %).

L'autre approche prometteuse est centrée sur la famille dont l'un des parents souffre de trouble mental³⁰⁸. Cette approche peut être utilisée par des intervenants de différentes disciplines incluant les pédiatres, les infirmières, les travailleurs sociaux et les intervenants en milieu scolaire. La perspective adoptée est développementale et, en ce sens, l'intervention est offerte à l'âge où les jeunes sont le plus à risque de développer un trouble de dépression, soit à l'adolescence. Les objectifs sont de réduire les facteurs de risque et d'augmenter les facteurs de protection en favorisant, d'une part, l'augmentation des interactions positives entre les parents et les adolescents et, d'autre part, en améliorant chez tous les membres de la famille, la compréhension de ce que sont les troubles mentaux. L'intervention équipe les parents de sorte qu'ils soient en mesure de communiquer cette information à leurs enfants et d'amorcer un dialogue avec eux sur les effets de la dépression. Les résultats d'une évaluation réalisée avec un devis quasi expérimental démontrent que ce type de programme entraîne des effets positifs sur la façon dont les parents et les jeunes appréhendent la dépression parentale et permet une réduction significative des facteurs de risque ainsi qu'une augmentation des facteurs de protection chez les adolescents, et ce, pour une période allant jusqu'à deux ans et demi après l'intervention³⁰⁹.

307. Clarke et coll., 2001.

308. Beardslee et coll., 2003.






309. Beardslee et coll., 2003.

7.2 RECOMMANDATIONS

Cette section est divisée en deux parties. La première commente les mesures à consolider dans l'offre nationale de services en santé publique (Programme national de santé publique 2007-2012) pour les jeunes âgés entre 6 et 17 ans. La deuxième présente les mesures retenues pour lesquelles des travaux d'adaptation, de développement ou de recherche sont souhaitables.

7.2.1 Mesures à consolider dans l'offre nationale de services en santé publique

Tableau 8 Mesures à consolider dans l'offre nationale de services en santé publique pour les jeunes âgés entre 6 et 17 ans

| Mesures de l'avis en santé mentale | Facteurs ciblés | Stratégies utilisées | Preuve et ampleur des effets | Offre nationale de services en santé publique (PNSP 2007-2012) |
|--|-----------------|----------------------|--|---|
| Approches Écoles promotrices de santé | 9 | 5 | ①  | Planification et mise en œuvre des interventions de promotion de la santé et du bien être ainsi que des interventions de prévention en milieu scolaire selon l'approche École en santé, en partenariat avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport de même que son réseau |
| Programmes de promotion de la santé mentale en milieu scolaire | 5 | 4 | ①  | Planification et mise en œuvre des interventions de promotion de la santé et du bien être ainsi que des interventions de prévention en milieu scolaire selon l'approche École en santé, en partenariat avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport de même que son réseau |
| Interventions pour améliorer l'environnement scolaire | 6 | 2 | ②  | Planification et mise en œuvre des interventions de promotion de la santé et du bien être ainsi que des interventions de prévention en milieu scolaire selon l'approche École en santé, en partenariat avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport de même que son réseau |
| Interventions pour prévenir la violence entre pairs en milieu scolaire | 5 | 2 | Violence en milieu scolaire : ①  | Intervention visant le développement des habiletés sociales des enfants et la prévention des troubles de comportement dans les classes de maternelle et de première année des milieux scolaires défavorisés (par exemple, le programme <i>Fluppy</i>) comportant : un volet axé sur l'enfant, un volet axé sur les parents, un volet axé sur la classe. (Cette mesure doit s'inscrire dans le cadre de l'approche École en santé.) |
| Interventions pour prévenir l'abus de substances | 4 | 2 | ①  | Planification et mise en œuvre des interventions de promotion de la santé et du bien être ainsi que des interventions de prévention en milieu scolaire selon l'approche École en santé, en partenariat avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport de même que son réseau |

Approches Écoles promotrices de santé

Au Québec, ces approches se définissent sous le vocable École en santé. Cette approche est déployée dans toutes les régions du Québec depuis 2003 grâce à l'entente de complémentarité des services entre les réseaux du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et le ministère de la Santé et des Services sociaux³¹⁰. Dans le cadre de cette entente, les deux ministères conviennent de soutenir, aux palliers national, régional et local, le développement et l'implantation d'une intervention globale et concertée en prévention et en promotion de la santé et du bien-être, à partir de l'école³¹¹.

Les deux réseaux partagent la même préoccupation : accroître, par une approche globale et concertée, l'efficacité des actions de promotion et de prévention auprès des jeunes en milieu scolaire. Pour eux, les solutions se regroupent autour des facteurs clés du développement du jeune. Plus précisément, l'approche vise à promouvoir la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes en milieu scolaire. Pour ce faire, il est prévu de soutenir le développement des compétences personnelles et sociales des jeunes, de créer des environnements favorables (sains, stimulants et sécuritaires) et d'instaurer des liens harmonieux entre l'école, la famille et la communauté. Les préoccupations au cœur de l'approche visent à assurer les besoins de base et la sécurité physique et psychologique des jeunes, à promouvoir de saines habitudes de vie (alimentation, activité physique, non-usage du tabac, hygiène personnelle et dentaire) et des comportements sains et responsables (lors de la pratique de sports et de loisirs; lors de déplacements routiers et piétonniers; en matière de sexualité) et, finalement, à prévenir les dépendances (alcool, drogues, jeux de hasard et d'argent), le décrochage scolaire, les infections transmises sexuellement et par le sang, les grossesses et les maladies infectieuses en milieu scolaire, la violence, les traumatismes non intentionnels, la détresse psychologique et le suicide, et ce, en lien avec les familles et la communauté.

Les programmes de promotion de la santé mentale en milieu scolaire s'inscrivent dans l'approche École en santé puisque celle-ci préconise d'emblée de soutenir le développement des compétences personnelles et sociales des jeunes, de créer des environnements favorables (sains, stimulants et sécuritaires) et d'instaurer des liens harmonieux entre l'école, la famille et la communauté. En effet, les programmes qui utilisent de multiples stratégies telles qu'une intervention éducative en classe, des actions pour modifier l'environnement scolaire et susciter l'engagement des parents et de la communauté démontrent plus d'efficacité que ceux qui sont axés sur les individus ou centrés sur un curriculum de santé mentale³¹². Une exception à cette règle : l'estime de soi. Selon certains, les programmes qui visent particulièrement la promotion de l'estime de soi montreraient de meilleurs résultats que ceux où l'estime de soi est visée parmi d'autres composantes³¹³. Cette information est à considérer dans l'élaboration d'une programmation en promotion de la santé mentale.

310. Ministère de l'Éducation et ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.

311. Comité National d'Orientation, 2005.

312. Wells et coll., 2003; Lister-Sharp et coll., 1999; Stewart-Brown, 2006.

313. Stewart-Brown, 2006; Hardern et coll., 2001.

Interventions pour améliorer l'environnement scolaire

Les interventions favorisant la création d'environnements favorables (sains, stimulants et sécuritaires) font également partie intégrante de l'approche École en santé. Les quelques études qui se sont penchées sur l'efficacité des interventions ayant pour but d'améliorer l'environnement physique et social de l'école, rapportent des résultats positifs, notamment pour la réduction des comportements agressifs des garçons et des comportements autodestructeurs chez les filles³¹⁴.

Selon les auteurs, les programmes qui visent à faciliter la transition scolaire entre le primaire et le secondaire en agissant sur l'environnement de l'école (ex. : réorganiser l'environnement de manière à favoriser la création de liens sociaux stables; avoir une stabilité des groupes-classes, offrir plus d'occasions de créer des liens entre l'école, les parents et la communauté), devraient faire l'objet d'une préoccupation particulière. En effet, ceux-ci seraient particulièrement efficaces pour améliorer l'estime de soi, l'adaptation aux changements scolaires, mais également pour réduire l'anxiété, la dépression et les comportements délinquants durant les périodes de transition. L'impact à long terme de ces programmes a aussi été démontré au plan de la persévérance scolaire³¹⁵.

Interventions pour prévenir la violence entre pairs en milieu scolaire

Les interventions pour prévenir la violence en milieu scolaire font partie intégrante de l'approche École en santé. De plus, dans le Programme national de santé publique, la prévention de la violence en maternelle et en première année s'appuie, notamment, sur le programme de promotion des compétences sociales connu au Québec : *Fluppy*.

Les interventions auprès des jeunes à risque qui visent l'amélioration des habiletés sociales et des habiletés interpersonnelles seraient plus efficaces que celles visant à apprendre aux jeunes à ne pas réagir ou à ne pas répondre aux provocations ou aux situations conflictuelles³¹⁶. Aussi, les programmes de prévention de la violence qui intègrent une composante communautaire ont plus de chance d'avoir un impact³¹⁷ sur le comportement des jeunes, leur apprentissage et leur santé mentale que ceux qui ne ciblent qu'un seul milieu.

Selon plusieurs auteurs, les programmes communautaires qui engagent l'école, les parents, la communauté locale et les organismes du milieu entraînent une amélioration des comportements des jeunes, des habiletés des parents et des relations dans la famille et dans la communauté de même qu'une diminution significative des problèmes scolaires et des actes criminels³¹⁸. Ce genre de programme adopté par plusieurs pays, dont les Pays-Bas, l'Angleterre, l'Écosse, le pays de Galles et l'Australie, serait à considérer pour prévenir de la violence en milieu scolaire.

314. Hardern et coll., 2001.

315. Wells et coll., 2003.

316. Mytton et coll., 2006.

317. Greenberg et coll., 2001.







318. Jané-Llopis et coll., 2005b; World Health Organization, 2004b.

Interventions pour prévenir l'abus de substances

Ces interventions s'inscrivent aussi dans le cadre de l'approche École en santé puisque celles qui sont les plus efficaces ciblent, tout comme l'approche le préconise, des facteurs tels que l'estime de soi, les habiletés de prise de décision, les habiletés interpersonnelles et l'environnement scolaire autant qu'elles engagent les parents et la communauté. Une attention particulière devrait, par ailleurs, être accordée au développement des habiletés de résistance à la pression des pairs parce que, notamment pour la prévention de l'abus de drogues en milieu scolaire, les résultats d'évaluation montrent que ce sont les programmes centrés sur l'acquisition de ces habiletés qui sont les plus efficaces pour réduire la consommation de drogues³¹⁹.

7.2.2 Mesures nécessitant des travaux d'adaptation, de développement ou de recherche

Tableau 9 Mesures nécessitant des travaux d'adaptation, de développement ou de recherche pour les jeunes âgés entre 6 et 17 ans

| Mesures de l'avis en santé mentale | Facteurs ciblés | Stratégies utilisées | Preuve et ampleur des effets |
|--|-----------------|----------------------|---|
| Programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents de jeunes présentant des problèmes de comportement | 5 | 2 | ①  |
| Interventions pour prévenir la violence dans les relations amoureuses | 5 | 2 | ①  |
| Interventions auprès des jeunes à risque de dépression et d'anxiété | 4 | 2 | ①  |
| Interventions pour les jeunes endeuillés | 4 | 2 | ③  |
| Interventions pour les jeunes de parents séparés | 4 | 2 | ②  |
| Interventions pour les jeunes de parent atteint d'un trouble mental | 5 | 2 | ②  |

319. Faggiano et coll., 2005.

Programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents de jeunes présentant des problèmes de comportement

Le soutien parental tout comme les pratiques parentales constituent des facteurs qui peuvent augmenter ou diminuer le risque chez le jeune de développer des problèmes comportementaux et émotionnels³²⁰. Les programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents de jeunes présentant des problèmes de comportement visent, d'une part, à habiliter ces derniers dans leur rôle parental et, d'autre part, à agir sur la qualité de la relation parent-enfant. Ces programmes comprennent généralement plusieurs volets, dont certains visent à offrir des séances sur les habiletés parentales ou une intervention familiale comportementale selon les besoins de la famille. Les familles ayant participé à ces programmes rapportent moins de problèmes de comportement chez les jeunes et de meilleurs indices de compétences parentales. Le déploiement de cette mesure auprès de familles à risque est donc à recommander. Les programmes développés dans ce domaine, tels que le *Webster-Stratton* ou le *Triple P* pourraient être adaptés à la réalité québécoise et expérimentés à la lumière de l'École en santé.

Interventions pour prévenir la violence dans les relations amoureuses

La violence dans les relations amoureuses affecte le bien-être et la santé mentale des jeunes de multiples façons. Les jeunes qui en sont victimes présentent davantage de problèmes d'anxiété et de dépression, une perte de confiance en eux et des habiletés déficitaires de communication et de résolution de problèmes. Cette violence affecte également le développement de l'identité de l'adolescent, aurait un impact sur ses relations amoureuses futures³²¹ ; peut se répercuter au niveau scolaire par de l'absentéisme, des troubles de comportement et une modification du rendement scolaire³²². De l'avis des chercheurs qui se sont penchés sur l'efficacité des programmes de courte durée³²³, d'autres études seraient nécessaires pour mieux identifier ces conditions d'efficacité.

Interventions auprès des jeunes à risque de dépression et d'anxiété

Une intervention en milieu scolaire auprès des jeunes identifiés à risque de dépression semble être prometteuse à court terme. D'ailleurs, les travaux de Clarke, à partir d'un programme de groupe auprès des jeunes et adolescents à risque, obtiennent des effets intéressants. Les chercheurs rapportent une réduction de la prévalence de la dépression après six et douze mois suivant l'intervention. Les résultats montrent, en effet, que la prévalence de nouveaux cas pour le groupe d'intervention était de 14,5 % alors que celle pour le groupe témoin était de 25,7 % dans le cadre de suivis effectués après l'intervention. Des programmes de ce type pourraient être adaptés et expérimentés au Québec. Cependant, des recherches additionnelles, incluant notamment une condition de comparaison active (effet placebo) et s'attardant aux effets à long terme, sont nécessaires.

320. Sanders, 2002.

321. O'leary et coll., 1994 dans Whitaker et coll., 2005.

322. Flores et coll., 2005b.

323. Cornelius et Resseguie, 2007.

Interventions pour les jeunes endeuillés

Il ne fait aucun doute que le soutien de l'enfant endeuillé et de son parent survivant peut contribuer à réduire les risques pour le jeune de développer un trouble mental. Bien que les interventions soient prometteuses, d'autres études sont néanmoins nécessaires avant d'offrir cette intervention à la grandeur du Québec. Le *Family Bereavement Program*³²⁴, un des programmes relevés par l'Organisation mondiale de la santé, pourrait être un modèle à adapter et à expérimenter en contexte québécois.

Interventions pour les jeunes de parents séparés

La séparation des parents augmente le risque de dépression chez le jeune, notamment si elle s'est produite lorsqu'il était âgé entre 11 et 16 ans³²⁵. Son estime de soi et ses capacités à gérer des émotions intenses peuvent être affectées par cette réorganisation familiale³²⁶. Les programmes visant les jeunes et les parents séparés montrent des résultats intéressants sur l'adaptation du jeune. Ces programmes pourraient être adaptés et expérimentés au Québec. Ils s'inscriraient dans le volet des services préventifs à offrir aux jeunes et à leurs familles dans le cadre de l'approche École en santé. Ces programmes peuvent être offerts à l'école ou dans la communauté, mais un lien avec le milieu scolaire est recommandé.

Interventions pour les jeunes de parent atteint d'un trouble mental

La probabilité qu'un jeune développe un trouble mental est plus grande chez ceux dont le parent est atteint d'un tel trouble. Les interventions auprès des jeunes dont l'un des parents est dépressif visent généralement à permettre aux jeunes d'exprimer leurs émotions face à la maladie de leur parent, à poser des questions et à briser leur isolement. Les programmes de Clarke³²⁷ et de Beardslee³²⁸ pourraient être des modèles à adapter et à expérimenter en contexte québécois. Ils s'inscriraient dans le volet des services préventifs à offrir aux jeunes et à leurs familles dans le cadre de l'approche École en santé. Ces programmes peuvent être offerts à l'école ou dans la communauté.

324. Tein et coll., 2006.

325. Chase-Lansdale, Cherlin et Keirman, 1995 cité dans Morin et Chalfoun, 2003.

326. Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000.

327. Clarke et coll., 2001.

328. Beardslee et coll., 1997.

8 MESURES ET RECOMMANDATIONS POUR LES JEUNES ADULTES ET LES ADULTES

Le début de l'âge adulte marque celui d'un nouveau cycle de vie³²⁹. Cette période de transition sur le plan du développement social et émotif est empreinte de nombreux défis qui peuvent susciter des stress importants, notamment en ce qui concerne le développement des relations interpersonnelles et l'actualisation de l'engagement social et professionnel³³⁰. La réalisation de ces défis est, la plupart du temps, bénéfique pour l'accomplissement et la santé mentale des jeunes adultes. Elle est souvent porteuse de sentiments de sécurité, de bien-être et de reconnaissance sociale. De plus, elle est susceptible de contribuer au développement de leur identité et à l'acquisition de leur sécurité financière³³¹. Toutefois, l'absence de certains facteurs de protection ou la présence cumulative de certains facteurs de risque peut nuire à leur accomplissement et hypothéquer leur santé mentale. De fait, les jeunes adultes constituent le groupe le plus à risque de développer un trouble mental³³². Malheureusement, pour des raisons qui demeurent encore obscures, peu de mesures ont été déployées, évaluées et recommandées spécifiquement pour ce groupe d'âge³³³.

L'âge adulte comporte également son lot de défis souvent liés aux relations interpersonnelles et à l'actualisation de l'engagement social et professionnel. Pour ce groupe d'âge, des mesures ont démontré des preuves d'efficacité. Plusieurs d'entre elles peuvent également s'appliquer pour les jeunes adultes.

Les mesures de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux pour les jeunes adultes et les adultes sont très diversifiées. Comme nous avons choisi de cibler les mesures qui interpellaient directement le réseau de la santé et des services sociaux, plusieurs mesures n'ont pas été documentées.

8.1 MESURES RETENUES

Sept mesures ont été retenues pour les adultes âgés entre 18 et 65 ans.

1. interventions pour améliorer la littératie en santé mentale;
2. interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux en milieu de travail;
3. interventions de soutien aux aidants naturels;
4. interventions de soutien au développement des communautés;
5. interventions de promotion de la pratique d'activités physiques;
6. dépistage et interventions visant à prévenir la violence conjugale;
7. dépistage systématique de la dépression et interventions auprès des adultes.

329. Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000.

330. Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000.

331. Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000; Taylor et coll., 2007.

332. Poulin et coll., 2004; Fournier et coll., 2002; Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000.

333. Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000.

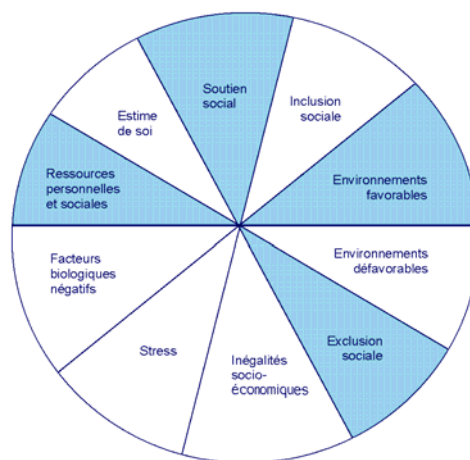
8.1.1 Interventions pour améliorer la littératie en santé mentale

La littératie en santé mentale renvoie aux « connaissances et croyances relatives aux troubles mentaux permettant de les prévenir, de les reconnaître et de les gérer »³³⁴. Les mesures visant l'amélioration de la littératie de la population ciblent donc les habiletés à repérer et à gérer l'information sur la santé mentale. Elles incluent l'amélioration de la capacité à reconnaître certains troubles et différents types de problèmes de santé mentale ainsi que l'amélioration des connaissances et la modification des croyances et des attitudes en ce qui a trait aux facteurs de risque, à la demande d'aide et aux traitements³³⁵.

Pertinence

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| Politiques publiques | Milieus favorables | Actions commun. | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|

Les chercheurs dans le domaine de la santé mentale accordent de plus en plus d'importance à la littératie, particulièrement pour les jeunes adultes, probablement dû au fait que les premiers symptômes de troubles mentaux se présentent généralement avant l'âge de 26 ans³³⁶ et qu'un délai de traitement trop long augmente le risque d'épisodes subséquents plus graves³³⁷. Aussi, des connaissances déficientes et des attitudes défavorables face aux troubles mentaux peuvent nuire à la mise en place de mesures de promotion et de prévention ainsi qu'à la capacité de la population à reconnaître et à répondre rapidement et adéquatement aux besoins d'aide des personnes souffrant de troubles mentaux. Elles contribuent également à la stigmatisation et à la discrimination envers ces dernières³³⁸.



Selon les résultats d'études australiennes, européennes et américaines, la littératie en santé mentale de la population est déficiente à plusieurs égards³³⁹. À titre d'exemple, dans l'étude de Jorm et coll. (1997), deux vignettes cliniques ont été présentées à plus de 2000 australiens. Seulement 39 % des australiens questionnés ont été en mesure d'identifier correctement la dépression dans ces vignettes³⁴⁰. Une étude similaire réalisée en Suisse parvient au même résultat³⁴¹. Cette capacité limitée à reconnaître les symptômes d'un trouble mental, tant chez soi que chez les autres, peut contribuer à augmenter le délai de traitement et, dans certains cas, entraîner une recherche d'aide inappropriée.

334. Jorm et coll. 1997, cité en p. 396 dans Jorm, 2000.

335. Jorm, 2000.

336. Moon et coll., 1999.

337. World Health Organization, 2004a.

338. World Health Organization, 2004a.

339. Jorm et coll., 1997; Lauber et coll., 2003.

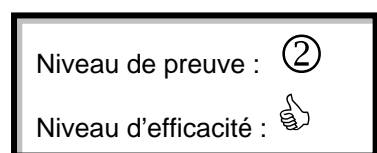
340. Jorm et coll., 1997.

341. Lauber et coll., 2003.

De plus, la littératie en santé mentale des jeunes hommes serait moins élevée que celle des jeunes femmes. L'étude de Cotton et coll. (2006) auprès de jeunes australiens âgés entre 12 et 25 ans, montre que, non seulement, les jeunes hommes ont beaucoup moins d'habiletés à reconnaître les symptômes associés à la dépression mais qu'ils sont également plus prédisposés à choisir l'alcool comme traitement³⁴².

L'écart entre l'opinion du public et celle des professionnels de la santé par rapport aux traitements, particulièrement en ce qui concerne l'efficacité des approches pharmacothérapeutiques³⁴³, a été documenté par plusieurs chercheurs³⁴⁴. La perception négative du public face au traitement médical peut nuire à la demande d'aide et contribuer à une mauvaise utilisation des approches pharmaceutiques³⁴⁵. Enfin, les proches dont la littératie en santé mentale est déficiente risquent de ne pas être en mesure d'apporter une aide adéquate et efficace à une personne en détresse.

Efficacité



Les preuves de l'efficacité des mesures de littératie sont plutôt limitées. Il existe toutefois un consensus d'experts à l'effet qu'il faut améliorer les connaissances et modifier les croyances et les attitudes de la population, particulièrement des jeunes adultes, face aux troubles mentaux³⁴⁶.

Quelques chercheurs se sont intéressés à la capacité des campagnes de communication à transmettre des messages favorables sur la santé mentale et à soutenir des changements d'attitudes face aux troubles mentaux.

Les recherches australiennes sont particulièrement intéressantes en ce sens. Faisant face à des problèmes de santé mentale grandissants, le gouvernement australien a choisi de mettre en place une série de mesures visant à informer la population sur les troubles mentaux, particulièrement sur la dépression, de même que sur l'efficacité et l'accessibilité des traitements. Ces mesures incluent notamment l'élaboration d'une stratégie nationale en santé mentale, la *National Mental Health Strategy*³⁴⁷ et la réalisation d'une campagne nationale sur la dépression, le *BeyondBlue: the National Depression Initiative*³⁴⁸. Certains chercheurs ont tenté d'identifier les changements de connaissances et d'attitudes qui ont pu s'opérer au regard de la santé mentale depuis la mise en place de ces mesures. L'étude de Goldney et coll. (2005) compare les résultats d'entrevues en face à face réalisées auprès de plus de 6000 australiens, en 1998 et en 2004. Les résultats montrent une nette amélioration de la capacité de la population à reconnaître les symptômes de dépression entre 1998 et 2004. Les auteurs signalent également une meilleure perception de l'efficacité des services professionnels et même des approches pharmacothérapeutiques.

342. Cotton et coll., 2006.

343. Jorm et coll., 1997; Lauber et coll., 2003.

344. Jorm, 2000.

345. Jorm et coll., 1997.

346. World Health Organization, 2004a; Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000; Jané-Llopis et Anderson, 2005.

347. Australian Government Department of Health and Aging 2005 cité dans Goldney et coll., 2005.

348. Hickie 2004 cité dans Goldney et coll., 2005.

Les résultats des études de Jorm et coll. (2005, 2006) sur l'impact de la campagne nationale BeyondBlue indiquent que cette mesure permet d'agir positivement sur la littératie en santé mentale. En comparant les résultats de deux sondages réalisés en 1995 et en 2003-2004 auprès de la population de deux États (l'un ayant été fortement exposé à la campagne et l'autre ne l'ayant été que légèrement), les auteurs concluent que les milieux ayant été fortement exposés à la campagne BeyondBlue montrent de meilleurs résultats en ce qui a trait à la reconnaissance des symptômes de dépression et à la perception des traitements³⁴⁹. Les individus sondés dans les milieux à forte exposition montrent également une plus grande sensibilité face à la discrimination vécue par les personnes atteintes de troubles mentaux³⁵⁰.

La Compass Strategy, implantée en Australie depuis 2001, constitue un autre exemple de campagne de communication sociétale ayant démontré son efficacité³⁵¹. La Compass Strategy a pour but d'améliorer la littératie des jeunes adultes, de leur famille et des membres de la communauté, d'augmenter le taux de la demande d'aide et de réduire les délais de traitement chez les jeunes entre 12 et 25 ans présentant des débuts de symptômes de troubles de l'humeur ou psychotiques³⁵². Les résultats d'une étude quasi expérimentale, avec groupe témoin, indiquent que la campagne a permis d'avoir un impact sur un ensemble de variables dont : la connaissance des campagnes de santé mentale, l'identification des symptômes de la dépression, l'augmentation de la demande d'aide, l'estimation de la prévalence des troubles mentaux, la conscience des risques suicidaires et la réduction des contraintes perçues face à la demande d'aide³⁵³.

Enfin, l'étude de Christensen, Griffiths et Jorms (2004) sur l'efficacité de deux interventions auprès d'utilisateurs d'internet présentant des symptômes de dépression, montre également des résultats prometteurs. Cette étude, avec devis randomisé, avait pour but d'évaluer l'efficacité de deux sites internet, l'un offrant de l'information sur la dépression (BluePages) et l'autre proposant une thérapie cognitive-comportementale selon une approche interactive (MoodGYM). Les auteurs concluent que les approches via internet permettent d'améliorer significativement les connaissances des internautes sur l'efficacité des traitements et de réduire les pensées cognitives dysfonctionnelles, tout en augmentant les connaissances sur les thérapies cognitive-comportementales³⁵⁴.

Toutefois, les outils pour mesurer la littératie portent principalement sur la capacité de reconnaître les symptômes cliniques des troubles mentaux et la connaissance sur les traitements. Ceci ne permet pas de prendre en compte la complexité de ce concept et un bon nombre d'études font abstraction d'éléments importants de la littératie, tels que les croyances et les attitudes face aux troubles mentaux.

349. Jorm et coll., 2005, Jorm et coll., 2006.

350. Jorm et coll., 2006.

351. Wright et coll., 2006.

352. World Health Organization, 2004a.

353. Wright et coll., 2006.

354. Christensen et coll., 2004.

8.1.2 Interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux en milieu de travail

Deux principales approches sont utilisées pour les interventions en milieu de travail : les approches individuelles et les approches organisationnelles. Les approches individuelles ont principalement comme objectifs d'améliorer les capacités des personnes à s'adapter aux situations et à mieux gérer leur stress. Les approches organisationnelles visent la diminution des facteurs pathogènes et l'augmentation des facteurs de protection reliés à l'organisation. Elles incluent notamment les interventions visant à modifier l'organisation du travail et les modes de communication, à augmenter le soutien entre collègues et à implanter des approches participatives de prise de décision³⁵⁵.

Pertinence

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| Politiques publiques | Milieus favorables | Actions commun. | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|

Le milieu de travail a le potentiel d'agir positivement sur la santé mentale des travailleurs en offrant des opportunités de développer de nouvelles compétences ou de créer un réseau social. Le stress qu'il peut susciter a également le potentiel d'exacerber un problème de santé mentale existant ou de contribuer au développement d'une maladie³⁵⁶.

Le stress en milieu de travail est reconnu comme pouvant être une source de problèmes qui s'expriment sous la forme de différents symptômes et maladies regroupés tels que détresse psychologique, anxiété, dépression, épuisement professionnel, consommation abusive de psychotropes³⁵⁷ et maladies cardiovasculaires. Tous les troubles liés au stress en milieu de travail occasionnent des coûts considérables pour la société, que ce soit à cause de l'absentéisme, du présentéisme³⁵⁸, de la perte de productivité ou des coûts de santé³⁵⁹.



De nombreux facteurs psychosociaux sont reliés au stress en milieu de travail. Ces facteurs sont : le contrôle (autonomie, participation, utilisation et développement d'habiletés), la charge de travail (quantité, complexité, contraintes temporelles), les rôles (conflits, ambiguïté), les relations avec les autres (soutien social, harcèlement, reconnaissance), les perspectives de carrière (promotion, précarité, rétrogradation), le climat ou la culture organisationnelle (communication, structure hiérarchique, équité); et l'interaction entre le travail et la vie privée³⁶⁰. Ces facteurs seraient particulièrement importants pour la santé

355. Marine et coll., 2006.

356. World Health Organization, 2005.

357. Jané-Llopis et Anderson, 2005; Vézina et coll., 2004.

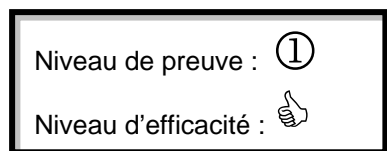
358. On parle de présentéisme lorsqu'un employé se présente au travail malgré son incapacité physique ou mentale de s'acquitter de ses tâches.

359. Van der Klink et coll., 2001; World Health Organization, 2005.

360. Vézina et coll., 2004; Michie et coll., 2004; World Health Organization, 2005.

mentale. À cet effet, Stansfeld et Candy (2006) fournissent des résultats consistants démontrant que des demandes élevées et une faible latitude décisionnelle ainsi que des efforts importants et de faibles récompenses représentent des facteurs de risque pour le développement des troubles mentaux les plus communs.

Efficacité des approches individuelles



Selon les résultats des méta-analyses et des revues systématiques dans le domaine, les approches individuelles axées sur la gestion du stress seraient efficaces pour la prévention des troubles mentaux en milieu de travail³⁶¹.

Il est à noter que la plupart des études dans ce domaine ont été réalisées auprès d'infirmières ou du personnel soignant du réseau de la santé.

La méta-analyse de Van der Klink et coll. (2001) sur différentes approches de prévention des troubles mentaux en milieu de travail, permet de comparer l'efficacité de ces approches selon les objectifs poursuivis. Selon les résultats de cette méta-analyse, les approches cognitives-comportementales contribueraient à améliorer significativement la qualité perçue de la vie au travail, l'estime de soi, le sentiment d'efficacité et les habiletés reliées au travail ainsi qu'à réduire les plaintes des travailleurs. Pour réduire les symptômes de stress, les interventions comprenant une composante de relaxation seraient les plus efficaces. Les interventions à multiples composantes (ex : gestion du stress et relaxation) seraient efficaces pour réduire le stress psychologique mais non pour augmenter l'estime de soi, le sentiment d'efficacité et les habiletés des travailleurs. Aussi, l'efficacité des approches individuelles axées sur la gestion du stress serait la même pour les travailleurs qui font face à un haut niveau de stress que pour ceux qui font face à des niveaux de stress moins importants³⁶².

La revue systématique de Mimura et Griffiths (2003) sur les mesures efficaces pour réduire le stress au travail chez les infirmières identifie six études évaluatives avec devis randomisé. Les auteurs concluent que plusieurs types d'interventions permettraient une réduction du stress auprès des infirmières mais les études ne permettent pas de juger si la réduction du stress était accompagnée d'une diminution des symptômes cliniques. Les interventions les plus efficaces seraient de nature cognitive, celles offrant un soutien social et celles incluant plusieurs volets tels que : activité physique, musique, éducation et relaxation.

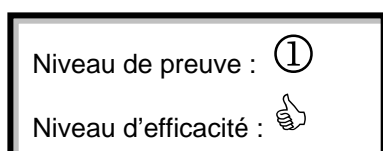
À titre d'exemple, l'étude avec devis randomisé de Mino et coll. (2006) sur l'efficacité d'un programme de gestion du stress en milieu de travail montre des résultats intéressants. Le programme comprend des sessions de groupe incluant des activités sur la gestion du stress et la relaxation ainsi que des interventions individuelles selon une approche cognitive-comportementale. Les résultats montrent une diminution significative des symptômes de dépression. Le programme ne permet pas, par contre, de changer la perception du stress au travail.

361. Van der Klink et coll., 2001; Marine et coll., 2006; Mimura et Griffiths, 2003.

362. Van der Klink et coll., 2001.

La revue systématique de Marine et coll. (2006) sur les mesures de prévention du stress au travail auprès d'employés du réseau de la santé ³⁶³ indique également que les interventions axées sur les individus permettent de réduire le stress et montrent des effets positifs sur l'épuisement professionnel et l'anxiété. Les méta-analyses et les études prises en compte dans cette revue montrent toutefois que les preuves de l'efficacité de ces interventions sont plutôt limitées. La plupart des études seraient de faible qualité et l'ampleur des changements rapportés ne serait pas précisée. Les auteurs concluent que des études additionnelles de meilleure qualité s'avèrent nécessaires dans ce domaine.

Efficacité des approches organisationnelles



Les interventions privilégiant une approche organisationnelle sont de plus en plus recommandées ³⁶⁴ puisque, dans une perspective de santé publique, les approches individuelles sont considérées insuffisantes pour éliminer la cause des problèmes c'est-à-dire les facteurs pathogènes liés à l'organisation ³⁶⁵.

Bien que le corpus de données sur ces approches soit encore mince, les résultats de différentes études indiquent qu'elles entraîneraient des effets intéressants tels une diminution de la prévalence des épuisements professionnels ³⁶⁶, de la détresse psychologique ³⁶⁷, des marqueurs de stress biologiques ³⁶⁸, des plaintes liées à la santé ³⁶⁹, des symptômes musculo-squelettiques ³⁷⁰ et de l'absentéisme ³⁷¹.

En effet, Marine et coll. (2007) ont réalisé une revue systématique sur les interventions (individuelles et organisationnelles) permettant de réduire le stress au travail des professionnels de la santé. Bien que limitées, les données sur l'efficacité des approches organisationnelles sont positives, notamment par rapport à leur capacité de réduire le stress, les symptômes généraux et l'épuisement professionnel. Les auteurs rapportent que, de façon générale, les effets obtenus avec les approches individuelles et organisationnelles persistent au mieux entre six mois et deux ans après l'intervention. Ils déplorent toutefois les limites des questions posées par les études, la grandeur des échantillons utilisés et les faiblesses des devis d'évaluation qui ne permettent ni d'établir de relation causale ni de conclure sur l'efficacité des approches organisationnelles.

De plus, selon les résultats de la revue systématique de Michie et coll. ³⁷² sur les facteurs et les interventions pour prévenir les problèmes de santé mentale et l'absentéisme au travail, les approches organisationnelles peuvent réduire les problèmes psychologiques des employés. Les approches les plus efficaces seraient celles qui visent à augmenter

363. Marine et coll., 2006.

364. Vézina et coll., 2004; Department of Health-UK, 2001; World Health Organization, 2004a.

365. Vézina et coll., 2004.

366. Michie et coll., 2004.

367. Kawakami et coll., 2005.

368. Theorell et coll., 2001.

369. Logan et Ganster, 2005; Mikkelsen et Gundersen, 2007; Nielsen et coll., 2006.

370. Eklof et Hagberg, 2006.

371. Dahl-Jorgensen et Saksvik, 2005; Michie et coll., 2004.

372. Michie et coll., 2004.

1) le soutien et la rétroaction des gestionnaires auprès des employés, 2) la participation des employés à la prise de décision et à la résolution de problèmes et 3) la communication dans l'organisation.

