

RÉFLEXION SUR UNE DÉMARCHE
DE PLANIFICATION RÉGIONALE EN
PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE
ET EN PRÉVENTION DES TROUBLES
MENTAUX DES ADULTES

famille
adaptation familiale et sociale
jeunesse
cancer du sein
SANTÉ AU TRAVAIL
HABITUDES DE VIE
PAUVRETÉ
évaluation et système de soins
ET DE SERVICES
santé mentale
maladies infectieuses
sécurité dans les milieux de vie
PERSONNES ÂGÉES
connaissance et surveillance
santé et environnement
maladies chroniques
DÉVELOPPEMENT SOCIAL
et des communautés

**RÉFLEXION SUR UNE DÉMARCHE
DE PLANIFICATION RÉGIONALE EN
PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE
ET EN PRÉVENTION DES TROUBLES
MENTAUX DES ADULTES**

**Rapport élaboré dans le cadre de la mise à jour du
Plan d'action régional de santé publique 2009-2015
Région de la Capitale-Nationale**

Claude Gagnon
Louise Grégoire
Pierre Racine
Clément Beaucage
Amélie Bédard

Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

Décembre 2010

La réalisation de ce projet a été rendue possible grâce à une subvention mixte du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale dans le cadre du Programme de subventions en santé publique pour projets d'étude et d'évaluation.

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse www.rrsss03.gouv.qc.ca, section Documentation, rubrique Publications.

Pour obtenir une copie papier de ce document, veuillez adresser votre demande à :

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Direction régionale de santé publique
Centre de documentation
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Téléphone : 418 666-7000, poste 217
Télécopieur : 418 666-2776
Courriel : s.belanger@ssss.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Dépôt légal, Bibliothèque et Archives Canada, 2010
ISBN : 978-2-89496-434-7 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89496-435-4 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source soit mentionnée.

Référence suggérée :

GAGNON, C. et coll. *Réflexion sur une démarche de planification régionale en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux des adultes*, Québec, Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2010, 75 p.

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

RÉSUMÉ

À la suite d'une consultation auprès de ses partenaires sur l'offre de service touchant la santé mentale, la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale (DRSP) a entrepris une démarche régionale pour développer un plan d'action en promotion et en prévention de la santé mentale chez les adultes. Les objectifs du présent rapport visent à rendre compte de cette démarche, à décrire les priorités retenues et à les justifier ainsi qu'à mettre en lumière la contribution de la mobilisation communautaire pour la promotion et la prévention de la santé mentale.

Cette démarche s'inspire de deux perspectives : la planification sociosanitaire classique et la mobilisation communautaire par le jeu de la théorie des coalitions. Deux mécanismes sont mis sur pied pour prendre en compte ces perspectives, soit la création d'un comité d'orientation formé de représentants de différentes équipes de la DRSP et d'un comité consultatif auquel se sont ajoutés des partenaires décideurs externes, dont des représentants des CSSS et d'organismes communautaires (l'Association des personnes utilisatrices des services en santé mentale de la région de Québec – APUR, l'Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement en santé mentale – AGIR, l'Association canadienne pour la santé mentale – ACSM - Filiale de Québec et une représentante du Cercle Polaire, porte-parole des quatre groupes de parents, amis et proches des personnes atteintes).

L'objectif du comité d'orientation était de faire l'état de la situation dans la région. Les travaux du comité ont porté sur la perception des acteurs de l'état de santé mentale de la population de la région, sur la perception des gestionnaires de l'organisation des services dans la région, sur le profil de santé mentale de la population de la région, sur l'inventaire des activités de promotion et de prévention et sur l'état des connaissances actuelles en santé mentale des adultes. De son côté, le comité consultatif avait comme mandat : 1) de s'approprier les divers travaux découlant du comité d'orientation; 2) d'identifier les principes directeurs et les procédures liées à un exercice de détermination des priorités; 3) de déterminer des priorités et 4) de valider et d'entériner le plan d'action qui résultera de l'ensemble du processus.

Les résultats des travaux démontrent que tant la planification sociosanitaire que le jeu des coalitions ont contribué à un moment ou à un autre à orienter le choix des cinq priorités. Celles-ci sont : l'amélioration de la santé psychologique au travail, l'amélioration de la connaissance et de la surveillance des signes et symptômes des états dépressifs et des troubles anxieux, la prévention de l'isolement social et de l'exclusion sociale, le soutien aux proches aidants susceptibles d'être à risque de détresse psychologique et l'accès au logement social. Ainsi, pour améliorer la santé psychologique au travail, les données épidémiologiques étaient assez probantes pour mettre en évidence l'ampleur du problème et l'importance d'agir, tandis que les intérêts des acteurs allaient unanimement dans le même sens. Pour la priorité visant l'amélioration de la connaissance et de la surveillance des signes et symptômes des états dépressifs et des troubles anxieux, la perspective de planification sociosanitaire a suffi à en justifier le choix. Concernant la prévention de l'isolement social et de l'exclusion sociale, c'est davantage le jeu des coalitions qui a favorisé le choix de la priorité; les groupes communautaires faisant valoir leurs expertises-terrain. Pour légitimer le choix de soutenir les proches aidants, les trois types d'acteurs se sont mis d'accord selon les intérêts propres mais qui, somme toute, convergeaient. Enfin, la priorité favorisant l'accès au logement social a été retenue à la toute fin de l'exercice, consacrant ainsi une alliance déjà en cours entre des groupes communautaires et des CSSS. Cependant, les données viennent confirmer l'importance du logement social comme déterminant de la santé mentale.

La discussion fait état des forces et des limites de la démarche. Elle porte également sur l'apport respectif de la planification sociosanitaire classique en santé publique et du jeu des coalitions. L'importance d'utiliser un langage commun est soulignée et, dans ce sens, l'adoption du concept de « santé mentale positive » s'avère facilitante dans la compréhension de la problématique de santé mentale. La discussion ouvre sur des perspectives plutôt favorables, et ce, malgré l'absence de financement.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier les membres du comité consultatif et ceux du comité d'orientation pour leur participation active dans ce dossier.

MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF

Monique Boniewski	Association canadienne pour la santé mentale (ACSM – Filiale de Québec)
Clément Beaucage	Équipe Organisation des services et évaluation de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale (DRSP)
Amélie Bédard	Équipe Organisation des services et évaluation de la DRSP
Louise Cormier	Le Cercle Polaire
Rodrigue Côté	Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
Claude Gagnon	Équipe Organisation des services et évaluation de la DRSP
Louise Grégoire	Équipe Organisation des services et évaluation de la DRSP
Marie-Josée Levasseur	Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord
Charles Rice	Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement en santé mentale (AGIR)
Guy Thibodeau	Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix
Sylvie Vaillancourt	Centre de santé et de services sociaux de Portneuf
Luc Vigneault	Association des personnes utilisatrices des services en santé mentale de la région de Québec (APUR)

MEMBRES DU COMITÉ D'ORIENTATION

Francine Allard	Équipe Adaptation familiale et sociale – Santé dentaire de la DRSP
Clément Beaucage	Équipe Organisation des services et évaluation de la DRSP
Amélie Bédard	Équipe Organisation des services et évaluation de la DRSP
Luc Bhérier	Équipe Santé au travail de la DRSP
Jean-Louis Bouillon	Équipe Surveillance de la DRSP
Lise Cardinal	Équipe Sécurité dans les milieux de vie de la DRSP
Monique Comeau	Équipe Adaptation familiale et sociale – Santé dentaire de la DRSP
Bernard Deschênes	Direction des programmes clientèles – Volet Santé mentale de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Claude Gagnon	Équipe Organisation des services et évaluation de la DRSP
Louise Grégoire	Équipe Organisation des services et évaluation de la DRSP
Marc-André Groleau	Direction des programmes clientèles – Volet Santé mentale de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Valérie Houle	Équipe Adaptation familiale et sociale – Santé dentaire de la DRSP
Pierre Racine	Équipe Organisation des services et évaluation de la DRSP

Nous remercions également à madame Michèle Paradis pour ses précieux commentaires et à madame Hélène Girard pour ses conseils judicieux.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des sigles et des acronymes	9
Liste des tableaux et des figures	11
INTRODUCTION	13
1. DÉMARCHE RÉGIONALE.....	15
1.1. Deux perspectives.....	15
1.2. Deux mécanismes.....	18
2. SÉLECTION DES PRIORITÉS	25
2.1. Considérations d'ordre théorique	25
2.2. Résultats pour chacune des priorités	26
2.2.1. Amélioration de la santé psychologique au travail.....	27
2.2.2. Amélioration de la connaissance et de la surveillance des signes et symptômes des états dépressifs et des troubles anxieux.....	29
2.2.3. Prévention de l'isolement social et de l'exclusion sociale.....	31
2.2.4. Soutien aux proches aidants susceptibles d'être à risque de détresse psychologique, plus particulièrement les proches aidants des personnes atteintes d'un problème de santé mentale	34
2.2.5. Accès au logement social pour ceux qui en ont besoin, plus particulièrement pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale.....	36
DISCUSSION	39
CONCLUSION.....	43
RÉFÉRENCES	45
ANNEXES	
Annexe 1 : Synthèse de la tournée des CSSS dans le cadre du Chantier santé mentale	
Annexe 2 : Profil de l'état de santé des jeunes adultes et des adultes	
Annexe 3 : Répartition des niveaux de compétence en matière de littératie en santé, Canada et provinces ou territoires	

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ACSM	Association canadienne pour la santé mentale
AFS	Adaptation familiale et sociale
AGIR	Alliance des Groupes d'intervention pour le rétablissement en santé mentale
APUR	Association des personnes utilisatrices de services en santé mentale de la région de Québec
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
CIM	Classification internationale des maladies
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de santé et de sécurité au travail
DAIS	Développement, adaptation et intégration sociale
DRSP	Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale
DSM	Diagnostic of Statistical Manual of Mental Disorders
ESCC	Enquête sur la santé des collectivités canadiennes
ESQ	Enquête Santé Québec
FFAPAMM	Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRSST	Institut de recherche en santé et sécurité au travail
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OBNL	Organismes à but non lucratif
OC	Organismes communautaires
OLO	Œuf, lait, jus d'orange
OMH	Office municipal d'habitation
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSE	Organisation des services et évaluation
PAE	Programme d'aide aux employés
PAL	Plan d'action local
PAO	Programme d'aide aux organisations
PAR-SM	Plan d'action régional en santé mentale
PAR-SP	Plan d'action régional de santé publique
PCP	Pratiques cliniques préventives
PECH	Programme d'encadrement clinique et d'hébergement
PNSP	Programme national de santé publique
PSL	Programme de supplément au loyer
PSSE	Programme de santé spécifique aux établissements
PSSP	Programme de subvention en santé publique
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SMV	Santé et sécurité dans les milieux de vie
SOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
ST	Santé au travail

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau I : Similitudes et divergences entre la coalition et les autres formes de mobilisation communautaire
- Tableau II : Activités à réaliser et contributions attendues des acteurs pour la priorité « Amélioration de la santé psychologique au travail »
- Tableau III : Activités à réaliser et contributions attendues des acteurs pour la priorité « Amélioration de la connaissance et la surveillance des signes et symptômes des états dépressifs et des troubles anxieux »
- Tableau IV : Activités à réaliser et contributions attendues des acteurs pour la priorité « Prévention de l'isolement social et de l'exclusion sociale »
- Tableau V : Activités à réaliser et contributions attendues des acteurs pour la priorité « Soutien aux proches aidants susceptibles d'être à risque de détresse psychologique, plus particulièrement les proches aidants des personnes atteintes d'un problème de santé mentale »
- Tableau VI : Activités à réaliser et contributions attendues des acteurs pour la priorité « Accès au logement social »

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 : Cycle de planification populationnelle
- Figure 2 : Modèle conceptuel de l'Avis de l'INSPQ, 2008
- Figure 3 : Spectre d'interventions en santé mentale pour les troubles mentaux (Mrazek et coll., 1994)
- Figure 4 : Intersection des priorités retenues

INTRODUCTION

En 2004, la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale (DRSP) consulte ses partenaires sur le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 (PAR-SP). Une des préoccupations particulières qui se dégagent de cette consultation réfère à l'offre de service touchant le domaine de la santé mentale. Les acteurs consultés, particulièrement ceux du milieu communautaire, déplorent les éléments suivants :

- 1) les interventions retenues mettent davantage l'accent sur le dépistage et la prévention des récidives au détriment d'interventions préventives visant la promotion de la santé mentale;
- 2) la contribution d'autres secteurs d'activité dans le champ de la santé mentale (éducation, affaires municipales, revenu, etc.) et de plusieurs partenaires (centres de santé et de services sociaux [CSSS], organismes communautaires [OC], professionnels en pratique privée) est sous-estimée;
- 3) l'absence de priorités;
- 4) la méconnaissance et la fragmentation des problèmes;
- 5) le peu de place laissée par la DRSP à de nouveaux projets qui permettraient de tenir compte de problématiques émergentes et d'expérimenter de nouvelles stratégies d'intervention.

Pour donner suite à ces commentaires, une nouvelle cible est introduite dans le PAR-SP en ce qui touche le « Domaine, adaptation et intégration sociales », soit la cible 9. Elle vise à « Réduire la détresse psychologique par des interventions préventives auprès des jeunes adultes et des adultes ayant des problèmes d'adaptation » (DRSP, 2004). La DRSP reconnaît ainsi l'importance de développer davantage des stratégies en promotion et en prévention en santé mentale et, tout particulièrement, en ce qui touche la détresse psychologique. Toutefois, cela nécessite une réflexion plus approfondie compte tenu, notamment, de la complexité de cette problématique. C'est en ce sens que la DRSP propose de mieux documenter les interventions reconnues efficaces ou prometteuses tout en se donnant un portrait d'ensemble sur les actions réalisées dans ce domaine dans la région, tant auprès de jeunes adultes que des adultes. Cette démarche doit se faire en concertation avec des partenaires qui ont développé des connaissances et des expertises diverses. La DRSP intègre donc dans son processus de planification stratégique un objectif visant à développer un plan d'action menant à l'implantation de stratégies de promotion et de prévention efficaces ou prometteuses dans le champ de la santé mentale.

Afin de rédiger ce plan d'action, une démarche régionale est mise en place nécessitant la participation de plusieurs équipes de la DRSP, des représentants de la Direction des programmes clientèles – Volet Santé mentale de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (ASSS), des représentants des CSSS et des représentants d'organismes communautaires.

Le présent rapport vise à rendre compte de cette démarche régionale, à décrire les priorités retenues et à les justifier et, finalement, à mettre en lumière la contribution de la mobilisation communautaire pour la promotion et la prévention en santé mentale. Il se présente donc comme une réflexion sur cette démarche de concertation régionale.

En première partie, sont présentés la démarche régionale, les perspectives et les mécanismes qui ont guidé l'action. Puis, les priorités sont abordées et commentées à la lumière des deux perspectives privilégiées. S'ensuit une discussion qui commente les forces et les limites, les leçons à tirer de cette démarche ainsi que les réflexions sur les avenues possibles pour les suites à donner.

1. DÉMARCHE RÉGIONALE

La DRSP a retenu deux perspectives de santé publique pour procéder à la détermination des priorités de santé mentale à l'intérieur d'une démarche régionale : une perspective de planification sociosanitaire classique et une perspective de mobilisation communautaire. Pour concrétiser ces perspectives, la DRSP s'est dotée de deux mécanismes complémentaires pour réaliser son mandat qui est d'élaborer un plan d'action en santé mentale permettant de définir les interventions de santé publique efficaces et prometteuses à retenir pour aider les adultes ayant des problèmes d'adaptation. Ces deux mécanismes sont représentés par la création d'un comité d'orientation interne à la DRSP et d'un comité consultatif, y compris des représentants des CSSS et des OC; chacun de ces comités ayant un rôle complémentaire au regard des spécificités de l'autre. Les résultats de leur travail serviraient à améliorer le PAR-SP sous l'angle de la promotion et de la prévention en santé mentale des adultes au moment de sa mise à jour, prévue pour 2008.

1.1. Deux perspectives

□ La planification sociosanitaire classique

La première perspective est la planification sociosanitaire classique qui propose de considérer l'ampleur du problème, les interventions actuelles et les interventions efficaces à développer pour orienter l'action, faire la promotion de la bonne santé et prévenir les problèmes de santé (Pineault et coll., 1995). Pineault et coll. proposent cette définition de la planification sociosanitaire : « Un processus continu de prévision de ressources et de services requis pour atteindre des objectifs déterminés selon un ordre de priorité établi, permettant de choisir la ou les solutions optimales parmi plusieurs alternatives; ces choix prennent en considération le contexte de contraintes, internes et externes, connues actuellement ou prévisibles dans le futur. » Plus spécifiquement, Clapperton (2007) présente graphiquement ce qu'elle appelle le cycle de planification populationnelle qui montre bien les différentes étapes à réaliser pour atteindre cette perspective (voir la figure 1).



