



RÉSEAU QUÉBÉCOIS
DE RECHERCHE SUR LE SUICIDE

Solitaires pour la vie, un programme efficace de littératie en santé mentale : analyse et recommandations

Rapport rédigé par
Alain Lesage et Jean-Claude Moubarac
Réseau québécois de recherche sur le suicide (RQRS)

Montréal, Juillet 2011

Tables des matières

| | |
|---|----|
| Recommandations en faveur du maintien et de la promotion du programme <i>Solidaires pour la vie</i> (SPLV) de la FMM..... | 3 |
| Brève présentation | 5 |
| Le programme <i>Solidaires pour la Vie</i> et ses objectifs | 7 |
| Développement et évaluations du programme..... | 9 |
| Structure de financement du programme | 10 |
| Revue de la documentation sur les initiatives et les programmes de prévention du suicide | 11 |
| Promotion et prévention..... | 11 |
| Les facteurs de risque du suicide | 12 |
| Les interventions efficaces pour les troubles mentaux et pour le suicide impliquent-elles les services ? | 15 |
| Les connaissances sur les stratégies populationnelles de prévention du suicide | 16 |
| Focus sur les interventions de littératie en santé mentale | 18 |
| Le financement des organismes non-gouvernementaux de la littératie en santé | 21 |
| Stratégies québécoises sur la prévention du suicide | 21 |
| Références..... | 24 |

Annexe 1 : Proposition de description de la bourse de chercheur en promotion/prévention des troubles mentaux et du suicide en collaboration FMM_FRSQ pour le site web FRSQ

Annexe 2 : Organigramme du MSSS

Recommandations en faveur du maintien et de la promotion du programme Solidaires pour la vie (SPLV) de la FMM

Compte tenu:

Que dans une perspective de santé publique, il serait mal avisé pour le Québec d'abandonner le programme SPLV, au risque de voir le taux de suicide augmenter au sein du groupe d'âge visé;

Qu'il n'a pas encore été démontré que les autres stratégies populationnelles adoptées au Québec ont favorisé une réduction significative du taux de suicide chez les jeunes depuis l'an 2000;

Que le programme SPLV représente l'une des stratégies recommandées au niveau populationnel pour la réduction du suicide;

- 1. Il est recommandé de maintenir et de promouvoir le programme Solidaires pour la vie (SPLV) de la FMM**, et que dans le but d'en accroître sa valeur et sa reconnaissance, la Fondation des maladies mentales s'engage à promouvoir la diffusion des études d'évaluation effectuées par les chercheurs dans des publications scientifiques avec un comité de pairs.
- 2. Il est recommandé que la nouvelle bourse de chercheurs-boursiers** de la FMM et du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), a) soit ciblée autour de l'étude des programmes des stratégies populationnelles de prévention du suicide chez les jeunes, qui sont axés sur la promotion et la prévention des troubles mentaux et des toxicomanies ; b) d'inclure dans le programme de recherche l'évaluation du programme SPLV; c) de mettre les ressources de la FMM à la disposition des chercheurs pour faciliter leur travail d'évaluation du programme, créant ainsi un laboratoire; d) que le site internet du FRSQ inclut une page qui précise la collaboration FMM-FRSQ pour cette bourse, de même que l'intention de la FMM de procéder à l'évaluation des programmes de promotion et de prévention en santé mentale en regard de la prévention du suicide chez les jeunes, plus particulièrement son programme SPLV (suggestion en annexe).
- 3. Il est recommandé que la FMM favorise la mise en place d'une coalition de l'ensemble des** organismes communautaires et non-gouvernementaux impliqués dans la prévention du suicide, la santé mentale et les toxicomanies. Cette coalition pourrait ainsi soutenir les ministères concernés dans l'application et le financement adéquat d'un programme national cohérent d'activités de promotion et de prévention du suicide, des troubles mentaux et des toxicomanies, fondées sur des données probantes. En incluant cette coalition élargie aux secteurs de l'éducation, de la recherche, de la société civile et de la justice à la table biannuelle de

surveillance de la stratégie de prévention du suicide déjà en place, le MSSS gagnerait une plus grande portée dans la réduction du suicide au Québec.

- 4. Il est recommandé d'inclure dans ce programme national, des activités de littératie sur les troubles mentaux et les toxicomanies, dont l'efficacité a été démontrée et selon le modèle du SPLV, qui constitue actuellement, l'unique activité de littératie en santé mentale destinée aux jeunes, avec un potentiel de prévention du suicide.**

Brève présentation

Le programme *Solidaires pour la vie* (SPLV) est un programme de littératie en santé¹ qui vise à développer des compétences personnelles et sociales chez les jeunes de 14 à 18 ans du secondaire III, IV et V de l'ensemble du Québec en les informant, ainsi que les adultes autour d'eux, de l'importance de reconnaître les manifestations de la dépression, principal facteur de risque du suicide.

Depuis l'an 2000, le programme a atteint chaque année, 50 % des étudiants de ces cohortes respectives au Québec. Toutefois, le programme n'est toujours pas reconnu comme une stratégie de littératie sur les troubles mentaux et le suicide par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui est responsable de la prévention du suicide ni par le ministère de l'Éducation; ainsi, ni la Direction du programme de santé mentale ou la Direction de la santé publique ont reconnu le programme SPLV comme stratégie de littératie arguant qu'un tel programme n'a pas démontré son efficacité par des études fondées sur des données probantes.

Pourtant, le programme SPLV rencontre les sept critères d'un bon programme de promotion en santé, élaborés par Noar (2006):

1. **La documentation démontre que des recherches préliminaires ont été effectuées auprès du groupe ciblé par le message.** Le programme SPLV a fait l'objet de telles recherches.
2. **La logique du programme est basée sur un modèle théorique.** Le rôle des troubles mentaux et en particulier celui de la dépression dans le suicide, est bien démontré; la détection et la reconnaissance des changements associés à la dépression, incluant la comorbidité liée aux substances, les idéations suicidaires comme telles, constituent de meilleurs signes; la reconnaissance d'une réticence chez les jeunes à consulter et à plutôt se confier à leurs pairs ; enfin, lorsqu'il s'agit de promouvoir la consultation auprès des professionnels, le principal obstacle ne semble pas tant l'accès aux services que l'acceptation d'un problème de santé mentale ou de dépendance et du besoin de consulter. Le programme crée également de facto une formation de sentinelles constituée autant des étudiants que des professeurs. Ces éléments sont bien appuyés par la littérature (Lesage, 2002) et se retrouvent dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* du Québec qui a repris la stratégie québécoise de prévention du suicide (MSSS, 1998) suite à son évaluation (INSPQ, 2004).
3. **Le programme SPLV est destiné à une clientèle homogène, le message est taillé sur mesure selon ses besoins et ses préférences.** Ici, le SPLV s'adresse aux étudiants du secondaire III à V, un groupe d'âge où le taux de suicide était un des plus élevés parmi les États occidentaux.

¹ La littératie en santé est la capacité de trouver de l'information sur la santé, de la comprendre et d'en prendre acte.

4. **Le message a été conçu dans le but d'attirer le groupe visé.** Le SPLV a su développer des styles originaux de présentation avec des équipes constituées de deux jeunes animateurs dynamiques qui créent une session intéressante et interactive qui se déroule entre deux cours à l'école.
5. **Le média approprié.** Les salles de classe constituent les meilleurs endroits pour rejoindre les adolescents et garder leur attention pendant 1 heure consécutive.
6. **Des évaluations ont été effectuées.** Deux études ont été commandées par la FMM, en plus de l'évaluation continue de la qualité; et une troisième menée par la Commission canadienne de la santé mentale, vise à qualifier l'effet de déstigmatisation des troubles mentaux de ce programme en comparaison à d'autres programmes canadiens. Les deux premières études (Boyer et Forte, 1999), ont démontré que le message rejoint la population visée et que celle-ci retient l'information diffusée. De plus, on a constaté un accroissement de la demande d'aide dans les milieux scolaires dotés du programme. Les deux études d'évaluation du programme SPLV n'ont toutefois pas fait l'objet de publications scientifiques; il existe peu d'études sur la littératie en santé mentale chez les jeunes.

Des études doivent aussi évaluer si ces programmes ont atteint les objectifs au niveau des changements souhaités dans les connaissances de la population visée; si d'autres objectifs plus vastes, comme celui d'accroître la consultation lorsque des problèmes de santé mentale se présentent, et encore observer si le taux de suicide a connu une diminution. Par ailleurs, il est important de se rappeler qu'un tel programme de littératie en santé mentale ne peut constituer l'unique stratégie populationnelle de prévention du suicide. Elle est l'une des quatre grandes stratégies incluses dans des programmes populationnels globaux de prévention du suicide comme celui de Nuremberg (Hegerl et al., 2006) et de l'US Air Force (Knox et al., 2003), à avoir été évalués. De ces programmes, nous retenons les stratégies populationnelles distinctes suivantes :

- Formation des médecins de famille;
- Littératie en santé mentale;
- Formation de sentinelles dans les milieux de travail et les milieux de soins et de services sociaux;
- Relance active des cas identifiés à risque : par exemple les personnes ayant fait une tentative de suicide et qui ont été vues en salle d'urgence, ou les jeunes en centre jeunesse.