À titre d'exemple, une étude quasi expérimentale³⁷³ sur les effets d'un programme visant à sensibiliser et à outiller les superviseurs, afin qu'ils soient plus en mesure de soutenir leurs employés, montre des résultats prometteurs. Les résultats rapportés indiquent que la détresse psychologique des employés a diminué dans les départements où le tiers ou plus des responsables avaient suivi une formation sur la santé mentale au travail et sur les techniques d'écoute active, et ce, même si aucune mesure individuelle n'avait été déployée.

Autre exemple, une étude quantitative et qualitative réalisée au Québec auprès de soignants œuvrant dans un hôpital et visant l'amélioration de la participation des employés à la prise de décision et à la résolution de problèmes rapporte aussi des résultats positifs³⁷⁴. Cette intervention a pour but d'agir sur quatre facteurs de risque reliés à la santé mentale des soignants, soit : une demande psychosociale élevée, une latitude limitée dans la prise de décision, un faible soutien social et un déséquilibre dans le rapport effort-récompense. L'approche participative utilisée visait à mettre à contribution les soignants et les décideurs dans le choix des changements devant être apportés pour favoriser la diminution des facteurs psychosociaux négatifs relevés lors d'une évaluation préliminaire de l'environnement de travail. Les résultats de l'évaluation, réalisée à l'aide d'un devis quasi expérimental avec groupe témoin après une année d'implantation, suggèrent un effet positif de l'intervention sur tous les facteurs psychosociaux excepté sur la latitude dans la prise de décision.

373. Tsutsumi et coll., 2005.

374. Bourbonnais et coll., 2005.

8.1.3 Interventions de soutien aux aidants naturels

Depuis quelques années, de nombreuses interventions visant à prévenir l'épuisement et à améliorer la santé mentale des aidants naturels ont été développées et expérimentées. Ces interventions sont de nature variée : assistance concrète, éducation, groupe de soutien, gestion du stress, formation, thérapie individuelle ou de groupe³⁷⁵. Selon leur finalité, elles se divisent en deux groupes : 1) celles visant à réduire le fardeau des aidants³⁷⁶; 2) celles visant à améliorer le bien-être de l'aidant et à augmenter ses capacités d'adaptation à sa situation³⁷⁷.

Pertinence

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| Politiques publiques | Milieus favorables | Actions commun. | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|

Les recherches montrent que les aidants naturels qui prennent soin des personnes âgées ou malades ont des risques accrus de souffrir de problèmes de santé physique ou mentale, d'isolement, d'impuissance et de problèmes financiers³⁷⁸. De plus, le stress vécu par les aidants naturels peut faire en sorte qu'ils sont plus susceptibles de chercher à institutionnaliser la personne qui est à leur charge³⁷⁹. Les aidants qui prennent soin des personnes atteintes de démence vivent plus de détresse psychologique que les autres aidants ou adultes en général³⁸⁰. Aussi, le fardeau de même que les menaces pour la santé mentale de ceux qui prennent soin des personnes schizophrènes sont particulièrement élevées³⁸¹. Bien que certains aidants retirent des bénéfices d'être soignants, plusieurs ressentent le besoin d'être soutenus psychologiquement et concrètement³⁸².



375. Brodaty et coll., 2003; Stoltz et coll., 2004.

376. Cuijpers 1999 définit le fardeau objectivement par les bouleversements de la routine, la diminution du temps de loisirs, les perturbations dans le fonctionnement familial, la diminution du soutien social, les perturbations au travail. Le fardeau subjectif se définit par l'altération de la santé mentale.

377. Sörensen et coll., 2002.

378. World Health Organization, 2004a.

379. Brodaty et coll., 2003.

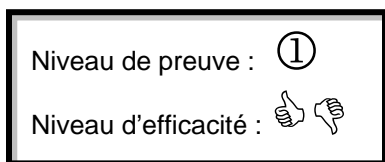
380. Pinquart et Sörensen, 2006.

381. Cuijpers, 1999.

382. Sörensen et coll., 2002.

Efficacité du soutien pour les aidants naturels engagés auprès des personnes âgées

Les quelques revues systématiques ou méta-analyses sur les interventions visant à améliorer la santé mentale des personnes qui procurent des soins aux personnes âgées révèlent des résultats contradictoires.



Stoltz et coll. (2004), dans leur revue systématique sur le soutien offert aux aidants, soutiennent que la preuve des bénéfiques est incertaine, probablement en raison de la faible qualité des études disponibles. La même conclusion est rapportée dans la revue systématique de Lee et Cameron (2004) sur l'efficacité du répit offert aux aidants des personnes atteintes de démence. Selon eux, le répit ne permet pas d'obtenir des effets positifs ou négatifs ni chez l'aidant ni chez la personne atteinte. Le petit nombre d'études, de qualité, limite également la portée des conclusions. Finalement, Yin et coll. (2002) dans leur méta-analyse portant sur les interventions de soutien individuel et en groupe concluent que, bien que les interventions peuvent avoir un effet positif chez les aidants, les preuves demeurent incertaines quant à la perception du fardeau de la maladie³⁸³.

D'autres auteurs, comme Sørensen et coll. (2002), indiquent dans leur méta-analyse que les différentes formes de soutien aux aidants entraînent, à court terme, une amélioration faible ou modérée des dimensions telles que : la dépression, le bien-être subjectif, la satisfaction perçue, les connaissances et les habiletés ainsi que les symptômes chez la personne âgée³⁸⁴. À moyen terme (environ sept mois après l'intervention), les effets demeurent positifs au niveau des mesures sur le fardeau, la dépression, le bien-être subjectif, les habiletés et connaissances³⁸⁵. Les effets des interventions varient toutefois selon les caractéristiques de l'intervention, la situation de l'aidant ainsi que sa perception du fardeau. Selon Sørensen et coll. (2002), ce sont les interventions psychothérapeutiques ou psychoéducatives ou celles qui utilisent des interventions multiples qui montrent des résultats sur le plus grand nombre de dimensions. De plus, les programmes offrant plus de neuf sessions auraient un meilleur impact sur la dépression³⁸⁶. Les interventions individuelles semblent plus efficaces pour moduler le bien-être subjectif alors que les interventions de groupe diminuent davantage les symptômes chez la personne âgée³⁸⁷. Plusieurs auteurs concluent que les interventions auprès de ces aidants sont plus susceptibles de produire des effets lorsqu'elles sont structurées (ex. : enseignement des habiletés de résolution de problèmes)³⁸⁸, mettent activement à contribution la personne malade dans l'intervention³⁸⁹, et offrent un soutien à long terme³⁹⁰ adapté aux besoins des aidants et des aidés³⁹¹.

383. Yin et coll., 2002.

384. Pinquart et Sørensen, 2006; Sørensen et coll., 2002.

384. Sørensen et coll., 2002.

385. Sørensen et coll., 2002.

386. Sørensen et coll., 2002.

387. Sørensen et coll., 2002.

388. Brodaty et coll., 2003.

389. Brodaty et coll., 2003; Pinquart et Sørensen, 2006.

390. Brodaty et coll., 2003; Pinquart et Sørensen, 2006.

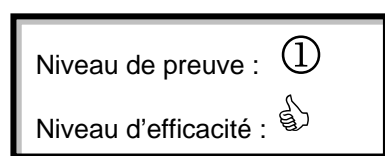
391. Brodaty et coll., 2003.

S'ajoute la récente méta-analyse de Pinguart et Sørensen (2006) sur les aidants auprès de personnes atteintes de démence qui confirme les conclusions de Sørensen et coll. (2002). Elle présente néanmoins des résultats plus convaincants sur le fardeau. De plus, cette méta-analyse montre des effets à long terme (onze mois après la fin de l'intervention) sur le fardeau, la dépression ainsi que sur les connaissances et les habiletés. Ce sont les interventions comprenant des composantes multiples (répit, support et éducation) qui permettent d'agir sur les risques d'institutionnalisation de la personne atteinte³⁹².

Finalement, les résultats de la méta-analyse de Brodaty et coll. (2003), portant sur les interventions psychosociales chez les aidants naturels engagés auprès des personnes atteintes de démence, vont dans le même sens. Les auteurs révèlent des effets modestes sur la dépression, la connaissance, le soutien social et les habiletés d'adaptation, mais aucun effet sur le fardeau.

Tous les auteurs s'entendent sur le fait que des études additionnelles de qualité (méthodologie, variables à l'étude, indicateurs, outils de mesure) et bénéficiant d'un suivi à long terme s'avèrent nécessaires pour conclure à l'efficacité à long terme des interventions visant à favoriser la santé mentale des aidants naturels auprès des personnes âgées³⁹³.

Efficacité du soutien pour les aidants naturels engagés auprès des personnes ayant un trouble mental



Les résultats de la méta-analyse de Cuijpers (1999) sur les interventions familiales (ex. : éducation, échange, counseling, thérapie familiale) auprès des aidants de personnes schizophrènes montrent des effets modérés au moment du post-test sur la détresse psychologique de l'aidant, la relation entre l'aidant et la personne atteinte et le fonctionnement familial³⁹⁴. Les effets seraient toutefois faibles au moment du suivi. Barbato et D'Avanzo (2000) concluent, pour leur part, que les interventions familiales auprès des familles ayant un membre schizophrène présentent peu d'effets. Les interventions offrant moins de dix sessions n'entraîneraient aucun effet sur le fardeau³⁹⁵. Les interventions les plus prometteuses seraient celles de longue durée et offrant de l'information aux familles à propos de la maladie, et ce, dans un contexte soutenant³⁹⁶. D'autres études sur l'efficacité et les types d'interventions à privilégier en fonction des besoins des aidants sont requises.

392. Pinguart et Sørensen, 2006.

393. Yin et coll., 2002; Stoltz et coll., 2004; Lee et Cameron, 2004.

394. Cuijpers, 1999.

395. Cuijpers, 1999.

396. Barbato et D'Avanzo, 2000.

8.1.4 Interventions de soutien au développement des communautés

Le soutien au développement des communautés a pour but de redonner aux individus et aux collectivités la maîtrise de leur propre santé ainsi que les moyens de l'améliorer³⁹⁷. Le développement des communautés se définit par « un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local »³⁹⁸. Cette mesure vise spécifiquement à créer des environnements favorables à la santé et au bien-être de l'ensemble de la population; à établir et à maintenir des liens de confiance et de réciprocité entre les citoyens, la société civile et les acteurs locaux de développement tout en agissant directement sur les déterminants sociaux de la santé³⁹⁹.

Dans une perspective de santé mentale, le soutien au développement des communautés contribue à l'augmentation du capital social des collectivités. Le capital social renvoie aux éléments d'une organisation qui favorisent des interactions sociales suffisantes et de bonne qualité (formelles ou informelles), la participation citoyenne, l'établissement de normes de réciprocité, le sentiment d'appartenance de même que la solidarité et les liens de confiance envers autrui⁴⁰⁰. Il est entendu que le capital social se construit à de multiples niveaux (famille, communauté, école, institution, société) selon différentes approches : renforcement des réseaux sociaux, création d'organisations sociales (ex. : organismes communautaires), renforcement des liens communautaires (favoriser la mobilisation de l'ensemble des acteurs de la communauté autour de buts communs), renforcement de la participation citoyenne⁴⁰¹.

Pertinence

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| Politiques publiques | Milieus favorables | Actions commun. | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|

Les études démontrent de plus en plus que les caractéristiques de certains quartiers, milieux de vie ou communautés peuvent nuire à la santé mentale des citoyens. Les inégalités socio-économiques, avec la pauvreté en premier plan, constituent d'ailleurs l'un des principaux facteurs de risque associés à la santé mentale.

En lien avec les inégalités socio-économiques et leur association avec la dépression, l'étude de Lorant et coll. (2003) offre un éclairage intéressant. Selon les résultats de leur méta-analyse, les personnes vivant dans un contexte socio-économique défavorable présentent un risque légèrement plus élevé de vivre un premier épisode de dépression et un risque modéré que celui-ci devienne persistant. Dans le même sens,



397. Institut national de santé publique du Québec, 2002.

398. p.16 Institut national de santé publique du Québec, 2002.

399. Institut national de santé publique du Québec, 2002.

400. Putnam, 1993; De Silva et coll., 2005.

401. Grant 2000 cité dans Whiteford et coll., 2005.

Fryers, Melzer et Jenkins (2003) soutiennent, dans leur revue systématique qui porte sur le lien entre la position sociale et les troubles mentaux, que les individus qui ont un faible niveau d'éducation, qui sont sans emploi et à faible revenu, sont plus à risque de souffrir de troubles mentaux, tels que l'anxiété et la dépression⁴⁰².

Bien qu'il soit impossible d'affirmer avec certitude l'existence d'un lien de causalité entre le statut socio-économique et les troubles mentaux, certains facteurs semblent contribuer à créer cette relation. Par exemple, de faibles sentiments d'efficacité et d'emprise sur sa destinée ainsi qu'un accès limité aux ressources personnelles et communautaires sont associés à un risque accru de dépression⁴⁰³. Toutefois, un fort sentiment d'emprise et d'efficacité, soutenu par une participation sociale active, contribue à atténuer la relation entre la pauvreté et les troubles mentaux⁴⁰⁴.

Par ailleurs, la désorganisation sociale⁴⁰⁵ qui caractérise les communautés à faible capital social est également associée à une prévalence plus élevée de troubles mentaux⁴⁰⁶. En effet, les communautés où règnent la méfiance et le désordre sont associées à des taux plus élevés de suicides et d'actes criminels⁴⁰⁷. Dans le même sens, le fait de vivre dans un quartier où des crimes violents sont commis et où la drogue est facilement accessible est associé à des troubles de dépression, d'anxiété, de conduite et d'opposition⁴⁰⁸ ainsi qu'à des comportements agressifs⁴⁰⁹. À l'inverse, les communautés qui favorisent la participation sociale et les relations de réciprocité et de confiance, qui facilitent la coopération et l'entraide pour l'atteinte d'un but commun, peuvent contribuer positivement à la santé de la population⁴¹⁰. Ces communautés profitent de meilleurs mécanismes de diffusion d'information sur la santé mentale, favorisent un meilleur accès aux services de santé, ont plus de chance d'adopter des normes sociales favorables à la santé et appliquent un meilleur contrôle social sur les comportements déviants (ex. : programme de Parents Secours)⁴¹¹. Les communautés qui encouragent les rapports réciproques et de confiance entre les citoyens soutiennent également le développement de comportements de résilience tels que l'aptitude à demander de l'aide lors d'événements importants de la vie⁴¹².

402. Fryers et coll., 2003.

403. Dupéré et Perkins, 2007.

404. Dupéré et Perkins, 2007.

405. La désorganisation sociale se définit comme l'incapacité d'une communauté de se réaliser collectivement, de se mobiliser autour de valeurs communes et de maintenir efficacement un contrôle social.

406. Whiteford et coll., 2005.

407. Sampson et Groves, 1989 cités dans Whiteford et coll., 2005.

408. Latkin et Curry, 2003.

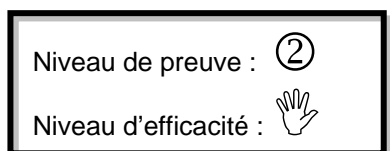
409. Patchin et coll., 2006.

410. Kawachi et coll., 1997 cités dans Whiteford et coll., 2005.

411. Baum, 1999 ainsi que Kawachi, Kennedy and Glass, 1999 cités dans Whiteford et coll., 2005.

412. Whiteford et coll., 2005.

Efficacité



Il existe peu de preuves de l'efficacité des approches de soutien au développement des communautés, en promotion de la santé, notamment à cause des difficultés méthodologiques associées à l'évaluation de ces mesures. De Silva et coll. (2005) concluent d'ailleurs, dans leur revue sur les liens entre le capital social et la santé mentale, que les preuves de l'efficacité de ces mesures sont encore incertaines. Selon eux, les études dans le domaine sont trop hétérogènes sur le plan de la méthodologie, de la population cible et des mesures des troubles mentaux, ce qui les rend difficilement comparables.

Dans le même ordre d'idées, Rychetnik et Todd (2004), dans leur revue des preuves des programmes de promotion de la santé pour la *Victorian Health Promotion Foundation*, concluent qu'il n'existe présentement aucune évaluation rigoureuse de projets de développement des communautés visant explicitement l'amélioration de la santé mentale et du bien-être⁴¹³. En fait, les quelques preuves d'efficacité de ces approches proviennent de secteurs autres que celui de la santé. À titre d'exemple, ils citent le *Beacon Project*, un projet de développement des communautés visant l'amélioration des conditions de vie des habitants d'un quartier pauvre de l'Angleterre⁴¹⁴. Bien que la méthodologie n'ait pas été précisée, Duggan rapporte que ce projet a permis d'améliorer significativement les indicateurs de santé entre 1995 et 1998 pour l'ensemble de la population de ce quartier, dont une réduction du taux de criminalité, de dépression post-natale, de cas d'abus et de négligence envers les enfants, une augmentation de la persévérance scolaire et la réduction des taux de grossesse à l'adolescence⁴¹⁵.

Communities that Care, présenté brièvement à la section précédente, est un exemple de projet prometteur relevé dans les écrits scientifiques⁴¹⁶. Ce projet, implanté dans plusieurs pays dont les États-Unis, l'Angleterre, l'Écosse, le Danemark et l'Australie, a pour but de mobiliser et de soutenir les communautés afin de les aider à mettre en place un système de prévention de la violence. L'approche communautaire privilégiée assure la participation des leaders locaux et des citoyens à la recherche de solutions, face au problème de la violence, et favorise la collaboration entre les secteurs⁴¹⁷. Les résultats de l'évaluation obtenus, grâce à un devis quasi expérimental, montrent que les communautés ayant participé au projet étaient plus aptes à identifier les facteurs de risque et de protection associés aux problèmes qui les concernaient et à mettre en place des mesures reconnues efficaces⁴¹⁸. Une amélioration des comportements des jeunes et des habiletés parentales et une diminution des actes criminels ont aussi été relevés dans des études indépendantes, bien que non expérimentales⁴¹⁹.