Figure 1 : Cycle de planification populationnelle

La première étape de détermination des besoins s'est concrétisée dans notre démarche par la prise en compte de la perception et du profil de l'état de santé mentale de la population. Un inventaire des ressources et services a par la suite été réalisé. L'identification des interventions optimales s'est appuyée sur un avis de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2008). Quant à la sélection des priorités et des besoins, elle a représenté le moment des échanges, des itérations et des choix. L'étape suivante, la détermination des interventions et des objectifs, a consisté en la phase de planification comme telle avec l'apport attendu des différents partenaires. Finalement, l'identification des indicateurs et le suivi des résultats concernent l'évaluation.

□ **La mobilisation communautaire**

La seconde perspective est la mobilisation communautaire. Elle peut prendre différentes formes. Pour Hastings et coll. (2001), la mobilisation de la communauté correspond à la croyance selon laquelle, dans une communauté mobilisée qui aborde et résout ses problèmes, on obtiendra des résultats avec plus d'efficacité et d'efficacités que par n'importe quel autre moyen. Austen (2003) ajoute que plusieurs facteurs doivent être présents pour que la mobilisation soit efficace : l'élaboration d'une vision commune, l'interprétation consensuelle du problème, le leadership, l'établissement de partenariat, une meilleure participation de la part des collaborateurs et la ténacité.

À l'intérieur même de la mobilisation communautaire, trois courants majeurs émergent de la littérature. En effet, l'action intersectorielle, la communauté de pratique et la coalition font partie des trois principales stratégies de mobilisation communautaire (Royer et coll., 2009 et Dugal, 2008).

▪ L'action intersectorielle

Pour Ouellet et coll. (1995), l'action intersectorielle est une démarche concentrant des ressources de divers secteurs d'activités, possédant des mandats complémentaires et des fonctionnements parfois différents dans le but de mettre en place un plan d'action global afin de résoudre un problème complexe. Elle comporte cinq étapes qui se déroulent habituellement en séquence :

- 1) mobilisation des partenaires;
- 2) établissement d'un consensus de base;
- 3) mise en commun des projets et analyse du milieu;
- 4) élaboration du plan d'action;
- 5) implantation et évaluation.

▪ La communauté de pratique

Pour sa part, le concept de communauté de pratique, issu du monde de l'éducation, vise essentiellement le partage de connaissances suivant deux optiques : pédagogique et recherche. Selon Lave et coll. (1991), la communauté de pratique est un réseau social constant et actif d'individus qui mettent à profit des connaissances, des croyances et des valeurs, et qui partagent une histoire et des expériences sur une pratique commune. Wenger et coll. (2006) précisent que les groupes de personnes apprennent les uns des autres, qu'ils approfondissent leurs connaissances en interagissant sur une base continue et à long terme.

▪ La coalition

Lemieux (2009) rapporte que la théorie moderne des coalitions a pris naissance dans l'ouvrage fondateur de von Neumann et Morgenstern (1944) sur la théorie des jeux. Dans les jeux à plus de deux personnes,

des joueurs ont parfois intérêt à se coaliser, à supposer que les règles du jeu le permettent, si chacun d'eux peut obtenir ainsi davantage que ce qu'il obtiendrait s'il agissait seul. Fortement inspirée des travaux de Gamson (1961), la définition suivante de la coalition est retenue pour les fins de la démarche : « une coalition est définie comme étant faite de deux ou plusieurs parties (individus ou organismes) qui acceptent de coopérer dans le but d'atteindre des objectifs communs et qui s'entendent sur la répartition des avantages attendus » (Fortin et coll., 1994).

Le tableau I montre les similitudes et les divergences entre la coalition et les deux autres grands courants de mobilisation communautaire. La coalition présente d'abord les mêmes étapes que l'action intersectorielle (mobilisation des partenaires, consensus de base, mise en commun des projets et analyse du milieu ou de la situation, élaboration d'un plan d'action, de l'implantation et de l'évaluation). La coalition partage aussi, à des degrés divers, certains aspects avec la communauté de pratique (connaissances, croyances, valeurs, optique pédagogique). Par contre, la coalition se distingue principalement de l'action intersectorielle (Ouellet et coll., 1995), du fait que tous les acteurs provenaient du domaine de la santé, et diffère de la communauté de pratique du fait que cette dernière est centrée sur le partage des connaissances (Wenger, 2006) et ne considère pas les rapports politiques ni de pouvoir d'influence. La distinction majeure entre la stratégie de la coalition et les deux autres stratégies est donc la prise en compte des relations de pouvoirs qui se concrétisent par le contrôle sur les décisions.

La mobilisation communautaire, telle qu'expérimentée dans la démarche, correspond à la coalition du fait qu'elle s'est déroulée sur une trame de fond d'influence, d'alliances, d'échanges et de compromis, qui se sont noués et dénoués selon les enjeux.

Tableau I
Similitudes et divergences entre la coalition et les autres formes de mobilisation communautaire

Caractéristique	Mobilisation communautaire		
	Action intersectorielle	Communauté de pratique	Coalition
Consensus de base	✓		✓
Mise en commun des projets et analyse du milieu ou de la situation	✓		✓
Élaboration d'un plan d'action	✓		✓
Implantation et évaluation	✓		✓
Partage de connaissances, croyances et valeurs		✓	✓
Histoire et expérience autour d'une pratique commune		✓	
Perspective de recherche		✓	
Leadership	✓	✓	✓
Relations de pouvoir			✓
Rapports politiques			✓
Partage des influences			✓
Mobilisation des partenaires	✓	✓	✓
Optique pédagogique		✓	✓
Divers secteurs d'activités (autres que la santé)	✓		
Base continue et à long terme		✓	
Fréquence des rencontres mais composition pouvant être appelée à changer			✓

1.2. Deux mécanismes

Deux mécanismes ont été mis en place pour concrétiser les deux perspectives retenues : le comité d'orientation et le comité consultatif.

□ Le Comité d'orientation

Le premier mécanisme correspond à la création du comité d'orientation. Ce comité était composé de représentants de différentes équipes de la DRSP : l'équipe Adaptation familiale et sociale – Santé dentaire, l'équipe Santé au travail, l'équipe Surveillance, l'équipe Sécurité dans les milieux de vie et l'équipe Organisation des services et évaluation. Des représentants de la Direction des programmes clientèles – Volet santé mentale de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale se sont aussi joints à ces diverses équipes. Le mandat du comité d'orientation était d'effectuer pour le comité consultatif les travaux nécessaires à la réalisation de la démarche régionale et à la détermination des priorités en promotion et en prévention de la santé mentale chez les adultes. Le comité d'orientation s'est réuni à 18 occasions entre avril 2006 et février 2008.

Suivant une perspective de planification sociosanitaire, le comité d'orientation s'est appuyé sur les résultats de quatre travaux pour réaliser son mandat :

- 1) la perception de l'état de santé mentale de la population de la région et de l'organisation des services par les gestionnaires des CSSS et des organismes communautaires;
- 2) l'état de santé mentale objective de la population adulte de la région (profil sociosanitaire);
- 3) l'inventaire des activités de promotion et de prévention en santé mentale chez l'adulte;
- 4) l'état des connaissances actuelles en promotion et en prévention en santé mentale chez l'adulte.

▪ Perception de l'état de santé mentale de la population de la région et de l'organisation des services par les gestionnaires des CSSS et des organismes communautaires

Afin de déterminer la perception de l'état de santé mentale de la population de la région ainsi que l'organisation des services, des entrevues semi-dirigées ont d'abord été menées auprès des gestionnaires des CSSS et de certains organismes communautaires de la région. Les questions posées visaient à cerner les principaux problèmes de santé mentale vécus par la clientèle adulte de leur territoire, leurs populations cibles et les interventions qu'ils privilégiaient en promotion et en prévention. Il ressort de ces entrevues que le concept de promotion est perçu de façon macroscopique visant l'ensemble de la population, alors que la notion de prévention est vue comme concernant davantage l'individu. Comme la contribution en santé mentale des CSSS se joue particulièrement chez les 0 à 18 ans, elle influence indirectement la santé mentale des adultes. Les clientèles prioritaires pour les CSSS sont les adultes âgés de 18 à 30 ans vivant des multiproblématiques (toxicomanie, décrochage scolaire, violence, suicide) et les hommes âgés de 40 ans et plus aux prises avec des problèmes reliés à la rupture conjugale ou avec des problèmes suicidaires. Un des enjeux majeurs soulevés par les CSSS est l'absence de financement pour faire de la promotion et de la prévention (voir l'annexe 1).

De leur côté, les OC partagent en gros la perception des CSSS sur la promotion et la prévention en santé mentale. Comme eux, ils questionnent la faisabilité de mettre davantage d'emphase sur la promotion et la prévention dans une conjoncture où il ne faut pas s'attendre à l'ajout de nouvelles ressources et dans un contexte où les efforts sont orientés vers les services directs. Cependant, les OC suggèrent un élément original, celui du besoin de partager un langage commun, d'aborder la problématique sous l'angle de la « bonne » santé mentale et de créer des espaces favorisant l'expression.

- **État de santé mentale objective de la population adulte de la région (profil sociosanitaire)**

Le profil de l'état de santé mentale de la population adulte de la région décrit bien les principaux problèmes de santé mentale qui prévalent sur le territoire de la Capitale-Nationale. En effet, lorsque les données sont disponibles, le profil présente la répartition des problématiques sur les territoires des CSSS et dans les districts des centres locaux de services communautaires (CLSC) en tenant compte de certaines variables de personnes (ex. : âge, sexe) ou d'évolution dans le temps. Enfin, des comparaisons avec l'ensemble du Québec ou avec de grandes régions canadiennes permettent la mise en perspective des données régionales. Les données présentées proviennent des plus récentes enquêtes populationnelles québécoises ou canadiennes ou d'études sur un sujet particulier. Des 80 indicateurs considérés au départ, la moitié ont finalement été utilisés. Ces indicateurs ont été classés en trois catégories : déterminants de la santé, état de santé et conséquences. Il ressort de l'analyse des résultats que, pour plus des trois quarts des indicateurs, le territoire de la Capitale-Nationale se comporte comme l'ensemble du Québec. Deux indicateurs retiennent néanmoins davantage l'attention, ce sont la proportion plus élevée de la population insatisfaite de sa vie sociale et le taux de mortalité par suicide. Il faut noter qu'on observe des variations importantes entre les territoires de CSSS (voir l'annexe 2).

- **Inventaire des activités de promotion et de prévention en santé mentale chez l'adulte**

Un inventaire des différentes interventions en cours en promotion et en prévention de la santé mentale a été réalisé auprès des CSSS, des OC et de la DRSP de la région de la Capitale-Nationale. Cet inventaire consistait à répertorier l'ensemble des services en prévention et en promotion disponibles à la population adulte afin de distinguer les besoins bien répondus de ceux moins bien répondus. Un questionnaire a été transmis à cet effet aux organismes concernés. Il faut convenir que l'exercice n'a pas été très concluant considérant que les questions ont été comprises de façons très différentes d'un milieu à l'autre. Le temps a manqué pour prétester le questionnaire, ce qui n'a pas permis de le rendre suffisamment sensible pour saisir les informations désirées. Bien que les résultats du questionnaire donnent un éventail très large d'interventions, ils ont permis d'apprendre que la promotion et la prévention de la santé mentale étaient perçues comme des concepts très vastes par les partenaires incluant, entre autres, la plupart des activités de groupes allant du bingo aux cuisines collectives.

- **État des connaissances actuelles en promotion et en prévention en santé mentale chez l'adulte**

L'état des connaissances en promotion et en prévention de la santé mentale a été fourni par un avis de l'INSPQ (2008) produit à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cet avis présente l'efficacité des interventions en promotion et en prévention de la santé mentale selon différentes priorités. Validé par des experts de renommée mondiale, l'avis indique les actions en promotion et en prévention selon deux échelles : une échelle des preuves et une échelle d'opinion sur les preuves. L'avis porte principalement sur les mesures et recommandations pour : 1) les enfants âgés entre 0 et 5 ans et leur famille; 2) les jeunes âgés entre 6 et 17 ans et 3) les jeunes adultes et les adultes.

Le besoin d'ouvrir la démarche vers une mobilisation communautaire s'est vite fait ressentir pour ne pas répéter l'expérience de 2004, à savoir : concevoir un plan d'action de la Direction régionale de santé publique plutôt qu'un plan d'action régional de santé publique. D'où l'importance de s'adjoindre des partenaires dans le processus par la formation d'un second comité, le comité consultatif. Toutefois, les résultats de l'état de situation sous l'angle d'une démarche sociosanitaire ont permis d'alimenter ce second comité.

□ Le Comité consultatif

Un comité consultatif a été constitué à partir de représentants décideurs des quatre CSSS, de quatre représentants décideurs des OC (l'Association des personnes utilisatrices des services en santé mentale de la région de Québec – APUR, l'Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement en santé mentale – AGIR, l'Association canadienne pour la santé mentale – ACSM - Filiale de Québec et une représentante du Cercle Polaire, porte-parole des quatre groupes de parents, amis et proches des personnes atteintes) et de quatre représentants de la DRSP. La DRSP souhaitait rallier les principaux partenaires en promotion et en prévention en santé mentale autour d'enjeux et de défis communs. Le rôle du comité consultatif était donc central : concrétiser une mobilisation communautaire pour passer d'un plan d'action de la DRSP à un plan d'action régional de promotion et de prévention de la santé mentale.

Pour bien comprendre la démarche régionale, il convient au départ de positionner les acteurs. La DRSP est un acteur gouvernemental du réseau de la santé et des services sociaux qui doit établir un plan d'action régional (PAR), selon une logique verticale du haut vers le bas, à partir du Programme national de santé publique (PNSP) édicté par le MSSS. Les CSSS sont aussi des acteurs gouvernementaux qui doivent adapter le PAR à leurs réalités locales pour en faire des plans d'action locaux (PAL). Ils sont des alliés de la DRSP. Ils sont aussi en contact étroit avec les organismes communautaires dans l'offre de service social et de santé mentale. Ces derniers sont des collaborateurs importants du réseau public qui participent à l'offre des services de première ligne.

Les trois types d'acteurs du comité consultatif ont des intérêts communs et particuliers. Les principaux intérêts partagés par tous sont sans doute une motivation par rapport à la problématique de santé mentale et l'espoir de pouvoir compter sur des ressources additionnelles pour pouvoir réaliser adéquatement leur mandat. Cependant, il a été clairement mentionné au départ qu'aucun budget supplémentaire ne serait disponible au terme du processus. En même temps, les acteurs sont conscients que s'il y avait investissement de nouvelles ressources, ils auraient tout à gagner de participer à la détermination des champs où ces investissements pourraient se faire. Quant aux intérêts particuliers, ils sont en lien avec la mission et l'expertise de chacun des organismes et avec les situations conjoncturelles.

□ Le déroulement des travaux du comité consultatif

Le comité consultatif s'est réuni à six reprises entre avril 2008 et mars 2010. Les premières rencontres ont servi à clarifier le contexte de la démarche, l'objectif et le mandat du comité ainsi qu'à convenir de principes et d'attitudes partagés par tous les membres : présence assidue aux rencontres, non-remplacement, respect mutuel, etc. Ainsi, dès la première rencontre, il a été mis en clair qu'aucune répartition de budget n'était en jeu, mais plutôt que les priorités retenues pourraient influencer d'éventuels développements à survenir en promotion et en prévention en santé mentale dans la région; cette clarification avait l'avantage de placer les discussions hors des intérêts pécuniaires particuliers de chaque groupe. En outre, la DRSP s'engageant à réaliser la démarche sur une courte période, on convient d'une présence assidue des membres, sans possibilité de délégation. Les membres du comité acceptent aussi de mener une démarche pragmatique, à savoir l'identification d'un nombre restreint de priorités (maximum quatre ou cinq), ce qui les obligera à faire des choix en prenant en compte une utilisation optimale des données probantes. Les membres s'entendent aussi pour respecter certaines règles d'éthique de santé publique comme la non-malfaisance et la protection des individus, des groupes et des communautés vulnérables ainsi que certaines attitudes professionnelles soit la transparence, la confiance mutuelle, l'ouverture aux compromis et l'acceptation de faire des choix.

Les résultats des discussions déjà réalisées par le comité d'orientation ont été ramenés au comité consultatif dans le but de partager une compréhension commune de la promotion et de la prévention en santé mentale et les résultats des travaux de différents sous-comités (profil, inventaire des interventions, interventions jugées efficaces selon l'avis de santé publique). Comme l'avait suggéré le comité d'orientation, il a été convenu d'axer le choix des priorités vers les actions le plus en amont possible des problèmes de santé mentale de manière à favoriser une « bonne santé mentale » dans la population et de s'intéresser à la prévention des problèmes de santé mentale. Il convient ici d'insister sur l'importance de partager un langage commun, sujet largement débattu au comité d'orientation et au comité consultatif.

▪ Définition d'un langage commun

La santé mentale est, en effet, un domaine complexe et en constante évolution. La littérature propose plusieurs définitions des concepts de santé mentale, de problèmes de santé mentale ou de troubles mentaux; chaque définition ayant ses forces et ses limites. À l'origine de la démarche, il avait été convenu que le cadre conceptuel développé par l'INSPQ pour rédiger l'avis scientifique portant sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux serait opérationnel. Ce cadre devait permettre : 1) d'intégrer les éléments essentiels de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles mentaux; 2) de préciser les mesures efficaces et 3) de juger de leur pertinence sur le plan théorique (voir la figure 2).