Une évaluation multi-niveau du programme SPLV en comparaison à d'autres stratégies populationnelles au Québec, permettrait de mieux situer sa place et son impact sur la réduction du suicide chez les jeunes. Une telle évaluation pourrait ainsi mesurer le déploiement et l'impact potentiel des protocoles de prévention du suicide en centres jeunesse mis en place dans les années 2000, en considérant que près de la moitié des cas de suicide chez les jeunes avaient gravité autour ou en centre jeunesse

(Renaud et Marquette, 2002). Une telle évaluation pourrait aussi examiner les autres stratégies populationnelles. Par exemple, le traitement de la dépression chez les jeunes par les médecins de famille s'est-il amélioré? D'autres activités de littératie en santé dans les médias ou d'autres activités génériques de promotion de la santé ont-elles été déployées? Comment le déploiement de sentinelles en milieu scolaire ou de travail à l'intention des jeunes s'est-il fait?, etc.

Toutefois, pendant la période où le programme SPLV s'est déroulé, le taux de suicide a diminué de près de 25% au Québec, et près de 50% chez les jeunes de moins de 18 ans (Gagné et St-Laurent, 2010). À l'exception des campagnes médiatiques sur la dépression du MSSS en 2007, 2009 et 2010, qui s'adressaient particulièrement à une population adulte (programme qui n'a pas été validé à notre connaissance, bien qu'il ait été fondé sur des programmes nationaux comme ceux au Royaume-Uni et en Australie décrits dans notre revue de littérature), aucun autre programme comparable de littératie sur un facteur de risque connu, et spécifiquement sur le risque suicidaire, a rejoint aussi largement la population d'un groupe d'âge donné. Le secteur des toxicomanies au Québec se distingue par des campagnes qui ciblent les jeunes : nous avons pu les voir, notamment, dans les abris-bus de nos villes. Comme le programme SPLV le fait en rapport avec la dépression, ces campagnes encouragent les jeunes à consulter; mais en termes d'impact, elles ne peuvent se comparer à une pleine heure en classe. Comme les dépendances sont aussi des facteurs de risque équivalents à la dépression pour le suicide, ces campagnes doivent aussi être vues comme des stratégies de littératie sociale et en santé, inscrites dans la prévention du suicide; elles n'ont pas encore été évaluées en ce sens à notre connaissance.

- 7. Le financement doit assurer la pérennité de l'activité dans le temps.** Le financement des activités de promotion du type littératie sociale et en santé, ne vient pas automatiquement du MSSS. Par exemple, ce n'est pas le MSSS qui finance l'enseignement du guide alimentaire canadien dans les écoles du Québec. En effet, même si le guide est du ressort du ministère fédéral de la santé, les écoles du Québec l'ont intégré à l'enseignement et ce, même si le matériel n'est pas produit par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELSQ). S'il était retenu, le programme SPLV pourrait être dispensé dans les écoles du Québec et financé tout autant par une direction des programmes de santé mentale du MSSS que par la Direction de la santé publique ou encore pourrait être partagé entre le MELSQ dans le cadre de son programme École en santé (Simard et Deschenes, 2011).

Le programme *Solidaires pour la Vie* et ses objectifs

La Fondation des maladies mentales (FMM) a pour mission la prévention des maladies mentales dans le but de réduire la souffrance des personnes atteintes et celle de leurs proches, en mobilisant les individus et la société. En 1998, la Fondation a créé le programme *Solidaires pour la vie*, une initiative de littératie en santé originale en prévention du suicide, dont l'objectif vise à informer et à sensibiliser les jeunes âgés de

14 à 18 ans, sur les signes et les symptômes de la dépression. L'abus de substances et les comportements suicidaires sont également inclus dans les signes et symptômes de détresse présentés. Le programme vise aussi à les outiller afin qu'ils puissent venir en aide et accompagner les personnes en détresse dans les ressources de consultation.

Ce programme d'une durée de 50 à 75 minutes, a l'avantage d'être clé en main, accessible et entièrement gratuit pour les écoles. Son contenu est riche, interactif, dynamique et adapté à la réalité d'aujourd'hui. La présentation est offerte par deux animateurs qui livrent un discours sensible et porteur aux élèves du secondaire III à V. Selon Diane Piché, professeur de secondaire IV en éthique et culture religieuse à l'école St-Bruno de Montarville, l'animation a la grande qualité de conserver l'intérêt des jeunes, grâce à la justesse des propos, du dynamisme des animateurs et du rythme de la présentation. En effet, chaque animateur reçoit plus de 150 heures de formation sur les maladies mentales, les techniques d'animation et de référence, et une formation du centre de crise de Suicide Action Montréal.

Environ 50 000 à 60 000 jeunes sont rencontrés annuellement par le biais de ce programme. Au fil des ans, la FMM estime qu'elle couvre près de 60% de la population des élèves du secondaire III-V au Québec. Depuis sa création, le programme d'envergure provinciale a permis aux animateurs de rencontrer plus de 770 000 jeunes à travers 672 écoles francophones et anglophones du Québec, de même que leur entourage, dont les parents, les enseignants et les intervenants. Outre les adolescents du secondaire, le programme a aussi permis de rencontrer des groupes très variés dont des jeunes en centre jeunesse, des étudiants en intervention, des parents, et des adultes dans des écoles, des centres de crises pour hommes et pour femmes.

L'élément de référence est un aspect essentiel du programme, car il permet aux jeunes de se reconnaître, d'interagir avec l'animateur et éventuellement, de consulter. Trois types de références sont offerts aux jeunes dans le cadre du programme : les pactes de consultation, les signalements des adultes sur place et les accompagnements en situation de crise. Plus de 14 000 jeunes identifiés grâce à ce programme ont été suivis pour un traitement de la dépression incluant 1000 cas d'hospitalisation. La dépression est reconnue comme un facteur de sensibilisation au développement de l'adolescence, il est clair que le programme se situe en amont de plusieurs problématiques sociales et de santé chez les jeunes, dont le décrochage scolaire (Fortin et al., 2004) et le suicide. Le programme envoie un message positif et encourageant, ancré dans un discours de promotion et de prévention de la santé. En leur expliquant que la dépression est réversible et en leur donnant des outils pour détecter ses signes et ses symptômes, les jeunes sentent qu'ils peuvent faire la différence et aider leurs proches en difficulté.

Dans ses objectifs de 2011, la FMM souhaite voir le programme SPLV s'étendre à un public plus large, afin de rejoindre, entre autres, les élèves du primaire, les jeunes décrocheurs en milieu de travail et les adultes en général. Pour ce faire, de nouvelles stratégies seront développées, par exemple, des conférences publiques, une refonte du site et d'outils pédagogiques sur internet. Ainsi, le programme vise à élargir la clientèle cible afin d'avoir une portée populationnelle plus grande.

Développement et évaluations du programme

Le contenu du programme SPLV a été développé et validé par de nombreux experts en santé mentale au Québec. Lors de sa conception, la FMM avait rassemblé une équipe constituée d'experts psychiatres, de professeurs, de comédiens et de professionnels du milieu de la santé mentale des CLSC et des agences gouvernementales. Ce comité était ainsi composé de pédopsychiatres du CHU Ste-Justine et d'autres professionnels de la santé et des services sociaux. Ce comité avait comme mandat d'évaluer les meilleures pratiques et de mettre sur pied un scénario à la fois pertinent et intéressant. Des groupes de discussion ont aussi été mis en place auprès de jeunes filles et de garçons âgés entre 15 et 17 ans.

Suivant cette première ébauche, le programme a été l'objet d'un projet pilote sur l'évaluation de la mise en œuvre du programme, réalisée par le Dr Richard Boyer, chercheur affilié au Centre de recherche Fernand-Seguin (affilié à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et à l'Université de Montréal). L'évaluation menée en 1999 auprès de plus de 15 000 jeunes, visait à vérifier la pertinence du programme SPLV et à s'assurer qu'il n'entraînait pas d'effets secondaires négatifs. Des questionnaires distribués aux élèves participants ont permis de colliger des informations sur la qualité du programme. Les résultats ont démontré un très haut taux d'appréciation des élèves (93 % à 98 %) tant au niveau du contenu que de l'animation. De plus, l'étude a permis de démontrer que le personnel scolaire reconnaissait la pertinence des informations transmises et appréciait la présentation. Les professeurs ont affirmé que le message de la FMM était très bien adapté aux élèves et qu'ils en recommanderaient la présentation à leurs collègues. En ce qui concerne l'utilisation des ressources en santé mentale par les étudiants, les professionnels des écoles ont rapporté avoir observé une légère augmentation des consultations après le passage de la FMM dans leur milieu, et ils ont su répondre aux besoins.