413. Rychetnik et Todd, 2004.

414. Duggan, 2007.

415. Duggan, 2007.

416. Hosman et Jané-Llopis, 2005.

417. Hawkins et coll., 2002.

418. Hawkins et coll., 2002.

419. OJJDP 1996 et Jenson et coll. 1997 cités dans Hawkins et coll., 2002.

Enfin, Leventhal et Brooks-Gunn (2003) ont examiné l'impact d'un projet communautaire ayant pour but d'établir un lien entre le lieu de résidence et la santé mentale. Le projet *Moving to Opportunity* visait à déplacer des familles domiciliées dans des habitations subventionnées de quartiers très appauvris dans des quartiers moins défavorisés. L'étude compare les résultats obtenus sur les indicateurs de santé mentale auprès de trois groupes de familles : un groupe qui est demeuré dans les habitations de quartiers très pauvres et deux groupes déplacés dans des quartiers qualifiés de peu à moyennement défavorisés. Les résultats de cet essai comparatif randomisé indiquent que les familles ayant été déplacées dans des quartiers moins défavorisés présentaient significativement moins de symptômes de détresse que celles qui étaient demeurées dans les quartiers très défavorisés.

Malgré l'absence de résultats clairs, les experts s'accordent tout de même pour dire qu'il faudrait davantage investir dans le capital social et dans les approches de soutien au développement des communautés. En fait, l'importance que les experts accordent à cette mesure s'appuie notamment sur les données épidémiologiques liant des éléments du capital social à la prévalence de certains troubles mentaux tels que la dépression et l'anxiété.

8.1.5 Interventions de promotion de la pratique d'activités physiques

Depuis la parution de l'avis du *Surgeon General* des États-Unis⁴²⁰, les chercheurs sont de plus en plus nombreux à étudier les bienfaits potentiels de l'activité physique pour la santé mentale. Les interventions dans ce domaine visent principalement l'amélioration de la santé globale des individus, mais certains chercheurs se sont particulièrement intéressés à l'impact de l'activité physique sur la santé mentale. Les études ont surtout porté sur la réduction des symptômes de la dépression et de l'anxiété chez des individus déjà atteints de ces troubles. D'autres traitent de l'impact de la pratique régulière d'activités physiques sur la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux pour l'ensemble de la population⁴²¹.

Pertinence

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|--------------------------------|-------------------|
| Politiques publiques | Milieus favorables | Actions commun. | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|-----------------|--------------------------------|-------------------|

La pratique régulière d'activités physiques est associée, dans les études épidémiologiques, à un état de bien-être, une meilleure estime de soi, une appréciation plus favorable de sa santé physique et mentale et une incidence moins élevée de problèmes de santé mentale⁴²². Elle est également associée, surtout chez les jeunes adultes, à moins de comportements à risque tels que la consommation abusive de drogues et d'alcool ou de comportements violents⁴²³.

Contrairement au lien de causalité clairement établi entre l'activité physique et la santé cardiovasculaire, celui entre l'activité physique et la santé mentale est moins connu. Selon Stathopoulou et coll. (2006), l'une des hypothèses les plus répandues propose que l'activité physique protège les individus des troubles mentaux en agissant sur le métabolisme, les neurotransmetteurs (ex. : sérotonine, opioïdes endogènes) et la régulation du sommeil. Une deuxième hypothèse suggère que l'activité physique a un effet psychosocial positif en favorisant le développement du sentiment d'efficacité et de l'estime de soi, tout en permettant l'interruption des pensées négatives associées aux réactions physiques dues au stress⁴²⁴. D'autres recherches sont nécessaires pour mieux comprendre ces mécanismes associatifs.



Il existe aussi des problèmes de santé mentale qui découlent de problèmes de santé physique (ex. : douleurs chroniques, maladies coronariennes) ou du traitement de problèmes physiques (ex. : cancer), pour lesquels on sait dorénavant que l'activité physique joue un rôle salutaire.

420. U.S. Department of Health and Human Services, 1996.

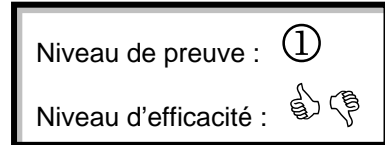
421. Lawlor et Hopker, 2001; Penedo et Dahn, 2005.

422. Ekelane et coll. 2004; Strawbridge et coll. 2002; Biddle, Fox and Boutcher, 2000; Biddle, 2000; Morgan, 1997, tous cités dans Department of Health-UK, 2001; Scully et coll., 1998.

423. OMS, 2007.

424. Stathopoulou et coll., 2006.

Efficacité pour la population générale



Malgré un intérêt croissant, encore peu de chercheurs ont étudié l'efficacité de l'activité physique auprès de la population générale dans une perspective de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux. Les preuves de l'efficacité de cette mesure sont encore embryonnaires et parfois même contradictoires. C'est d'ailleurs ce que soutient Bauman (2004) dans une revue des preuves publiée entre 2000 et 2003. Selon cet auteur, même si les premières études dans le domaine font état d'un risque moins élevé de dépression chez les personnes physiquement actives, des études longitudinales, plus récentes et de meilleure qualité méthodologique, rapportent des résultats mitigés⁴²⁵. C'est aussi ce que concluent Paluska et Shwenk (2000) dans une revue des écrits scientifiques sur les liens entre l'activité physique et la santé mentale. Selon eux, la pratique régulière d'activités physiques ne permettrait pas de prévenir la dépression dans la population générale⁴²⁶.

D'autres auteurs sont d'avis contraire⁴²⁷. Biddle (2000) qui a réalisé une revue des recensions des écrits affirme, pour sa part, qu'il existe probablement une association moyenne entre l'activité physique et certains indices de bien-être subjectif. Il rapporte que les résultats des études expérimentales qu'il a analysées confirment l'existence d'un effet positif moyen de l'activité physique sur l'humeur, particulièrement quand les personnes qui font de l'activité physique se concentrent sur l'amélioration de leurs buts personnels.

Une revue des écrits scientifiques, réalisée par Teychenne et coll. (2008)⁴²⁸, conclut aussi que l'activité physique permettrait de protéger les adultes des troubles dépressifs. Cette revue identifie 67 études épidémiologiques et évaluatives (avec et sans devis randomisé), publiées entre 2006 et 2007 et portant sur l'impact de l'activité physique sur la santé mentale. Les résultats montrent qu'une plus grande intensité et une période d'activités plus longue sont associées à des effets plus importants, bien que certaines données indiquent que même une faible dose d'activités physiques contribuerait positivement à réduire les risques de dépression chez les adultes. L'association entre l'activité physique et les troubles mentaux dans la population adulte a aussi été examinée aux États-Unis par Goodwin (2003) à partir des données d'une enquête épidémiologique. Les résultats de cette étude indiquent que la pratique régulière d'activités physiques est associée à une diminution significative de la prévalence de la dépression majeure et des troubles anxieux. Cette association persisterait même après ajustements pour les différences démographiques, les troubles physiques auto-rapportés et les troubles mentaux concomitants. L'activité physique ne serait toutefois pas associée de façon significative à d'autres troubles affectifs, psychotiques ou à des abus de substances⁴²⁹.

D'autres études ont aussi démontré des effets positifs reliés à des programmes d'activité physique réalisés auprès de populations ne présentant pas de diagnostic de troubles

425. Bauman.A.E, 2004.

426. Paluska et Schwenk, 2000.

427. Biddle, 2000; Fox, 1999.

428. Teychenne et coll., 2008.

429. Goodwin, 2003.

mentaux. Par exemple, Murphy et coll. (2002) ont comparé, avec un devis randomisé, l'effet de différents programmes de marche rapide sur la condition physique, les facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires et au bien-être psychologique de personnes adultes sédentaires. Les résultats montrent qu'un programme de marche rapide permet de réduire significativement les sentiments de tension et d'anxiété chez les personnes sédentaires. Le programme n'a toutefois pas eu d'effet sur la dépression, la colère, la confusion, la fatigue et la vigueur⁴³⁰.

Même si les résultats ne sont pas suffisants pour conclure à l'efficacité des programmes d'activité physique pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux, les études récentes soutiennent l'idée que la pratique régulière d'activités physiques peut être bénéfique pour la santé mentale, qu'elle n'est pas associée à des effets secondaires négatifs, non plus, mais plutôt à des effets positifs pour la santé en général.

Efficacité pour une population présentant des symptômes avant-coureurs de troubles mentaux (population pré-clinique)

Niveau de preuve : ③

Niveau d'efficacité : 

Les études ont montré que les programmes d'activité physique permettent de réduire les symptômes de dépression chez les individus dépressifs. L'impact de ces programmes auprès d'une population présentant des symptômes avant-coureurs de dépression ou d'anxiété (population pré-clinique) est toutefois limité. À ce titre, Lane et Lovejoy (2001) rapportent qu'un programme d'activité physique de groupe peut avoir des effets positifs non seulement sur l'humeur mais également sur la colère, la confusion, la fatigue, la tension et la vigueur, tant chez les participants non dépressifs que chez ceux présentant des symptômes pré-cliniques de dépression. Ils estiment même que l'effet positif de ce programme serait plus marqué chez les individus présentant des symptômes que chez ceux sans symptômes. L'étude de Lane et Lovejoy, basée sur des mesures pré-post test sans groupe témoin, présente par contre certaines limites méthodologiques⁴³¹.

Selon des preuves les plus récentes, les programmes d'activité physique visant à réduire les symptômes de la dépression et de l'anxiété chez des individus atteints de troubles montrent aussi des résultats positifs. Dans leur méta-analyse sur l'efficacité de l'activité physique pour traiter les individus dépressifs, Stathopoulou et coll. (2006) font état des résultats de onze études et relèvent des effets positifs importants. Bien que ces recherches aient été réalisées auprès d'individus déjà atteints de troubles mentaux, il est possible de croire que ces mêmes effets pourraient être remarqués auprès d'individus présentant des symptômes pré-cliniques.

Les résultats de la revue systématique de Dunn et coll. (2001) sur la preuve scientifique de la relation entre la pratique d'activités physiques et les troubles de dépression et d'anxiété vont dans le même sens. L'activité physique, qu'elle soit de faible, moyenne ou haute intensité, peut réduire les symptômes de dépression⁴³². Toutefois, les preuves sont moins

430. Murphy et coll., 2002.

431. Lane et Lovejoy, 2001.

432. Dunn et coll., 2007.

solides pour les personnes souffrant de troubles d'anxiété. Malgré ces résultats prometteurs, les auteurs invitent à la prudence étant donné la qualité limitée des études. C'est d'ailleurs pour combler ce déficit méthodologique que Dunn, Trivedi et O'Neill (2006) ont réalisé un essai comparatif randomisé. Leur étude avait pour but de mesurer l'intensité nécessaire pour assurer l'efficacité d'un traitement par l'activité physique sur la réduction des symptômes de la dépression (dose-réponse). Ils concluent que la pratique de l'activité physique, trois ou cinq fois par semaine, permet de les réduire significativement⁴³³.

D'autre part, une étude épidémiologique récente auprès de patients dépressifs a permis d'examiner la relation entre l'activité physique et la dépression⁴³⁴. Les auteurs de cette étude ont suivi, pendant une période de dix ans, 424 personnes ayant obtenu un diagnostic de dépression au début de l'étude. L'analyse des mesures prises à quatre moments différents montre que l'augmentation de la fréquence des séances d'activité physique est associée à une réduction de la dépression en cours. De plus, ces auteurs notent que l'activité physique semble avoir un effet particulièrement salutaire pour les individus qui éprouvent des problèmes médicaux et vivent des événements majeurs. Selon eux et dans une perspective clinique, encourager les personnes qui souffrent de dépression à s'engager dans des activités physiques ne peut que procurer des bénéfices et comporte peu de risques.

Quant aux effets sur l'anxiété, l'étude de Broocks et coll. (1998) utilisant un devis randomisé compare, auprès de patients souffrant d'un trouble panique, l'effet thérapeutique d'un programme d'activité physique à un traitement pharmaceutique (clomipramine) et à un traitement placebo. Les résultats obtenus suggèrent que l'aérobique seule comparée à un traitement placebo est associée à une diminution significative des symptômes du trouble panique mais serait moins efficace qu'un traitement à la clomipramine. L'aérobique seule semble tout de même associée à une amélioration clinique significative des troubles panique⁴³⁵.

Bien que ces études visent l'efficacité de l'activité physique pour la réduction des symptômes de dépression et d'anxiété chez des individus cliniquement malades, elles laissent entrevoir la possibilité que cette mesure soit aussi bénéfique auprès d'individus qui présenteraient des symptômes pré-cliniques. Aussi, l'activité physique contribue à l'amélioration de la santé globale des individus et présente davantage de bénéfices que de risques à la santé. Des études de qualité auprès de cette population particulière s'avèrent encore nécessaires⁴³⁶.

433. Dunn et coll., 2007.

434. Harris et coll., 2006.

435. Broocks et coll., 1998.

436. Penedo et Dahn, 2005.

8.1.6 Dépistage et interventions visant à prévenir la violence conjugale

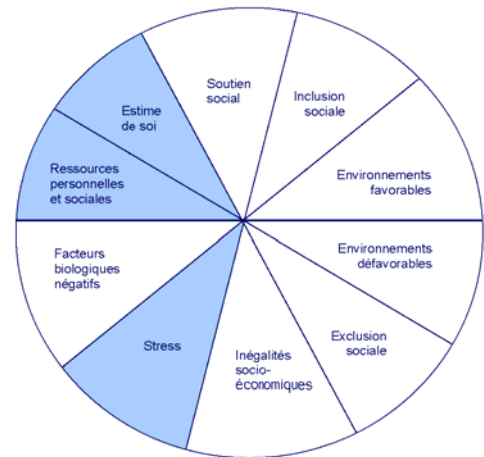
La violence conjugale, selon la Politique d'intervention en matière de violence conjugale⁴³⁷, se caractérise « par une série d'actes répétitifs, qui se produisent généralement selon une courbe ascendante ». Cette forme de violence comprend : « les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle mais constitue au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle »⁴³⁸.

Il existe plusieurs catégories d'intervention pour prévenir la violence conjugale. Les interventions recensées dans cette section concernent uniquement l'identification de cas et l'intervention auprès des femmes violentées.

Pertinence

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| Politiques publiques | Milieux favorables | Actions commun. | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|

La violence conjugale peut entraîner des effets à court et long termes tels que des problèmes physiques (douleurs chroniques, troubles intestinaux) et psychologiques (stress, dépression, stress post-traumatique, suicide et abus de substances)⁴³⁹. Ces effets néfastes peuvent même persister bien après l'arrêt des abus⁴⁴⁰. La violence conjugale peut même être associée aux homicides et aux suicides. Certains facteurs de risque, tels la faible estime de soi, la dépression et l'anxiété ou une personnalité anti-sociale, augmentent le risque d'être victime ou agresseur dans les cas de violence conjugale⁴⁴¹. S'ajoutent aussi à ces facteurs, l'abus d'alcool et de drogues et le fait d'avoir une histoire d'abus physique ou sexuel⁴⁴².



Efficacité

| |
|--------------------------|
| Niveau de preuve : ① |
| Niveau d'efficacité : 🖐️ |

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs conclut que les preuves sont insuffisantes pour procéder à un dépistage systématique de la violence auprès des femmes se présentant dans le cabinet du médecin.

Le *U.S. Preventive Services Task Force*, les revues systématiques de Ramsay et coll. (2002) ainsi que de Coulthard et coll. (2004) parviennent à la même conclusion⁴⁴³. Ils appuient

437. Gouvernement du Québec, 1995.

438. Gouvernement du Québec, 1995.

439. U.S. Preventive Services Task Force, 2004; World Health Organization, 2007.

440. Ramsay et coll., 2005.

441. World Health Organization, 2007.

442. U.S. Preventive Services Task Force, 2004.

443. U.S. Preventive Services Task Force, 2004; Ramsay et coll., 2002; Coulthard et coll., 2004.

cette recommandation sur le fait qu'il n'y a actuellement aucune étude solide qui démontre les effets du dépistage sur la récurrence de la violence⁴⁴⁴. On suggère cependant aux médecins de surveiller les signes d'abus lors de leurs examens et de demander aux femmes si elles sont exposées à la violence conjugale⁴⁴⁵.

Les données sont actuellement insuffisantes pour recommander aux médecins⁴⁴⁶ ou aux professionnels de la santé (dentiste, chirurgien maxillo-facial)⁴⁴⁷ de référer systématiquement les femmes violentées vers une intervention particulière (counseling, refuge, thérapie individuelle ou autres ressources communautaires)⁴⁴⁸, dans le but de prévenir la récurrence. Il est néanmoins évident que le médecin et sa patiente peuvent convenir d'une intervention appropriée pour d'autres motifs. Selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, il existe très peu d'études de bonne qualité comportant un suivi à long terme et utilisant des mesures objectives dans ce domaine (dossier médical, rapports de police).

444. Wathen et MacMillan, 2003; Nelson et coll., 2004.

445. Wathen et MacMillan, 2003.

446. Wathen et coll., 2003; Wathen et MacMillan, 2003.

447. Coulthard et coll., 2004.

448. Wathen et coll., 2003; Wathen et MacMillan, 2003.

8.1.7 Dépistage systématique de la dépression et interventions auprès des adultes

Cette mesure vise la prévention de la dépression ou la réduction de ses effets par le dépistage systématique, lors des examens de routine, combiné à une intervention efficace.

Pertinence

| | | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| Politiques publiques | Milieux favorables | Actions commun. | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|

La dépression est un des troubles mentaux les plus fréquents dans la population canadienne. Malheureusement, seulement 38,5% des Canadiens atteints de dépression utilisent des services de santé mentale au cours d'une année⁴⁴⁹. Parmi les personnes atteintes d'un trouble mental, ce ne sont que 20 à 30 % d'entre elles qui reçoivent le traitement dont elles ont besoin⁴⁵⁰.