Cependant, lors de son utilisation, force a été de constater que le modèle de l'INSPQ ne pouvait répondre complètement aux besoins de la démarche. Ce cadre renferme plusieurs concepts qui, bien que distincts sur le plan théorique, s'avèrent difficiles à interpréter avec justesse et à départager adéquatement sur le plan pratique. À titre d'exemple, si on peut comprendre que les notions de gestion des émotions et de négligence des émotions sont des concepts distincts, dans la pratique, si l'exercice consiste à déterminer de quel concept relève une intervention, il faut tout de même convenir que la frontière est difficile à départager. Il en va de même pour la participation sociale et l'exclusion sociale.

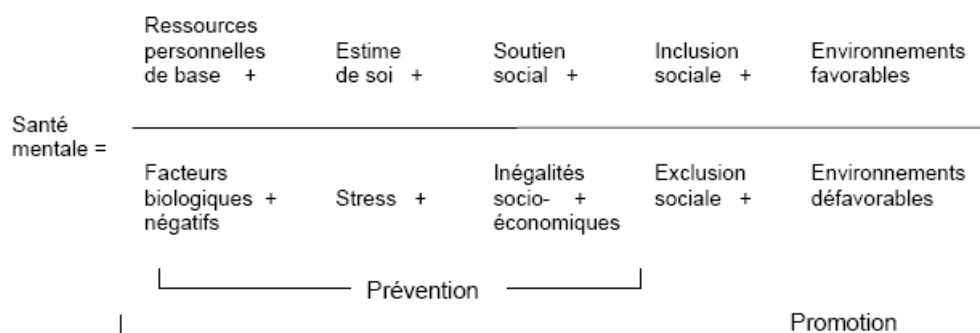


Figure 2 : Modèle conceptuel de l'Avis de l'INSPQ, 2008

Donc, afin de bien situer les interventions de nature promotionnelle et préventive en santé et particulièrement en santé mentale, les membres du comité d'orientation ont discuté du besoin d'adopter un cadre conceptuel. Idéalement, ce cadre devait comprendre : 1) une définition opérationnelle de la promotion en santé mentale et de la prévention des problèmes de santé mentale et 2) un système de classification des niveaux d'interventions de nature préventive.

La promotion de la santé s'inscrit dans une dynamique globale où le but est la santé et le bien-être de la population. L'intervention en promotion de la santé ne vise plus uniquement le changement des caractéristiques individuelles (facteurs de vulnérabilité ou de résilience), mais s'inspire également d'une vision écologique englobant l'action sur les environnements organisationnels, communautaires et politiques (Breton et coll., 2008). Cette définition de la promotion de la santé convient fort bien au champ de la promotion de la santé mentale.

Par ailleurs, la prévention de la maladie et la réduction des facteurs de risque renvoient aux interventions ayant pour but d'éviter un événement indésirable ou un état de santé particulier. Elle consiste, pour le secteur sanitaire, à cibler des individus et des groupes d'individus qui présentent des facteurs de risque identifiables, en se préoccupant principalement de la maladie (Breton et coll., 2008). Le premier système de classification proposé par la santé publique se voulait bien adapté à la prévention des maladies physiques et particulièrement aux maladies infectieuses. Ce système, basé sur les niveaux de prévention primaire, secondaire et tertiaire, nécessite une définition claire de la maladie, un « cas » et la connaissance des facteurs et mécanismes qui expliquent et qui « causent » la survenue de la maladie. Avec les avancées de la recherche et une meilleure appréciation des interrelations complexes entre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux dans l'expression de la maladie physique, il devient de plus en plus difficile de définir les facteurs explicatifs de la maladie dont la plupart commence à peine à être compris. C'est dans cette mouvance que Gordon (1987) propose un système de classification de la prévention de la maladie physique basé sur une approche coûts-bénéfices. Selon lui, le risque pour un individu de devenir malade doit être pondéré en fonction des coûts, des risques et des inconforts de l'intervention préventive. Le système de Gordon comporte trois catégories de prévention : 1) universelle (visant la population en général); 2) sélective (visant les sous-groupes de population à risque de développer un trouble mental) et 3) indiquée (visant les sous-groupes de population présentant des symptômes précurseurs sans encore présenter de critères diagnostiques).

Ces catégories représentent la population à laquelle l'intervention est destinée et pour laquelle elle serait optimale. Il est également clair que ces interventions prennent place avant la survenue de la maladie (Mrazek et coll., 1994) (voir la figure 3).

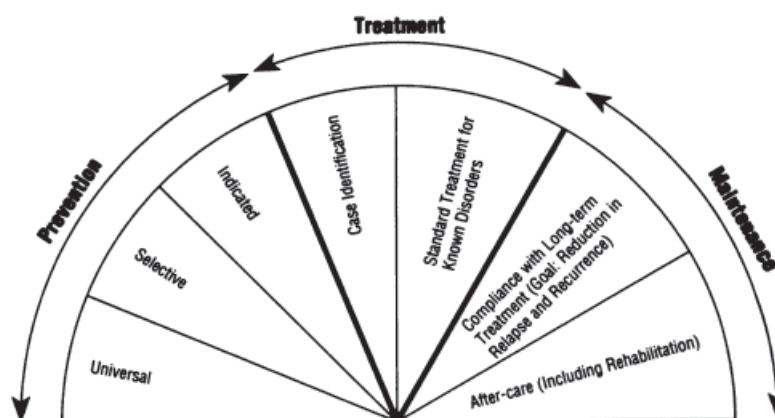


Figure 3 : Spectre d'interventions en santé mentale pour les troubles mentaux (Mrazek et coll., 1994)

Il est à noter que les systèmes de classification des interventions de nature préventive déjà évoqués s'adressent aux maladies physiques et que l'adaptation de cette terminologie à la prévention des troubles mentaux ne se fait pas sans difficulté. Le principal problème réside dans la définition d'un « cas » utilisé en santé publique. La définition d'un « trouble mental » varie dans le temps en fonction des outils et des systèmes diagnostiques utilisés (Classification internationale des maladies (CIM), Diagnostic of Statistical

Manual of Mental Disorders (DSM), etc.) et du cadre théorique des évaluateurs (psychiatre, médecin de famille, psychologue, etc.). De plus, une personne peut présenter des symptômes et des difficultés de fonctionnement sans avoir un nombre de critères suffisant pour poser un diagnostic. Enfin, pour les enfants âgés de moins de cinq ans, considérant l'évolution incertaine de la problématique de santé mentale, on évitera de parler de « diagnostic psychiatrique » et on fera plutôt place à une terminologie essentiellement descriptive, tel un retard du développement psychosocial ou cognitif.

De nombreuses et arides discussions théoriques ont eu lieu aux deux comités et, sans que le consensus ne soit obtenu sur l'ensemble des concepts, les débats ont teinté la suite des événements. En somme, considérant la complexité des facteurs en jeu et de leurs interrelations en santé mentale, les membres du comité consultatif ont retenu essentiellement deux principes devant guider l'action en promotion et prévention en santé mentale : les stratégies et activités doivent viser la « bonne santé mentale » et se situer en amont des problèmes cernés.

- Exercice de sélection des priorités

Pour procéder au choix des priorités, certains critères ont été retenus : l'ampleur du phénomène, la transversalité des actions, l'appui des données probantes et la continuité avec des interventions existantes.

Un autre critère avait fait l'objet de discussions, soit la capacité d'action en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux (faisabilité), mais ce dernier n'a pas explicitement été utilisé. On a aussi écarté certaines problématiques pour lesquelles de nombreuses actions préventives sont déjà mises en œuvre dans la région (suicide, alcool et violence). Ces derniers éléments seront traités dans la partie discussion.

L'étape suivante a consisté à relever cinq priorités pour la région. Dans un premier temps, chaque membre a présenté et expliqué ses cinq choix. Ensuite, collectivement, les membres ont débattu de différentes propositions pour en arriver à dégager cinq priorités auxquelles le groupe a adhéré : 1) la santé psychologique en milieu de travail; 2) les signes et symptômes des états dépressifs et des troubles anxieux; 3) l'isolement social et l'exclusion sociale; 4) les proches aidants des personnes atteintes de troubles mentaux et 5) l'accès au logement social.

Par la suite, au regard des priorités retenues, l'équipe de la DRSP a synthétisé les informations disponibles sur l'ampleur du problème dans la région, les interventions reconnues efficaces ou prometteuses en promotion et en prévention et l'identification des actions existantes sur ces problématiques. Un retour au comité consultatif a permis de définir des actions à développer pour chaque priorité dans le cycle 2009-2015 du prochain PAR-SP ainsi que de préciser les responsabilités respectives des partenaires.

La figure 4 montre que les priorités retenues sont le résultat de l'accord entre les acteurs présents au comité consultatif et que d'autres aspects de la santé mentale des adultes continuent quand même d'être traités par un seul ou deux partenaires. En d'autres termes, il est important de comprendre que l'opération n'a pas la prétention de couvrir l'ensemble des activités réalisées par les trois groupes d'acteurs. Chaque partenaire mène ses interventions en lien avec ses mandats. L'effort collectif consiste, ici, à identifier les priorités communes pour l'action.

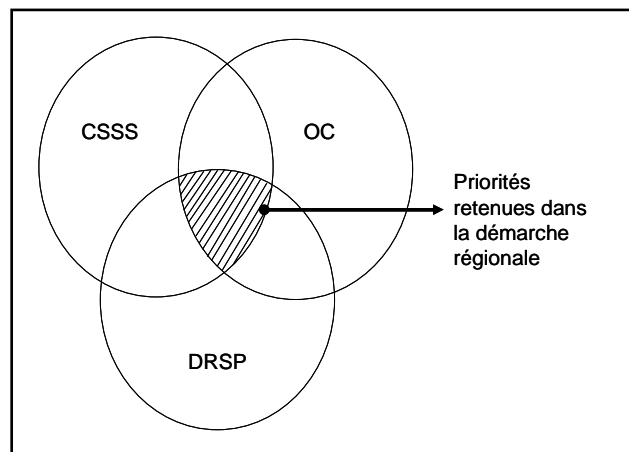


Figure 4 : Intersection des priorités retenues

2. SÉLECTION DES PRIORITÉS

Dans cette section, nous présentons le choix des priorités en expliquant comment chacune des perspectives (la planification sociosanitaire et la coalition) a joué dans cette sélection. Mais avant, il convient de préciser que le processus de sélection des problématiques en a été un d'influence réciproque des acteurs. C'est là tout le jeu de la coalition. Du début à la fin de l'exercice, des alliances se sont formées et des tractations se sont conclues selon le sujet abordé et l'importance que ce dernier revêtait pour chacun. À titre d'exemple, quand il a été question du soutien des proches aidants, il est clair que la représentante de ce type de regroupement a défendu la priorité de cette priorité avec beaucoup d'ardeur. C'était là la raison même de sa présence au groupe. Et il en va de même pour tous les participants.

2.1. Considérations d'ordre théorique

La théorie de Gamson identifie les moyens dont disposent les acteurs pour s'influencer mutuellement afin d'obtenir un avantage. L'auteur les regroupe en sept « atouts » qui jouent de façon variable tout au long des interactions. Fortin et coll. (1994) ont ajouté un huitième paramètre; la liste complète est la suivante :

- 1) les atouts **normatifs** font référence aux idéaux ou aux causes motivant les acteurs;
- 2) les atouts **positionnels** renvoient au statut relié à un poste;
- 3) les atouts **actionneurs de commande** ont trait aux moyens dont dispose un acteur pour intervenir sur les moyens des autres membres;
- 4) les atouts **relationnels** ont à voir avec l'utilisation faite par un acteur de ses liens ou de ses contacts personnels ou professionnels;
- 5) les atouts **matériels** se rapportent aux ressources financières et matérielles dont dispose un acteur;
- 6) les atouts **informationnels** ont trait à l'expertise que possède un acteur dans un domaine particulier ou encore aux informations particulières dont il dispose pour influencer les décisions;
- 7) les atouts **personnels** concernent le charisme individuel de l'acteur;
- 8) le paramètre **mode d'organisation** fait référence aux règles du jeu influençant la situation et le comportement et aux conditions dans lesquelles les coalitions fonctionnent.

Certains atouts de la théorie des coalitions n'ont pas joué directement sur une priorité en particulier mais plutôt sur l'ensemble.

Ainsi, l'atout **positionnel**, qui réfère au statut relié au poste occupé par les membres, n'a pas nécessairement joué sur le choix d'une priorité précise, mais sur le fait que les participants étaient tous des décideurs. Ce facteur a simplifié l'ensemble de la démarche en diminuant les allers-retours. Un peu de la même façon, le facteur **mode d'organisation**, qui établit clairement les règles du jeu, a facilité la fluctuation des coalitions (présence assidue aux rencontres, non-remplacement, respect mutuel, etc.). Un autre atout majeur a été le facteur **informationnel**. En effet, l'expertise partagée par les différents acteurs était diverse et complémentaire, allant de l'expertise plus quantitative reliée à l'ampleur, la prévalence des problèmes et les mesures efficaces détenue par les membres de la DRSP, à une expertise davantage qualitative associée à l'expérience-terrain des acteurs des CSSS et des OC. Ce facteur a particulièrement orienté le choix de la priorité visant à améliorer la connaissance et la surveillance des signes et symptômes des états dépressifs et des troubles anxieux.

Le comité d'orientation a, par l'entremise de ses membres présents au comité consultatif et plus précisément de la gestionnaire responsable de la démarche, fait jouer les atouts **positionnels**, **informationnels** et du **mode d'organisation**. Pour leur part, les autres participants du comité consultatif ont également influencé la démarche avec l'atout **informationnel**. Ces acteurs ont fourni l'expertise de leur réalité-terrain, leur perception des réalités de leur territoire respectif et fait ressortir des différences intrarégionales. Des débats importants ont porté sur les enjeux, les modèles conceptuels touchant la promotion et la prévention et la compréhension des termes utilisés. Certains des partenaires ont formé des alliances afin de s'assurer que les travaux ne s'en tiennent pas qu'aux seules données probantes et de favoriser l'élargissement du débat à la promotion de la santé mentale positive. La diversité de points de vue et des approches a été enrichissante et bénéfique pour l'évolution des travaux. De même, la confiance établie avec les partenaires a facilité la coopération et les expériences concrètes de différents partenaires ont contribué à l'établissement d'un consensus.

De plus, le **mode d'organisation** a aussi joué de façon importante sur la cohésion du comité consultatif, notamment par le nombre réduit de partenaires (neuf), le mode de fonctionnement convenu, la clarification des rôles, des attentes et des intérêts, le type de participation demandé, les présences assidues et l'absence de délégation en cas d'absence ainsi que le leadership de la DRSP.

En revanche, il n'a pas été facile de concilier les différents intérêts et discours. Il est important de comprendre que les participants (qu'il s'agisse des CSSS, des OC ou de la DRSP) n'ont pas constitué un tout homogène du début à la fin de la démarche. Les coalitions se sont formées, dénouées et reformées suivant les différents enjeux et les intérêts des acteurs. Ainsi, les représentants des CSSS ont souvent joué un rôle tampon entre la DRSP, dont ils sont les alliés naturels en matière de promotion et de prévention, et les OC avec lesquels ils travaillent au quotidien sur des projets concrets touchant, par exemple, les aidants naturels, la santé mentale au travail ou le logement social.

2.2. Résultats pour chacune des priorités

Cette section aborde les priorités retenues par le comité consultatif, soit :

- 1) Amélioration de la santé psychologique au travail;
- 2) Amélioration de la connaissance et de la surveillance des signes et symptômes des états dépressifs et des troubles anxieux;
- 3) Prévention de l'isolement social et de l'exclusion sociale;
- 4) Soutien aux proches aidants susceptibles d'être à risque de détresse psychologique, plus particulièrement les proches aidants des personnes atteintes d'un problème de santé mentale;
- 5) Accès au logement social pour ceux qui en ont besoin, plus particulièrement pour les personnes atteintes d'un problème de santé mentale.

Ces priorités reflètent les préoccupations actuelles des principaux acteurs régionaux et locaux en santé mentale et proposent une vision très large de la promotion en santé mentale et de la prévention des troubles mentaux. Il est important de mentionner que ces priorités sont intégrées dans le PAR-SP 2009-2015, dans le domaine d'interventions intitulé *Développement, adaptation et intégration sociale* (DAIS), section Adultes.

Pour chacune des priorités retenues, un tableau synthétique fait état des activités à réaliser, des activités à développer advenant de nouveaux budgets et des contributions attendues des acteurs du réseau de la santé et des partenaires intersectoriels en lien avec les activités à réaliser et celles à développer. Puis, les

deux perspectives qui ont contribué à la sélection de ces priorités sont présentées, soit celle de la planification classique de santé publique et celle de la mobilisation communautaire par les coalitions.