Une seconde évaluation a été menée en 2002 par le Dr Richard Boyer afin de mesurer les effets du programme sur les connaissances et les attitudes des jeunes à la suite de la présentation. Cette étude d'impact comportait un devis de recherche de type cas/témoins formé d'élèves des secondaires III à V, et comportait pour chaque groupe, deux mesures, l'une précédant et l'autre suivant la présentation. Le groupe de cas (N=197) et le groupe de témoin (N=88) étaient comparables quant à la proportion de garçons et de filles et à l'âge moyen. Des questionnaires conçus pour l'étude ont permis de mesurer des connaissances sur la dépression et les attitudes des jeunes à consulter suivant la présentation. Les résultats ont démontré que le programme a permis d'augmenter significativement les connaissances sur la dépression chez les jeunes et de modifier leurs attitudes quant à la consultation. Par ailleurs, l'étude a permis à la FMM d'identifier des secteurs de connaissances et des attitudes plus difficiles à transmettre aux adolescents et, par la suite, modifier le contenu et la stratégie d'animation pour mieux en informer les jeunes.

D'autre part, le programme fait l'objet d'une auto-évaluation constante de la part des élèves. Ainsi, après le passage du programme dans une école, les intervenants scolaires et les animateurs sont invités à compléter un questionnaire d'auto-évaluation. Cet outil

garantit que le programme reste toujours d'actualité, car il permet aux responsables de s'adapter à chaque année aux besoins des écoles et des élèves (voir Burrows et Kozakiewicz, 2010).

Enfin, le programme est présentement évalué comme stratégie qui pourrait réduire la stigmatisation des personnes avec des troubles mentaux. Cette étude est dirigée par les docteurs Heather Stuart et Michelle Koller de l'université Queen's de Kingston en Ontario, dans le cadre du programme *Changer les mentalités* de la Commission de la santé mentale du Canada. Ainsi, dans l'ensemble, le programme SPLV a régulièrement fait l'objet de plusieurs évaluations. Cet aspect démontre à la fois la qualité du programme et la capacité de la FMM d'ajuster son programme au gré des réalités changeantes de la société québécoise.

Structure de financement du programme

Les sources de financement du programme sont variées et ont inclus au fil des années, des subventions et des dons ministériels, des dons corporatifs par diverses activités de levée de fonds, ainsi que des profits générés par le programme sur la dépression vendu au milieu des affaires. Lors de sa conception, le programme SPLV a bénéficié d'un appui financier du MSSS. Il a déjà également bénéficié d'un don de 100 000\$ du ministère de l'Éducation.

Depuis sa création en 1998, le budget annuel du programme représente, en moyenne, 593 000\$, ce qui constitue 43% du budget total de la FMM. Le nombre de jeunes rencontrés dépend directement du budget disponible et dédié au programme. Au fil des années, alors que les sources de revenus budgétaires variaient, le nombre de jeunes rencontrés a oscillé entre 45 000 et 80 000. Par exemple, en 2010, le budget attribué au programme était de 529 006 \$, ce qui comprend les salaires et la formation des animateurs, les frais de déplacement, ainsi que les frais administratifs et de matériels. En 2010, près de 50 000 jeunes ont bénéficié du programme, le coût d'opération à environ 10\$ par élève rencontré! La FMM a conclu que le coût d'opération du programme est peu élevé, ce qui lui procure davantage de valeur. Également, la portée du programme à l'échelle populationnelle varie selon l'ampleur des sources budgétaires.

Il demeure que ce programme de littératie en santé sans comparaison au niveau québécois quant à son ampleur populationnelle vis-à-vis ce groupe d'âge, n'est pas reconnu par le MSSS, qui fait valoir l'absence de preuves scientifiques sur son efficacité pour la prévention du suicide. Il convient maintenant de situer ce programme parmi les stratégies populationnelles de prévention du suicide et l'évaluation de la valeur potentielle des programmes de littératie sociale en santé, en santé mentale et en prévention du suicide.

Revue de la documentation sur les initiatives et les programmes de prévention du suicide

Promotion et prévention

Il n'est pas toujours facile de faire la distinction entre la promotion et la prévention (Lesage, 1999, 2003). Sommairement, les activités de promotion visent à augmenter la résilience, c'est-à-dire la capacité des individus à faire face à l'adversité ou à soutenir autrui dans l'adversité, en particulier en rapport avec les facteurs de risque, dont la présence de troubles mentaux. La prévention s'adresse aux différents facteurs de risque. Mais la ligne entre les deux n'est pas absolue. Prenons l'exemple bien connu du Guide alimentaire canadien. Enseigné dans les écoles dès le primaire, on peut également le retrouver dans les bureaux de médecins de famille ou des diététiciens. Dans le cas des enfants à l'école, on peut penser que *l'on désire promouvoir* une saine alimentation. En même temps, dès l'instant où il est enseigné, l'enfant peut à son tour influencer ses parents pour qu'ils adoptent de nouvelles habitudes alimentaires plus saines pour toute la famille. Si l'enfant et sa famille ont déjà des problèmes de poids, la même activité de promotion de saines habitudes alimentaires devient une activité de prévention auprès d'un groupe à risque, même si elle s'adressait d'abord à toute la population. Ainsi, on distinguera parmi les activités de promotion ou de prévention, des activités qui peuvent s'adresser à la population en général ou encore à des groupes ciblés reconnus à risque ou déjà touchés par la maladie.

Dans le champ de la santé mentale, plus particulièrement la santé mentale des enfants et des adolescents et de leurs familles, il existe des activités ou des programmes de prévention des troubles mentaux qui ont démontré une efficacité potentielle (INSPQ, 2008; Waddell et al., 2007 ; Offord et al., 1998). Dans la mesure où ils s'attaquent à la prévention des troubles mentaux, des facteurs de risque reconnus pour le suicide (Cavanagh et al., 2003), ils peuvent être considérés potentiellement efficaces dans la prévention du suicide. Plusieurs de ces programmes peuvent être non-spécifiques, dans le sens où ils n'ont pas ciblé directement et uniquement les troubles mentaux ou le suicide, mais plutôt l'état de santé et le bien-être social, tout en reconnaissant un large potentiel d'effets sur les états de santé physique, de santé mentale, de performances scolaires et sociales.

Citons les exemples suivants :

Les garderies à 5\$: adoptées au Québec sous l'impulsion des travaux du professeur Camil Bouchard, auteur du livre, *Un Québec fou de ses enfants*, un tel programme s'inspire également des programmes d'enrichissement destinés aux enfants démunis des milieux défavorisés, qui sont offerts à la naissance et à l'âge préscolaire. Ce sont premièrement des programmes de visites à domicile pré et post-nataux qui ciblent l'adaptation psychosociale et le soutien à l'enfant et à la mère; il y a également les programmes préscolaires et scolaires (INSPQ, 2008). Ces programmes ont fait leurs preuves de façon concluante aux États-Unis en introduisant, en plus de leur effet

immédiat, une panoplie de résultats à long terme sur la performance scolaire, le décrochage, les problèmes de conduite, les problèmes d'hyperactivité, les problèmes de consommation de drogues et les grossesses chez les adolescentes. Finalement, des programmes plus ciblés, comme des modules de psychoéducation, ont été mis à l'épreuve avec succès pour les familles et les milieux scolaires des enfants identifiés avec des problèmes d'anxiété (Waddell et al., 2007).

On peut penser également que ces programmes de promotion et de prévention accroissent le capital social et la santé de toute la communauté, qui va bien au-delà des individus ou des familles exposés au programme. Les études des changements sociaux montrent que des points de bascule peuvent se produire, ou que des mesures seront rendues encore plus efficaces dans la réduction des facteurs de risque : cela peut correspondre au moment où le niveau de connaissances et d'intégration des facteurs de risque est atteint. Ainsi, on pourrait arguer qu'il a fallu près de quarante ans d'exposition, de démonstration dans des campagnes, des effets néfastes du tabac sur la santé; qu'il a fallu attendre la réduction progressive au cours des dernières décennies du pourcentage de fumeurs (passée de 50% à près de 25% au Québec); et attendre patiemment les effets de l'éducation dispensée par les intervenants, les médecins de famille ou les écoles pour que la société accepte de déclarer les espaces publics sans fumée et de voir la population y adhérer. La perception de danger imminent d'un facteur de risque même si les effets néfastes peuvent survenir plusieurs années plus tard, de même que les bénéfiques, le plaisir ou le degré addictif d'une conduite, peuvent aussi jouer un rôle. Dans le cas du SIDA, les pratiques sexuelles ont rapidement été modifiées à l'intérieur d'une décennie depuis les années 90, mais cela s'est produit seulement dans les pays occidentaux où les médias, les réseaux sociaux et une confiance dans l'apport scientifique ont largement contribué au succès de la réduction de l'épidémie. Il demeure encore bien plus difficile pour les pays en voie de développement de contenir l'épidémie et la propagation du SIDA par ces mêmes moyens, surtout que certains gouvernements dénie les campagnes de santé publique ou tentent de les bloquer.