Ce trouble peut entraîner d'importantes incapacités fonctionnelles, des problèmes de santé physique ainsi que des répercussions négatives sur la qualité de vie des personnes atteintes et de celle de leurs proches, notamment les jeunes enfants. De plus, il augmente le risque de décès prématuré par suicide, accident ou complication dus aux abus de substances⁴⁵¹. Il entraîne aussi une utilisation plus fréquente des services de soins de première et deuxième lignes. Enfin, on sait que la dépression est un trouble mental qui présente un risque élevé de récurrence, surtout en présence de symptômes résiduels⁴⁵² et qu'elle évolue fréquemment vers la chronicité⁴⁵³.



Toutefois, certains facteurs de protection permettent d'augmenter la probabilité qu'un individu se développe adéquatement même en présence d'adversité. Ces facteurs sont : l'intelligence, la compétence sociale et la qualité de l'environnement familial⁴⁵⁴. Dans le même sens, la présence d'un faible niveau de névrotisme, d'un niveau élevé d'estime de soi, d'un locus de contrôle interne et d'une perception élevée de sa capacité de résolution de problèmes pourrait atténuer ou faire disparaître le lien entre des événements négatifs de la vie et la dépression⁴⁵⁵. Un dépistage et une intervention efficaces devraient contribuer au développement de ces facteurs chez l'individu et dans son milieu de vie⁴⁵⁶.

449. ESCC 1.2; Statistiques Canada, 2002 cité dans Fournier et coll., 2007.

450. Kessler et coll., 2005.

451. Agence de santé publique du Canada, 2002.

452. Angts cité dans Kavanagh et coll., 2006.

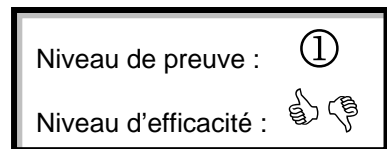
453. Kavanagh et coll., 2006.

454. Masten, Best et Garmezy, 1990; Masten, Hubbard, Gest, Tellegen, Garmezy et Ramirez, 1999; Rutter, 1985; tous cités dans Morin et Chalfoun, 2003.

455. Adams et Adams, 1991; Ormel, Stewart et Sanderman, 1989, tous cités dans Morin et Chalfoun, 2003.

456. Morin et Chalfoun, 2003.

Effacité



L'efficacité des mesures de dépistage systématique est controversée⁴⁵⁷. D'une part, la méta-analyse de Pignone et coll. (2002) pour le *U.S. Preventive Task Force*, à partir d'études réalisées entre 1976 et 2001, indique que le dépistage systématique, au moyen de questionnaires standardisés, de la dépression chez les adultes dans la population générale peut diminuer les effets de la dépression comparé à un simple suivi médical et ce, particulièrement lorsque ce dépistage fait partie intégrante d'un programme qui assure un traitement et un suivi adéquats⁴⁵⁸. S'appuyant sur cette méta-analyse ainsi que sur une revue systématique complémentaire comprenant des études publiées en 2001 et 2002, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs⁴⁵⁹ recommande le dépistage systématique si celui-ci est accompagné d'un suivi (rétroaction au médecin sur la dépression) et d'un traitement efficace (une médication ou une intervention de nature psychothérapeutique).

D'autre part, les résultats des revues systématiques de Gilbody et coll. (2001 et 2005) nuancent quelque peu les résultats de Pignone et coll. (2002). Ces revues portent sur des essais comparatifs randomisés traitant de l'efficacité de l'usage systématique de tests standardisés pour dépister la dépression, jumelés à un processus de rétroaction auprès de médecins de première ligne. Les résultats montrent que le dépistage et la rétroaction n'augmentent pas⁴⁶⁰ ou augmentent peu⁴⁶¹ le taux de reconnaissance de la dépression, ne permettent pas clairement d'agir sur l'issue de l'intervention⁴⁶² et, ultimement, ne permettent pas d'améliorer⁴⁶³ l'état du patient tel qu'évalué six à douze mois après le dépistage. De plus, selon les auteurs, les coûts associés à un dépistage systématique de la dépression seraient considérables. Cette mesure ne constituerait donc pas une mesure efficiente pour améliorer la santé mentale de la population⁴⁶⁴. Ils reconnaissent toutefois que le dépistage systématique peut être bénéfique pour certaines personnes, particulièrement celles qui obtiennent des résultats élevés aux tests standardisés⁴⁶⁵ ou celles à haut risque⁴⁶⁶. Ils admettent également que, comparées aux soins médicaux réguliers, les activités de dépistage systématique qui produisent un impact sont celles qui font partie d'un programme intégré de soins de la dépression⁴⁶⁷.

Malgré les critiques soulevées par Gilbody et coll., il semble donc que le dépistage systématique puisse être bénéfique lorsqu'il constitue la première étape d'un processus plus complet de prise en charge du patient qui inclut un traitement efficace et un suivi adéquat⁴⁶⁸.

457. Pignone et coll., 2002.

458. Pignone et coll., 2002.

459. MacMillan et coll., 2005a.

460. Gilbody et coll., 2001.

461. Gilbody et coll., 2005.

462. Gilbody et coll., 2005.

463. Gilbody et coll., 2001; Gilbody et coll., 2005.

464. Gilbody et coll., 2006.

465. Gilbody et coll., 2001.

466. Gilbody et coll., 2006.

467. Gilbody et coll., 2006.






468. MacMillan et coll., 2005a.



8.2 RECOMMANDATIONS

Cette section est divisée en deux parties. La première commente les mesures à consolider dans l'offre nationale de services en santé publique (Programme national de santé publique 2007-2012) (PNSP) pour les adultes. La deuxième traite de mesures retenues pour lesquelles des travaux d'adaptation, de développement ou de recherche sont souhaitables pour la même clientèle.

8.2.1 Mesures à consolider dans l'offre nationale de services en santé publique

Tableau 10 Mesures à consolider dans l'offre nationale de services en santé publique pour les adultes

| Mesures de l'avis en santé mentale | Facteurs ciblés | Stratégies utilisées | Preuve et ampleur des effets | Offre nationale de services en santé publique PNSP 2007-2012 |
|---|-----------------|----------------------|--|--|
| Interventions pour l'amélioration de la littératie en santé mentale | 4 | 4 | ②  | Campagnes de communication axées sur le développement, l'adaptation et l'intégration sociale : - développement sain et habitudes personnelles et sociales chez les enfants et les adolescents - santé mentale, violence conjugale, jeux de hasard et d'argent chez les adultes |
| Interventions de soutien au développement des communautés | 9 | 5 | ②  | Stratégie « Soutien au développement des communautés » |
| Interventions de promotion de la pratique d'activités physiques | 3 | 1 | Population générale ①   Population clinique ③  | Campagnes de communication axées sur les habitudes de vie et les maladies chroniques : - acquisition de saines habitudes de vie, dont la saine alimentation, la pratique régulière d'activités physiques, le non-usage du tabac et la santé bucco-dentaire Soutien au développement et à la mise en œuvre de politiques-cadres en alimentation et en activité physique pour les milieux de travail, de l'éducation et des loisirs de même que pour les municipalités et les établissements de santé et de services sociaux Sensibilisation et soutien des milieux de travail à la promotion et l'acquisition de saines habitudes de vie auprès de leurs employés Sensibilisation et soutien des municipalités à la création d'environnements propices à la saine alimentation et à l'activité physique – accès à des lieux pour pratiquer |

| Mesures de l'avis en santé mentale | Facteurs ciblés | Stratégies utilisées | Preuve et ampleur des effets | Offre nationale de services en santé publique PNSP 2007-2012 |
|---|-----------------|----------------------|--|--|
| | | | | des activités physiques, aménagement urbain favorisant les déplacements actifs, réglementation, etc. Soutien des communautés et de divers milieux à la création de groupes et de réseaux (par exemple, concertation d'organismes, jeunes leaders, groupes de marcheurs ou de cyclistes, groupes d'activités physiques pour les aînés) pour favoriser l'accès à des activités physiques Recommandation d'une pratique régulière d'activité physique |
| Dépistage et interventions visant à prévenir la violence conjugale | 4 | 3 | ①  | Recherche de cas de violence conjugale chez les adultes |
| Dépistage systématique de la dépression et interventions auprès des adultes | 3 | 2 | ①  | Dépistage de la dépression chez les personnes âgées et les adultes, particulièrement chez les femmes enceintes et en postnatal, et référence aux services diagnostiques, de traitement ou de suivi |

Interventions pour améliorer la littératie en santé mentale

La littératie en santé mentale, qui renvoie aux « connaissances et croyances permettant de prévenir, reconnaître et gérer les troubles mentaux »⁴⁶⁹, retient de plus en plus l'attention des chercheurs, particulièrement pour les jeunes adultes et, notamment, pour les jeunes hommes dont la littératie en santé mentale serait moins élevée que celle des jeunes femmes⁴⁷⁰. Les preuves de l'efficacité des campagnes sociétales de communication, réalisées notamment en Australie, sont restreintes mais encourageantes⁴⁷¹. Elles permettent d'améliorer l'identification des symptômes des troubles mentaux, l'estimation de leur prévalence, l'augmentation de la demande d'aide, la réduction des contraintes perçues face à celle-ci ainsi que l'amélioration de la perception de la population par rapport à l'efficacité des services professionnels et même des approches pharmaceutiques.

Le PNSP prévoit la mise en œuvre de diverses campagnes de communication sociétales portant sur de multiples problèmes psychosociaux. Il est également prévu de sensibiliser le grand public et les professionnels de la santé et des services sociaux aux signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs ainsi que de diffuser l'information sur les activités et les services qui sont offerts. Afin de tenir compte des éléments d'efficacité relevés dans les écrits scientifiques, les campagnes de communication du MSSS traitant de

469. Jorm et coll. 1997, cité en p. 396 dans Jorm, 2000.

470. World Health Organization, 2004a.

471. Wright et coll., 2006; Jorm et coll., 2005; Jorm et coll., 2006; Australian Government Department of Health and Aging 2005 cité dans Goldney et coll., 2005; Hickie 2004 cité dans Goldney et coll., 2005.

la santé mentale doivent prévoir l'utilisation de plusieurs outils de communication (affiche, internet, etc.) et viser plusieurs objectifs dont : contrer la stigmatisation face aux troubles mentaux; amener la population à mieux reconnaître leurs symptômes; informer la population sur l'efficacité et l'accessibilité des traitements; et, enfin, favoriser la demande d'aide.

Interventions pour soutenir le développement des communautés

Cette mesure vise spécifiquement à créer des environnements favorables à la santé et au bien-être de l'ensemble de la population; à établir et à maintenir des liens de confiance et de réciprocité entre les citoyens, la société civile et les acteurs locaux de développement tout en agissant directement sur les déterminants sociaux de la santé⁴⁷². Dans une perspective de santé mentale, le soutien au développement des communautés contribue également à augmenter le capital social des collectivités, lequel se construit à de multiples niveaux (famille, communauté, école, institution, société) selon différentes approches : renforcement des réseaux sociaux, création d'organisations sociales (ex. : organismes communautaires), renforcement des liens communautaires (favoriser la mobilisation de l'ensemble des acteurs de la communauté autour de buts communs), renforcement de la participation citoyenne⁴⁷³.

Les experts en promotion de la santé mentale s'accordent pour dire qu'il faut investir davantage dans le capital social et dans les approches de soutien au développement des communautés. Ils constituent d'ailleurs l'une des stratégies retenues dans le programme national de santé publique. Cette stratégie est à maintenir et à consolider dans l'ensemble des régions du Québec. En ce sens, il importe de réaffirmer le rôle clé du réseau de la santé et des services sociaux au regard du développement des communautés, en s'assurant, notamment, de l'intégration de cette mesure dans les orientations ministérielles et en habilitant les équipes régionales et locales au plan des pratiques efficaces de soutien au développement des communautés. Aussi, il s'avère nécessaire de développer des indicateurs de processus et de résultats spécifiques au soutien au développement des communautés afin de mieux documenter l'efficacité de cette mesure. D'autres recherches ayant des méthodologies appropriées visant explicitement l'amélioration de la santé mentale sont nécessaires⁴⁷⁴ afin d'augmenter la robustesse des preuves.

Des programmes d'activité physique

Les travaux de recherche sur l'efficacité des programmes d'activité physique pour promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux pour l'ensemble de la population sont encore très peu nombreux⁴⁷⁵. Il est donc difficile de présenter des conclusions claires sur l'efficacité de la pratique de l'activité physique pour promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux pour l'ensemble de la population. Les études récentes concourent toutefois à l'idée que la pratique régulière d'activités physiques peut être bénéfique pour la santé mentale, qu'elle n'est pas associée à des effets secondaires négatifs, mais plutôt à des effets positifs sur la santé en général. L'efficacité de l'activité physique pour réduire les symptômes de dépression et d'anxiété est, pour sa part,

472. Institut national de santé publique du Québec, 2002.

473. Grant 2000 cité dans Whiteford et coll., 2005.

474. Rychetnik et Todd, 2004.

475. Lawlor et Hopker, 2001 Penedo et Dahn, 2005.

davantage appuyée⁴⁷⁶. Elle serait d'ailleurs bénéfique pour les personnes qui ont reçu un diagnostic de dépression et possiblement pour celles présentant des symptômes plus légers ou pré-cliniques de la dépression.

Le PNSP prévoit plusieurs mesures de promotion de l'activité physique dans une optique de promotion de saines habitudes de vie. Des travaux de recherche sont nécessaires pour mieux connaître les bénéfices de l'activité physique sur la santé mentale.

Dépistage et interventions visant à prévenir la violence conjugale

Plusieurs auteurs⁴⁷⁷ affirment que les preuves sont insuffisantes pour appuyer le dépistage systématique de la violence conjugale auprès des femmes dans les services de première ligne. On suggère cependant aux médecins de surveiller les signes d'abus lors de leurs examens et, le cas échéant, de demander aux femmes si elles sont exposées à la violence conjugale⁴⁷⁸. Ces lignes directrices sont celles du PNSP qui préconise la détection, dans le cadre des pratiques cliniques préventives, du moindre signe de violence conjugale et l'offre d'une assistance visant à assurer la sécurité de la victime tout en considérant les risques que représentent, notamment, les armes à feu gardées à la maison.

Dépistage systématique de la dépression et intervention efficace

Cette mesure constitue une nouvelle pratique clinique préventive dans le Programme national de santé publique du Québec 2007-2012. Bien que les résultats obtenus pour cette mesure soient partagés, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs⁴⁷⁹ la recommande pour les adultes lorsque le dépistage peut être accompagné d'un bon diagnostic, d'un traitement efficace et d'un suivi attentif. Des études évaluatives additionnelles s'avèrent nécessaires afin de consolider les données dans le domaine.

476. Stathopoulou et coll., 2006.





477. Wathen et MacMillan, 2003; U.S. Preventive Services Task Force, 2004; Ramsay et coll., 2002; Coulthard et coll., 2004.

478. Wathen et MacMillan, 2003.

479. MacMillan et coll., 2005a.

8.2.2 Mesures nécessitant des travaux d'adaptation, de développement ou de recherche pour les adultes

Tableau 11 Mesures nécessitant des travaux d'adaptation, de développement ou de recherche pour les adultes

| Mesures de l'avis en santé mentale | Facteurs ciblés | Stratégies utilisées | Preuve et ampleur des effets |
|---|-----------------|----------------------|---|
| Interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux en milieu de travail | 5 | 2 | ①  |
| Interventions de soutien aux aidants naturels | 3 | 2 | ①   (personnes âgées) ①  (troubles mentaux) |

Interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux en milieu de travail

Deux approches principales ont été utilisées pour les interventions en milieu de travail : les approches individuelles et les approches organisationnelles. Les approches individuelles ont principalement comme objectif d'améliorer les capacités des personnes à s'adapter aux situations et à mieux gérer leur stress. Les approches organisationnelles visent la diminution des facteurs pathogènes et l'augmentation des facteurs de protection reliés à l'organisation. Selon les résultats des méta-analyses et des revues systématiques, les approches individuelles axées sur la gestion du stress seraient efficaces pour la prévention des troubles mentaux en milieu de travail⁴⁸⁰. Cependant, dans une perspective de santé publique, les approches individuelles sont considérées insuffisantes pour éliminer la cause des problèmes (les facteurs pathogènes liés à l'organisation)⁴⁸¹. Dans cette optique, les interventions qui jumellent une approche individuelle à une approche organisationnelle sont donc recommandées⁴⁸². Bien que le corpus de données sur les approches organisationnelles soit encore mince, les résultats de différentes études indiquent qu'elles entraîneraient des effets intéressants tels une diminution de la prévalence des épuisements professionnels⁴⁸³, de la détresse psychologique⁴⁸⁴, des marqueurs de stress biologiques⁴⁸⁵, des plaintes liées à la santé⁴⁸⁶, des symptômes musculo-squelettiques⁴⁸⁷ et de l'absentéisme⁴⁸⁸. Dans ce contexte et compte tenu du caractère pandémique dans le monde occidental des problèmes de santé mentale au travail, il apparaît important de susciter le développement en milieu de travail de pratiques favorables à la santé.

480. Van der Klink et coll., 2001; Marine et coll., 2006; Mimura et Griffiths, 2003.

481. Vézina et coll., 2004.

482. Vézina et coll., 2004; Department of Health-UK, 2001; World Health Organization, 2004a.

483. Michie et coll., 2004.

484. Kawakami et coll., 2005.

485. Theorell et coll., 2001.

486. Logan et Ganster, 2005; Mikkelsen et Gundersen, 2007; Nielsen et coll., 2006.

487. Eklof et Hagberg, 2006.

488. Dahl-Jorgensen et Saksvik, 2005; Michie et coll., 2004.

En conséquence, il apparaît important de développer et d'évaluer, au Québec, des approches individuelles et organisationnelles en milieu de travail de différents types et dans divers milieux et qui s'appuient sur les mesures individuelles déjà offertes aux employés, dont les programmes d'aide aux employés (PAE).

Interventions pour soutenir les aidants naturels

Les aidants naturels qui prennent soin des personnes âgées ou malades ont des risques accrus de souffrir de problèmes de santé physique ou mentale, d'isolement, d'impuissance et de problèmes financiers⁴⁸⁹. De plus, le stress qu'ils vivent peut faire en sorte qu'ils sont plus susceptibles de chercher à institutionnaliser la personne qui est à leur charge⁴⁹⁰. De nombreuses interventions, dont la contribution à l'offre de services de santé ne fait aucun doute, ont été développées et expérimentées pour améliorer la santé mentale de ces aidants.