2.2.1. Amélioration de la santé psychologique au travail

Tableau II
Activités à réaliser et contributions attendues des acteurs
pour la priorité « Amélioration de la santé psychologique au travail »

ACTIVITÉS À RÉALISER	CONTRIBUTIONS ATTENDUES DES ACTEURS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES PARTENAIRES INTERSECTORIELS
Priorité 1 : Améliorer la santé psychologique au travail	
Réalisation et évaluation de démarches d'intervention participative concernant les problèmes de santé psychologique d'origine professionnelle dans les milieux de travail demandeurs	Université Laval, CSSS, ASSS/DRSP <ul style="list-style-type: none"> ▸ Soutenir le développement de l'intervention
Activités à développer	
<ul style="list-style-type: none"> • Mise sur pied de cinq projets d'expérimentation et d'évaluation qui concernent la santé psychologique au travail : un projet en milieu communautaire et un projet par territoire de CSSS. 	

Particulièrement pour cette priorité, les deux perspectives ont joué à parts égales. Les données épidémiologiques mettent bien en évidence l'ampleur du problème et l'importance d'agir, tandis que les préoccupations des acteurs allaient unanimement dans le même sens.

En effet, les auteurs s'entendent pour dire que le milieu de travail a un impact important sur la santé mentale des personnes qui y travaillent. Le stress vécu par les travailleurs peut contribuer à exacerber un problème de santé mentale existant ou à développer une nouvelle maladie (Institut de la statistique du Québec, 2008). Ce stress ressenti en milieu de travail peut résulter de divers problèmes : détresse psychologique, anxiété, dépression, épuisement professionnel, consommation abusive de psychotropes et maladies cardiovasculaires (Jané-Llopis et coll., 2005 et Vézina et coll., 2004). Il est reconnu qu'une demande élevée au travail, une faible latitude décisionnelle, des efforts importants de même que le peu de reconnaissance constituent des facteurs de risque pour l'apparition de troubles mentaux (Vézina et coll., 2004).

Au Québec, les problèmes de santé psychologique au travail sont les principaux responsables de l'augmentation de l'absentéisme. D'après les données de 2005, le tiers des travailleurs de la région rapportait un stress quotidien élevé au travail et les femmes sont davantage touchées (38 %) que les hommes (30 %) (Infocentre de santé publique, 2010). Cette différence s'observe particulièrement sur le territoire de Portneuf. À l'échelle des CLSC, c'est la population active du district Haute-Ville-des-Rivières (48 %) qui, en 2003, était la plus stressée quotidiennement au travail. De plus, près de la moitié des femmes (47 %) ont rapporté un manque de latitude décisionnelle au travail, ce qui constitue un des facteurs ayant des effets néfastes sur la santé psychologique. Les jeunes de 15 à 24 ans seraient particulièrement touchés (60 %) (Ferland et Pageau, 2008).

Selon l'Enquête santé Québec (ESQ), entre 1987 et 1998, l'incapacité de travail due à des problèmes de santé psychologique est passée de 7 % à 13 %. De 1992 à 1998, le nombre moyen de journées d'incapacité de travail par personne pour des problèmes de santé psychologique est passé de 7,4 à 24,6 jours par 100 personnes. Entre 1990 et 2001, le nombre de réclamations acceptées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), pour des lésions professionnelles liées au

stress, à l'épuisement professionnel ou à d'autres facteurs d'ordre psychologique, est passé de 530 à 1 082. Les absences pour invalidité de longue durée indemnisées par les assurances privées sont attribuables dans des proportions de 30 % à 50 % à des problèmes de santé psychologique (Université Laval et coll., 2005).

Dans le Programme national de santé publique (2003-2012), les instances de santé publique s'engagent à réaliser des projets d'expérimentation visant la prévention des problèmes de santé mentale en milieu de travail (MSSS, 2008). Ces projets s'accompagneront de formation aux intervenants en santé au travail sur les outils disponibles pour évaluer les situations à risque. Le développement d'indicateurs sur la santé mentale des travailleurs est en cours avec l'Étude québécoise des conditions de travail, d'emploi et de santé et sécurité du travail (MSSS, 2008).

Selon l'INSPQ, bien que les approches individuelles axées sur la gestion du stress aient fait davantage leurs preuves que les approches organisationnelles visant la diminution de facteurs pathogènes et l'augmentation des facteurs de protection liés à l'organisation, il semble que les interventions jumelant les deux approches soient les plus prometteuses (Michie et coll., 2004).

Ainsi, d'après l'INSPQ et la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations, les actions prometteuses pour promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux en milieu de travail peuvent se regrouper sous deux approches, soit individuelle et organisationnelle.

Les **approches individuelles** ont principalement comme objectifs d'améliorer les capacités des personnes à s'adapter aux situations et à mieux gérer leur stress, telles que les actions et interactions suivantes :

- actions visant la gestion du stress¹;
- approche cognitive-comportementale²;
- interventions y compris une composante de relaxation;
- interventions à multiples composantes (ex. : gestion du stress, relaxation, activité physique, musique, éducation);
- actions offrant du soutien social;
- jumelage des approches individuelles (thérapie cognitive-comportementale) avec des sessions de groupe (gestion du stress, relaxation, etc.);
- programme de développement des habiletés;
- activités de sensibilisation.

Les **approches organisationnelles** (Programme d'aide aux organisations [PAO]) visent la diminution des facteurs pathogènes et l'augmentation des facteurs de protection reliés à l'organisation; il s'agit des actions suivantes :

- actions visant à augmenter le soutien et la rétroaction des gestionnaires auprès des employés (tenir régulièrement des réunions d'équipe, procéder à une évaluation du personnel, reconnaître le travail réalisé, inclure les travailleurs dans le cheminement de carrière);
- actions visant à augmenter la participation des employés à la prise de décision et à la résolution de problèmes;
- actions visant à augmenter la communication dans l'organisation;
- établissement des horaires de travail flexible;
- amélioration des conditions physiques de travail.

¹ Ces interventions se font entre autres via le Programme d'aide aux employés (PAE).

² *Ibid.*

Sous l'angle de la théorie des coalitions, l'atout **normatif**, qui consiste en la conviction de l'importance du problème et de la pertinence d'agir, a certes été déterminant dans le choix unanime et spontané de la priorité visant à améliorer la santé psychologique au travail. Très peu de discussions ont porté sur ce thème, chacun des participants ayant des expériences récentes de partenariats et des projets en incubation reliés à la santé mentale au travail. De plus, on sait que le réseau de la santé et des services sociaux est durement touché par l'absentéisme au travail et le roulement de son personnel. Une récente étude de la DRSP auprès du personnel des organismes communautaires a également constaté ce phénomène (Laliberté et coll., 2007).

2.2.2. Amélioration de la connaissance et de la surveillance des signes et symptômes des états dépressifs et des troubles anxieux

Tableau III
Activités à réaliser et contributions attendues des acteurs
pour la priorité « Amélioration de la connaissance et la surveillance
des signes et symptômes des états dépressifs et des troubles anxieux »

ACTIVITÉS À RÉALISER	CONTRIBUTIONS ATTENDUES DES ACTEURS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES PARTENAIRES INTERSECTORIELS
Priorité 2 : Améliorer la connaissance et la surveillance des signes et symptômes des états dépressifs et des troubles anxieux	
Activités offertes pour améliorer la connaissance et la reconnaissance des signes et symptômes de la dépression et des troubles anxieux par des actions visant l'amélioration de la littératie en santé mentale	ASSS/DRSP <ul style="list-style-type: none"> • Concevoir et réaliser une campagne de promotion auprès des praticiens (détection et prise en charge des cas); soutenir les activités de l'ACSM CSSS <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir l'élaboration et la diffusion des outils pour les praticiens ACSM <ul style="list-style-type: none"> • Assurer la responsabilité de la Semaine nationale de la santé mentale; faire des conférences et des activités de sensibilisation sur la bonne santé mentale; animer des kiosques d'information; fournir des services d'aide et d'information en santé mentale
Activités à développer	
<ul style="list-style-type: none"> • Expérimentation et évaluation d'un projet-pilote visant l'augmentation de la littératie en santé mentale • Formation des intervenants pour favoriser la détection précoce 	

La perspective de planification sociosanitaire a suffi pour soutenir la pertinence de retenir cette priorité. La prévalence de la dépression majeure et des troubles anxieux est importante. Dans les pays industrialisés, ces troubles touchent entre 11 % et 17 % de la population. Les femmes en sont davantage touchées que les hommes. Dans les pays développés, la dépression majeure serait le problème de santé ayant le plus lourd fardeau social. Au Québec, en 2002, 5 % de la population de 15 ans et plus déclarait avoir souffert d'un épisode dépressif majeur (3,6 % chez les hommes et 6,0 % chez les femmes) (Statistique Canada, 2007).

Cette priorité sera abordée de deux façons :

- 1) par des interventions visant l'augmentation de l'empowerment chez les individus (littératie);
- 2) par des interventions visant davantage les intervenants (pratiques cliniques préventives [PCP]).

Par des interventions visant l'augmentation de l'empowerment chez les individus (littératie)

L'importance de connaître et de reconnaître les signes et les symptômes des états dépressifs et des troubles anxieux est largement démontrée dans la littérature. On appelle « littératie » en santé l'importance pour les individus d'obtenir, de traiter et de comprendre les informations afin de favoriser, de conserver et

d'améliorer leur santé dans divers contextes (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2007a). Il semble que la littératie en santé mentale des jeunes, et plus particulièrement de jeunes hommes, serait moins élevée que celle des femmes. D'ailleurs, une étude australienne auprès de jeunes hommes âgés de 12 à 25 ans démontre que ceux-ci ont moins d'habiletés à reconnaître les symptômes associés à la dépression et qu'ils sont plus enclins à choisir l'alcool comme traitement (Cotton et coll., 2006).

On estime que 60 % des adultes canadiens (16 ans et plus) sont incapables d'obtenir des renseignements et des services de santé, de les comprendre, d'agir en conséquence et de prendre eux-mêmes les décisions appropriées relatives à leur santé (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2007b).

Il existe une échelle qui mesure le degré de littératie. Cette échelle comporte 6 niveaux allant du niveau 0 (faible) au niveau 5 (élevé). La majorité des Québécois (41 %) de 16 à 65 ans se situent au niveau 2 (faible compétence) de l'échelle de littératie en santé (voir l'annexe 3). Les personnes qui n'ont pas d'emploi et qui n'étudient pas sont désavantagées sur le plan des compétences en littératie de la santé (Institut de la statistique du Québec, 2007a).

Une faible compétence en lecture est un des éléments associés à la littératie pouvant entraîner une utilisation moindre des services de prévention et moins de demandes pour des soins de santé. Certains groupes de la population semblent davantage prédisposés à posséder un niveau inférieur de littératie en santé : personnes âgées, nouveaux immigrants et prestataires de l'aide sociale (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2007b; Baker et coll., 2007 et Sudore et coll., 2006). Les adultes âgés ayant un niveau insuffisant ou faible de littératie en santé avaient un taux de mortalité plus élevé, sur une période de cinq ans, que ceux qui possédaient des compétences suffisantes (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2007a).

Il semble qu'une faible scolarité corresponde à une moins bonne compétence en lecture. Même si le niveau de scolarité de la population de la région de la Capitale-Nationale est supérieur à celui de l'ensemble du Québec, certains districts de CLSC se démarquent de façon plus négative. Ainsi, la proportion des 15 à 24 ans ne fréquentant pas l'école est élevée dans les districts Basse-Ville–Limoilou–Vanier et de la Jacques-Cartier (Ferland et Pageau, 2008).

Selon l'INSPQ, des campagnes sociétales de communication permettraient 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 ainsi que l'amélioration de la perception de la population par rapport à l'efficacité des services professionnels et même des approches pharmaceutiques (INSPQ, 2008). Les activités les plus prometteuses en littératie sont :

- 1) l'information à la population sur les troubles mentaux, particulièrement sur la dépression de même que sur l'efficacité et l'accessibilité des traitements;
- 2) l'élaboration d'une stratégie nationale en santé mentale et la réalisation d'une campagne sur la dépression à l'exemple des Australiens (National Mental Health Strategy et the BeyondBlue : the National Depression Initiative)³;
- 3) L'utilisation de sites Internet : l'un offrant de l'information sur la dépression (BluePages)⁴ et l'autre proposant une thérapie cognitive comportementale selon une approche interactive (MoodGYM)⁵.

3. Voir le site Internet à l'adresse www.beyondblue.org.au.

4. Voir le site Internet à l'adresse www.bluepages.anu.edu.au.

5. Voir le site Internet à l'adresse www.moodgym.anu.edu.au.

Par des interventions visant davantage les intervenants (PCP)

Il s'agit, dans ce cas, de mettre sur pied des interventions visant à développer les aptitudes des intervenants de première ligne à détecter précocement les états dépressifs et les troubles anxieux. La DRSP joue un rôle important dans la formation des professionnels de la santé dans cette détection précoce, notamment sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale. De plus, la DRSP soutient l'élaboration et la diffusion des outils pour les praticiens de l'ensemble du territoire de la Capitale-Nationale.

Sous l'angle de la théorie des coalitions, ce thème a principalement été promu par la DRSP qui a fait valoir l'atout **informationnel**, à savoir : l'ampleur du problème en ce qui touche la fréquence et la gravité. De plus, cette problématique offre, selon la DRSP, deux prises d'angle eu égard à l'intervention. Une première consiste à améliorer la connaissance et la surveillance des signes et symptômes des états dépressifs et des troubles anxieux auprès de la population en augmentant le niveau de littératie et une seconde permet de joindre les professionnels de la santé en favorisant chez eux les pratiques cliniques préventives. Dans ce dernier cas, il s'agit d'inciter les praticiens à faire de l'enseignement auprès de leurs patients pour qu'ils reconnaissent les signes et symptômes.

Il s'agit de la seule priorité parmi celles retenues où la DRSP peut se voir porteur du dossier. Des partenaires ont contesté le choix de cette problématique avançant que les actions possibles sur la dépression et les troubles anxieux ne relevaient pas nécessairement du domaine de la promotion ni de la prévention (du moins primaire). Toutefois, ils ont finalement convenu de l'importance du problème et qu'il était possible d'agir en amont, c'est-à-dire avant d'atteindre le stade de dépression majeure, ce qui a fait consensus.

2.2.3. Prévention de l'isolement social et de l'exclusion sociale

Tableau IV
Activités à réaliser et contributions attendues des acteurs
pour la priorité « Prévention de l'isolement social et de l'exclusion sociale »

ACTIVITÉS À RÉALISER	CONTRIBUTIONS ATTENDUES DES ACTEURS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES PARTENAIRES INTERSECTORIELS
Priorité 3 : Prévenir l'isolement social et l'exclusion sociale	
Activités pour contrer l'isolement social	OC : <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre le programme « Apprivoiser sa solitude »; poursuivre la Semaine nationale de la santé mentale (ACSM); poursuivre les activités du groupe AutonHommie ASSS/DRSP et CSSS : • Soutenir une démarche de mobilisation des acteurs concernés par l'isolement social
Activités à développer	
<ul style="list-style-type: none"> • Implantation et évaluation d'un projet de développement d'une communauté visant la participation sociale des individus. 	

Pour cette priorité, le choix repose davantage sur la coalition que sur les données épidémiologiques. On note tout de même que, dans la littérature, l'isolement social et l'exclusion sociale peuvent être abordés par l'entremise du concept de *capital social* qui inclut le sentiment d'appartenance, le degré de cohésion qui existe entre un individu et sa communauté, la confiance entre les gens vivant dans une même collectivité et la volonté de construire un bien commun. Il est démontré qu'un niveau élevé de capital social conduit à une meilleure santé de la population. Par contre, seules les données concernant le sentiment d'appartenance sont actuellement disponibles.

Au Québec, en 2005, 12 % de la population n'éprouvait pas de sentiment d'appartenance à sa communauté. Dans la région de la Capitale-Nationale, cette proportion diminue à 9 %. Localement, c'est dans le territoire du CSSS de Charlevoix que ce pourcentage est le plus faible (3 % en 2003) alors qu'il est de 12 % dans les districts Basse-Ville–Limoilou–Vanier et La Source. Quant à la participation sociale, mentionnons que dans la région de la Capitale-Nationale, environ une personne sur quatre de 12 ans et plus était membre, en 2003, d'un organisme ou d'une association à but non lucratif. Les résidents du territoire du CSSS de Portneuf sont ceux qui s'impliquent davantage dans leur communauté (30 %) (Ferland et Pageau, 2008).

L'isolement social est une condition objective qui suppose qu'un individu a peu de contacts avec d'autres personnes. Des mesures objectives de l'isolement social sont entre autres : le célibat ou le veuvage, le réseau social limité et le fait de vivre seul. La solitude est une condition subjective. Elle se compose d'émotions négatives associées à la perception de l'isolement social ou à un plus petit nombre de contacts que désiré. Conséquemment, les personnes isolées socialement ne souffriront pas nécessairement de solitude (Wenger et coll., 1996).