Les facteurs de risque du suicide

Les causes du suicide relèvent de facteurs multiples qui sont de nature autant biologique, psychologique, sociale et culturelle (Lesage et al., 2009). On peut envisager des facteurs individuels qui sont représentés dans le graphique suivant de Turecki (cité dans Lesage et al. (2009), et des facteurs populationnels.

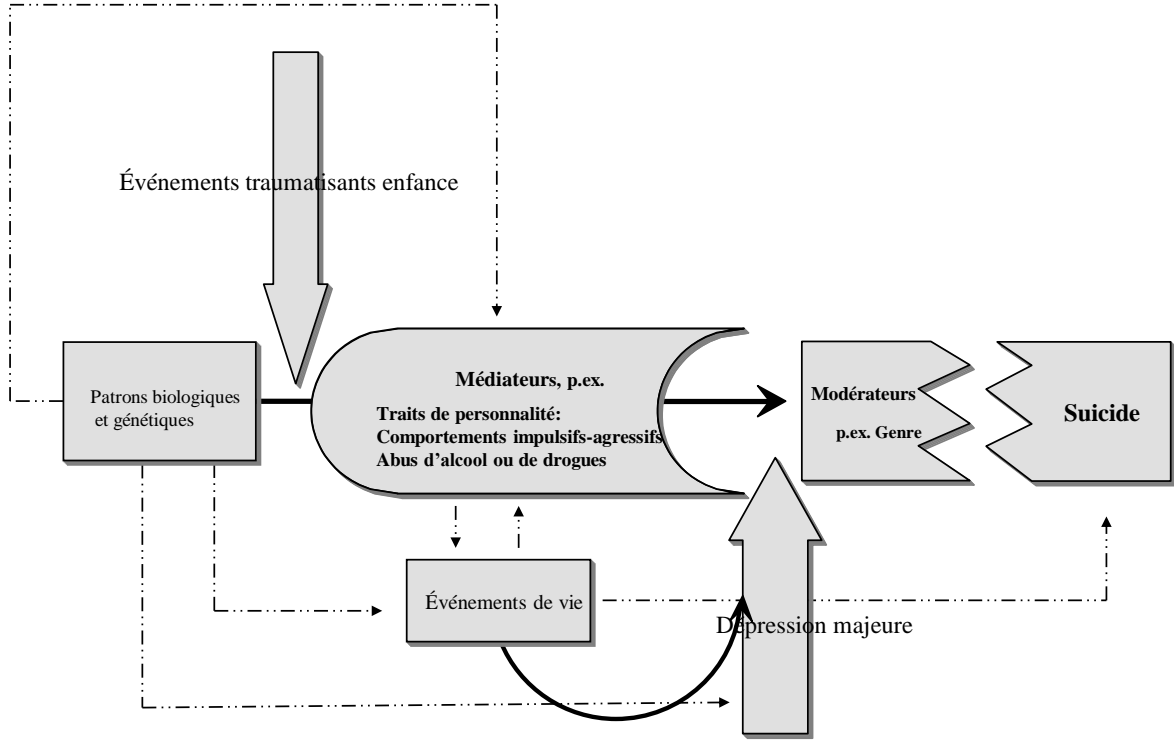


Figure 1: Modèle biopsychosocial du suicide au niveau individuel

Au **niveau individuel**, les facteurs biologiques incluent des facteurs génétiques et des articulations neurobiologiques. Il n'existe pas de gènes du suicide, mais les facteurs génétiques et leurs articulations neurobiologiques impliqués sont la régulation des émotions d'anxiété et de dépression, de même que des traits d'agressivité et d'impulsivité. Ce sont eux qui représentent des facteurs de risque certains pour le suicide. Les facteurs psychologiques et psycho-développementaux incluent les événements ou les situations traumatisantes dans l'enfance (abus physique, sexuel ; difficultés dans l'attachement parent/enfant), lesquelles sont associées tant à des changements au niveau épigénétique qu'à des conséquences dans les capacités relationnelles, voire l'apparition de troubles relationnels qui représentent clairement un facteur de risque dans le suicide en plus de pouvoir déclencher des événements de vie (séparation, grossesse non désirée; difficulté en milieu de travail). Les facteurs sociaux incluent, en plus des facteurs microsociaux traumatisants mentionnés, le soutien social dans lequel évolue un individu, les événements de vie courants (chômage, milieu de travail stressant, conditions socioéconomiques, environnement de quartier difficile) qui constituent autant de facteurs qui contribuent aux causes qu'à la persistance des troubles mentaux.

Selon une **perspective populationnelle**, la santé publique reconnaît pour l'ensemble des maladies ou conditions, les déterminants suivants (Bernard et al., 2003) :

1. Génétique
2. Environnement
3. Habitudes de vie (consommation d'alcool ; habitudes alimentaires)
4. Les services

Cette vision introduit, au niveau des facteurs sociaux, deux phénomènes qui peuvent expliquer pourquoi les milieux socio-économiquement défavorisés se retrouvent systématiquement avec des taux plus élevés pour l'ensemble des troubles mentaux, que ce soit les troubles mentaux graves comme la schizophrénie (1% de la population à vie) ou des troubles mentaux courants tels les troubles anxieux, dépressifs, l'abus de substances. Chaque année, environ 10 à 15 % de la population adulte, des enfants et des adolescents sont touchés par ces troubles. Pour la dépression, par exemple, on peut retrouver au Québec des écarts de 2 à 3 pour 1, entre les quartiers ou arrondissements qui se situent entre le premier ou le dernier quintile de l'indice de défavorisation sociale et matérielle (Vanasse et al., 2011). Ceci serait attribuable à deux grands phénomènes sociaux : d'une part, un glissement social, alors que l'individu ne peut atteindre ou maintenir les exigences au niveau de son fonctionnement scolaire, au travail, dans l'établissement de relations intimes et la formation d'une famille. L'individu atteint par exemple, de schizophrénie ou de dépression risque de perdre un emploi, puis des opportunités, et se retrouver dans un quartier différent, moins favorisé que celui de sa communauté d'origine. Par ailleurs, un milieu socio-économiquement défavorisé offre moins d'opportunités de soutien matériel et social pour les enfants, les adolescents, les parents, les adultes, les personnes âgées ; pour les adolescents, on pensera simplement à la plus grande prévalence de vente de drogues, de décrochage scolaire, d'écoles publiques moins dotées en capacité de soutien aux élèves à risque, etc. Les gens « ordinaires » se retrouvent alors dans des emplois plus précaires, plus ou moins valorisants, toujours plus exigeants dans un contexte de mondialisation; là encore, autant de facteurs de risque pour l'éclosion des troubles mentaux (Dowrenwend et al., 1992; Lesage et al., 2010).

Il peut être surprenant que les services soient considérés par la santé publique comme des déterminants de la santé des populations. De façon globale, il faut se rappeler que le système de santé et de services sociaux vise à assurer la meilleure santé à l'ensemble de la population par des activités de :

- Promotion/prévention
- Traitement
- Réadaptation

L'art de la gouverne du ministre de la Santé et Services sociaux est d'équilibrer les budgets entre ces activités pour atteindre le meilleur état de santé possible. Ce même principe s'applique en santé mentale (Andrews et Henderson, 2000). On pense souvent aux services comme facteur de risque, en songeant aux risques d'infections secondaires lorsqu'on est hospitalisé et vulnérable; or, il y a aussi des actions thérapeutiques qui

peuvent faire la différence entre l'écllosion ou non de maladies, ainsi que des complications parfois fatales, dépendamment de leur application systématique.

L'exemple le plus célèbre est celui qui a donné lieu à la formation du mouvement de données probantes en santé, et la collaboration Cochrane. Son fondateur, Archie Cochrane, avait constaté en pédiatrie que des gouttes ophtalmiques d'argent données aux nouveau-nés prévenaient l'apparition d'infection oculaire pouvant mener à la cécité. Il avait également remarqué que malgré quelques études randomisées démontrant l'efficacité de la méthode, cette approche n'avait pas été adoptée de façon systématique. En effet, l'information colligée n'avait pas été transmise pour influencer les pratiques de telle sorte que tous les nouveau-nés en Grande-Bretagne reçoivent ces gouttes. Il fallut attendre ses travaux de synthèse pour que cette pratique soit partie courante y compris ici, au Canada, pour tous les nouveau-nés.

Les interventions efficaces pour les troubles mentaux et pour le suicide impliquent-elles les services ?