Toutefois, les résultats sur l'efficacité de ces interventions, tant pour la santé mentale et physique des aidants que pour celle des personnes atteintes de troubles mentaux, sont limités parfois même contradictoires. Afin de pouvoir conclure à leur efficacité à long terme et en déterminer les composantes essentielles, des travaux de recherche additionnels de qualité et bénéficiant de suivis prolongés sont nécessaires.

489. World Health Organization, 2004a.

490. Brodaty et coll., 2003.

CONCLUSION

La recension des écrits réalisée pour le présent avis scientifique permet de constater qu'il existe maintenant de nombreuses mesures efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. Plus encore, plusieurs de ces mesures, particulièrement celles qui s'adressent aux enfants et aux jeunes, se retrouvent déjà dans l'offre nationale de services de santé publique. Elles reçoivent ainsi l'aval pour une consolidation qui pourrait, étant donné les nombreux intérêts qu'elles réconcilient, être soutenue par les acteurs des différents secteurs engagés auprès de ces groupes d'âge. D'autres mesures, prometteuses, nécessitent d'être adaptées à la réalité québécoise ou d'être étudiées davantage pour mieux connaître leurs effets sur la santé mentale.

Les travaux réalisés mettent en lumière certains constats :

1. l'importance d'intervenir tôt dans la vie, puisque la phase prénatale de même que les premières années de vie de l'enfant constituent des périodes cruciales pour l'établissement des fondements de la santé mentale d'un individu. En effet, les facteurs de protection ou de risque auxquels les enfants et les jeunes sont exposés, même s'ils peuvent éventuellement être modulés par d'autres facteurs, contribuent à les rendre plus robustes ou plus vulnérables à court, moyen et long termes;
2. la nécessité de développer les habiletés personnelles et sociales des individus, compte tenu de leur effet protecteur pour leur santé mentale, notamment en situation d'adversité. Les enfants et les jeunes pourraient particulièrement profiter de ces mesures de promotion de la santé mentale car elles permettent d'agir en complémentarité avec d'autres mesures de prévention;
3. l'importance de soutenir les adultes dans leurs tâches et responsabilités professionnelles, sociales et parentales. Le soutien aux travailleurs est particulièrement crucial, compte tenu de l'influence de ce milieu sur l'équilibre mental des adultes;
4. le besoin d'agir précocement et efficacement auprès de certains groupes à risque tels que celui des enfants d'un parent ayant un trouble mental, les individus confrontés à un stress important ou toute autre personne à risque de dépression ou d'anxiété;
5. la pertinence de favoriser la création d'environnements favorables à la santé mentale, que ce soit pour les jeunes d'âge scolaire, les travailleurs ou pour l'ensemble de la communauté;
6. l'urgence d'accroître la littératie en santé mentale de la population afin, d'une part, d'améliorer, particulièrement chez les jeunes adultes, les connaissances et les croyances relatives aux troubles mentaux permettant de les prévenir, de les reconnaître et de les traiter⁴⁹¹ et, d'autre part, de réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes qui ont des troubles mentaux⁴⁹²;

491. Jorm et coll. 1997, cité en p. 396 dans Jorm, 2000.

492. World Health Organization, 2004a.

7. enfin, bien que nous disposions de plus en plus de données probantes sur l'efficacité des mesures de promotion et de prévention en matière de santé mentale, il est impératif de favoriser la recherche dans ce domaine. Malgré les avancements scientifiques remarquables, des travaux de recherche sur l'efficacité et l'efficacité des programmes devraient constituer une priorité afin d'augmenter le niveau de preuves de certaines mesures identifiées.

Les connaissances sur la promotion de la santé mentale et sur la prévention des troubles mentaux ont connu de grands développements ces dernières années, notamment à la suite de la publication de plusieurs ouvrages clés internationaux. Il en ressort que l'efficacité de nos actions repose en grande partie sur notre capacité collective de développer une vision globale, systémique et intégrée de la promotion et de la prévention en matière de santé mentale. Aussi, l'efficacité des interventions développées en partenariat et qui utilisent les stratégies de la Charte d'Ottawa vient réitérer, pour la santé mentale, la pertinence et l'efficacité d'agir collectivement avec l'ensemble des acteurs concernés. Cet avis scientifique permet donc de poser les jalons pour la poursuite de la réflexion sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. Il invite également les chercheurs, praticiens et décideurs à s'engager dans une action commune permettant de maintenir et d'améliorer notre bien collectif : la santé mentale de la population.

Des projets d'expérimentation visant l'environnement organisationnel et les pratiques de gestion favorables à la santé en milieu de travail seront réalisés. En lien avec ces projets, des intervenants en santé au travail seront formés à l'évaluation des situations à risque pour les travailleurs. Des indicateurs sur la santé mentale des travailleurs sont présentement en développement.

RÉFÉRENCES

- Agence de santé publique du Canada (2002). Rapport sur les maladies mentales au Canada (en ligne). Consulté le 18 octobre 2005. [On-line]. Available: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/chap_1_f.html
- Agence de santé publique du Canada (2005). L'approche axée sur la population (en ligne). Consulté le 21 octobre 2005. [On-line]. Available: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/approche/approche.html#history>
- Albee, G. W. et Ryan Finn, K. D. (1993). An overview of primary prevention. *Journal of Counselling and Development*, 72(2), 115-123.
- Arseneault, L., Walsh, E., Tzesniewski, K., Newcomb, R., Caspi, A. et Moffitt, T. E. (2006). Bullying victimization uniquely contributes to adjustment problems in young children: A national representative cohort study. *Pediatrics*, 118, 130-138.
- Ballesteros, J., Duffy, J. C., Querejeta, I., Arino, J. et Gonzalez-Pinto, A. (2004). Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analyses. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(4), 608-618.
- Barbato, A. et D'Avanzo, B. (2000). Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 102, 81-97.
- Barlow, J. (1999). Systematic review of the effectiveness of parent-training programs in improving behaviour problems in children aged 3 to 10 years. A summary. Consulté le 23 janvier 2007 [On-line]. Available: www.hsru.ox.ac.uk/rp6.htm.
- Barlow, J. et Parsons, J. (2003). Group-based parent-training programs for improving emotional and behavioural adjustment in 0-3 year old children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No CD003680.
- Barlow, J. et Stewart-Brown, S. (2000). Behavior problems and group-based parent education programs. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21(5), 356-370.
- Barth, J. et Schumacher, M. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 903-908.
- Bauman, A. E. (2004). Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000-2003. *Journal of Sport, Sciences and Medicine*, 7(suppl. 1), 6-19.
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R. G., Wright, E. J. et Cooper, A. B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 112(2), 119-131.
- Beardslee, W. R. et MacMillan, H. L. (1993). Preventive intervention with the children of depressed parents. *Psychoanalytic Study of the Child*, 48, 249-276.
- Beardslee, W. R., Wright, E. J., Salt, P., Drezner, K., Gladstone, T. R. G., Versage, E. M. et coll. (1997). Examination of children's responses to two preventive intervention strategies over time. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 36(2), 196-204.
- Beck, C. T. (1999). Maternal depression and child behaviour problems: A meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 623-629.

- Bennett, C., Macdonald, G., Dennis J, Coren, E., Patterson, J., Astin, M. et coll. (2007). Home-based support for disadvantaged adult mothers (review). *Cochrane Database of Systematic Review Collaboration, Issue 3, Art. No. CD3759.*
- Biddle, S. J. H. (2000). Emotion, mood, and physical activity. In S. J. H. Biddle, K. R. Fox et S. H. Boutcher (Eds.), *Physical activity and psychological well-being* (London: Routledge.
- Biro, F. M., Striegel-Moore, R. H., Franko, D. L. et Bean, J. A. (2006). Self-esteem in adolescent females. *Journal of Adolescent Health, 39*, 501-507.
- Blanchet, L., Laurendeau, M. C., Paul, D. et Saucier, J. F. (1993a). *La prévention et la promotion en santé mentale. Préparer l'avenir.* Boucherville, Québec : Le comité de la santé mentale du Québec.
- Blanchet, L., Laurendeau, M. C., Paul, D. et Saucier, J. F. (1993b). *La Prévention et la promotion en santé mentale : Préparer l'avenir.* Boucherville (Québec) : Gaëtan Morin Éditeur.
- Bouchard, L. M., Flores, J., Cousineau, M. M. et Desbiens, N. (2005). *Taxage. Mieux connaître et agir.* Centre québécois de ressources en promotion de la sécurité et en prévention de la criminalité. 7 p.
- Bourbonnais, R., Gauthier, N., Vézina, M., Viens, C., Durand, P. J., Brisson, C. et coll. (2005). Une intervention en centres d'hébergement et de soins de longue durée visant à réduire les problèmes de santé mentale liés au travail. *Pistes, 7(2)*, 1-35.
- Brodaty, H., Green, A. et Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of American Geriatrics Society, 51(5)*, 657-664.
- Broocks, A., Bandelow, B., Pekrun, G., George, A., Meyer, T., Bartmann, U. et coll. (1998). Comparison of aerobic exercise, clomipramine, and placebo in the treatment of panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 155(5)*, 603-609.
- Brooks-Gunn, J. et Duncan, G. J. (1997). The effect of poverty on children. *The Future of Children, 7(2)*, 55-71.
- Brown, C. S. (2006). Bias at school: Perceptions of racial/ethnic discrimination among Latino and European American children. *Cognitive Development, 21*, 401-419.
- Browne, G., Gafni, A., Roberts, J., Byrne, C., et Majundar, B. (2004). Effective/efficient mental health programs for school-age children: a synthesis of reviews. *Social Science & Medicine, 58*, 1367-1384.
- Campbell, F. A., Ramey, C. T., Pungello, E., Sparling, J. et Miller-Johnson, S. (2002). Early Childhood Education: Young Adult Outcomes from the Abecedarian Project. *Applied Developmental Science, 6(1)*, 42-57.
- Chao, R. K. et Williams, J. D. (2002). The effects of parenting practices on children's outcomes. In J.D.Williams (Ed.), *Vulnerable children* (pp. 149-165). Alberta: The University of Alberta Press.
- Charte d'Ottawa (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.* Ottawa.
- Christensen, H., Griffiths, K. M. et Jorm, A. F. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *British Medical Journal, 328*, 265-268.

- Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W. R. et coll. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. Abrégé. *Archives in General Psychiatry* 58[12], 1127-1134.
- Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. B., Lewinsohn, P. M., Seeley et coll. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *The Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(3), 312-321.
- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J. et coll. (1993). The science of prevention. A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48(10), 1013-1022.
- Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M. et Scrimshaw S. C. (1993). Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6).
- Comité national d'orientation (2005). *École en santé: guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires* Québec: ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, d. s. e. d. l. t. (2006). *De l'ombre à la lumière. Rapport final sur la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Ottawa: Gouvernement du Canada.
- Commonwealth Department of Health and Aged Care (2000). *National action plan for promotion, prevention and early intervention for mental health*. Canberra, Australia: Mental Health and Special Programs Branch, Commonwealth Department of Health and Aged Care.
- Conseil médical du Québec (2001). *Avis : Les maladies mentales : un éclairage contemporain*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Cornelius, T. L. et Resseguie, N. (2007). Primary and secondary prevention programs for dating violence: a review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 364-375.
- Cotton, S. M., Wright, A., Harris, M. G., Jorm, A. F. et McGorry, P. D. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(9), 790-796.
- Coulthard, P., Yong, S., Adamson, L., Warburton, A., Worthington, H. V. et Esposito, M. (2004). Domestic violence screening and intervention programs for adults with dental or facial injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art. No. CD004486.
- Cuijpers, P. (1999). The effects of family interventions on relatives' burden: A meta-analysis. *Journal of mental health*, 8(3), 275-285.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Smits, N. et Smits, F. (2006). Screening and early psychological intervention for depression in schools: systematic review and meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 300-307.
- Dahl-Jorgensen, C. et Saksvik, P. O. (2005). The impact of two organizational interventions on the health of service sector workers. *International Journal of Health Services*, 35(3), 529-549.

- Daro, D. (2004). *Programmes de visites pré et postnatales à domicile et leur impact sur le développement psychosocial des jeunes enfants (0-5 ans) : commentaires sur Olds, Kitzman, Zercher et Spiker*. In R. E. Tremblay, R. G. Barr et R. De V. Peters (Eds.). Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants (sur Internet). Montréal : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004 : 1-7. Se référer au site : <http://www.excellence-jeunesenfants.ca/documents/DaroFRxp.pdf>. Consulté le 29 octobre 2004.
- De Rancourt, L., Paquette, F., Rainville, S., Roy, N., Thériault, D. et Trudeau, D. (2004). Stimuler le développement des compétences parentales. In F. Paquette (Ed.), *À chaque enfant son projet de vie permanent* (pp. 53-59). Montréal : Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire.
- De Silva, M. J., McKenzie, K., Harpham, T. et Huttly, S. R. A. (2005). Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 619-627.
- Department of Health-UK (2001). *Making it happen: A guide to delivering mental health promotion*. London.
- Devaney, B. L. (2003). *Un programme de services destiné à améliorer la nutrition des femmes enceintes, des nourrissons et des jeunes enfants*. In R.E. Tremblay, R.G Barr et R.DeV Peters (Eds.). Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants (sur Internet). Montréal : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004 : 1-7. Se référer au site : <http://www.excellence-jeunesenfants.ca/documents/DaroFRxp.pdf>. Consulté le 29 octobre 2004.
- Drummond, J. E., Weir, A. E. et Kysela, G. M. (2002). Home visitation programs for at-risk young families: A systematic literature review. *Canadian Journal of Public Health*, 93(2), 153-158.
- Duclos, G. (2000). *L'estime de soi, un passeport pour la vie*. Montréal : Les éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Duggan, M. (2007). Modernising the social model in mental health: a discussion paper. <http://www.critpsynet.freeuk.com/Duggan.htm> [On-line].
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H. et O'Neil, H. A. (2007). Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33 (supp 6), S587-S597.
- Dupéré, V. et Perkins, D. D. (2007). Community types and mental health: a multilevel study of local environmental stress and coping. *American Journal of Community Psychology*, 39, 107-119.
- Durlak, J. A. et Well, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25(2), 115-152.
- Edwards, C. P. et Liu, W. (2002). Parenting toddlers. In M. H. Bornstein (Ed.), *Vol. 1: Children and parenting* (Second ed., pp. 45-71). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Eklof, M. et Hagberg, M. (2006). Are simple feed-back interventions involving workplace data associated with better working environment and health? A cluster randomized controlled study among Swedish VDU workers. *Applied Ergonomics*, 37(2), 201-210.

- Ellis, P. M. et Collings, S. C. D. (1997). *Mental health in New Zealand from a public health perspective. Public Health Report Number 3*. Wellington, New Zealand: Ministry of Health.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A. et Lemma, P. (2005). School-based prevention for illicit drugs use (review). *Cochrane Collaboration Database of Systematic Reviews, Issue 2, Art. No. CD003020*.
- Farver, J. A., Xu, Y., Eppe, S., Fernandez, A. et Schwartz, D. (2003). Community violence, family conflict and preschoolers' socioemotional functioning. *Abbrégé. Developmental Psychology* 41[1], 160-170.
- Flores, J., Cousineau, M. M. et Desbiens, N. (2005a). *Intimidation. Mieux connaître et agir*. Centre québécois de ressources en promotion de la sécurité et en prévention de la criminalité. 11 p.
- Flores, J., Hamel, C., Lavoie, F. et Rondeau, L. (2005b). *Relations amoureuses chez les jeunes. Mieux connaître et agir*. Centre québécois de ressources en promotion de la sécurité et en prévention de la criminalité. 13 p.
- Forman, D. R., O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E. et Coy, K. C. (2007). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Development and Psychopathology*, 19, 585-602.
- Fortin, F., Lévesque, J. et Vitaro, F. (2007). La méta-analyse au service de la prévention et de l'intervention: concepts, applications et enjeux. *Revue de psychoéducation*, 36(1), 167-193.
- Foshee, V. A., Bauman, K. E., Ennett, S. T., Linder, F., Benefield, T. et Suchindran, C. (2004). Assessing the long-term effects of the Safe Dates Program and a booster in preventing and reducing adolescent dating violence victimization and perpetration. *American Journal of Public Health*, 94(4), 619-624.
- Fournier, L., Aubé, D., Roberge, P., Lessard, L., Duhoux, A., Caulet, M. et coll. (2007). *Vers une première ligne forte en santé mentale : messages clés de la littérature scientifique*.
- Fournier, L., Lemoine, O., Poulin, C., Poirier, L. et Chevalier, S. (2002). *Enquête sur la santé mentale des Montréalais, Volume 1: La santé mentale et les besoins de soins des adultes* Montréal : Direction de la santé publique de Montréal.
- Fox, K. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*, 2(3a), 411-418.
- Foxcroft, D. R., Ireland, D., Lowe, G. et Breen, R. (2002). Primary prevention for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 3, Art. No. CD003024, 1-71*.
- Frasure-Smith, H., Lesperance, F. et Talajic, M. (1995). Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*, 91(4), 999-1005.
- Fryers, T., Melzer, D. et Jenkins, R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 38, 229-237.

- Gaynes, B., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G. et coll. (2005). *Perinatal depression: prevalence, screening accuracy and screening outcomes. Evidence Report/Technology Assessment no 119*. Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality.
- Gilbody, S., House, A. O. et Sheldon, T. A. (2001). Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. *British Medical Journal*, 322, 406-409.
- Gilbody, S., House, A. O. et Sheldon, T. A. (2005). Screening and case finding instruments for depression. *Cochrane Collaboration Database of Systematic Reviews, Issue 4, Art. No. CD002792*, 1-26.
- Gilbody, S., Sheldon, T. A. et Wessely, S. (2006). Should we screen for depression. *British Medical Journal*, 322, 1027-1030.
- Glew, G. M., Fan, M. Y., Katon, W., Rivara, F. P. et Kernic, M. A. (2005). Bullying, psychosocial adjustment and academic performance in elementary school. *Archives of Pediatrics et Adolescent Medicine*, 159(11), 1026-1031.
- Goldney, R. D., Fisher, L. J., Dal Grande, E. et Taylor, A. W. (2005). Changes in mental health literacy about depression: South Australia, 1998-2004. *Medicine and the Community*, 183(3), 134-137.
- Gomby, D. S. (2003). *Building school readiness through home visitation*. Toronto: First 5 California Children and Families Commission.
- Gonzalez, M. J. (2005). Access to mental health services: The struggle of poverty affected urban children of color. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 22(3-4), 245-256.
- Goodwin, R. D. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *Preventive Medicine*, 26, 698-703.
- Gouvernement du Québec (1995). *Prévenir, dépister et contrer la violence conjugale. Politique d'intervention en matière de violence conjugale*. Gouvernement du Québec.
- Green, J. (2002). L'exercice de la promotion de la santé fondée sur des données probantes. *Promotion and Education*, 9(3), 5-6.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. et Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: current state of the field. *Prevention and treatment*, 4(1), 1-17.
- Grossmann, K. E. et Grossmann, K. (1998). Développement de l'attachement et adaptation psychologique du berceau au tombeau. *Enfance*, 3, 44-68.
- Guay, D. (2004). *Développement des enfants de milieux défavorisés, facteurs de risque et de protection du développement*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec. Document inédit.
- Guyon, L., De Koninck, M., Morissette, P., Ostoj, P. et Marsh, A. (2002). Toxicomanie et maternité : un parcours difficile, de la famille d'origine à la famille recrée. *Drogues et toxicomanie*, 1(1), 1-28.
- Hamel, M., Blanchet, L. et Martin, C. (2001). *6-12-17, nous serons bien mieux! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire*. Sainte-Foy : Publications du Québec.
- Haney, P. et Durlak, J. A. (1998). Changing self-esteem in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(4), 423-433.

- Hardern, A., Rees, R., Shepherd, J., Bruton, G., Oliver, S. et Oakley, A. (2001). *Young people mental health: A systematic review of research on barriers and facilitators*. EPPI-Center report. UK. 229 p.
- Harris, A. H., Cronkite, R. et Moos, R. (2006). Physical activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 79-85.
- Hartup, W. W. (2005). Peer interaction: What causes that? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(3), 387-394.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. et Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive behavior* 27[6], 951-976. Ref Type: Abstract
- Hay, B. J. (1987). A framework for prevention. *Journal of Primary Prevention*, 7(4), 199-203.
- Hemingway, H. et Marmot, M. (1999). Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: Systematic review of prospective cohort studies. *British Medical Journal*, 318, 1460-1467.
- Herman, H. et Jané-Llopis, E. (2005). Mental health promotion in public health. *Promotion and Education*.(Supplement 2), 42-46.
- Hickman, L. J., Jaycox, L. H. et Aronoff, J. (2004). Dating violence among adolescents. Prevalence, gender distribution and prevention program effectiveness. *Trauma, Violence and Abuse*, 5(2), 123-142.
- Hinden, B. R., Biebel, K., Nicholson, J. et Mehnert, L. (2005). The invisible Children's project: key ingredients of an intervention for parents with mental illness. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 32(4), 393-408.
- Hinshaw, S. P. (2005). The stigmatization of mental health illness in children and parents: Developmental issues, family concerns and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7), 714-734.
- Hosman, C. et Jané-Llopis, E. (2005). The evidence of effective intervention for mental health promotion. In H.Herrman, H. Saxena et R. Moodie (Eds.), *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: Report of the World Health Organization*. (Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundations and the University of Melbourne.
- Hurt, H., Malmud, E., Brodsky, N. L. et Giannetta, J. (2001). Exposure to violence: Psychological and academic correlates in child witnesses. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155(12), 1351-1356.
- Institut canadien d'information sur la santé (2005). Améliorer la santé des jeunes Canadiens : initiatives sur la santé de la population canadienne. Consulté le 15 janvier 2007 [On-line]. Available:
http://www.secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_pag=PG_380_F&cw.topic=380&cw_r el=AR_1217_F
- Institut canadien d'information sur la santé (2007). La santé mentale. www.cihi.ca [On-line].
- Institut national de santé publique du Québec (2002). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*. Montréal : Gouvernement du Québec.

- Institut national de santé publique du Québec (2005). *Favoriser le développement des enfants d'âge préscolaire : un guide d'intervention pour soutenir les pratiques parentales*. Document de travail.
- Institut national de santé publique du Québec (2006). *La famille grandit : des habitudes pour mieux vivre - Le guide d'interventions*. Document de travail.
- Institut national de santé publique du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux et Institut de la statistique du Québec (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions, 2006. Les analyses du deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Jacobson, S. et Jacobson, J. (2003). *Impacts du syndrome de l'alcoolisation foetale et des effets de l'alcoolisation du fœtus sur le développement psychosocial de l'enfant*. Montréal, Québec : In R.E. Tremblay, R.G. Barr et R. De V. Peters (Eds.). Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants (sur Internet). Montréal : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004 : 1-7. Se référer au site : [http : //www.excellence-jeunesenfants.ca/documents/jacobson.pdf](http://www.excellence-jeunesenfants.ca/documents/jacobson.pdf). Consulté le 29 octobre 2004.
- James, A., Soler, A. et Weatherall, R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4, Art. No. CD004690*, 1-20.
- Jané-Llopis, E. et Anderson, P. (2005). *Mental health promotion and mental health disorder prevention. A policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
- Jané-Llopis, E. et Anderson, P. (2006). *Mental health promotion and mental disorder prevention across European members states: A collection of country stories*. Luxembourg: European Communities.
- Jané-Llopis, E. et Barry, M. (2005). What makes mental health promotion effective? *IUPHE - Promotion and Education, supp. 2*, 47-55.
- Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C. et Patel, V. (2005a). Mental health promotion works: A review. *IUPHE - Promotion and Education, Suppl. 2*, 9-25.
- Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C. et Patel, V. (2005b). The evidence of mental health promotion effectiveness: Strategies for action. *IUPHE - Promotion and Education, Suppl. 2*, 69 p.
- Jorm, A. F., Christensen, H. et Griffiths, K. M. (2005). The impact of BeyondBlue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 248-254.
- Jorm, A. F., Christensen, H. et Griffiths, K. M. (2006). Changes in depression awareness and attitudes in Australia: the impact of BeyondBlue: the national depression initiative. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 42-46.
- Jorm, A. F., Korten, A. R., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. et Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Jorm, A. M. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and belief about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-402.

- Juvonen, J., Graham, S. et Schuster, M. A. (2003). Bullying among young adolescents: The strong, the weak and the troubled. *Pediatrics*, 112(6 pt 1), 1231-1237.
- Kagan, S. L. et Kauerz, K. (2007). Programmes d'enseignement efficaces au préscolaire. In R.E.Tremblay, R. G. Barr et R. Peters (Eds.), *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants (sur internet)*. (pp. 1-7). Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants.
- Kaner, E., Beyer, F., Dickinson, H., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C. et coll. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art. No. CD004148.
- Kasen, S., Johnson, J. et Cohen, P. (1990). The impact of school emotional climate on student psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(2), 165-177.
- Kavanagh, M., Beaucage, C., Cardinal, L. et Aubé, D. (2006). *La dépression majeure en première ligne : les impacts cliniques des stratégies d'intervention*. *Revue de littérature*. Agence de la santé publique et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de la santé publique; Institut national de santé publique du Québec.
- Kawakami, N., Kobayashi, Y., Takao, S. et Tsutsumi, A. (2005). Effects of a web-based supervisor training on supervisor support and psychological distress among workers: a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 41(2), 471-478.
- Kearney, M. H., York, R. et Deatrck, J. A. (2000). Effects of home visits to vulnerable young families. *Journal of Nursing Scholarship*, 4, 369-375.
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. et coll. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515-2523.
- Kowaleski-Jones, L. et Ducan, G. J. (2002). Effects of participation in the WIC Program on birthweight: evidence from the national longitudinal survey of youth. *American Journal of Public Health*, 92(5), 799-804.
- Landazabal, M. G. (2006). Psychopathological symptoms, social skills and personality traits: A study with adolescent. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(2), 182-192.
- Landy, S. et Tam, K.K. (1996). Les pratiques parentales influencent bel et bien le développement des enfants du Canada. In *Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (pp. 117-135). Ottawa : Statistique Canada.
- Lane, A. M. et Lovejoy, D. J. (2001). The effects of exercise on mood changes: the moderating effect of depressed mood. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 41(94), 539-545.
- Lapointe, P., Martin, I. et Robitaille, É. (2003). Comprendre la petite enfance à Montréal : le profil de cinq communautés montréalaises et le développement des enfants. In Montréal : Groupe de recherche sur l'inadaptation psycho-sociale chez l'enfant, Université de Montréal.
- Latkin, C. A. et Curry, A. D. (2003). Stressful neighborhoods and depression: A prospective study of the impact of neighborhood disorder. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(1), 34-44.

- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L. et Rossler, W. (2003). Do people recognise mental illness? Factors influencing mental health literacy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253, 248-251.
- Lawrence, D. (2006). *Enhancing self-esteem in the classroom*. (3rd ed.) London: Paul Chapman Publishing.
- Lawlor, D. A. et Hopker, S. W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 322 (7289), 763-767.
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. California: Springer Publishing compagny.
- Lee, H. et Cameron, M. (2004). Respite care for people with dementia and their carers (Review). *Cochrane Collaboration Database of Systematic Reviews, Issue 1, Art. No. CD004396*.
- Lemieux Breton, M.-E., Paradis, F., Pilote, R., Maurice, P. et Flores, J. (2007). Consolidation des pratiques en violence conjugale dans les CLSC du Québec. Étude exploratoire. Montréal : Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec.
- Lessard, C. (2004). Élaboration d'une revue systématique et d'une méta-analyse. Atelier méthodologique. La production et l'utilisation de méta-analyse et de revues systématiques de la littérature. In 8^{es} Journées annuelles de santé publique. Montréal.
- Lindberg, L. et Swanberg, I. (2006). Well-being of 12-year-old children related to interpersonal relations, health habits and mental distress. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 274-281.
- Lister-Sharp, D., Chapman, S., Stewart-Brown, S. et Sowden, A. (1999). Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. *Health Technology Assessment*, 3(22), 1-208.
- Logan, M. S. et Ganster, DC. (2005). An experimental evaluation of a control intervention to alleviate job-related stress. *Journal of Management*, 31(1), 90-107.
- Lumley, L., Oliver, S., Chamberlain, C. et Oakley, L. (2004). Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4, Art. No. CD001055*, 1-70.
- Macdonald, G., Bennett, C., Dennis, J., Coren, E., Patterson, J., Astin, M. et coll. (2007). Home-based support for disadvantaged teenage mothers (review). *Cochrane Database of Systematic Review Collaboration, Issue 3. Art. No. CD006723*, 1-48.
- MacDonald, G. et O'Hara, K. (1998). *Ten elements of mental health, its promotion and demotion: Implications for practice*. Society of Health Education and Health Promotion, UK. 38 p.
- MacMillan, H. L., Patterson, C. J. S. et Wathen, C. N. (2005a). Screening for depression: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Canadian Medical Association Journal*, 72(1), 33-35.
- MacMillan, N. L., Thomas, B. H., Jamieson, E., Walsh, C. A., Boyle, M. H., Shanon, H. S. et coll. (2005b). Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: A randomized controlled trial. *Lancet*, 365, 1786-1793.

- Mann, M., Hosman, C. M. H., Schaalma, H. P., et de Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research, 19(4)*, 357-372.
- Marine, A., Ruotsalainen, J., Serra, C. et Verbeek, J. (2006). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4, Art. No. CD002892*.
- Martin, C. et Arcand, L. (2005). *Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Pour la réussite éducative et le bien-être des jeunes*. Québec : ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, gouvernement du Québec.
- McNaughton, D. B. (2004). Nurse home visits to maternal-child clients: a review of intervention research. *Public Health Nursing, 21(3)*, 207-219.
- Merry, S., McDowell, H., Hetrick, S., Bir, J. et Muller, N. (2004). Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1, Art. No. CD003380*.
- Michie, S., Wren, B. et Williams, S. (2004). Reducing absenteeism in hospital cleaning staff: pilot of a theory based intervention. *Occupational and Environmental Medicine, 61*, 345-349.
- Mikkelsen, A. et Gundersen, M. (2007). The effect of a participatory Organizational intervention on work environment, job stress and subjective health complaints. *International Journal of Stress Management, 10(2)*, 91-110.
- Mimura, C. et Griffiths, P. (2003). The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the nursing profession: an evidence based literature review. *Occupational and Environmental Medicine, 60(1)*, 10-15.
- Ministère de l'Éducation et ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Deux réseaux, un objectif: le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation* Québec: ministère de l'Éducation.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1989). *Politique de santé mentale*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec : Bibliothèque nationale du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, la force des liens*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Politique de périnatalité*. Gouvernement du Québec. À paraître.
- Moner, S. E. (1994). Smoking and pregnancy. In *Canadian Task Force on the periodic health examination. Canadian guide to clinical preventive health care* (pp. 26-36). Ottawa: Health Canada.
- Moodie, R. et Jenkins, R. (2005). I'm from the government and you want me to invest in mental health promotion. Well why should I. *Promotion and Education (Supplement 2)*, 37-41.
- Moon, L., Meyer, O. et Grau, J. (1999). *Australia's young people: Their health and wellbeing*. AIHW Cat. No. PHE 19. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

- Morin, A. J. et Chalfoun, C. (2003). La prévention de la dépression : l'état actuel des connaissances. *Canadian Psychology*, 44(1), 39-60.
- Moss, E., Saint-Laurent, D., Cyr, C. et Humber, N. (2000). L'attachement aux périodes préscolaire et scolaire et les patrons d'interactions parent-enfant. In G.M.Tarabulsy, S. Larose, D. R. Pederson et G. Moran (Eds.), *Attachement et développement : Le rôle des premières relations dans le développement humain* (pp. 155-179). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Mrazek, P. J. et Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventing intervention research*. Washington D.C.: National Academy Press. 605 p.
- Mukoma, W. et Flisher, A. J. (2004). Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health Promotion International*, 19(3), 357-368.
- Murphy, M., Nevill, A., Neville, C., Biddle, S. et Hardman, A. (2002). Accumulating brisk walking for fitness, cardiovascular risk, and psychological health. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 34(9), 1468-1474.
- Mytton, J., DiGiuseppi, C., Gough, D., Taylor, R. et Logan, S. (2006). School-based secondary prevention programmes for preventing violence. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3, Art. No. CD004606*.
- Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla, R. S., Ruan, W. J., Simons-Morton, S. et Scheidt, P. (2001). Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. *The Journal of the American Medical Association*, 285(16), 2094-2100.
- Nelson, H. D., Nygren, P., McInerney, Y. et Klein, J. (2004). Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task force. *Annals of Internal Medicine*, 140(5), 387-396.
- New Freedom Commission on Mental Health (2003). *Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final Report* (Rep. No. SMA-03-3832). Rochville, MD: DHHS Pub.
- Nielsen, K., Fredslund, H., Christensen, K. et Albertsen, K. (2006). Success or failure? Interpreting and understanding the impact of interventions in four similar worksites. *Work and Stress*, 20(3), 272-287.
- O'Neill, M., Dupéré, S., Pederson, A. et Rootman, I. (2006). *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- OMS (2005b). *Rapport sur la santé dans le monde : donner sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2007). Conseil international pour l'éducation physique et la science du sport. www.icsspe.org/portal/download/physicalactivity.pdf [On-line].
- Orford, J. (1992). *Community psychology: Theory and practice*. England: Wiley and Sons Ltd.
- Osofsky, J. D. et Thompson, M. D. (2000). Adaptive and maladaptive parenting: Perspective on risk and protective factors. In J. P. Shonkoff et S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 54-75). New York: Cambridge University Press.
- Paluska, S. A. et Schwenk, T. L. (2000). Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Medicine*, 29(3), 167-180.

- Patchin, J. W., Huebner, B. M., McCluskey, J. D., Varano, S. P. et Bynum, T. S. (2006). Exposure to community violence and childhood delinquency. *Crime and Delinquency*, 52(2), 307-332.
- Payton, J. W., Wardlaw, D. M., Gracyk, P. A., Bloodworth, M. R., Tompsett, C. J. et Weissberg, R. P. (2000). Social and emotional learning: a framework for promoting mental health and reducing risk behaviors in children and youth. *Journal of School Health*, 70(5), 179-185.
- Penedo, F. J. et Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 189-193.
- Pignone, M. P., Gaynes, B. N., Rushton, J. L., Burchell, C. M., Orleans, C. T., Mulrow, C. D. et coll. (2002). Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 136(10), 765-776.
- Pinquart, M. et Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are the effects? *International Psychogeriatrics*, 18(4), 577-595.
- Policy Leadership Cadre for Mental Health in Schools (2001). *Mental health in schools: guidelines, models, resources and policy considerations*. Los Angeles, CA: Department of Psychology, UCLA.
- Poulin, C., Lemoine, O., Poirier, L.-R. et Fournier, L. (2004). Les troubles anxieux constituent-ils un problème de santé publique? *Santé mentale au Québec*, 1(1), 61-72.
- Putnam, R. D. (1993). *Making democracy work*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ramsay, J., Feder, G., Rivas, C., Carter, Y. H., Davidson, L. L., Hegarty, K. et coll. (2005). Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychological well-being of women who experience intimate partner abuse (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1, Art. No. CD005043*.
- Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y. H., Davidson, L. L. et Feder, G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic Review. *British Medical Journal*, 325, 314-318.
- Rao, U. (2006). Links between depression and substance abuse in adolescents: Neurobiological mechanism. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6, suppl. 1), 161-174.
- Réseau suisse d'écoles en santé (2005). *Mettons-nous en route pour faire de notre école un lieu de vie et de santé*. Lausanne : Radix Promotion de la santé. 4^e édition.
- Ross, D. P. et Roberts, P. (1999). *Le bien-être de l'enfant et le revenu familial : un nouveau regard au débat sur la pauvreté*. Québec : Conseil canadien de développement social.
- Rutter, M. (1983). School effects of pupil progress: research findings and policy implications. *Child Development*, 54, 1-29.
- Rychetnik, L. et Todd, A. (2004). *Vichealth mental health promotion evidence review: a literature review focusing on the Vichealth 1999-2002*. Victorian Health Promotion Foundation.
- Sanders, M. R. (2002). Parenting interventions and the prevention of serious mental health problems in children. *The Medical Journal of Australia*, 177(7), 87-92.

- Sanders, M. R. et Morawska, A. (2006). Peut-on améliorer les résultats des enfants en modifiant les connaissances des parents, leurs attentes dysfonctionnelles et la régulation de leurs émotions? In R. E. Tremblay, R. G. Barr et R. Peters (Eds.), *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* (pp. 1-13). Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Turner, K. M. T. et Brechman-Toussaint, M. (2000). *Triple P positive parenting program: A guide to the system*. Australia, Brisbane: Australia Academic Press.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Turner, K. M. T. et Ralph, A. (2004). Using the Triple P system of intervention to prevent behavioural problems in children and adolescents. In P. M. Barrett et T. H. Ollendick (Eds.), *Handbook of interventions that work with children and adolescents: prevention and treatment* (pp. 489-516). Chichester, West Sussex, England; Hoboken, NJ, USA: John Wiley.
- Santé Canada (1998). *Le fardeau économique de la maladie au Canada*. Ottawa : Santé Canada.
- Santé Canada (2003). *Les déterminants sociaux de la santé : un aperçu des répercussions sur les politiques publiques et du rôle du secteur de la santé*. Ottawa : Santé Canada.
- Scully, D., Kremer, J., Meade, M. M., Graham, R. et Dudgeon, K. (1998). Physical exercise and psychological well being: a critical review. *British Journal of Sports Medicine*, 32, 111-120.
- Shah, C. P. (2003). *Public health and preventive medicine in Canada*. (5th ed.) Toronto: Saunders.
- Shaw, E., Levitt, C., Wong, S. et Kaczorowski, J. (2006). Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *BIRTH*, 33(3), 210-220.
- Sibbald, B. et Roland, M. (1998). Understanding controlled trials: why are randomised controlled trials important? *MBJ*, 316, 201-203.
- Sörensen, S., Pinquart, M. et Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*, 42(3), 356-372.
- Sroufe, L. A., Cooper, R. G., DeHart, G. B. et Marshall, M. E. (1996). *Child development: Its nature and course*. New York: McGraw-Hill Inc.
- St-Amour, N., Laverdure, J., Devault, A. et Manseau, S. (2005). *La difficulté de concilier travail-famille : ses impacts sur la santé physique et mentale des familles québécoises*. Institut national de santé publique du Québec.
- St Leger, L. (2005). Protocoles et lignes directrices pour les écoles promotrices de santé. *IUPHE - Promotion and Education*, 12(3-4), 193-195.
- St Leger, L. H. (1999). The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health- a review of the claims and evidence. *Health Education Research*, 14(1), 51-69.
- Stathopoulou, G., Powers, M. B., Berry, A. C., Smits, A. J. et Otto, M. W. (2006). Exercise interventions for mental health: a quantitative and qualitative review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 179-193.

- Statistique Canada (1994). L'enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). <http://www.statcan.ca/francais/Dli/Metadata/nphs/1994/ensp94gid.pdf> [On-line].
- Statistique Canada (2004a). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Santé mentale et bien-être. http://www.statcan.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5015&lang=fr&db=IMDB&dbq=f&adm=8&dis=2 [On-line].
- Statistique Canada (2004b). Milieu parental et comportement agressif. <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/041025/q041025b.htm> [On-line].
- Stevenson, J. (2006). Dietary influences on cognitive development and behaviour in children. *Proceedings of the Nutrition Society*, 65, 361-365.
- Stewart-Brown, S. (2006). What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe [On-line]. Available: www.euro.who.int/document/e88185.pdf.
- Stoltz, P., Udén, G. et Willman, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home - a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 111-119.
- Taylor, L., Taske, N., Swann, C. et Waller, S. (2007). *Public health interventions to promote positive mental health and prevent mental health disorders among adults. Evidence Briefing*. United Kingdom: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Tein, J. Y., Sandler, I. N., Ayers, T. S. et Wolchik, S. A. (2006). Mediation of the effects of the family Bereavement Program on mental health problems of bereaved children and adolescents. *Prevention Science*, 7(2), 179-195.
- Teychenne, M., Ball, K., Salmon, J. (2008) Physical activity and the likelihood of depression in adults: A review. *Preventive Medicine* (sous presse YPMED-02319).
- Theorell, T., Emdad, R., Arnetz, B. et Weingarten, A. M. (2001). Employee effects of an educational program for managers at an insurance company. *Psychosomatic Medicine*, 63, 724-733.
- Tsutsumi, A., Takao, S., Mineyama, S., Nishiuchi, K., Komatsu, H. et Kawakami, N. (2005). Effects of a supervisory education for positive mental health in the workplace: a quasi-experimental study. *Journal of Occupational Health*, 47(3), 226-235.
- U.S. Department of Health and Human Services (1996). *Physical activity and health: a report of the Surgeon General- Executive Summary*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health.
- U.S. Preventive Services Task Force (2004). Scening for family and intimate partner violence: Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 140, 382-386.
- U.S. Preventive Services Task Force (2004). Screening for alcohol misuse. Summary of Recommendation. www.Ahrq.gov/clinic/uspsf/uspsdrin.htm. [On-line].
- Université de Calgary (2007). La violence amoureuse chez les adolescents. www.ucalgary.ca/resolve/violenceprevention/francais/examenpro/aadolintro.htm [On-line].

- USDHHS (2001). *Building their futures: How Early Head Start Programs are enhancing the lives of infants and toddlers in low income families*. Summary report. Commissioner's Office of Research and Evaluation, Head Start Bureau.
- Van der Klink, J. J. L., Blonk, R. W. B., Schene, A. H. et Van Dijk, F. J. H. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91(2), 270-276.
- Vézina, M., Bourbonnais, R., Brisson, C. et Trudel, L. (2004). Workplace prevention and promotion strategies. *Health Cares Papers*, 5(2), 32-44.
- Vitaro, F., Assaad, J. M. et Carbonneau, R. (2004). *Les enfants de parents affectés d'une dépendance : Bilan des connaissances et leçons pour l'intervention*. Gouvernement du Québec.
- Vreeman, R. C. et Carrol, A. E. (2007). A systematic review of school-based interventions to prevent bullying. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161(1), 78-88.
- Wathen, C. N. et MacMillan, H. L. (2003). Interventions for violence against women. Scientific review. *JAMA*, 289(5), 589-600.
- Wathen, C. N., MacMillan, H. L. et Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2003). Prévention de la violence envers les femmes. Recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Canadian Medical Association Journal*, 169(6), 1-3.
- Wear, K. et Markham, W. (2005). What do we know about promoting mental health through schools? *Promotion and Education*, 12(3-4), 118-122.
- Weissberg, R. P. et Greenberg, M. T. (1998). School and community competence-enhancement and prevention programs. In W. Damon, I. E. Siegel et K. A. Renninger (Eds.), *Volume 4: Child psychology in practice* (Fifth ed., pp. 877-954). New York: John Wiley and Sons.
- Wells, J., Barlow, J. et Stewart-Brown, S. (2003). A systematic review of universal approaches to mental health promotion schools. *Health Education*, 103(4), 197-220.
- Whitaker, D. J., Morrison, S., Lindquist, C., Hawkins, S. R., O'Neil, J. A., Nesius, A. M. et coll. (2005). A critical review of interventions for the primary prevention of perpetration of partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 151-166.
- Whiteford, H., Cullen, M. et Baingana, F. (2005). Social capital and mental health. In H. Herrman, H. Saxena et R. Moodie (Eds.), *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization* (Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundations and the University of Melbourne).
- Whitlock, E. P., Polen, M. R., Green, C. A., Orleans, C. T. et Klein, J. (2004). *Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force* U.S. Preventive Services Task Force.
- WHO (2000). Setting the WHO agenda for mental health. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 78(4), 500 p.
- WHO (2001). *Mental health: New understanding, new hope* Geneva: World Health Organization.

- WHO (2004a). *Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options. Summary Report*. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Center of the Universities of Nijmegen and Maastricht. 66 p.
- WHO (2004b). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. Summary report*. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. 67 p.
- WHO (2005a). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. 288 p.
- WHO (2005). *Mental health policies and programmes in the workplace* Geneva: World Health Organization.
- WHO (2007). Facts: intimate partner violence. Geneva: World Health Organization. www.who.int/violence_injury_prevention [On-line].
- Wolchik, S. A., Sandler, I. N., Millsap, R. E., Plummer, B. A., Greene, S. M., Anderson, E. R. et coll. (2002). Six-year follow-up of preventive interventions for children of divorce: a randomised controlled trial. *JAMA*, 288(15), 1874-1881.
- Wright, A., McGorry, P. D., Harris, M. G., Jorm, A. F. et Pennell, K. (2006). Development and evaluation of a youth mental health community awareness campaign - the Compass Strategy. *BioMed Central Public Health*, 6(215), 1-13.
- Yin, T., Zhou, Q. et Bashford, C. (2002). Burden on family members: Caring for frail elderly: A meta-analysis of interventions. *Nursing Research*, 51(3), 199-208.
- Yoshikawa, H. (1995). Long term effects of early childhood programs on social outcomes and delinquency. *The Future of Children*, 5(3), 51-75.
- Zoritch, B., Roberts, I. et Oakley, A. (2000). Day care for pre-school children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, Art. No. CD000564, 1-30.

ANNEXE 1
DOCUMENTS CLÉS

Documents clés

| Ouvrages retenus | Modèle | Mesures |
|---|--------|---------|
| 1. Commonwealth Department of Health and Aged Care (2000). National Action Plan for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health Canberra. Australia: Mental Health and Special Programs Branch, Commonwealth Department of Health and Aged Care. | | X |
| 2. European Communities (2005). Green Paper. Improving the mental health of the population: Toward a strategy on mental health for the European Union. European Commission. | X | X |
| 3. WHO (2004). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: summary report. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne, 67 p. | X | X |
| 4. WHO (2004). Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options: Summary report. Geneva: World Health Organization, department of mental health and substance abuse in collaboration with the prevention research centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht, 66p. | | X |
| 5. WHO (2005). Promoting mental health: Concept emerging evidence, practice. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne, 288 p. | | X |
| 6. Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C. et Patel, V. (2005). The evidence of mental health promotion effectiveness: Strategies for action. Promotion and Education, suppl., 2, 69 p. | | X |
| 7. Keleher, H. et Armstrong, R. (2006). Evidence-based mental health promotion resource. Report for the Department of Human Services and VicHealth. | X | X |
| 8. Ellis, P. M., Collings, S. C. D. (1997). Mental health in New Zealand from a public health perspective. Ministry of Health. | | X |
| 9. Shekhar Saxena et Garrison. P. J. (2004). Mental health promotion: Case studies from countries. A joint publication of the World Federation for Mental Health and the World Health Organization, France. | | X |
| 10. Jané-Llopis, E. et Anderson, P. (Eds). (2005). Mental health promotion and mental disorder prevention. A Policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen. | | X |
| 11. Jané-Llopis, E. et Anderson, P. (Eds). (2006). Mental health promotion and mental disorder prevention across European Members States: A collection of country stories. Luxembourg: European communities. | | X |
| 12. Department of Health-UK (2001). Making it happen: A guide to delivering mental health promotion. London. | X | X |
| 13. Tilford, S., Delaney, F. et Vogels, M. (1997). Effectiveness of mental health promotion interventions: A review. Health Education Authority. | | X |
| 14. EPPI-Center (2001) Young people and mental health: a systematic review of research on barriers and facilitators, UK. | X | X |
| 15. National Institute for Health and Clinical Excellence (2007) Public health interventions to promote positive mental health and prevent mental health disorders among adults, Evidence Briefing, Health Development Agency (HAD), UK. | X | X |
| 16. Ministry of Health (2002), Building on strengths. A new approach to promoting mental health in New Zealand/Aorearoa. New Zealand, 56 p. | | X |

ANNEXE 2

STRATÉGIES DE LA CHARTE D'OTTAWA

Stratégies de la Charte d'Ottawa⁴⁹³

a) Élaborer des politiques publiques saines

La mise en place de politiques publiques saines constitue une stratégie qui encourage les divers paliers gouvernementaux et institutionnels à réfléchir sur les conséquences de leurs décisions sur la santé et suscite un partage collectif des responsabilités⁴⁹⁴. Cette stratégie combine des méthodes comme : la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels. Elle repose sur l'engagement et la coordination des acteurs politiques pour la mise en place de politiques publiques qui favorisent la santé et la réduction des inégalités⁴⁹⁵.

b) Créer des milieux favorables

Cette stratégie cible spécifiquement des changements dans les milieux de vie des individus (garderie, école, milieu de travail, quartier, etc.). Elle permet de dépasser le cadre de référence individuel et de tenir compte de l'impact des facteurs sociaux, culturels et économiques qui opèrent à tous les niveaux systémiques⁴⁹⁶. Elle vise à la fois la mise en place d'un environnement social qui favorise l'entraide et la création de liens de réciprocité entre les membres d'une communauté, ainsi que celle d'un environnement physique sain, sécuritaire et exempt d'éléments qui pourraient compromettre la santé de la population (pollution, contaminants, environnement de travail dangereux, etc.) de même que la protection des milieux et des ressources⁴⁹⁷.

c) Renforcer l'action communautaire

Le renforcement de l'action communautaire renvoie à la capacité des communautés à prendre conscience de leurs besoins, à se fixer des priorités d'action et à trouver des solutions aux problèmes qui les concernent⁴⁹⁸. Cette stratégie repose sur la mise en commun des ressources humaines, matérielles ou financières de la communauté. Elle se construit sur l'engagement de l'ensemble des membres d'une communauté.

d) Acquérir des aptitudes individuelles favorables à la santé

Cette stratégie vise à renforcer la capacité d'agir des individus face à leur santé. Elle repose sur la reconnaissance du potentiel des personnes, tant sur le plan physique, psychologique, comportemental que social, de prendre des décisions et d'exercer une maîtrise sur leur vie⁴⁹⁹. Elle réfère également aux mesures visant l'acquisition de ressources personnelles de base.

493. Charte d'Ottawa, 1986.

494. Traduction libre de p. 10 de Jané-Llopis et coll., 2005a.

495. Charte d'Ottawa, 1986.

496. Traduction libre de p. 11 de Jané-Llopis et coll., 2005a.

497. Charte d'Ottawa, 1986.

498. Traduction libre de p. 14 de Jané-Llopis et coll., 2005a.

499. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.

e) Réorienter les services de santé

La réorientation des services de santé met l'accent sur le partage des responsabilités entre les individus, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les services de santé et le gouvernement⁵⁰⁰. Ces mesures incluent la recherche en santé, la formation des professionnels et les changements dans l'organisation des soins de santé⁵⁰¹.

500. Traduction libre de p. 16 de Jané-Llopis et coll., 2005a.

501. Traduction libre de p. 16 de Jané-Llopis et coll., 2005a.

ANNEXE 3
NIVEAUX DE PREUVES

NIVEAUX DE PREUVES

La **revue systématique** est une démarche permettant de synthétiser des données d'études publiées ou non, et d'en faire une appréciation qualitative⁵⁰². Celle-ci se réalise en suivant une méthode rigoureuse assurant une exhaustivité des données ainsi qu'une reproductibilité⁵⁰³. Ce type de synthèse par sa nature interprétative peut toutefois laisser place à des biais possibles de la part de l'auteur, ce qui peut compromettre la validité et la généralisation des conclusions⁵⁰⁴.

La **méta-analyse** est une revue systématique permettant de synthétiser des données d'études comparables et d'en faire une appréciation quantitative⁵⁰⁵. Celle-ci se réalise en suivant une méthode rigoureuse et en utilisant des techniques statistiques adéquates tout en s'assurant d'une exhaustivité des données et d'une reproductibilité⁵⁰⁶. La méta-analyse a l'avantage de permettre de tenir compte des tailles de l'échantillon et de la qualité méthodologique des différentes études⁵⁰⁷. Elle permet aussi d'identifier des variables plus influentes, des clientèles ou des milieux pouvant profiter davantage de ce type d'intervention⁵⁰⁸. La qualité d'une méta-analyse dépend toutefois de la qualité des études primaires incluses⁵⁰⁹.

Un **essai comparatif randomisé (ECR)** est une étude permettant de déterminer s'il existe une relation de cause à effet entre la mesure et ses résultats. Celle-ci se réalise par la répartition aléatoire des participants à une condition expérimentale ou à une condition de contrôle sans que les participants ou ceux offrant l'intervention ne sachent dans quel groupe ils se trouvent (à double insu)⁵¹⁰. Les ECR ne sont pas toujours possibles pour des raisons d'éthique ou de faisabilité en raison de difficultés de recrutement ou de randomisation. Ils sont également très coûteux⁵¹¹. D'ailleurs, le groupe de travail européen de l'OMS conclut que l'utilisation d'essais comparatifs randomisés pour évaluer des initiatives de promotion de la santé est, dans la plupart des cas, inadaptée, trompeuse et inutilement coûteuse (*World Health Organization, 1998*)⁵¹².

Une **étude quasi expérimentale ou d'observation de bonne qualité** doit nécessairement avoir utilisé différentes techniques pour limiter les biais d'interprétation. Ces études permettent l'analyse de mesures plus complexes ou l'évaluation de conditions difficiles à contrôler par les chercheurs. Il est cependant plus difficile de lier les résultats aux programmes.

502. Lessard, 2004.

503. Lessard, 2004.

504. Extrait de la p. 168 de Fortin et coll., 2007.

505. Lessard, 2004.

506. Lessard, 2004.

507. Fortin et coll., 2007.

508. Fortin et coll., 2007.

509. Fortin et coll., 2007.

510. Sibbald et Roland, 1998.

511. Sibbald et Roland, 1998.

512. Green, 2002.

Un **consensus d'experts** a l'avantage de permettre de considérer les jugements cliniques ou professionnels dans l'analyse des mesures où les études évaluatives sont rares ou contradictoires. La preuve de ces mesures repose alors sur une base théorique ou clinique reconnue par l'ensemble des experts. C'est souvent le cas pour des mesures qui agissent sur des facteurs sociétaux tels que la pauvreté ou la discrimination.