Les personnes qui subissent principalement l'isolement social et l'exclusion sociale sont les personnes à faible revenu, les familles monoparentales, les personnes immigrantes, les personnes âgées et les itinérants. Un inventaire réalisé en 2007 révèle que les OC sont très actifs auprès de ces sous-populations.

Le principal lien entre la solitude et la maladie mentale semble être le risque chez les personnes isolées de devenir dépressives. Il semble exister une relation significative entre l'isolement social et l'apparition de désordres mentaux. Un auteur affirme que cette relation est plus marquée lorsque l'isolement se développe tard dans la vie (Wenger, 1996).

L'isolement et la solitude ont tous les deux été associés au sexe féminin, mais cette relation est largement due au fait que les femmes sont plus susceptibles de vivre le veuvage et de vivre seules que les hommes. Toutefois, une étude a montré que les hommes vivent davantage de solitude que les femmes (Wenger et coll., 1996).

Le nombre de personnes âgées de 15 ans et plus vivant seules est en augmentation, tant au Québec que dans la région. Entre 1986 et 2001, dans la Capitale-Nationale, ce nombre est passé de 10 % à 18 %. Ce phénomène concerne davantage les femmes (20 %) que les hommes (16 %). À l'échelle locale, les districts Basse-Ville–Limoilou–Vanier (32 %) et Haute-Ville–des-Rivières (27 %) présentent les plus fortes proportions de personnes vivant seules. La solitude peut représenter un choix et se vivre sereinement. Par contre, il est reconnu que le fait de vivre seul peut entraîner des conséquences négatives sur l'état de santé et le bien-être. La solitude subie à la suite d'une rupture ou d'un deuil peut mener à l'isolement. Mentionnons qu'en 2001, chez le groupe d'âge des 45 à 64 ans, 15 % des personnes étaient séparées ou divorcées (Ferland et Pageau, 2008).

Concernant le soutien social, sur le plan régional, on remarque, entre 2000-2001 et en 2005, une augmentation de la déclaration d'un faible soutien social variant de 13 % à 16 %. Au regard des sexes, ce sont plutôt les hommes (17 %) que les femmes (14 %) qui rapportent un soutien social moins élevé. De plus, le niveau de soutien social diminue à mesure que l'âge augmente (Wenger et coll., 1996).

Quant aux familles monoparentales, notons que cette réalité est, elle aussi, en progression. En 2007, dans notre région, une proportion de 22 % de familles avec enfants de moins de 18 ans avaient un seul parent. La monoparentalité est surreprésentée dans le district Basse-Ville–Limoilou–Vanier, où elle touche 43 % des familles (Ferland et Pageau, 2008).

Selon l'avis scientifique de l'INSPQ, dans une perspective de santé mentale, le soutien au développement des communautés contribue également à augmenter le capital social des collectivités. Les experts en promotion de la santé mentale misent de plus en plus sur l'importance du capital social et les approches communautaires (INSPQ, 2008). En ce sens, les actions prometteuses pour soutenir le développement des communautés sont :

- 1) le développement d'une communauté visant l'amélioration des conditions de vie en milieu défavorisé;
- 2) l'approche communautaire qui assure la participation des leaders locaux et des citoyens à la recherche de solutions par rapport au problème de la violence.

Ces deux éléments pourraient être adaptés au problème d'isolement social. Selon la revue de littérature sur la participation sociale des aînés, l'INSPQ (2008) propose un éventail d'actions, que nous transposons au champ de la santé mentale; il s'agit des actions suivantes :

- 1) interventions de proximité pour faciliter l'accès aux services;
- 2) milieux de vie (centres de jour en santé mentale pour les femmes, maisons de jeunes et de la famille);
- 3) projets de nature récréative, sportive ou socioculturelle;
- 4) groupes de soutien et d'entraide;
- 5) actions sociales.

L'avis de l'INSPQ rapporte l'exemple de deux projets prometteurs. Le premier, le *Beacon Project*, est un projet de développement des communautés visant l'amélioration des conditions de vie des habitants d'un quartier pauvre de l'Angleterre (Duggan, 2007). Le second, le *Communities that Care*, est un projet qui a pour but de soutenir les communautés afin de mettre en place un système de prévention de la violence (Hawkins et coll., 2002). L'approche favorise la participation des leaders locaux et privilégie la collaboration entre les secteurs.

Dans le choix de cette priorité, l'atout **informationnel** a joué un rôle majeur. Les groupes communautaires ont fait valoir leurs expertises-terrains (données perceptuelles) pour défendre cette priorité qu'ils ont appuyée par la suite par certaines données statistiques (nombre de personnes seules et de familles monoparentales). Tous les participants ont déjà des préoccupations et des actions concrètes face à cette priorité. Les coalitions ont tendance à se former autour du type de clientèle à rejoindre, soit la population en général (DRSP et certains groupes communautaires) et les personnes atteintes (CSSS et d'autres groupes communautaires) mais le choix de la priorité fait l'unanimité. Il reste à s'entendre sur un thème commun à l'intérieur de l'isolement social et de l'exclusion sociale, et sur une même clientèle.

2.2.4. Soutien aux proches aidants susceptibles d'être à risque de détresse psychologique, plus particulièrement les proches aidants des personnes atteintes d'un problème de santé mentale

Tableau V
Activités à réaliser et contributions attendues des acteurs
pour la priorité « Soutien aux proches aidants susceptibles
d'être à risque de détresse psychologique, plus particulièrement
les proches aidants des personnes atteintes d'un problème de santé mentale »

ACTIVITÉS À RÉALISER	CONTRIBUTIONS ATTENDUES DES ACTEURS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES PARTENAIRES INTERSECTORIELS
Priorité 4 : Soutenir les proches aidants susceptibles d'être à risque de détresse psychologique, plus particulièrement les proches aidants des personnes atteintes de problèmes de santé mentale	
Activités visant le soutien d'aide aux proches aidants de personnes atteintes d'un problème de santé mentale	ASSS/DRSP : <ul style="list-style-type: none"> • Diffuser les connaissances sur les conditions favorables pour améliorer le soutien aux proches aidants; soutenir les activités CSSS <ul style="list-style-type: none"> • Concevoir en partenariat des mesures de soutien aux proches aidants de personnes atteintes de troubles mentaux et les mettre en application; référer aux OC OC <ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser, informer et former les proches aidants, et intervenir auprès d'eux
Activités à développer	
<ul style="list-style-type: none"> • Développement d'une activité de recherche pour documenter les besoins des proches aidants et établir les actions requises. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Élargissement du soutien aux proches aidants de personnes vivant des difficultés diverses (déficiences intellectuelles, déficiences physiques, de santé mentale, liées au vieillissement, etc.). 	

La priorité des proches aidants a été retenue principalement grâce au jeu des coalitions. Néanmoins, selon l'angle des données quantitatives, des études ont démontré que les aidants prodiguant des soins à des personnes en perte d'autonomie ou malades courent davantage de risques de présenter des problèmes de santé physique ou mentale, d'isolement, d'impuissance et de problèmes financiers. Ces personnes sont susceptibles de se retrouver en situation de stress élevé. Plusieurs aidants ressentent, eux aussi, le besoin de soutien psychologique et d'aide concrète qui pourrait alléger leur fardeau (INSPQ et coll., 2008).

Une enquête sur la santé mentale des Montréalais, réalisée en 2002 par la Direction de santé publique de Montréal, révélait que près d'une personne sur cinq était l'aidant d'un proche présentant des problèmes de santé mentale. L'enquête dénonce l'insuffisance et l'inadéquation des ressources de soutien pour cette population. D'importants constats sont issus de cette recherche, le plus marquant étant que la majorité des aidants ne reçoivent pas de services alors que la moitié d'entre eux aimeraient en recevoir, mais n'y ont pas accès. Conséquemment, les instances concernées par cette question recommandaient que le MSSS et les agences de santé reconnaissent les membres de l'entourage comme des acteurs-clés dans le rétablissement en santé mentale, que ceux-ci ont des besoins précis et qu'ils doivent être considérés comme une clientèle à desservir.

La question des besoins particuliers des proches aidants représente une problématique d'intérêt d'autant plus que plusieurs recherches ont caractérisé leur importance. En effet, un rapport de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM), publié en 2001, dénonçait la situation difficile des membres de l'entourage dans un contexte où les hospitalisations sont moins fréquentes et de courte durée, où les ressources humaines et financières sont en pénurie ainsi que le peu de reconnaissance de l'expertise et le manque de financement des organismes communautaires œuvrant auprès de cette population.

Une autre recherche réalisée en collaboration avec la FFAPAMM (Provencher et coll., 2001) a démontré que la détresse émotionnelle des familles dont un proche souffre de maladie mentale est trois fois plus élevée que celle de la population générale. Par ailleurs, une majorité des membres de l'entourage d'une personne atteinte voient des répercussions importantes dans leur vie quotidienne, se sentent stressés et expriment un sentiment de découragement. Leur santé, tant physique que psychologique, s'en trouve directement menacée. De plus, Carrière et coll. (2007) rapportent que les proches se sentent peu soutenus au moment de crise ou de détresse et qu'ils ont peu d'information sur les ressources d'aide.

Selon le Cercle Polaire, un organisme de la région venant en aide aux proches de personnes atteintes d'un problème de santé mentale, si on considère que 4 % de la population est atteinte d'un trouble affectif bipolaire et 1 % de schizophrénie, on parle de 35 000 personnes atteintes. En calculant qu'au moins deux proches sont touchés par la maladie, on estime à 70 000 le nombre total de personnes vivant des répercussions importantes de la maladie mentale, ce qui demeure somme toute très conservateur.

D'après l'INSPQ (2008), les aidants qui fournissent des soins aux personnes qui souffrent de démence ou de schizophrénie vivent plus de détresse psychologique et portent un fardeau plus lourd que les autres aidants en général. Il existe, par contre, une littérature intéressante sur le soutien apporté par les aidants naturels aux personnes âgées. En 2001, dans la région de la Capitale-Nationale, plus de 91 000 personnes ont consacré du temps non rémunéré à donner des soins ou de l'aide à des personnes âgées de 65 ans et plus. Cela représente 17 % de la population (Ferland et Pageau, 2008). Il s'agit le plus souvent de femmes, tel que révélé dans une étude canadienne regroupant les 45-54 ans qui en comptait 75 %. Par groupe d'âge, environ 24 % des 45 à 54 ans viennent en aide à des personnes âgées (Cranswick, 2003).

D'après une étude réalisée auprès d'aidants de la Montérégie, des proportions importantes de proches aidants de personnes âgées présentent des problèmes de santé physique et mentale supérieurs aux proportions des Montérégiens des mêmes groupes d'âge. D'après cette étude, le quart des aidants perçoivent leur santé mentale comme étant moyenne (21,3 %) ou comme étant mauvaise (3,2 %). Les aidants de 45 à 64 ans se percevant en moyenne ou mauvaise santé mentale est de 25 % comparativement à 7 % pour les Montérégiens du même groupe d'âge. Ces données semblent confirmer le moins bon état de santé mentale des proches aidants par rapport à la population générale (Viens et coll., 2005).

Plusieurs études indiquent que les tâches associées au rôle d'aidant peuvent avoir des répercussions sur la santé et le bien-être des personnes. On rapporte que le niveau de stress et les symptômes de dépression sont plus élevés chez les aidants naturels que chez les non-aidants, particulièrement pour les proches dont la personne est atteinte de démence. D'autres sous-groupes d'aidants sont plus à risque de souffrir de problèmes émotionnels : des aidants ressentant un fardeau associé à la tâche, des aidants donnant des services aux usagers, des épouses plutôt que des époux et des époux plutôt que des enfants (Viens et coll., 2005).

Par ailleurs, les aidants qui sont isolés, qui présentent une santé physique précaire et ceux dont les stratégies d'adaptation sont inadéquates sont plus à risque de morbidité mentale. Les besoins les plus souvent relevés chez les aidants âgés de 45 à 64 ans concernent l'aide occasionnelle et le partage des responsabilités dans 51 % des cas (Viens et coll., 2005).

Selon l'INSPQ (2008), les actions prometteuses pour les proches de personnes ayant un problème de santé mentale sont les interventions de longue durée offrant de l'information aux proches à propos de la maladie, et ce, dans un contexte soutenant. Les actions pour les proches aidants de personnes âgées sont des interventions individuelles structurées (enseignement des habiletés de résolution de problèmes) offrant un soutien à long terme adapté aux besoins des aidants et des aidés.

Cependant, les résultats sur l'efficacité des interventions étant mitigés, il semble nécessaire que des travaux de recherche supplémentaires avec des suivis prolongés soient réalisés (INSPQ et coll., 2008).

Dans ce cas-ci, selon la théorie des coalitions, la représentante du Cercle Polaire s'est appuyée sur des atouts **positionnel** et **relationnel**. Il faut rappeler que cette partenaire représentait également les quatre groupes de parents, amis et proches des personnes atteintes. De leur côté, les CSSS sont très sensibles au rôle complémentaire que jouent les aidants dans la prestation de services. Ils perçoivent également leur fragilité, car plusieurs intervenants en comptent parmi leur clientèle. Quant à la DRSP, elle possède déjà une bonne connaissance de la problématique des aidants naturels et des facteurs de risque auxquels ils sont confrontés. Notons, à titre d'exemple, les résultats d'une étude menée en 2007 sur les services de santé mentale dans la région de la Capitale-Nationale (Carrière et coll., 2007). Il faut aussi mentionner que la priorité des proches aidants recoupe d'une certaine façon la priorité de l'isolement social et de l'exclusion sociale. Bref, le ralliement autour de la priorité des proches aidants a été relativement spontané.

2.2.5. Accès au logement social pour ceux qui en ont besoin, plus particulièrement pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale

Tableau VI
Activités à réaliser et contributions attendues des acteurs pour la priorité
« Accès au logement social »

ACTIVITÉS À RÉALISER	CONTRIBUTIONS ATTENDUES DES ACTEURS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES PARTENAIRES INTERSECTORIELS
Priorité 5 : Favoriser l'accès au logement social pour ceux qui en ont besoin, plus particulièrement pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale	
Activités favorisant l'accès au logement social pour les personnes atteintes d'un problème de santé mentale	OC, CSSS : <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre les activités du programme intersectoriel « Clé en main » de soutien au logement et l'étendre à d'autres secteurs; poursuivre l'enquête amorcée ASSS/DRSP, FECHAQC, FROHQC : <ul style="list-style-type: none"> • Appuyer les activités
Activités à développer	
<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place, avec l'équipe Pauvreté et développement des communautés de la DRSP, d'une concertation régionale intersectorielle pour favoriser le logement social • Sensibilisation de la population à l'importance du logement dans le maintien d'une bonne santé mentale 	

Comme pour la priorité précédente, c'est une coalition entre les acteurs des CSSS et des OC qui a joué principalement en faveur de la sélection de cette priorité. Plusieurs auteurs s'entendent sur le fait que la question du logement social est éminemment une question de santé publique parce que le logement est un déterminant de la santé (Romdhane, 2004; Shaw, 2004 et Krieger et coll., 2002). En ce sens, une étude récente réalisée par la DRSP le confirme (Caron, 2008). L'accès au logement social doit être considéré comme un des besoins fondamentaux de l'être humain en assurant sa sécurité physique et en fournissant un milieu de vie satisfaisant. Cette étude mentionne, entre autres, que le taux d'inoccupation était de moins de 1 % dans la région de la Capitale-Nationale en 2003, ce qui entraîne une augmentation du coût du logement et obligerait 36 % des ménages locataires à consacrer plus de 30 % de leur revenu pour se loger (Institut de la statistique du Québec, 2007c).

Bien qu'il s'agisse d'une dimension qui requiert nécessairement une approche intersectorielle regroupant divers partenaires dont les organismes à but non lucratif, l'Office municipal d'habitations et les coopératives, on reconnaît dans le PNSP 2003-2012 cette réalité en s'intéressant à l'accès à des milieux de vie favorables à la santé. Depuis maintenant près de dix ans, l'ASSS de la Capitale-Nationale, dans le

cadre de ses travaux sur la transformation des services de santé mentale, suscite, active et soutient la concertation intersectorielle en lien avec le développement et l'accès au logement à l'intention des personnes ayant un problème de santé mentale.

L'implication des intervenants de la santé publique, peu importe où ils se situent dans le réseau, en est une de diffusion de l'information pertinente à la population et aux principaux partenaires préoccupés par la problématique du logement social. La DRSP, plus spécifiquement, est interpellée par son équipe Surveillance et son équipe Pauvreté, développement social et des communautés en appuyant la mise en place d'une concertation régionale pour favoriser la création de logements sociaux.

Les résultats de l'étude de la DRSP, quant aux multiples formes concrètes que peuvent revêtir les différentes actions relatives au logement social, sont les suivantes (Shaw, 2004 dans Caron, 2008) :

- production de données populationnelles;
- transfert de connaissances par la formation et l'information;
- appui aux demandes du secteur de l'habitation sociale;
- représentation auprès des décideurs.