La commission sénatoriale dirigée par le sénateur Kirby a produit le rapport *De l'ombre à la lumière*, qui a conduit à la formation de la Commission canadienne de la santé mentale en 2007 (voir <http://www.cmha.ca/>). Kirby constatait que la tragédie n'était pas tant le nombre de personnes qui souffrent de troubles mentaux (1 personne sur 5 à chaque année), mais plutôt que les interventions que nous savons efficaces ne sont pas mises en place. Le problème est donc le même que celui qui a mené à la fondation et à la collaboration Cochrane : il existe un fossé entre les découvertes d'interventions efficaces et leur implantation sociétale, comme le soutient le cardiologue Terrence Montague (www.terrymontague.ca) dans son livre, *Patients First: Closing the Health Care Gap in Canada (Les patients d'abord)*.

La situation est la suivante au Québec et au Canada: les troubles mentaux courants comme l'anxiété, la dépression, les troubles liés aux substances touchent chaque année 10 à 15 % de la population des enfants, des adolescents et des adultes (Lesage et al., 2010). La majorité des gens qui présentent un trouble mental ne reconnaissent pas avoir consulté pour ces problèmes. Les gens aux prises avec des problèmes de consommation de substances sont les moins à même de consulter; ceux qui présentent des problèmes de dépression sont plus à même de consulter; enfin, s'il y a présence simultanée de problèmes de dépression et d'anxiété ou de dépression avec substances, ces personnes sont parmi les plus à même d'aller consulter. Si des problèmes d'accessibilité sont cités par les personnes comme des obstacles à la consultation, le principal problème en est un d'acceptabilité : la plupart considèrent que les problèmes vont se régler d'eux-mêmes. Seulement la moitié des répondants croient que des interventions pourtant démontrées efficaces comme la psychothérapie ou encore la médication pour les problèmes de dépression, par exemple, pourraient les aider. De plus, une étude menée à Montréal-Centre a identifié que moins du quart avaient reçu une aide potentiellement efficace en 2001 (Fournier et al., 2002). En comparaison avec une autre maladie chronique au Canada, l'hypertension (McAlister et al., 2011), plus de 70% des personnes traitées le sont de façon efficace, une proportion remarquable par rapport à il y a 20 ans, où moins

de 20% étaient bien traités. Les troubles mentaux courants comme la dépression et l'anxiété sont considérés comme des maladies chroniques au même titre que d'autres maladies chroniques prévalentes comme le diabète, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, les douleurs chroniques, l'asthme, les ulcères d'estomac, etc. Lors d'une enquête canadienne sur la comorbidité présente avec la dépression, plus de 60 % des cas de dépression présentaient également une comorbidité avec ces autres maladies chroniques. Cela dépasse de loin la comorbidité associée à la dépression avec l'alcool ou les drogues, qui ne dépasserait pas 5 à 10 % (Lesage et al., 2010; Schmitz et al., 2007).

Les connaissances sur les stratégies populationnelles de prévention du suicide

Dans un article sur la prévention du suicide, Gunnell et Frankel (1994) ont inventorié différentes modalités populationnelles qui visent la réduction du taux de suicide : 1. Les programmes éducatifs pour les médecins de famille sur le diagnostic et le traitement de la dépression; 2. La médication antidépressive; 3. Les centres de prévention de suicide; 4. L'accroissement du suivi des clients des centres de prévention du suicide; 5. Le suivi systématique des patients psychiatriques; 6. Les médias; 7. La restriction de l'accès à certains moyens (par exemple, ponts, médicaments); 8. Le dépistage et les programmes de prévention pour les prisonniers; 9. Les programmes de prévention dans les écoles (dont les sentinelles); 10. Les programmes de promotion de la santé mentale. Aucun type d'intervention ne dépassait une efficacité populationnelle de réduction potentielle supérieure à 3%, à l'exception de la formation des médecins de famille à la détection et au traitement de la dépression, qui était associée à une réduction potentielle de 20% à 48%. La formation des médecins généralistes consistait en deux programmes éducatifs de deux jours sur la prévention et le traitement de la dépression (Rutz et al., 1992).

Dans son avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2004), a regroupé les modalités en quatre grandes stratégies : 1. promouvoir des habiletés d'adaptation; 2. diminuer les facteurs de risque (2.1 contrôle de l'accessibilité aux moyens; 2.2 sensibilisation des médias; 2.3 postvention); 3. identifier les personnes à risque (3.1 sensibilisation en milieu scolaire; 3.2 aide par les pairs; 3.3 formation de sentinelles; 3.4 formation de professionnels; 3.5 lignes d'écoute téléphoniques); 4. agir sur une combinaison de facteurs (4.1 programmes globaux; 4.2 mise en réseau des partenaires). Les résultats étaient décevants. La modalité des lignes d'écoute téléphoniques, pourtant fer de lance de la prévention du suicide au Québec, ne réussissait toujours pas à trouver appui tant chez les jeunes que chez les adultes; d'autres modalités de promotion n'étaient pas associés à un potentiel à court terme de réduction du suicide, même si leur valeur pour promouvoir une meilleure santé mentale a été mise de l'avant dans l'avis de l'INSPQ sur les stratégies efficaces de promotion et prévention en santé mentale (INSPQ, 2008). Toutefois, les moyens de contrôle de l'accessibilité des moyens et la formation des professionnels de première ligne se trouvaient renforcés. Une revue systématique plus récente (Mann et al., 2005) a examiné les interventions suivantes: 1) sensibilisation et éducation (1.1 public; 1.2 médecins généralistes; 1.3 sentinelles); 2) dépistage; 3) interventions thérapeutiques (3.1 médication; 3.2 psychothérapie; 3.3 suivi après une tentative de suicide); 4) restriction d'accès aux moyens de suicide; 5) médias. Leur revue confirme les conclusions de l'INSPQ : les stratégies de sensibilisation des médecins de famille et de restriction

d'accès aux moyens, démontrent des preuves d'efficacité d'au moins 25% pour le premier, et du même ordre ou plus pour le second. Toutefois, les résultats varient selon la prévalence du moyen dans la population.

D'un point de vue de santé publique, la modalité d'accroître la détection et le traitement des troubles mentaux comme stratégie de prévention du suicide, a été développée par Lesage (2002). Deux arguments doivent être soulignés ici. Premièrement, l'association entre les troubles mentaux (incluant les toxicomanies) et le suicide a été bien établie au niveau individuel: près de 90% des cas de suicide présentaient au moins un trouble mental. De ce nombre, près de la moitié ou plus étaient des troubles dépressifs et près de la moitié ou plus, des conduites addictives (la revue systématique de Cavanagh et al., 2003 rapporte plus de 150 études depuis les trois dernières décennies; de plus, sur la base de sept études qui l'ont mesurée, la fraction populationnelle des troubles mentaux et toxicomanies attribuable au suicide s'établissait entre 47 et 74%). Deuxièmement, les études populationnelles montrent que la majorité des personnes qui souffrent de troubles mentaux et de toxicomanies au Québec comme au Canada, ne consultent pas les ressources professionnelles. Si elles le font, c'est surtout au niveau des services de santé de première ligne (Lesage et al., 2010). Ces deux éléments démontrent que la stratégie de modalités populationnelles d'accroissement de la détection et du traitement des troubles mentaux et des conduites addictives courantes au niveau de la première ligne de soin et de services communautaires, représenterait une stratégie efficace de prévention du suicide.

Mann et al. (2005) ont souligné le potentiel additionnel de la modalité de sentinelles dans deux programmes globaux, dans deux études publiées après l'avis de l'INSPQ (2004) : l'étude de l'US Air Force (Knox et al., 2003) et celle de Nuremberg (Hegerl et al., 2006). Ces études rapportent des réductions du taux de suicide de 25% dans ces programmes globaux. L'étude de l'US Air Force va également rapporter une diminution de la violence conjugale et des homicides conjugaux ou familiaux. La stratégie de l'US Air Force comprend onze éléments qui influent sur l'ensemble du système et des niveaux de cette organisation : 1) la formation des dirigeants; 2) incorporer la prévention du suicide dans le curriculum de formation pour l'ensemble du personnel; 3) accroître les références du personnel pour l'évaluation des problèmes de santé mentale; 4) accroître les rôles de prévention du personnel de santé mentale; 5) développer et former des sentinelles au sein du personnel; 6) apporter des changements dans les politiques pour mesurer le potentiel suicidaire des individus sous enquête pour problèmes légaux; 7) mettre en place une équipe multidisciplinaire pour répondre aux événements traumatisants (incluant les suicides) auprès du personnel; 8) mettre en place un système complet de services psychosociaux et de traitements qui incluent des programmes destinés aux familles, des cliniques de santé mentale, des services pour enfants et adultes, et le clergé; 9) assurer la confidentialité; 10) enquêter régulièrement auprès des responsables sur leur préoccupation concernant la surveillance du suicide; 11) enquêter régulièrement sur les facteurs de risque comportementaux, sociaux et psychologiques; et le retour des résultats. D'autre part, le programme de Nuremberg, intitulé *Alliance contre la dépression* (NAD, Hegerl et al., 2006) a été réalisé dans la ville de Nuremberg (480,000 habitants) et comporte quatre volets :

1. La formation des médecins de famille;
2. Une campagne publique d'information sur la dépression et la consultation;
3. La formation de «facilitateurs communautaires» (enseignants, prêtres, personnel des services sociaux et de santé de première ligne et des organismes communautaires, médias locaux), une modalité que Mann et al. (2005) ont classé comme «formation de sentinelles »;
4. Le soutien pour les activités d'entraide auprès des groupes à risque élevé.