Cette priorité a été retenue à la toute fin de l'exercice consacrant une alliance déjà en cours entre divers organismes dont un CSSS et un OC présents au comité consultatif. En effet, sous le leadership du programme Clé en main, dix autres organismes se sont réunis pour promouvoir auprès des ministères concernés la pertinence clinique, sociale et économique du Programme de supplément au loyer (PSL). Cette coalition regroupe : l'AGIR, PECH, La Boussole, Le Regroupement des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale, l'APUR, les CSSS de la Vieille-Capitale, de Québec-Nord et de Portneuf, la Fédération régionale des organismes à but non lucratif en habitation de Québec – Chaudière-Appalaches (FROHQC), le Comité des usagers de la Vieille-Capitale et la Fédération des coopératives d'habitation de Québec Chaudière-Appalaches (FÉCHAQC). Nul doute que le poids de cette coalition externe, bien représentée au comité consultatif, a influencé le choix de la priorité du logement social.

DISCUSSION

À la suite des commentaires et suggestions émis lors de la consultation sur le PAR en 2004, une démarche régionale a été entreprise en promotion et en prévention de la santé mentale. Outre l'identification des priorités d'action en promotion et en prévention de la santé mentale de jeunes adultes et des adultes, les résultats de cette démarche devaient influencer la mise à jour du PAR en 2008 et s'appuyer sur un consensus avec les partenaires. Les objectifs de ce rapport visaient à rendre compte de la démarche régionale, à décrire les priorités retenues et à les justifier et à mettre en lumière la contribution de la mobilisation communautaire pour la promotion et de la prévention en santé mentale.

Un comité d'orientation interne à la DRSP a d'abord été mis sur pied pour définir la direction et les balises de la démarche. Une fois les grandes orientations définies, un comité consultatif rassemblant des partenaires majeurs en santé mentale a été formé.

La principale force de la démarche régionale est sûrement d'être passée d'un Plan d'action de santé mentale de la DRSP à un Plan d'action régional de santé mentale. Au lieu de refléter uniquement les préoccupations de la DRSP, le plan d'action a rejoint les intérêts des principaux acteurs en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux, soit les CSSS et des OC. Le fait de concentrer les discussions sur un objet précis, intéressant l'ensemble des partenaires, a permis de créer une mobilisation de ceux-ci et faciliter la démarche de même que celles à venir. D'autres acteurs auraient pu se joindre à la démarche comme les médecins en cabinet, mais nous avons préféré nous en tenir qu'aux intervenants qui avaient participé à la consultation de 2004.

C'est dans une perspective d'alliance et de coalitions que les travaux du comité consultatif se sont réalisés. Au-delà de la démarche de sélection de priorités, comme habituellement pratiquée à l'intérieur d'une planification sociosanitaire classique (ampleur du problème, interventions efficaces et réalisables), différents atouts sont entrés en jeu selon les thèmes abordés. Tantôt, la conviction de la pertinence d'une priorité a davantage joué, tantôt l'expertise-terrain a prévalu, tantôt encore le statut professionnel des participants et le mode d'organisation, sans avoir directement concouru au choix d'une priorité, ont facilité les discussions amenant à ce choix.

Il convient ici de revenir brièvement sur le choix de la théorie des coalitions au détriment des autres méthodes de mobilisation communautaire. Comme mentionné plus haut, l'avantage de la théorie des coalitions est de mettre l'accent sur les alliances et les jeux d'influence eu égard aux prises de décision. En fait, tous les partenaires y trouvent leur compte parce que le pouvoir de décider est forcément partagé à un moment ou à un autre. C'est ce qui en fait sa principale force. Il ne s'agit pas d'un simple partage de connaissances et de croyances, comme la communauté de pratique, pour faire progresser la science, mais bien de créer des alliances dans le but d'obtenir un avantage et aussi, parfois, de consentir à un compromis, quitte à retarder un gain éventuel.

Il est clair que l'accent mis autant sur le processus que sur les résultats à atteindre a facilité la démarche : les enjeux ont été discutés en profondeur et les intérêts de chacun ont été franchement exprimés. Cet exercice n'aurait pu se réaliser sans une volonté de tenir compte des objectifs de chacun. Une communication franche et ouverte a certainement contribué à faire de cette démarche, un succès. Le processus, à l'intérieur duquel les partenaires avaient la perception que l'influence et les avantages étaient partagés entre eux, a permis de retenir cinq priorités à développer suivant les ressources humaines et financières disponibles.

Du côté des limites, on ne peut passer sous silence l'absence de partenaires d'autres secteurs que la santé. Comme les déterminants de la santé relèvent de sphères qui débordent largement le domaine de la santé, l'action intersectorielle demeure à établir. Les milieux municipal (logement, loisir, etc.), scolaire (jeunes adultes) et du travail devront être interpellés. De même, de nouvelles approches sont en cours d'implantation sur certains territoires, comme le développement des communautés et l'approche territoriale intégrée, et il serait important de voir comment ces perspectives pourraient contribuer à l'opérationnalisation des priorités en santé mentale.

Il convient aussi de rappeler qu'à l'origine, le PAR-SM devait s'adresser aux jeunes adultes (15 à 18 ans). Après discussion, il a été convenu d'abandonner cette portion de la population. D'une part, quand il est question de promotion et de prévention, il faut considérer la grande quantité de services de périnatalité (Services intégrés en périnatalité et en petite enfance – SIPPE, Œufs, lait, jus d'orange – OLO, etc.) et de petite enfance qui rejoignent aussi les parents et les jeunes parents. Il s'agit d'actions qui se situent précisément en amont des problèmes. D'autre part, il existe déjà en jeunesse une panoplie de services préventifs : « Les adolescents, quant à eux, sont probablement les jeunes qui reçoivent la part la plus grande de l'offre de santé publique » (ASSS, 2009). D'autre part, parce que compte tenu du découpage des programmes de santé et de services sociaux, s'adresser à ce groupe aurait nécessité la présence de beaucoup plus d'intervenants autour de la table.

Un peu dans le même sens, certaines priorités, quoique très pertinentes, ont été écartées de la démarche en cours de processus. Il s'agit des interventions visant la prévention du suicide, des dépendances (alcool, drogue) et de la violence. Ces priorités figurent déjà ailleurs dans le PAR. Quand à la démarche qui nous incombait, elle devait se caractériser par une attention nouvelle à différentes problématiques sociales (DRSP, 2009). Pour ce qui est de la dépendance au jeu, il s'agit d'un problème en émergence que le comité n'a pas jugé bon de retenir pour le moment, bien que différentes actions de sensibilisation se soient implantées dans la région.

Le dernier critère pouvant se prêter à la critique est le refus de prendre systématiquement en compte le critère de l'efficacité dans la sélection des priorités. Les participants, et plus particulièrement les OC, ont suggéré de fonctionner par consensus. Les arguments avancés étaient les suivants : tout ce qui se fait n'est pas nécessairement démontrable sur le plan de l'efficacité; le choix des critères et les méthodes servant à évaluer l'efficacité ne sont pas neutres; ce n'est pas parce qu'une intervention n'a pas fait l'objet d'études pour en démontrer l'efficacité qu'elle ne l'est pas. Enfin, les partenaires se sont ralliés et ont décidé de ne pas considérer ce critère.

Deux perspectives ont été utilisées pour la démarche régionale : la planification sociosanitaire classique et la théorie des coalitions. Pendant la démarche, il s'est dégagé que les intrants épidémiologiques étaient des facteurs nécessaires, mais insuffisants pour arriver à un « produit » mobilisateur. Il s'est avéré que c'est par la négociation et le partage de pouvoir sur les décisions qu'il y aurait davantage de gains à réaliser pour tous. En ce sens, la démarche illustre bien ce que Laberge et coll. (2007) appellent les deux logiques de santé publique : la décision et la délégation ainsi que la mobilisation et le soutien. La première logique serait plus appropriée à la surveillance et à la protection de la santé de la population, tandis que la seconde conviendrait davantage à la promotion et à la prévention. Dans ce dernier cas, le rôle de la DRSP serait de faciliter le travail en partenariat des instances locales et des organismes communautaires. D'après les auteurs, ce partenariat serait un incontournable, car les responsabilités de promotion et de prévention sont partagées; les expertises et les actions sont moins spécifiques quand elles ne sont pas opposées. Ainsi donc, l'équilibre entre la perspective de planification sociosanitaire classique et la perspective de mobilisation régionale représente un apport original.

De plus, l'adoption du concept de « santé mentale positive », dans le discours d'abord, mais surtout dans les façons de comprendre la problématique, constitue une autre avancée intéressante. Cette conception, au sens de Duhoux (2009), permet de ne pas se concentrer uniquement sur les problèmes de santé mentale, mais plutôt de considérer la santé mentale comme une ressource, ce qui en facilite la promotion. Raeburn (2009) ajoute que « la promotion de la santé mentale positive se justifie parce qu'elle appuie le but principal de la vie : la poursuite du bien-être et de la satisfaction à l'égard de la vie ». En se basant sur l'expérience néo-zélandaise, l'auteur mentionne que la collectivité (plutôt que la société ou la personne) est le pivot des mesures de la promotion de la santé mentale et que la santé mentale positive passe par l'autodétermination communautaire.

Il apparaît tout aussi pertinent de renforcer le soutien aux services de première ligne, et ce, de différentes façons. D'abord en favorisant la promotion et la prévention dans un contexte où la pression des services curatifs est très présente tant chez les CSSS que chez les OC. Ceci implique évidemment un financement adéquat en utilisant les processus administratifs habituels de suivi d'allocation des ressources (ententes de gestion, redditions de comptes, indicateurs de résultats, etc.).

Des actions précises et concrètes sont à cerner pour créer de « petits succès » que ce soit en santé mentale au travail dans les OC pour achever les travaux déjà amorcés dans ce sens ou auprès des proches aidants qui représentent une population fragile. Par exemple, des suites sont à prévoir à la recherche de Laliberté et coll. (2007). Il pourrait s'agir de mettre sur pied un projet pilote de promotion et de prévention en milieu communautaire.

En ce qui a trait à la perspective, il semble que la conjoncture soit favorable à l'initiation de projet-pilote, du moins si on se fie aux documents ministériels soit le PNSP et le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 « La force des liens » (MSSS, 2005). En effet, le PNSP souligne l'importance de la prévention pour réduire la pression sur le système. Il ajoute qu'une solide infrastructure de services de première ligne y compris des interventions en amont des problèmes est associée à des taux de morbidité et de mortalité prématurées plus faibles ainsi qu'à des coûts moindres. Le PNSP préconise donc, entre autres, que le réseau de santé publique soutienne la mise en œuvre d'interventions en amont des problèmes et sur les déterminants de la santé et qu'il soutienne les actions intersectorielles, l'expertise sur les déterminants de la santé ne relevant pas uniquement du champ de la santé publique (MSSS, 2008).

De son côté, le plan d'action ministériel « La force des liens », bien qu'il vise davantage les personnes atteintes de troubles mentaux, consacre une place à la promotion et à la prévention de la santé mentale. Il appuie particulièrement l'importance de suivre certains indicateurs dont l'état de santé mentale, la détresse psychologique, la perception de l'état de santé mentale et du stress dans la vie et au travail, le suicide et les troubles mentaux. Puis, il rappelle la pertinence de la recherche et de l'innovation telle que soulevée par le PNSP : « (...) on considère que l'efficacité des interventions visant à renforcer les facteurs de protection des troubles anxieux et dépressifs et à faire diminuer les facteurs de risque de ces troubles constitue une avenue de recherche à explorer. (...) Ces travaux devraient permettre de déterminer quelles sont les interventions qui pourraient faire l'objet de projets-pilotes et faciliter la préparation du matériel requis pour la révision du PNSP concernant la santé mentale et les troubles mentaux » (MSSS, 2005). En complément d'information, le document fournit quelques précisions sur certains éléments de la gamme de services. Il s'agit de l'entraide pour briser l'isolement et pour favoriser le changement social ainsi que le soutien aux familles et aux proches.

CONCLUSION

La démarche régionale, telle que réalisée, a permis de dégager des priorités de promotion et de prévention en santé mentale qui s'adressent à la clientèle adulte. De plus, le processus même s'est avéré utile pour comprendre comment la dynamique de consultation s'est développée et comment les acteurs se sont engagés dans le cheminement pour arriver à un consensus sur des priorités régionales de promotion et de prévention en santé mentale. Elle permet, entre autres, de comprendre pourquoi une démarche classique de planification sociosanitaire n'aurait pas suffi pour atteindre les objectifs escomptés, à savoir dégager des priorités ralliant un consensus régional. Les cadres de référence, les attentes, les intérêts et le langage des membres du comité consultatif étaient au départ trop différents pour adopter une façon unilatérale de procéder. Il aurait été reproché à cette démarche de ne représenter que la seule logique de santé publique qu'on perçoit, à tort ou à raison, comme trop médicale, technocratique et parcellaire, d'où le besoin de partager un cadre conceptuel commun, celui de la mobilisation communautaire qui permet le partage d'un langage commun.

Néanmoins, la mobilisation régionale en santé mentale ne peut s'appuyer que sur de telles problématiques. Il reste encore à formuler et à expérimenter des projets concrets à l'intérieur de chacune de ces priorités. C'est pourquoi un suivi sera fait auprès des partenaires afin de préciser des actions concrètes prometteuses en promotion et en prévention de la santé mentale positive. Une prochaine étape fournirait l'occasion d'identifier les ressources disponibles, les possibilités de partenariat et le soutien souhaité; le but étant toujours d'agir le plus précocement et le plus en amont possible.

Déjà, depuis cette démarche, des effets sont observables. Sous la priorité du logement social, par exemple, une coalition, réunissant des acteurs intersectoriels et réclamant davantage de financement au Programme de supplément au loyer (PSL), a demandé le soutien de la Direction régionale de santé publique (DRSP) pour étayer certaines estimations eu égard aux besoins de ce type de logement dans la région. De son côté, la DRSP a amorcé une étude pour prévenir la détresse psychologique chez les proches aidants d'une personne atteinte d'un problème de santé mentale et a sollicité la participation des groupes de parents, amis et proches des personnes atteintes. Enfin, des discussions ont actuellement lieu pour préparer les suites à l'évaluation de la DRSP (Laliberté et coll., 2007) sur l'organisation du travail et la santé mentale dans les organismes communautaires.

Le moment apparaît favorable à l'initiation et au développement de projets prometteurs. Le contexte de l'organisation des services en santé mentale semble se prêter à l'accentuation d'un virage vers la promotion et la prévention. C'est du moins ce que démontrent les récents travaux ministériels et ceux de l'Institut national de santé publique du Québec. Aussi, l'ensemble des partenaires concernés par la santé mentale seront sollicités et pourront être mis à contribution.

RÉFÉRENCES

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE (2009). *Plan d'action régional de santé publique 2009-2012*, Québec, Direction régionale de santé publique, 144 p.
- AUSTEN, P. (2003). *Développement des capacités communautaires et mobilisation de la communauté pour promouvoir la santé mentale des jeunes*, Ottawa, rédigé pour Santé Canada, Unité de la promotion de la santé mentale, 44 p.
- BAKER, D.W. et coll. (2007). « Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons », *JAMA*, vol. 167, n° 14, July, p. 1503-1509.
- BRETON, M. et coll. (2008). « L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle », *Pratiques et organisations des soins*, vol. 39, n° 2, avril-juin, p. 113-124.
- CARON, M.N. (2008). *Logement social et santé publique*, Québec, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, 63 p.
- CARRIÈRE, M. et coll. (2007). *Logiques et conditions d'action des acteurs en santé mentale : défis et perspectives – Étude réalisée dans la région de la Capitale-Nationale dans le suivi du Rapport sur les services de santé mentale (adultes) de 2002*, Québec, Groupe de recherche sur l'inclusion sociale, l'organisation des services et l'évaluation en santé mentale (GRIOSE-SM), Université Laval, Institut national de santé publique du Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 51 p.
- CLAPPERTON, I. (2007). *Le projet clinique : Une planification professionnelle*, Montréal, présentation faite à la Direction de santé publique de Montréal-Centre, 28 novembre, 69 p.
- CONSEIL CANADIEN SUR L'APPRENTISSAGE (2007a). *Littératie en santé et santé publique*, Québec, présentation faite par Irving Rootman dans le cadre des Journées annuelles de santé publique, 22 novembre, 40 p.
- CONSEIL CANADIEN SUR L'APPRENTISSAGE (2007b). *Résultats initiaux de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences adultes*, Québec, cités par Margot Kaszap aux Journées annuelles de santé publique, novembre 2007, 35 p.
- COTTON, S.M. et coll. (2006). « Influence of Gender of Mental Health Literacy in Young Australians », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 40, n°9, p. 790-796.
- CRANSWICK, K. (2003). « Enquête sociale générale cycle 16 : la prestation des soins dans une société vieillissante – 2002 », Ottawa, Statistique Canada, n° 89-582 au catalogue, 19 p.
- DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA CAPITALE-NATIONALE (2004). *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 143 p.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE (2002). *Enquête sur la santé mentale des Montréalais*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 250 p.