Focus sur les interventions de littératie en santé mentale

Dans son volet de promotion, le programme SPLV vise à informer sur la dépression et à encourager la population à consulter. Ces stratégies sont très similaires à celles mises en valeur dans le second volet de la stratégie de Nuremberg ou le curriculum obligatoire du programme de l'US Air Force. Toutes ces stratégies visent à accroître la littératie en santé mentale et en troubles mentaux, l'efficacité des interventions et l'importance de consulter. Ces stratégies de littératie font partie de l'éventail de mesures de promotion et de prévention. Les cours sur les infections transmises sexuellement dans la majorité des écoles secondaires du pays, ou l'enseignement du guide alimentaire canadien, s'inscrivent dans ce même ordre d'idées.

Selon le groupe de recherche dirigé par Jorm en Australie, un pays qui est à l'avant-garde de la planification et du financement adéquat des services de santé mentale (Kirby et Keown, 2006), il existe quatre catégories d'interventions pour améliorer la littératie en santé mentale:

1. Les campagnes qui visent l'ensemble de la population ;
2. Les campagnes qui visent l'ensemble de la population de jeunes ;
3. Les interventions basées à l'école qui visent la recherche d'aide, d'information sur la santé mentale ou l'accroissement de la résilience ;
4. Des programmes de formation d'intervention de crise (programme de sentinelles).

Pour soutenir les trois dernières approches, la reconnaissance et la recherche d'aide se produiront seulement si les jeunes et leur entourage (familles, professeurs et amis) reconnaissent les changements précoces associés à l'éclosion des troubles mentaux, les meilleurs types d'aide disponible et comment y accéder.

Ces programmes doivent tenir compte des résultats de recherche qui ont démontré que les jeunes de 13 à 16 ans pourraient chercher de l'aide tout autant auprès d'un adulte qu'auprès d'un ami. Les parents préfèrent pour leur part, les sources générales ou informelles d'aide plutôt que les services spécialisés en santé mentale.

Les études sur les interventions pour améliorer la littératie en santé mentale et les habiletés de jeunes adultes sont plutôt rares et ne couvrent pas toutes les dimensions de l'évaluation. En comparaison, les interventions pour réduire le risque de transmission du HIV font l'objet de méta-analyse. L'une des plus récentes, répertorie 44 études qui

évaluent 58 interventions dans un échantillon de 19 000 participants. Cette méta-analyse couvre des études qui portent sur l'ensemble de la communauté, sur des interventions en petit groupe ou individuelles, et qui en soutiennent l'efficacité. Toutefois, même si le thème est la stigmatisation sociale et touche autant les jeunes que les adultes, ces études ne peuvent être généralisées aux interventions comparables pour le suicide. Il y a un retard dans la conception, l'expérimentation et l'évaluation des interventions de prévention du suicide, particulièrement dans la littératie en santé mentale ; et, à ce jour, nous connaissons mal les composantes de programme qui pourraient être les plus marquantes dans l'éducation des jeunes et des adultes sur la santé mentale. Toutefois, la littérature sur la promotion en santé et l'expérience des campagnes médiatiques des dix dernières années, ont identifié sept composantes d'un bon programme :

1. Des recherches préliminaires auprès du groupe ciblé par le message. Tenir des groupes de discussion, des recherches avec devis qualitatif pour assurer des messages selon l'audience.
2. Établir un modèle théorique. Les programmes évalués à ce jour, décrivent très peu une telle base théorique. Pourtant, des modèles d'action planifiée, d'étapes de changement ou de diffusion des innovations et d'autres encore, sont largement documentés, et pourraient servir à l'élaboration des programmes de prévention du suicide ou de littératie en santé mentale.
3. L'importance de diviser le public ciblé dans des groupes homogènes afin d'ajuster les messages selon leurs besoins et leurs préférences.
4. Les messages doivent être conçus pour attirer chaque groupe : par exemple, les besoins des jeunes adultes à haut risque de problèmes de santé mentale, peuvent être différents des besoins des jeunes en général. Les styles de messages préférés peuvent aussi varier d'un groupe à l'autre.
5. Les messages doivent être diffusés dans des médias appropriés ; par exemple, les messages qui visent les adolescents peuvent être plus percutants au cinéma ou d'autres médias destinés aux jeunes, que dans les grands quotidiens.
6. Faire une évaluation pour assurer que les messages touchent la population visée.
7. Procéder à l'évaluation des campagnes afin de déterminer le succès ou l'échec des changements souhaités, et si ces changements ont rencontré d'autres objectifs. Chaque campagne doit être évaluée à divers niveaux afin d'éviter un gaspillage de ressources (Noar, 2006).

Il est important pour l'élaboration ultérieure d'approches plus efficaces, de tenir compte des leçons apprises des interventions. C'est ce qu'entend faire l'Australie, alors qu'elle entre dans une nouvelle génération de campagnes médiatiques ciblées sur la dépression. Son programme *Beyond Blue* des années 2000, a été évalué afin de déterminer son impact sur le public. Le programme destiné aux jeunes adultes, *Head Space*, a aussi fait l'objet d'une évaluation. Son impact a été moins concluant. En effet, une enquête téléphonique a révélé que les campagnes destinées au grand public ont été préférées par la majorité des répondants âgés de 13 à 25 ans; toutefois, *Beyond Blue* a obtenu de meilleurs résultats que *Head Space* (Kelly et Jorm, 2007). Par ailleurs, le fait de connaître le programme ne semblait pas avoir de lien avec les symptômes psychologiques présentés par l'individu

dans la dernière année (Jorm, 2009). En examinant de façon détaillée, le programme *Beyond Blue* chez les jeunes, une autre étude a démontré que la majorité des jeunes adultes australiens reconnaissaient ce programme et que leurs connaissances sur la santé mentale s'étaient améliorées. Cependant, les hommes et les jeunes adolescents tiraient de l'arrière et nécessitaient des programmes de littératie mieux adaptés (Jorm et Christensen, 2006).

Un programme qui a ciblé plus particulièrement les personnes à risque et celles identifiées avec une dépression, a aussi été réalisé. Les personnes ciblées ont reçu par la poste, un guide d'information et des conseils basés sur des données probantes, ainsi qu'une brochure d'information générale sur la dépression. La première brochure a été associée à des améliorations des attitudes à l'égard des traitements, (la pharmacothérapie a été mieux acceptée), mais ni l'une et ni l'autre des interventions n'a amélioré les symptômes et l'incapacité pendant la durée de l'intervention (Jorm et Griffiths, 2003).

Les évaluations des programmes de littératie en santé mentale se sont donc concentrées à démontrer des changements au niveau :

1. des connaissances
2. des attitudes stigmatisantes
3. de l'aide disponible et la dispensation de cette aide, ce qu'on appelle souvent des approches de premier secours en santé mentale; les cinq étapes suivantes doivent être enseignées :
 1. Évaluer le risque de suicide ou de blessure
 2. Écouter sans porter de jugement
 3. Fournir rassurance et information
 4. Encourager la personne à rechercher de l'aide professionnelle appropriée
 5. Encourager des stratégies de soins

Trois études seulement, dont deux randomisées, ont examiné les bénéfices du programme de premier secours en santé mentale (Kitchener, 2006). Si les participants ont amélioré leurs connaissances, leurs attitudes et leur intention d'offrir de l'aide, par contre, les effets sur des personnes à qui cette connaissance de premier secours aurait été offerte, n'ont pas été évalués. On peut démontrer l'efficacité des cours qui enseignent les habiletés, mais toujours faut-il former massivement la population pour assurer qu'à un moment ou un autre, une personne formée est disponible et intervienne de façon efficace. Le cours de ressuscitation cardiorespiratoire constitue un excellent exemple. De plus, les arrêts cardiorespiratoires se produisent plus rarement que les problèmes courants de santé mentale ou de toxicomanie, ce qui vient justifier l'importance de développer des programmes de littératie, de sentinelles ou de premiers secours en santé mentale.

Le financement des organismes non-gouvernementaux de la littératie en santé

De façon générale, des approches intensives auprès de petits groupes en contraste avec des interventions moins intensives qui visent toute la communauté ont été intégrées dans les campagnes sur la dépression (par exemple, *Defeat depression campaign* au Royaume-Uni ou aux États-Unis, *The depression awareness and research of treatment* (DART); ces interventions se complètent. Malgré les preuves de leur efficacité comme programmes de littératie, aucune de ces campagnes n'a pu être soutenue dans le temps sauf pour l'Australie. Or, c'est comme si on informait la population sur les dangers du tabac pendant dix ans, pour ensuite cesser les dix années suivantes!

Le financement de certains programmes de promotion et prévention en santé ne provient pas seulement des fonds publics. Par exemple, la Croix rouge canadienne a élaboré les programmes de formation de ressuscitation cardiorespiratoire. Si certains cours sont dispensés gratuitement, d'autres sont donnés dans les milieux de travail, ou à des individus qui désirent travailler dans le système de santé ou parfaire leur formation spécifique. Ambulanciers, sauveteurs, personnels de garderie ou individus intéressés doivent alors trouver un fournisseur agréé privé et en assumer les coûts.

Stratégies québécoises sur la prévention du suicide

Le programme national de santé publique 2003-2012 mentionne deux objectifs qui visent la prévention du suicide : l'un sur la prévention des tentatives de suicide et l'autre sur la réduction des taux de suicide.

Au Québec, la prévention du suicide relève de la direction du développement de l'individu et de l'environnement social, sous la direction générale de la santé publique du MSSS (voir organigramme en annexe). En termes d'activités, la direction du développement de l'individu et de l'environnement social, a développé trois secteurs d'activités sous la direction générale de la santé publique. Le premier secteur vise le développement de réseaux de sentinelles à l'échelle provinciale. Les sentinelles sont des citoyens qui exercent une vigilance pour repérer les personnes à risque et qui établissent des liens avec les services sociaux et de santé. Le second secteur porte sur des activités de sensibilisation sur les risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardés à la maison. Le troisième secteur, prévu au programme national et qui n'a pas encore été déployé à l'échelle provinciale, porte sur le traitement des suicides dans les médias.

D'autre part, à la suite du travail réalisé par les réseaux de sentinelles, la direction a procédé à l'élaboration de deux guides de pratiques exemplaires à l'intention des intervenants et des gestionnaires des Centres de santé et de services sociaux. Ces guides ont été réalisés en partenariat entre le CSSS Institut Universitaire de Gériatrie de

Sherbrooke, le MSSS, l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS), et Suicide Action Montréal (SAM).

La direction a mis en place un comité de concertation au plan national, dont le mandat repose sur le suivi de l'ensemble des interventions en prévention du suicide. Ce comité est formé des partenaires de divers milieux de la santé publique: affaires médicales, santé mentale, services sociaux des CLSC, ainsi que le nouvel institut d'excellence en santé et services sociaux mis en place en juin 2010 (INESSS).

Enfin, la direction de la santé mentale qui relève de la direction des affaires médicales et universitaires du MSSS, agit de concert dans le dossier de la prévention du suicide, et est responsable de deux mesures du *Plan d'action en santé mentale de 2005-2010*. L'une de ces mesures vise le développement de projets pilotes de recherche à l'intention des hommes en situation de vulnérabilité. La seconde mesure vise un suivi étroit des personnes qui se présentent dans les établissements ou les centres hospitaliers.

Aucune évaluation n'a encore été rendue disponible pour ces deux mesures. Force est de constater que le déploiement des différents programmes de prévention du suicide au Québec ont peu ou n'ont pas fait l'objet d'évaluations spécifiques ni d'évaluation stratégique quant à leur impact sur la réduction du suicide. Il faut saluer la mise en place récente à cet effet par le MSSS, d'une table des différentes directions et de l'INESSS depuis la fin 2010. Malheureusement, les partenaires des secteurs communautaires, de l'éducation, de la justice et de la sécurité publique, de la recherche ou du secteur politique, n'y ont pas été invités...

Références

- ANDREWS, G., HENDERSON, S., 2000, *Unmet Need in Psychiatry*, Cambridge University Press.
- BERNARD, P., LEMAY, M., VEZINA, M., 2003, Perspectives de recherche en santé des populations au moyen de données complexes, Rapport soumis au Réseau de santé des populations du Fonds de la recherche en santé du Québec, 2003, accès WEB au 29 mai 2011- http://www.socio.umontreal.ca/essil/Racine/d_complx.Pdf
- BOYER, R., FORTE, D., 1999, Étude d'impact de la campagne Solidaires pour la Vie de la Fondations des maladies mentales du Québec, Centre de Recherche Fernand-Seguin, Université de Montréal.
- BURROWS, C., KOZAKIEWICZ, C., 2010, Partners for Life: an outreach program aimed at preventing adolescent depression through education, Sixth World Conference on the Promotion of Mental Health and Prevention of Mental and Behavioral Disorders: Addressing Imbalances: Promoting Equity in Mental Health, November 17-19, 2010, Washington, D.C.
- CAVANAGH, J. T., CARSON, A.J., SHARPE, M., LAWRIE, S. M., 2003, Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review, *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- DOHRENWEND, B. P., LEVAV, I., SHROUT, P. E., SCHWARTZ, S., NAVEH, G., LINK, B.G., et al., 1992, Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue, *Science*, 255(5047), 946-52.
- FORTIN, L., ROYER, É., POTVIN, P., MARCOTTE, D., YERGEAU, É., 2004, La prédiction du risque de décrochage scolaire au secondaire: facteurs personnels, familiaux et scolaires, *Revue canadienne des sciences du comportement*, 36, 3, 219.
- FOURNIER, L., LEMOINE, O., POULIN, C., POIRIER, L-R., 2002, Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Volume 1: La santé mentale et les besoins de soins des adultes, En ligne au <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/mentale/santementale1.html>
- GAGNÉ, M., ST-LAURENT, D., 2010, La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes - 1981 à 2008, Institut national de santé publique du Québec, http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1046_Suicide2010.pdf
- GUNNELL, D., FRANKEL, S., 1994, Prevention of suicide: aspirations and evidence, *British Medical Journal*, 308, 1227-33.
- HEGERL, U., ALTHAUS, D., SCHMIDTKE, A., NIKLEWSKI, G., 2006, The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality, *Psychological Medicine*, 36, 9, 1225-33.
<http://fr.cochrane.org/fr/collaboration-cochrane>
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, 2004, Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes, Gouvernement du Québec. Document déposé à <http://www.santecom.qc.ca>.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, 2008, Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux, http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789_Avis_sante_mentale.pdf

JORM, A. F., 2009, Australian young people's awareness of Headspace, Beyond Blue and other mental health organizations, *Australasian Psychiatry*, 17, 6, 472-774.

JORM, A. F., GRIFFITHS, K. M. et al., 2003, Providing information about the effectiveness of treatment options to depressed people in the community: a randomized controlled trial of effects on mental health literacy, help-seeking and symptoms, *Psychological Medicine*, 33, 6, 1071-9.

JORM, A. F., H. CHRISTENSEN et al., 2006, Changes in depression awareness and attitudes in Australia: the impact of Beyond Blue: the national depression initiative, *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 1, 42-6.

KELLY, C. M., JORM, A. F. et al., 2007, Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders., *The Medical Journal of Australia*, 187(7 Suppl): S26-30.

KIRBY, M., KEOWN, W., 2006, De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada, La Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Accès en ligne le 29 mai 2011 à <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/soci/rep/rep02may06-f.htm>

KNOX, K. L., LITTS, D. A., TALCOTT, G. W., FEIG, J. C., CAINE, E.D., 2003, Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study, *British Medical Journal*, 327, 1376-
doi:10.1136/bmj.327.7428.1376.

LESAGE, A., BERNÈCHE, F., BORDELEAU, M., 2010, Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Institut de la statistique du Québec, www.stat.gouv.qc.ca et ISBN 978-2-550-58712-5(version PDF)

LESAGE, A., 2002, Stratégie de prévention du suicide et données récentes sur le traitement de la dépression: quels obstacles ? *Revue d'épidémiologie et de santé publique* (Paris), 50, 63-66.

LESAGE, A., SEGUIN, M., TURECKI, G., RENAUD, J., BOYER, R., MÉNARD-BUTEAU, C., 2009, Une compréhension biopsychosociale du rôle des maladies mentales dans le suicide au Québec, in Lalonde, P., Lesage, A, Nicole, L., éd., *La psychiatrie en question : Choix de textes en hommage au professeur Frédéric Grunberg*, Presses de l'Université de Montréal.

LESAGE, A.D., 1999, Mentally healthier Canadians, *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 3, 226, 1999.

MANN, J.J., APTER, A., BERTOLOTE, J., BEAUTRAIS, A., CURRIER, D., HAAS, A. et al., 2005, Suicide prevention strategies: a systematic review, *JAMA*, 294, 2064-74.

MCALISTER, F. A., WILKINS, K., JOFFRES, M., LEENEN, F. H., FODOR, G, GEE, M., TREMBLAY, M. S., WALKER, R., JOHANSEN, H., CAMPBELL, N., Changes in the rates of awareness, treatment and control of hypertension in Canada over the past two decades, *CMAJ*. 2011 Jun 14, 183, 9, 1007-13. Epub 2011 May 16.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 1998, Stratégie québécoise face au suicide : s'entraider pour la vie, MSSS, Québec.

NOAR, S., 2006, A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: where do we go from here? *Journal of Health Communication*, 11, 21-42.

OFFORD, D. R., KRAEMER, H. C., KAZDIN, A. E., JENSEN, P. S., HARRINGTON, R., 1998, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 7, 686-94.

RENAUD, J., MARQUETTE, C., 2002, Position clinique des pédopsychiatres du Québec sur la prévention, l'évaluation et l'intervention auprès des enfants et des adolescents présentant des comportements suicidaires, *Le médecin du Québec*, 37, 5, 87-93.

RUTZ, W., VON KNORRING, L., WALINDER, J., 1992, Long term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression, *Acta Psychiatr Scand*, 85, 83-8.

SCHMITZ, N., WANG, J., MALLA, A., LESAGE, A., 2007, Joint effect of depression and chronic conditions on disability: results from a population-based study, *Psychosomatic Medicine*, 60, 4, 332-338.

SIMARD, C., DESCHENES, M., 2011, Recension des écrits publiés entre 2000 et 2009 sur les résultats d'évaluation des approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire, Institut national de santé publique du Québec, http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1222_Ecrits20002009ResultEvalApprochesPromSanteContxtScolaire.pdf.

VANASSE, A., COURTEAU, J., LESAGE, A., FLEURY, M.-J., GRÉGOIRE, J.-P., MOISAN, J., LAUZIER, S., BERGERON, C., 2011, Troubles de l'humeur et inégalités sociales et économiques, Soumis pour publication.

WADDELL, C., HUA, J. M., GARLAND, O.M., PETERS, R. D., MCEWAN, K., 2007, Preventing mental disorders in children: a systematic review to inform policy-making, *Canadian Journal of Public Health*, 98, 3, 166-73.

Annexe 1: Proposition de description de la bourse de chercheur en promotion/prévention des troubles mentaux et du suicide en collaboration FMM_FRSQ pour le site web FRSQ

Introduction

La Fondation des maladies mentales, ci-après nommé « Fondation » a pour mission la prévention des maladies mentales dans le but de réduire la souffrance des personnes atteintes et celles de leurs proches, en mobilisant les individus et la société. La Fondation a signé en juin 2011 une entente qui a pour objectif de contribuer à accroître le nombre de jeunes chercheurs travaillant dans le domaine de la recherche sur les approches préventives en ce qui a trait aux maladies mentales chez les adolescents. Pour contribuer à la réalisation de cet objectif, les parties créent la bourse de carrière Junior 1 « Famille Jocelyne et Jean Monty – FRSQ - Fondation des maladies mentales».

L'entente prévoit que les demandes de bourse seront déposées dans le cadre des programmes réguliers du FRSQ. Pour être éligible à la bourse financée en partenariat (FMM-FRSQ1) les candidats devront avoir été sélectionnés par le conseil d'administration du FRSQ dans le cadre des concours réguliers du FRSQ pour l'année du concours en question. Dans ce cas ci, le FRSQ payera 50% de la bourse et la Fondation payera 50% de la bourse. Pour être éligible à la bourse financée en partenariat (FMM-FRSQ2), les candidats devront avoir reçu une cote scientifique, au-dessus de 70, attribuée par le comité de pairs du FRSQ mais ne pas avoir été sélectionnés par le conseil d'administration du FRSQ. Dans ce cas ci, la Fondation payera 100% de la bourse.

Cette entente s'applique aux deux programmes suivants: Bourses de carrière (chercheurs-boursiers - Junior 1 (J1) et chercheurs-boursiers cliniciens - Junior 1 (J1)).

MODALITÉS DE L'OCTROI

Les candidats devront présenter leur candidature aux concours réguliers du FRSQ dans les programmes visés par cette entente.

Pour bénéficier d'un octroi en partenariat en vertu du présent protocole, les candidats devront répondre aux exigences suivantes :

- satisfaire aux conditions d'admissibilité des concours auxquels ils posent leur candidature;
- satisfaire aux critères de pertinence des thèmes de recherche de la Fondation;
- suite à une évaluation scientifique des comités de pairs du FRSQ, avoir été sélectionnés par le conseil d'administration du FRSQ dans le cadre des concours réguliers du FRSQ pour l'année du concours en question (FMM-FRSQ1); pour la bourse (FMM-FRSQ2) avoir reçu une cote scientifique, au-dessus de 70, attribuée par le comité de pairs du FRSQ et ne pas avoir été sélectionnés par le conseil d'administration du FRSQ dans le cadre des concours réguliers du FRSQ pour l'année du concours en question.

Critères de pertinence des thèmes de recherche de la Fondation

La Fondation entretient plusieurs programmes de promotion et de prévention en santé mentale, mais son programme-phare de prévention du suicide chez les adolescents, Solidaires pour la Vie, est celui qui a motivé la création de la présente bourse.

Depuis 1998, la fondation dirige le programme Solidaires pour la Vie, une initiative de littératie sociale dont l'objectif vise à informer et sensibiliser les jeunes âgés de 14 à 18 ans, sur les signes et les symptômes de la dépression, ainsi que les outiller à aider et accompagner une personne en détresse vers les ressources d'aide et de consultation. Ce programme d'une durée de 50 à 75 minutes, a l'avantage d'être clé en main, accessible et entièrement gratuit pour les écoles. Son contenu est riche, interactif, dynamique et adapté à la réalité d'aujourd'hui. La présentation est offerte par deux animateurs doués pour livrer un discours sensible et porteur aux élèves du secondaire. Chaque animateur reçoit plus de 150 heures de formation sur les maladies mentales, les techniques d'animation et de référence, et une formation du centre de crise de Suicide Action Montréal.

Environ 50 000 à 60 000 jeunes sont rencontrés annuellement par le biais de ce programme. Au fil des ans, la fondation estime qu'elle couvre près de 60% de la population des élèves du secondaire III-V au Québec. Depuis sa création, le programme d'envergure provinciale a permis aux animateurs de rencontrer plus de 715 000 jeunes à travers 672 écoles francophones et anglophones du Québec, de même que les parents, les enseignants et les intervenants qui les entourent. Outre les adolescents du secondaire, le programme a permis de rencontrer des groupes très variés dont des jeunes en centre jeunesse, des étudiants en intervention, des parents, ainsi que des adultes dans des écoles, des centres de crises pour hommes et pour femmes.

Le programme a fait l'objet de deux évaluations et d'une analyse stratégique du Réseau québécois de recherche sur le suicide (disponible sur le site WEB de la Fondation au <http://www.fondationdesmaladiesmentales.org/fr/p/aider-une-personne/nos-programmes-daide/pour-les-jeunes>). La logique du programme pour la prévention du suicide repose entre autres sur l'association très forte entre la présence de troubles mentaux, en particulier la dépression, mais aussi les dépendances, et le suicide. Le programme a déjà passé plusieurs étapes réussies d'évaluation indiquant qu'il peut avoir contribué, avec d'autres stratégies ciblant les groupes à risque, à la réduction du suicide observé chez les adolescents du Québec depuis 2000. L'analyse révélait, en comparaison avec d'autres champs de la santé comme le SIDA, à la rareté des études sur les stratégies de promotion de type littératie sociale et de prévention en général des troubles mentaux et du suicide.

Il y a lieu d'accroître la capacité de recherche en prévention du suicide au Québec qui détient toujours l'un des plus hauts taux de suicide au Canada. En 2009, le FRSQ et le FQRSC créaient le Réseau québécois de recherche sur le suicide, et avec la présente initiative conjointe avec la Fondation, veut particulièrement cibler la promotion et la prévention des troubles mentaux chez les jeunes.

Sans limiter la créativité et l'innovation des jeunes chercheurs en prévention des troubles mentaux, la Fondation jugera plus pertinent les programmes de recherche en prévention des troubles mentaux chez les jeunes qui:

- i) inclueront une analyse de l'efficacité des stratégies de prévention des maladies mentales en termes de réduction du risque de suicide
- ii) inclueront l'analyse des programmes de littératie en santé mentale en rapport avec la prévention du suicide
- iii) proposeront entre autres la poursuite de l'évaluation du programme Solidaires pour la vie de la Fondation. À ce sujet, les candidats intéressés sont invités à contacter la Fondation pour établir une lettre d'entente ; la Fondation peut assurer les candidats qu'elle mettra ses ressources à disposition pour tout projet potentiel valable de son programme Solidaires pour la vie.