DUGAL, S. (2008). « La mobilisation sur les saines habitudes de vie de la région de la Capitale-Nationale », Québec, Essai présenté à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval dans le cadre du Programme de maîtrise en santé communautaire pour l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.), Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, 85 p.

DUGGAN, M. *Modernising the Social Model in Mental Health : a Discussion Paper*, [En ligne], 2007. [<http://www.critpsynet.freeuk.com/Duggan.htm>] (Consulté le 4 juin 2008)

DUHOUX, A. (2009). « Santé mentale positive : du traitement des maladies mentales à la promotion de la santé mentale », *Quintessence*, vol. 1, n° 2, novembre, 2 p.

FÉDÉRATION DES FAMILLES ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE (2001). *État de situation et recommandations des membres de l'entourage des personnes atteintes de maladie mentale*, Québec, 29 p.

FERLAND, M. et M. PAGEAU (2008). *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale. Les analyses*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 140 p.

FORTIN, J.P. et coll. (1994). *L'action intersectorielle en santé*, Québec, Équipe de recherche en organisation et évaluation des services de santé, Université Laval, 44 p.

GAMSON, W. (1961). « A Theory of Coalition Formation », *American Sociological Review*, vol. 26, n° 3, p. 373-382.

GORDON, R. (1987). *An Operational Classification of Disease Prevention*. In : Steingerg JA, Silverman MM, eds. *Preventing Mental Disorders : A Research Perspective*, Rockville MD, Department of Health and Human Services, p. 20-26.

HASTINGS, R. (2001). *Community Mobilization and Crime Prevention*, Ottawa, ministère de la Justice, Rapport préliminaire présenté au Conseil national de prévention du crime, 79 p.

HAWKINS, J.D. et coll. (2002). « Promoting Science-based Prevention in Communities », *Addictive Behavior*, vol. 27, n° 6, p. 951-976.

INFOCENTRE DE SANTÉ PUBLIQUE (2010). *Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2008a). *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois, Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, 52 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2007b). *Littératie et santé au Québec : des compétences à développer*, Québec, présentation par B. Perron, F. Bernèche et I. Traoré aux Journées annuelles de santé publique, novembre 2007, p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC [En ligne], 2007. [http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/famls_mengs_niv_vie/menage_famille/accessibilite/2loc8101.htm] (Consulté le 19 mars 2007).

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*, Québec, 150 p.

JANÉ-LLOPIS, E. et P. ANDERSON (2005). *Mental Health Promotion and Mental Health Disorder Prevention. A Policy for Europe*, Nijmegen, Radboud University Nijmegen, 196 p.

KRIEGER, J. ET D.L. HIGGINS (2002). « Housing and Health : Time again for Public Health Action », *Public Health Matters*, vol. 92, n° 5, p. 758-768.

LABERGE, A. et J. MORISSET (2007). *Le programme national de santé publique : une lecture stratégique des conditions de mise en œuvre*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et Institut national de santé publique du Québec, 36 p.

LALIBERTÉ, D. et I. TREMBLAY (2007). *L'organisation du travail et la santé mentale dans les organismes communautaires en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale : Regard sur une situation méconnue*, Québec, Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 108 p.

LAVE, J. (1991). « Situated Learning in Communities of Practice » in L. Resnick, J. Levine and S. Teasley (eds.), Washington, DC, *Perspectives on Socially Shared Cognition*, American Psychological Association, p. 63-82.

LEMIEUX, V. (2009). *L'étude des politiques publiques : les acteurs et leur pouvoir*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 206 p.

MICHIE, S. et coll. (2004). « Reducing absenteeism in Hospital Cleaning Staff : Pilot of a Theory Based Intervention », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 61, p. 345-349.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, Québec, Direction de la santé mentale, 96 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction générale de la santé publique, 103 p.

MRAZEK, P.J. et R.J. HAGGERTY (1994). « Reducing Risks for Mental Disorders : Frontiers for Preventive Intervention Research », *National Academy Press*, p. 19-29.

OUELLET, F. et coll. (1995). *L'action intersectorielle, un jeu d'équipe : Guide d'intervention*, Montréal, Direction de santé publique de Montréal-Centre, CECOM-Hôpital Rivière-des-Prairies, 29 p.

PINEAULT, R. et C. DAVELUY (1995). *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*, Montréal, Éditions Nouvelles AMS, 480 p.

PROVENCHER, H.L. et coll. (2001). *Le point de vue des familles face à la reconfiguration des services de santé mentale dans le contexte du soutien familial*, Québec, Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale, 50 p.

RAEBURN, J. (2009). *Rétroaction sur le rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé*, Nouvelle-Zélande, University of Auckland et Auckland University of Technology, 7 p.

ROMDHANE, H. (2004). « Droit à la santé, droit au logement, des droits à géométrie variable », *Droit, déontologie et soins*, vol. 4, n° 2, p. 226-236.

ROYER, A. et coll. (2009). *Évaluation d'une mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 83 p.

SHAW, M. (2004). « Housing and Public Health », *Annual Review of Public Health*, vol. 25, p. 397-418.

STATISTIQUE CANADA (2007). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Santé mentale et bien-être*, Ottawa, Statistique Canada, catalogue 82-617.

SUDORE, R.L. et coll. (2006). « Limited Litteracy and Mortality in the Elderly : the Health, Aging and Body Composition Study ». *J GEN INTERN MED*, vol. 21, p. 806-812.

UNIVERSITÉ LAVAL en collaboration avec l'IRSST et la CHAIRE EN GESTION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DANS LES ORGANISATIONS. *L'ampleur du problème. L'expression du stress au travail*, [En ligne], 2005. [http://www.irsst.qc.ca/fr/_projet_3362.html] (Consulté le 28 juillet 2008).

VÉZINA, M. et coll. (2004). « Workplace Prevention and Promotion Strategies ». *Health Cares Papers*, vol. 5, n° 2, p. 32-44.

VIENS, C. et coll. (2005). *Projet régional de soutien aux aidants naturels de la Montérégie*, Montérégie, Direction santé publique Montérégie, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 49 p.

VON NEUMANN, J. et O. MORGENSTERN (1944). *Theory of Games and Economic Behavior*, Princeton, Princeton University Press, 206 p.

WENGER, G.C. et coll. (1996). « Social Isolation and Loneliness in Old Age : Review and Model Refinement », *Ageing and Society*, vol. 16, p. 333-58.

WENGER, E. *Communities of Practice : a brief introduction*, [En ligne], 2006. [http://www.ewenger.com/theory/communities_of_practice_intro.htm] (Consulté le 28 juillet 2008)

ANNEXE 1
Synthèse de la tournée des CSSS
dans le cadre du Chantier santé mentale

SYNTHÈSE DE LA TOURNÉE DES CSSS DANS LE CADRE DU CHANTIER SANTÉ MENTALE

L'objectif principal de notre démarche est de réaliser une étude de besoins en ce qui a trait à la prévention/promotion en santé mentale. Cette étude conduira à la rédaction d'un plan d'action permettant d'ordonner les interventions de santé publique efficaces ou prometteuses à retenir auprès des jeunes adultes et des adultes. Une première étape pour rencontrer cet objectif a consisté à décrire la situation actuelle en termes de problématiques observées en recueillant les perceptions des gestionnaires et des chefs de programme des Centres de santé et de services sociaux (CSSS).

La collecte de ces perceptions s'est faite par entrevues semi-dirigées auprès des représentants de chacun des CSSS, durant l'été et l'automne 2006. Les entrevues étaient enregistrées et duraient environ 90 minutes. Les aspects à documenter étaient les suivants : la perception des concepts de prévention/promotion en santé mentale, la place accordée à la prévention/promotion en santé mentale dans leur CSSS, les clientèles prioritaires auprès desquelles l'intervention devrait se réaliser, les partenaires privilégiés en santé mentale, les acteurs incontournables à consulter, les perceptions quant au rôle de la DRSP et les enjeux entourant la prévention/promotion en santé mentale.

1. Perception des concepts de prévention/promotion en santé mentale

La question de la perception des concepts de promotion et de prévention comporte plusieurs convergences entre les répondants.

La promotion est vue comme une notion macro, plutôt large. Elle se situe en amont des problèmes et vise l'ensemble de la population qui est en santé. La promotion s'intéresse aux grands déterminants de la santé, favorise le développement de saines habitudes de vie, de l'estime de soi et des habiletés sociales. Les mesures associées à la promotion sont de type universel.

Quant à la prévention, elle est perçue comme un concept micro qui vise l'individu. Elle est plus spécifique dans les mesures qu'elle déploie. La prévention vise à diminuer l'influence de certains facteurs de risque et à augmenter celle de facteurs de protection.

2. Place accordée à la prévention/promotion en santé mentale dans leur CSSS

Les personnes rencontrées ont eu à se prononcer sur la place accordée à la prévention des troubles mentaux et la promotion de la santé mentale dans leur CSSS. La contribution des CSSS en prévention/promotion est plutôt indirecte puisque le travail en santé mentale s'effectue majoritairement auprès de personnes atteintes. Les CSSS voient le groupe des 0-18 ans comme étant la principale cible des actions préventives actuellement réalisées. En effet, il semble plus facile d'élaborer des interventions précoces auprès des plus jeunes puisqu'ils ne présentent pas encore de problèmes chroniques. On réfère ici aux services intégrés en périnatalité et petite enfance et au programme « Bien dans sa tête, bien dans sa peau ». En ce qui concerne les adultes, on cite des programmes tels que Alco-choix et J'arrête (tabac).

3. Clientèles prioritaires

En ce qui a trait à l'identification des clientèles prioritaires, l'ensemble des personnes interrogées pointent les jeunes adultes (15-30 ans). Ce groupe d'âge, qui semble difficilement rejoint par les services offerts, présente de multiples problématiques. On parle ici de toxicomanie, de décrochage scolaire, de violence et de suicide. De plus, les hommes plus âgés attirent particulièrement l'attention surtout lorsqu'ils se retrouvent en situation de rupture conjugale, les amenant à vivre de la détresse psychologique de façon importante.

4. Partenaires privilégiés en santé mentale

Les représentants des CSSS nous ont identifié les nombreux partenaires privilégiés en santé mentale. Les organismes plus directement impliqués en santé mentale, comme les centres de prévention du suicide, les organismes traitant la toxicomanie, la Boussole et le Cercle Polaire ont naturellement été mentionnés plus fréquemment. D'autres, ciblant moins directement la santé mentale, tels les centres de femmes, les Maisons de femmes et les Maisons de la famille sont également des partenaires non négligeables. Mais étonnamment, les partenaires des autres secteurs que la santé sont également très présents. Il faut mentionner le secteur scolaire (commission scolaire, Cegeps, Université), le monde du travail (Centres locaux d'emploi, Carrefour jeunesse-emploi, entreprises employant des jeunes) et le domaine du logement (OMHQ).

5. Acteurs incontournables à consulter

Quand on aborde la question des organismes incontournables à consulter, les CSSS pointent les Tables territoriales en santé mentale, présentes dans les quatre secteurs, ainsi que les Tables de prévention du suicide.

6. Perceptions quant au rôle de la DRSP

Outre le leadership conféré à la DRSP en matière de prévention/promotion en santé mentale, les CSSS lui reconnaissent un rôle dans la réalisation de portrait de l'état de santé de la population, dans l'identification des interventions efficaces et dans la formulation des grandes orientations.

7. Enjeux pour la prévention/promotion en santé mentale

Le principal enjeu relevé concerne le financement nécessaire pour la prévention/promotion par l'Agence de la santé et des services sociaux. Le financement adéquat et la reddition de compte sont les deux leviers pouvant assurer une imputabilité au CSSS. Le partage des responsabilités dans le domaine de la prévention/promotion en santé mentale entre le milieu communautaire et les CSSS est aussi un enjeu mentionné.

En résumé, la promotion est perçue comme une notion macro en amont des problèmes et la prévention est perçue comme un concept plus micro en lien avec les facteurs de risque. La contribution des CSSS en prévention/promotion est plutôt indirecte puisque le travail en santé mentale s'effectue par la dispensation de services aux personnes atteintes. Les jeunes adultes (15-30 ans) aux prises avec des problèmes de toxicomanie, de décrochage scolaire, de violence et de suicide représentent la clientèle prioritaire. Les nombreux partenaires des CSSS sont impliqués à des degrés divers en santé mentale et couvrent autant le secteur de la santé que les autres secteurs. Les organismes incontournables à consulter sont présents aux Tables territoriales en santé mentale. On attribue à la DRSP un rôle de leadership, d'identification des problèmes et des interventions efficaces. L'enjeu majeur de la prévention/promotion réside dans un financement adéquat et la reddition de compte.

Autres éléments à considérer

Les personnes interrogées se questionnent à savoir quels sont les grands déterminants sur lesquels il faut agir pour obtenir des actions efficaces en prévention/promotion de la santé mentale. Une revue de la littérature nous permettra de faire le point sur cet aspect.

Quelques pistes de solutions ont été explorées. Parmi celles-ci, l'importance de l'accessibilité au travail et à des logements décents ainsi que l'éducation aux adultes. Ainsi, l'inventaire des programmes et activités s'inscrivant dans le domaine de la PP en santé mentale nous permettra d'explorer ces avenues de concert avec le modèle conceptuel développé par l'INSPQ.

	Charlevoix	Portneuf	Vieille-Capitale	Québec-Nord
Perception des concepts de promotion / prévention en santé mentale	Promotion = macro (sensibilisation de la pop.) Prévention = micro (individu)	Promotion = amont, toute la pop. (0 à la mort), déterminants de la santé, estime de soi, habiletés sociales, efficacité ??	Promotion = + large (mesures universelles) ne concerne pas le CSSS. Prévention = + précis (mesures spécifiques/indiquées) CSSS se voit en prévention sec.	Promotion= en amont des problèmes, vise la population générale en santé, le développement de saines habitudes de vie, de l'estime de soi; Semaine de la SM Prévention= facteurs de protection / de risque; Prévention des rechutes.
Place accordée à la promotion /prévention en santé mentale dans leur CSSS	Contribution indirecte Collaboration avec partenaires Alcochoix-J'arrête	Plus les 0-17 ans (services qui sont méconnus) SIPPE- BST/BSP	Observateur de la détresse psychologique, pas d'action directe, 0-18 ans = + de possibilités pour intervention précoce VS adultes (cas lourds).	Pas de promo pq pas de volonté; Place souhaitée dans les serv. généraux pour TDAH; Prog. SM= problème (projet Orléans FEJ); PP dans le PAL; Projet clinique prioritaire mais orienté sur pers. atteintes (pas de PP mais devrait y en avoir). Exemples PP : Écoles secteur Orléans projet bonne entente-harmonie (contre le rejet) et Alcochoix (pertinence questionnée).
Clientèles prioritaires	16-24 ans non rejoints Problèmes multiples : (décrochage, toxico) Hommes 40 ans et plus (détresse psychologique, rupture, suicide)	18-30 ans (après CJ, toxico) Problèmes multiples pour tout groupe d'âges. Suicide; dépression; anxiété; pauvreté; rupture; hommes; violence.	18-21ans (25?) Trou à partir de 18ans. Décrochage; famille/ enfance/ jeunesse; hommes en détresse; violence conjugale; suicide; toxico; problèmes d'hébergement.	15-25 ans; garçons en détresse; suicide : dépendances; jeunes parents.
Partenaires privilégiés en santé mentale	Vision d'Espoir (toxico); 2 centres femmes; La Marée; CPS.	Arc-en-ciel (suicide); Mirépi; Villa St-Léonard (toxico); Commission scolaire; CPE; Maison famille; Cerf-volant.	CPS; Maison de femmes; jeunes gais; Centre multiethnique (immigration); GAPI; PECH; Centre de détention (PDR); Carrefour jeunesse-emploi; CLE; OMHQ; écoles-cégeps; La Boussole; Cercle Polaire; Centre jeunesse; GMF.	Intersectoriel; Municipalités; OMHQ; Éducation (commissions scolaires, Cégeps, Université); Travail (entreprises employant jeunes, CLE, CJE); OC œuvrant dans les milieux de vie (maisons de la famille); 2 tables territoriales SM (J-C et Orléans); Odysée bleue; Maisons des jeunes; Cercle Polaire; Boussole; Pavois; ACSM.
Incontournables à consulter	Table territoriale en santé mentale (20 organismes y sont présents)	Arc-en-ciel; Tables prévention suicide, emploi, logement.	Tables territoriales en SM Ste-Foy et Qc, CPS, écoles professionnelles (L-Joliet), Cégep Garneau.	Osmose; APUR; Odysée bleue; policiers communautaires; CPS; autres en réadaptation comme PECH et CCQ.
Perceptions quant au rôle de la DRSP	Leadership 16-24 ans; État de situation en santé mentale; Interventions efficaces.	Info sur les meilleures pratiques; Donner des orientations; Évaluation; Outils.	Définir les grandes orientations; Campagne de promotion; Formation intervenants; État des connaissances; Portrait état santé; Leadership.	Animation travaux régionaux (orientations, action et concertation); Leadership en PP.
Enjeux pour la promotion/prévention en santé mentale	Accessibilité aux services.	Rapprochement avec OC (Arc-en-ciel) projets novateurs mais cultures différentes; Scolaire débordé; Manque de temps.	Reddition de compte avec ASSS si \$, sinon rien comme en PP; Perception des OC pas en prévention; Cohérence et continuité.	Insistance sur l'importance de l'intersectoriel; Intérêt pour inclure les équipes de FEJ dans une démarche en SM; Financement nécessaire pour PP et reddition de compte associée.

ANNEXE 2
***Profil de l'état de santé
des jeunes adultes et des adultes***

Profil de l'état de santé mentale des jeunes adultes et des adultes

Commission de la Capitale-Nationale
Québec

Profil de l'état de santé mentale

Objectif

- Décrire l'état de santé mentale de la population de la région de la Capitale-Nationale.

Méthodologie

- Mise en place d'un comité en octobre 2006
- Lecture de plusieurs textes → 80 indicateurs retenus
 - Portrait de santé. La région de Québec et ses territoires de CLSC, Québec 2002 et 2008 (à paraître)
 - Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006: les statistiques
 - Diverses publications portant sur des thèmes spécifiques (alcool/drogue, jeu de hasard etc.)

Profil de l'état de santé mentale

- Modèle de classification incluant trois dimensions de la santé* (déterminants, état de santé, conséquences)
- Classification des indicateurs
- Discrimination en fonction de critères (âge, territoire géographique, année de publication, pertinence, fiabilité et disponibilité des données) → **40 indicateurs**
- Mise en commun avec les indicateurs travaillés par l'équipe C/S pour la mise à jour du portrait de santé

*Tiré de Chevalier *et al.*, *Indicateurs sociosanitaires, Définitions et interprétations*, ICIS, 1995.

3

Profil de l'état de santé mentale

Analyse des données

1. Comparaison de la Capitale-Nationale avec l'ensemble du Québec :
 - Test statistique pour déterminer si l'écart est significatif
2. Comparaison des territoires de CSSS avec la Capitale-Nationale :
 - Jugement clinique sur positionnement favorable/défavorable, seuil de + ou - 25%
 - Lorsque possible, l'information est présentée pour les districts de CLSC.

Limites

- Analyse âge / sexe non-réalisée
- Disponibilité restreinte des données
- Peu de données territoriales
- Documenter les problèmes VS la bonne santé mentale

4

Profil de l'état de santé mentale

Classification des indicateurs

1. Déterminants de la santé : composantes prépathologiques associées au développement de problèmes de santé

➤ Environnement social

Indicateurs démographiques:

- Répartition de la population
- Taux de croissance de la population

Indicateurs sociodémographiques:

- Proportion d'immigrants
- Répartition des familles avec enfants de moins de 18 ans selon la structure de la famille
- Proportion de la population vivant seule

5

Profil de l'état de santé mentale

Classification des indicateurs

➤ Environnement social (suite)

Indicateurs socio-économiques:

- Taux de sortie dans diplôme du secondaire
- Répartition des naissances vivantes selon la scolarité de la mère (moins de 11 années)
- Taux d'emploi
- Taux de chômage
- Proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu
- Taux de prestataires de l'assistance-emploi
- Proportion de la population en situation d'insécurité alimentaire

6

Profil de l'état de santé mentale

Classification des indicateurs

➤ Habitudes de vie, comportements et facteurs de risque

Alcool / drogues:

- Proportion de la population prenant 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine
- Proportion de la population présentant une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année
- Proportion de la population à risque d'être dépendante de l'alcool
- Proportion de la population à risque d'être dépendante de drogues illicites.

Jeux de hasard et jeu pathologique:

- Proportion de la population présentant un risque de problème de dépendance au jeu

7

Profil de l'état de santé mentale

Classification des indicateurs

➤ Habitudes de vie, comportements et facteurs de risque (suite)

Santé mentale en milieu de travail:

- Proportion de travailleurs n'ayant pas une grande latitude de prise de décision au travail
- Proportion de travailleurs éprouvant un stress quotidien élevé au travail

Autres indicateurs:

- Proportion de la population n'ayant pas un niveau élevé de soutien social
- Proportion de la population selon certaines caractéristiques liées au sommeil
- Proportion de la population insatisfaite de sa vie sociale

8

Profil de l'état de santé mentale

Classification des indicateurs

➤ **Habitudes de vie, comportements et facteurs de risque (suite)**

- Proportion de la population éprouvant un stress quotidien élevé
- Proportion de la population présentant des idées suicidaires sérieuses
- Proportion de naissances de faibles poids
- Proportion de naissances prématurées
- Proportion de naissances ayant un retard de croissance intra-utérine
- Taux de grossesse à l'adolescence
- Taux de victimisation pour violence conjugale

9

Profil de l'état de santé mentale

Classification des indicateurs

2. **État de santé** : états pathologiques, problèmes de santé, états morbides ou de maladies diagnostiquées par des professionnels ou autoévaluées

➤ **État de santé subjectif**

- Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé mentale
- Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée de détresse psychologique

➤ **État de santé objectif**

Morbidité:

- Proportion de la population ayant vécu un épisode dépressif majeur

10

Profil de l'état de santé mentale

Classification des indicateurs

➤ État de santé objectivé (suite)

Mortalité:

- Espérance de vie totale (ans)
- Espérance de vie en bonne santé – sans incapacité (ans)
- Taux de mortalité par suicide
- Taux de mortalité pour des conditions associées à la consommation d'alcool

11

Profil de l'état de santé mentale

Classification des indicateurs

3. Conséquences des problèmes de santé : de tout ordre et de divers degrés de gravité

➤ Utilisation de services

Réseau de la santé et des services sociaux:

- Proportion de la population ayant consulté un professionnel au sujet de sa santé mentale
- Taux ajusté d'hospitalisation (taux 10 000), selon la catégorie diagnostique
- Ratio des hospitalisations (RH) en soins psychiatriques de courte durée, selon la catégorie diagnostique
- Moyenne triennale de la durée moyenne en soins psychiatriques de courte durée, selon la catégorie diagnostique

12

Résultats

Profil de l'état de santé mentale de la population

Comparaison Capitale-Nationale et Ensemble du Québec

- Pour plus des trois quarts des indicateurs, la CN se comporte de la même façon que l'EQ.
- Elle se comporte **mieux** que l'EQ, valeur significativement plus **faible**, pour les indicateurs suivants :
 - Répartition des naissances vivantes selon la scolarité de la mère (moins de 11 années)
 - Proportion de la population en situation d'insécurité alimentaire
 - Proportion de naissances ayant un retard de croissance intra-utérine
 - Taux de grossesse à l'adolescence
 - Taux de victimisation pour violence conjugale
 - Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé mentale

Comparaison Capitale-Nationale et Ensemble du Québec

- La CN se comporte **moins bien** que l'EQ, valeur significativement plus **élevée**, pour les indicateurs suivants :
- Proportion de la population insatisfaite de sa vie sociale
- Taux de mortalité par suicide

15

Comparaison CSSS et Capitale-Nationale

- Les CSSS se comportent comme la CN pour :
- Répartition de la population
- Taux d'emploi
- Proportion de la population présentant une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année
- Proportion de travailleurs éprouvant un stress quotidien élevé au travail
- Proportion de naissances prématurées
- Espérance de vie totale
- Espérance de vie en bonne santé – sans incapacité
- Proportion de la population ayant consulté un professionnel au sujet de sa santé mentale

16

CSSS de Portneuf et la CN

- CSSS de Portneuf se comporte **mieux** que la CN, valeur significativement plus **faible**, pour les indicateurs suivants :
 - Répartition des familles avec enfants de moins de 18 ans selon la structure familiale - Familles monoparentales
 - Proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu
 - Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé mentale
 - Taux ajusté d'hospitalisation (taux/10 000) selon la catégorie diagnostique
 - Démences et états psychotiques organique
 - Schizophrénie, états délirants et autres
 - Toxicomanie et troubles mentaux associés

17

CSSS de Portneuf et la CN

- Le CSSS de Portneuf se comporte **moins bien** que la CN, valeur significativement plus **élevée**, pour les indicateurs suivants :
 - Proportion d'immigrants
 - Taux de mortalité par suicide
 - Taux ajusté d'hospitalisation (taux /10 000) selon la catégorie diagnostique
 - Troubles anxieux et névrotique

18

CSSS de Charlevoix et CN

- CSSS de Charlevoix se comporte **mieux** que la CN, valeur significativement plus **faible**, pour les indicateurs suivants :
 - Répartition des familles avec enfants de moins de 18 ans selon la structure familiale - Familles monoparentales
 - Proportion de la population vivant seule
 - Proportion de la population prenant 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine
 - Proportion de la population éprouvant un stress quotidien élevé
 - Taux ajusté d'hospitalisation (taux/10 000) selon la catégorie diagnostique
 - Schizophrénie, états délirants et autres
 - Toxicomanies et troubles mentaux associés

19

CSSS de Charlevoix et CN

- Le CSSS de Charlevoix se comporte **moins bien** que la CN, valeur significativement plus **élevée**, pour les indicateurs suivants :
- Proportion d'immigrants
 - Répartition des naissances vivantes selon la scolarité de la mère (moins de 11 années)
 - Taux de chômage
 - Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé mentale
 - Taux de mortalité par suicide
 - Taux ajusté d'hospitalisation selon la catégorie diagnostique
 - Troubles de l'humeur
 - Troubles anxieux et névrotiques
 - Troubles de la personnalité

20

CSSS de la Vieille Capitale et CN

se comporte **mieux** que la CN, valeur significativement plus **faible**, pour les indicateurs suivants :

- Proportions d'immigrants

CSSS de la Vieille Capitale et CN

se comporte **moins bien** que la CN, valeur significativement plus **élevée**, pour les indicateurs suivants :

- Répartition des familles avec enfants de moins de 18 ans selon la structure familiale-Familles monoparentales
- Proportion de la population vivant seule
- Proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu
- Taux de prestataires de l'assistance-emploi
- Taux ajusté d'hospitalisation selon la catégorie diagnostique
 - Schizophrénie, états délirants et autres
 - Toxicomanies et troubles mentaux associés

CLSC du CSSS de la Vieille Capitale

- Les CLSC du CSSS de la Vieille-Capitale se comportent **mieux** que la CN, valeur significativement plus **faible**, pour les indicateurs suivants :
- CLSC Ste-Foy-Sillery-Laurentien
 - Répartition des naissances vivantes selon la scolarité de la mère (moins de 11 années)
 - Taux de prestataires de l'assistance-emploi
 - Taux de mortalité par suicide
 - Taux de mortalité pour des conditions associées à la consommation d'alcool
 - Taux ajusté d'hospitalisation selon la catégorie diagnostique (4 causes sur 6)

23

CLSC du CSSS de la Vieille Capitale

CLSC Haute-Ville-des Rivières

- Répartition des naissances vivantes selon la scolarité de la mère (moins de 11 années)

CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier

Aucun !

24

CLSC du CSSS de la Vieille Capitale

se comportent **moins bien** que la CN, valeur significativement plus **élevée**, pour les indicateurs suivants :

CLSC Ste-Foy-Sillery-Laurentien

Aucun !

CLSC Haute-Ville-des Rivières

- Répartition des familles avec enfants de moins de 18 ans selon la structure familiale-Familles monoparentales
- Proportion de la population vivant seule
- Proportion de la population prenant 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine

25

CLSC du CSSS de la Vieille Capitale

CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier

- Répartition des familles avec enfants de moins de 18 ans selon la structure familiale-Familles monoparentales
- Proportion de la population vivant seule
- Répartition des naissances vivantes selon la scolarité de la mère (moins de 11 années)
- Taux de chômage
- Proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu
- Taux de prestataires de l'assistance-emploi

26

CLSC du CSSS de la Vieille Capitale

- Proportion de la population en situation d'insécurité alimentaire
- Proportion de naissances de faible poids
- Proportion de naissances ayant un retard de croissance intra-utérine
- Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé mentale
- Taux de mortalité par suicide
- Taux de mortalité pour des conditions associées à la consommation d'alcool

27

CLSC du CSSS de la Vieille Capitale

- Taux ajusté d'hospitalisation selon la catégorie diagnostique
 - Schizophrénie, états délirants et autres
 - Troubles de l'humeur
 - Troubles anxieux et névrotiques
 - Troubles de la personnalité
 - Toxicomanies et troubles mentaux associés

28

CLSC du CSSS de Québec-Nord

Les CLSC du CSSS de la Vieille-Capitale se comportent **mieux** que la CN, valeur significativement plus **faible**, pour les indicateurs suivants :

De la Jacques-Cartier

- Proportion de la population vivant seule
- Taux de prestataires de l'assistance-emploi
- Proportion de la population prenant 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine Taux ajusté d'hospitalisation selon la catégorie diagnostique
 - Schizophrénie, états délirants et autres
 - Troubles de l'humeur
 - Troubles de la personnalité
 - Toxicomanies et troubles mentaux associés

29

Orléans

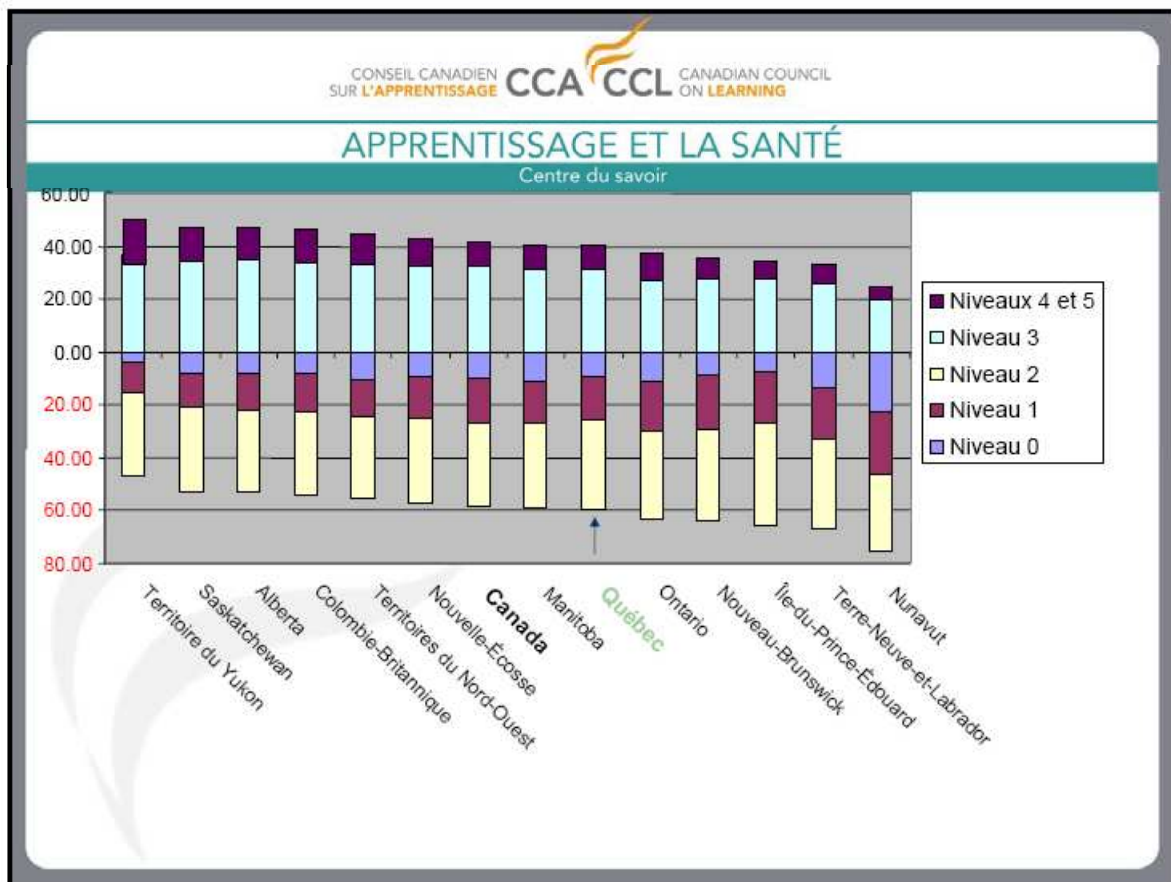
- Proportion de la population vivant seule
- Proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu
- Proportion de la population prenant 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine Taux ajusté d'hospitalisation selon la catégorie diagnostique
 - Toxicomanies et troubles mentaux associés

30

ANNEXE 3
***Répartition des niveaux de compétence
en matière de littératie en santé
Canada et provinces ou territoires***

ANNEXE 3

Répartition des niveaux de compétence en matière de littératie en santé Canada et provinces ou territoires



Source : CONSEIL CANADIEN SUR L'APPRENTISSAGE (2007a). Littératie en santé et santé publique, présentation faite par Irving Rootman dans le cadre des Journées annuelles de santé publique, Québec, 22 novembre.

Agence de la santé
et des services
sociaux de la Capitale-
Nationale

Québec 

DIRECTION RÉGIONALE DE
SANTÉ PUBLIQUE
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9

Téléphone
418 666-7000

Télécopieur
418 666-2776

Site Internet
www.dspq.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada