

Priorités de santé publique en matière de promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux



Septembre 2005

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Outaouais



Direction de santé publique

Une publication de la

Direction de santé publique
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de l'Outaouais

104, rue Lois

Gatineau (Qc) J8Y 3R7

Téléphone : (819) 776-7660

www.santepublique-outaouais.qc.ca

••• Rédaction

Geneviève D'Amours, M.A.

Mario Corbeil, M.Sc

••• Conception graphique et mise en page

Sylvie Bélisle

••• Remerciements

Nous tenons à remercier nos collègues de la santé publique et de la direction de l'organisation des services pour leur précieuse collaboration lors de l'élaboration de ce document. Plus particulièrement, nous voulons souligner la contribution de mesdames Anne-Marie Ménard, Danielle Léveillé, Isabelle Paradis, Christine Olivier, Yun Jen et Marie-Hélène Gérôme ainsi que messieurs Philippe Garvie, François Cossette et Robert Plante. Merci également à madame Sylvie Bélisle pour son travail d'édition et de mise en page et à madame Madeleine Nadeau pour la révision linguistique. Nous remercions afin docteur Lucie Lemieux, directrice de santé publique, et madame Pauline Fortin, coordonnatrice du service de planification en Santé publique, pour leurs judicieux commentaires et suggestions ainsi que pour leur soutien tout au long de la démarche.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

● ● ● **TABLE DES MATIÈRES**

INTRODUCTION	1
LA SANTÉ MENTALE ET LES TROUBLES MENTAUX	2
ÉTAT DE LA SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION	4
La population en général	4
Les enfants et les adolescents.....	7
Le suicide en Outaouais.....	8
Vue d'ensemble pour l'Outaouais.....	9
LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION ASSOCIÉS À LA SANTÉ MENTALE	11
Facteurs individuels et familiaux	11
Facteurs sociaux, économiques et environnementaux	12
Facteurs liés au milieu du travail.....	12
Facteurs liés aux inégalités sociales et de santé	13
MODÈLE DE CONTINUUM DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE	17
PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE	19
LES STRATÉGIES DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE	20
LE PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN SANTÉ PUBLIQUE	21
PRIORITÉS D'ACTION EN PROMOTION ET PRÉVENTION EN SANTÉ MENTALE	24
Soutenir le développement de l'enfant de même que les parents.....	26
Promouvoir la santé mentale chez les jeunes d'âge scolaire.....	27
Prévenir la dépression et l'anxiété.....	28
Prévenir le suicide	30
Promouvoir la santé mentale au travail.....	32
CONDITIONS DE SUCCÈS.....	33
CONCLUSION	33
RÉFÉRENCES	34

● **LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE**

Tableau 1 : Perception de l'état de santé mentale, population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.	6
Tableau 2 : Consultation des professionnels de la santé pour des raisons de santé mentale au cours des 12 derniers mois, population à domicile de 12 ans et plus, 2000-2001	6
Tableau 3 : Synthèse des principaux indicateurs de santé mentale.....	10
Tableau 4 : Liste des facteurs de risque et de protection associés à la santé mentale et aux troubles mentaux	15
Tableau 5 : Objectifs du PNSP en lien avec la santé mentale.....	19
Tableau 6 : Stratégies d'action en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux.....	21
Tableau 7 : Actions prévues dans le PAR, selon les stratégies d'action retenues.....	22
Tableau 8 : Stratégies pour contrer le suicide selon le degré de mise en œuvre en Outaouais et leur niveau d'efficacité	31
Figure 1 : Modèle de continuum de services en santé mentale	17

● **INTRODUCTION**

Environ 450 millions de personnes dans le monde souffrent d'un trouble de santé mentale (OMS, 2004). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que les problèmes de santé mentale représentent déjà cinq des dix principales causes d'incapacité et que le fardeau des troubles mentaux devrait s'alourdir de façon significative au cours des vingt prochaines années (OMS, 2002). Les coûts humains et économiques des troubles mentaux sont considérables tant pour les individus que pour les sociétés. Les gouvernements doivent donc agir rapidement s'ils souhaitent renverser cette tendance.

En mai dernier, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) déposait un plan d'action en santé mentale 2005-2012 visant à « doter le Québec d'un système efficient de santé mentale reconnaissant le rôle des personnes utilisatrices et offrant l'accès à des services de traitement et de soutien pour les enfants, les jeunes et les adultes de tout âge ayant un trouble mental, ainsi que pour les personnes présentant un risque suicidaire (MSSS, 2005, p.12) ». Le plan mise sur la consolidation des services de 1^{ère} ligne (guichet unique, équipe de 1^{ère} ligne, implication des omnipraticiens) pour améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins. Cette orientation reflète bien le virage populationnel que le ministère préconise avec la création des centres de Santé et de Services sociaux (CSSS). Les mesures prévues au plan d'action devront être incluses dans les projets cliniques sur la santé mentale que les CSSS auront à développer. Bien que le plan d'action du ministère souligne l'importance d'agir en amont des problèmes mentaux, aucune mesure prioritaire n'a été retenue en promotion et en prévention.

Pourtant, la promotion et la prévention dans le domaine de la santé mentale sont des stratégies à grand potentiel. Il faut reconnaître qu'à ce jour, ces stratégies ont été peu exploitées. Les interventions de promotion et de prévention primaire demeurent plutôt marginales comparativement aux traitements et les données sur l'efficacité de ces types d'interventions sont relativement limitées. L'Organisation mondiale de la santé considère tout de même que la

priority doit être accordée à la prévention et à la promotion si on veut réduire les conséquences des problèmes de santé mentale (OMS, 2003).

Le but de ce document est de déterminer la contribution de la santé publique en prévention des troubles mentaux et en promotion de la santé mentale. Il vise également à identifier les actions qui seront réalisées en priorité d'ici l'élaboration du prochain plan d'action régional en santé publique.

Dans un premier temps, nous présenterons certains concepts dans le but d'établir une base de compréhension commune tout en mettant en perspective des données sociosanitaires pertinentes. Nous traiterons des facteurs de protection et des facteurs de risque associés à la santé mentale pour ensuite discuter brièvement du modèle d'organisation des services adopté par le ministère de la Santé et des Services sociaux et la place qui est accordée à la promotion et à la prévention dans ce modèle. Enfin, nous aborderons plus directement les stratégies à adopter et les mesures à prioriser.

● **LA SANTÉ MENTALE ET LES TROUBLES MENTAUX**

La *santé mentale* est beaucoup plus que l'absence de troubles mentaux. Elle se définit comme « la capacité d'utiliser ses fonctions mentales de façon efficace. Il en résulte des activités productives, des relations gratifiantes avec autrui et la capacité de s'adapter au changement et de faire face à l'adversité. La santé mentale est donc indispensable au bien-être personnel, aux relations familiales et interpersonnelles et à notre capacité de s'engager dans la vie communautaire » (Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 2001, p. 11). Une personne en bonne santé mentale a généralement une bonne estime d'elle-même et a des compétences personnelles et sociales qui lui permettent de développer son plein potentiel, d'avoir

un sentiment de contrôle sur sa vie et sur son environnement, d'acquérir un certain niveau d'autonomie et d'entretenir de bonnes relations interpersonnelles (OMS, 2005).

Lorsqu'une personne par contre présente des problèmes cognitifs, émotifs ou relationnels, on dit qu'elle souffre de problèmes de santé mentale (Comité de la santé mentale du Québec, 1994). Ces problèmes peuvent être légers et être associés à un contexte particulier (conditions de vie, événement de vie). Ils peuvent aussi être graves, d'origine organique et avoir des conséquences à long terme sur le fonctionnement global de la personne. Qu'ils soient graves ou légers, les **troubles mentaux** se définissent par « des manifestations de dysfonctionnements biologiques ou psychologiques. Ces dysfonctionnements se traduisent par des symptômes émotionnels, cognitifs, comportementaux et somatiques » (Breton et Valla dans Gagnon et al., 2001, p.2). Les troubles affectifs et de l'humeur, les troubles de personnalité, la schizophrénie, les troubles mentaux organiques tels la démence ou l'Alzheimer, en sont que quelques exemples. L'ensemble des troubles sont généralement catégorisés selon des critères diagnostiques précis, répertoriés dans des manuels reconnus tel que le DSM- IV ou le ICD-10. Le diagnostic des troubles mentaux tient compte du type de symptômes (émotionnels, comportementaux, cognitifs ou somatiques) de même que de la fréquence, l'intensité et la durée de ces symptômes.

Chez les enfants et les adolescents, puisqu'ils sont en période de développement, les troubles mentaux ne se manifestent pas de la même manière que chez l'adulte. Hormis les troubles d'origine organique spécifiques à l'enfance tel que la déficience mentale ou les troubles du développement grave, il est parfois difficile de poser un diagnostic clair de troubles mentaux. D'ailleurs, pour ce groupe d'âge, lorsqu'on parle des troubles qui pourraient faire l'objet de mesures de prévention, nous préférons parler de problèmes d'adaptation psychosociale.

À ce titre, Vitaro et Gagnon (2000) proposent une catégorisation des problèmes d'adaptation psychosociale chez les enfants et les adolescents. Cette catégorisation rappelle la manière dont les services sont organisés dans le réseau de la santé. Selon eux, les problèmes d'adaptation

psychosociale chez les enfants et les adolescents peuvent se subdiviser en deux groupes : les problèmes « internalisés » et les problèmes « externalisés ». Les problèmes « internalisés » se manifestent principalement par un retrait social et par une prédominance de symptômes émotionnels. On y inclut par exemple l'anxiété, la dépression, le suicide et les problèmes d'attachement. Les problèmes « externalisés » se manifestent davantage par des symptômes comportementaux et incluent par exemple l'hyperactivité, la consommation abusive ou précoce de psychotropes, le jeu pathologique et la violence. L'ensemble des actions présentées dans ce document vise la prévention des troubles mentaux évitables mentionnés précédemment et les problèmes d'adaptation psychosociale chez l'enfant et l'adolescent.

Rappelons enfin qu'il est fréquent qu'une personne souffre de deux ou plusieurs troubles de santé mentale en même temps. La consommation abusive de psychotropes, de drogues ou d'alcool, ou encore la dépendance au jeu pathologique peuvent être associées à des comportements violents ou à une dépression majeure et peuvent parfois conduire à des comportements ayant des conséquences mortelles (traumatismes non-intentionnels ou suicide). La comorbidité des problèmes psychosociaux rend la tâche des professionnels de la santé de plus en plus difficile, tant au niveau de la prévention que de l'intervention.

● ● ● **ÉTAT DE LA SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION**

● ● ● **La population en général**

Près d'un million de personnes se suicident sur la planète chaque année et on considère qu'environ 150 millions d'individus souffrent de dépression à un moment ou un autre de leur vie. Les problèmes de santé mentale engendrent des coûts considérables (coûts directs – services de soins de santé – et coûts indirects – perte de productivité, perte de qualité de vie). L'OMS rapporte que dans les pays développés, 35 % à 40 % de l'absentéisme au travail s'expliquerait par des problèmes de santé mentale (OMS, 2002).

Une étude de l'Université Laval, citée par l'OMS (OMS, 2002), révèle que les absences au travail reliées à des raisons d'ordre psychologique ont augmenté de 400 % entre 1993 et 1999. Les auteurs utilisent les données de la compagnie d'assurances Sun Life de 1998 pour estimer que 29 % des situations d'invalidité de longue durée sont causées par un problème de santé mentale. L'étude rapporte également que les coûts en indemnité de remplacement de revenus versés par la CSST pour lésions psychiques n'ont cessé de croître entre 1990 et 2001, pour atteindre cette année là près de 7 millions de dollars.

Au Canada, on estime que 20 % de la population souffrira à un moment ou un autre d'un trouble de santé mentale (Gouvernement du Canada, 2002). Les troubles dépressifs et anxieux sont les plus courants (8 à 12 %) alors que les troubles sévères tels que la schizophrénie ou les troubles bipolaires, moins fréquents, affectent près de 1 % des gens (Gouvernement du Canada, 2002). Avec le vieillissement de la population, les experts craignent que le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie pour des raisons de santé mentale augmente de façon considérable. Les troubles cognitifs tels la maladie d'Alzheimer et autres formes de démence touchent près de 33 % des personnes âgées de 85 ans et plus, 11 % chez les 75-84 ans et 2 % chez les 65-74 ans (INSPQ, 2003).

Plus près de nous, le Portrait de santé de la région de l'Outaouais (Courteau, Émond et Garvie, 2002) souligne que 18,6 % de la population en Outaouais présentait en 1998 un niveau élevé de détresse psychologique¹, comparativement à 20,1 % pour l'ensemble du Québec. De plus, 15,1 % de la population de l'Outaouais était insatisfaite de sa vie sociale, contre 13,1% pour l'ensemble du Québec en 1998.

¹ L'indice de détresse psychologique de Santé Québec est dérivé du « Psychological Symptom Index (PSI) de Lifeld. « Il est composé de quatre facteurs : dépression, anxiété, troubles cognitifs et irritabilité. La catégorie élevée de détresse psychologique correspond au seuil du quintile supérieur établi à partir des données de l'enquête de 1987. p.176 ». Courteau, Émond et Garvie (2002)

De plus, la perception de l'état de santé mentale, pour la population de 15 ans et plus, est moins favorable en Outaouais, comparativement à l'ensemble du Québec, tel qu'indiqué dans le tableau 1 (Garvie et al., 1998). Cet indicateur est intéressant car il nous permet de prédire dans une certaine mesure la consommation de services en santé mentale (Santé Québec, 1998).

Tableau 1 : Perception de l'état de santé mentale, population de 15 ans et plus, Outaouais et Québec, 1998.

Perception santé mentale	% Outaouais - 1998	% Québec - 1998
Excellente	31,7	35,1
Très bonne	35,5	35,6
Bonne	22,8	21,3
Moyenne	8,0	6,5
Mauvaise	2,0 (*)	1,6

(*) Estimation très imprécise : fournie à titre indicatif seulement

Selon l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC), 10,4 % de la population de plus de 12 ans de l'Outaouais a consulté un professionnel de la santé pour des raisons de santé mentale au cours des 12 derniers mois, comparativement à 8,8 % pour le Québec (Statistique Canada, 2004). L'Outaouais et le Saguenay-Lac-St-Jean sont en tête de liste pour la proportion de leur population qui consulte un professionnel de la santé pour des raisons de santé mentale.

Tableau 2 : Consultation des professionnels de la santé pour des raisons de santé mentale au cours des 12 derniers mois, population à domicile de 12 ans et plus, 2000-2001

Région	Nombre	%
Ensemble du Québec	546 283	8,8
Outaouais	27 844	10,4

... Les enfants et les adolescents

Selon certaines enquêtes épidémiologiques, la prévalence des troubles mentaux et des problèmes d'adaptation psychosociale chez les jeunes de 5 à 18 ans varie de 17,6 à 26 % (Breton et Valla, 2001 ; Marcotte, 2000 ; Turgeon et Brousseau, 2000). Les troubles les plus présents chez les enfants sont les troubles d'anxiété, de comportement et de dépression. On retrouve plus de troubles de comportement chez les garçons de 6-11 ans que chez les filles du même âge. Les filles de 12 à 14 ans présentent pour leur part plus de symptômes anxieux et dépressifs que les garçons de ce groupe d'âge.

Les données de l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 montrent que les garçons sont proportionnellement plus nombreux que les filles à présenter un niveau élevé d'estime de soi, tant à 13 ans (26 % contre 15 %) qu'à 16 ans (37 % contre 25 %) (INSPQ, 2004). Selon cette même étude, la proportion d'adolescents présentant un niveau élevé de détresse psychologique est d'environ 22 % chez les jeunes de 13 ans et 19 % chez les jeunes de 16 ans et s'avère plus élevée chez les filles que chez les garçons. On estime également qu'un peu moins de 30 % des adolescents présentant un niveau élevé de détresse psychologique ont consulté un professionnel de la santé.

Selon l'enquête « Styles de vie des jeunes du secondaire », réalisée par la Direction de santé publique de l'Outaouais (Deschesnes, Demers et Fines, 2003), les jeunes du secondaire de l'Outaouais seraient généralement en bonne santé mentale. L'enquête indique qu'en 2002, 87 % des jeunes étaient satisfaits, globalement, « de qui ils sont » et que la plupart (87 %) se sentent capables de relever les défis qui se présentent à eux.

« En 2002, les deux tiers des élèves (65 %) présentent un faible niveau de détresse psychologique » (Deschesnes et al., 2003, p. 218). Par contre, les filles sont relativement plus

nombreuses (22 %) que les garçons (12 %) à présenter un niveau élevé de détresse psychologique. Il est à souligner que c'est dans le territoire du Pontiac qu'on rapporte la plus haute proportion de jeunes présentant un niveau élevé de détresse psychologique.

Toujours selon cette enquête, la majorité des élèves en 2002, soit 78 %, n'ont été témoins d'aucune forme de violence entre leurs parents et que le pourcentage de ceux qui se disent victimes de violence physique de la part de leur(s) parent(s) est en diminution comparativement aux enquêtes antérieures de 1991 et de 1996. Par contre, il subsiste une proportion d'environ 10 % des jeunes qui se disent encore victimes de violence physique de la part de leurs parents.

Enfin, quant à la consommation de cannabis en 2002, on remarque plus de consommateurs qu'auparavant, même si la majorité des jeunes (70 %) n'en consomment toujours pas. En matière de consommation d'alcool, « la proportion des jeunes qui disent s'être enivrés la dernière fois qu'ils ont consommé de l'alcool (cinq consommations ou plus) est demeurée stable au cours des dix dernières années » (Deschesnes et al., 2003, p.166), pour la période 1992-2002.

... Le suicide en Outaouais

Finalement, pour compléter ce tableau de données sociosanitaires en lien avec la santé mentale, nous rapportons ici quelques informations touchant le suicide. Au cours des dernières années, on dénombre en moyenne une soixantaine de suicides par année en Outaouais (Courteau, Émond, et Garvie, 2002). Le taux de mortalité attribuable au suicide chez les hommes est quatre fois plus élevé que chez les femmes. Les femmes par contre sont hospitalisées dans les hôpitaux généraux pour tentative de suicide 1,5 fois plus que les hommes. Le taux de décès par suicide est plus élevé chez les hommes âgés de 20 à 59 ans, alors que chez les femmes, les taux sont plus élevés dans le groupe d'âge 30 à 59 ans. Le territoire qui se démarque le plus au chapitre des taux de suicide est celui de la Haute-Gatineau, suivi par ceux de la Petite-Nation et de la Vallée-de-la-Lièvre. Ces

territoires ont tous des taux de suicide plus élevés que la moyenne du Québec. L'Outaouais, par contre, pris dans son ensemble, a un taux de suicide légèrement plus bas que la moyenne du Québec.

L'enquête « Styles de vie des jeunes du secondaire » (Deschesnes et al., 2003) nous informe également sur la question des idées et des tentatives suicidaires chez les jeunes : « Selon les résultats de l'enquête de 2002, environ un élève sur quatre (25 %) a déjà eu des pensées suicidaires au cours de sa vie et un jeune sur sept (15 %) a entretenu ces idées au cours des douze mois précédant l'enquête » (p. 227). « Une différence statistiquement significative est observée entre les sexes (filles : 11 %; garçons : 4 %), alors que l'on ne note aucune différence statistiquement significative selon l'âge » (p.227). La proportion des jeunes qui ont déjà tenté de se suicider est de 5 % en 2002 (contre 10 % en 1996).

Des données récentes, présentées au colloque « Vers des perspectives prometteuses face au suicide » (Dorval, 2004), démontrent que le nombre de suicide semble s'être stabilisé au Québec depuis l'année 2000, pour s'établir au nombre d'environ 1 300 suicides pour l'ensemble de la province.

••• Vue d'ensemble pour l'Outaouais

Il est difficile de dresser un portrait réel de l'état de la santé mentale de la population de l'Outaouais. Aucun indicateur ne permet à lui seul de nous fournir une vision claire de la situation. Néanmoins, on constate que l'Outaouais, comme dans d'autres régions du Québec, est prise avec des problèmes grandissants au niveau de la santé mentale. Les problèmes de dépression et d'anxiété figurent parmi les troubles les plus fréquents.

Aussi, malgré un niveau de détresse psychologique plus bas que la moyenne québécoise, la population de l'Outaouais a une moins bonne perception de son état de santé mentale et consulte davantage les professionnels de la santé pour ces problèmes.

Tableau 3 : Synthèse des principaux indicateurs de santé mentale

Indicateurs de santé mentale	Outaouais	Ensemble du Québec
Pourcentage de détresse psychologique élevée	18,6 %	20,1 %
Pourcentage de la population ayant une perception moyenne ou mauvaise de leur état de santé mentale	10,0 %	8,1 %
Pourcentage de la population ayant consulté un professionnel de la santé pour des problèmes de santé mentale	10,4 %	8,8 %

Une récente étude réalisée aux États-Unis conclue que malgré un taux stable de la prévalence des troubles mentaux, on constate une augmentation marquée des demandes d'aide et de traitement en santé mentale. Le pourcentage des personnes souffrant de troubles mentaux qui ont reçu un traitement est passé de 20,3 % à 32,9 % sur une période de dix ans. Malgré cette augmentation, on remarque que la plupart des patients (67,1 %) souffrant de troubles mentaux n'ont pas reçu de traitement. L'étude montre également que la moitié des gens traités pour des problèmes de santé mentale ne rencontraient pas les critères de diagnostic d'un trouble mental.

LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION ASSOCIÉS À LA SANTÉ MENTALE

Les facteurs associés à la santé mentale ou aux troubles mentaux peuvent être individuels, familiaux, sociaux, économiques ou environnementaux. Les facteurs de risque sont associés à une plus grande probabilité de développer un trouble mental, alors que les facteurs de protection réfèrent aux conditions qui réduisent cette probabilité (Breton et Valla, dans Gagnon et al., 2001). Les facteurs de risque n'ont pas un lien causal avec les troubles mentaux, ils indiquent seulement un niveau de vulnérabilité.

... Facteurs individuels et familiaux

La grossesse, l'état de santé du bébé à la naissance et les premières années d'un enfant sont cruciaux à son développement physique, cognitif et affectif. Certaines complications périnatales (retard de croissance in utero, insuffisance pondérable, prématurité, anomalies congénitales ...) peuvent nuire au développement normal de l'enfant et contribuer à l'apparition de troubles de développement et d'adaptation. D'ailleurs, certaines habitudes de vie telles que la consommation d'alcool ou de drogue pendant la grossesse peuvent entraîner des effets néfastes sur le bébé qui se répercuteront dans son développement et son adaptation sociale. Les pratiques parentales peuvent également contribuer ou réduire le risque de développer un trouble mental. Par exemple, le développement d'un attachement et de relations positives avec son milieu familial peut constituer un facteur de protection. Certains programmes d'intervention en périnatalité et en petite enfance (Bakermans-Kranenburg et collaborateurs, 2003) ont d'ailleurs pour but de favoriser le développement de compétences parentales et l'attachement parents-enfants. Ces programmes contribuent à améliorer par conséquent les conditions de sécurité, de réconfort et de stimulation nécessaires au développement normal de l'enfant. À l'inverse, la surprotection parentale augmente le risque d'anxiété et de dépression chez l'enfant (Tourgeon et

Brousseau, 2000 ; Marcotte, 2000). Les personnes ayant été victimes d'abus ou de négligence pendant l'enfance ou dont les parents étaient atteints d'une maladie mentale ont aussi un risque accru de vivre un épisode de dépression et d'anxiété à l'âge adulte. (Hoefnagels, 2005 ; Beardslee, Solantaus & Van Doesum, 2005, cité dans OMS, 2004).

L'acquisition de compétences personnelles et sociales peut également contribuer au maintien d'une bonne santé mentale. La capacité d'adaptation, l'autonomie, les capacités de résolution de problème sont toutes des compétences permettant à l'individu de passer au travers des difficultés de la vie et d'établir des relations interpersonnelles positives. L'estime de soi constitue également un élément essentiel au développement d'une bonne santé mentale. Le renforcement de ces compétences par des mesures de promotion de la santé tout au long de la vie et dans différents milieux de vie est à préconiser.

Le vieil âge, et plus particulièrement le très vieil âge, constitue en soi un facteur de risque car il s'accompagne de plusieurs facteurs de stress pouvant accroître le risque de troubles mentaux (OMS-Europe, 2004). La personne âgée voit souvent son réseau social s'effriter avec la mort de son conjoint ou de ses amis. La dégradation des capacités physiques et mentales peut également accélérer le processus d'isolement et contribuer au développement de troubles mentaux telle que la démence. À l'opposé, un bon réseau social et de saines habitudes de vie (activité physique, alimentation adéquate et gestion saine des médicaments) peuvent retarder l'apparition de certains symptômes ou contribuer au maintien d'une bonne santé mentale.

☛ Facteurs sociaux, économiques et environnementaux

Facteurs liés au milieu du travail

L'accès à un travail stable et valorisant contribue à l'épanouissement et au bien-être d'un individu. Le travail assure une source de revenu stable qui favorise l'indépendance et qui permet

d'élaborer et de réaliser des projets de vie. Il représente pour la plupart des gens un espace important de socialisation et sert de repère dans l'organisation sociale, en plus de favoriser le développement et la croissance personnelle.

En revanche, le monde du travail s'est profondément transformé et nombreux sont ceux et celles qui ont aujourd'hui de la difficulté à s'y tailler une place stable et confortable alors que d'autres croulent sous le poids des exigences de leur emploi. L'organisation du travail ne cesse de se transformer au nom de la compétitivité, de la mondialisation et de la rationalisation. Autant le travail peut favoriser le bien-être, autant il peut contribuer à détériorer la santé. La précarité est répandue; près de la moitié des travailleurs ont un travail monotone composé de tâches répétitives ou travaillent à une cadence accélérée ou sous contrainte de temps; près du tiers des travailleurs ne peuvent exercer un contrôle sur leur rythme de travail et 20 % d'entre eux travaillent sur des quarts de travail variables (travail posté). De plus, moins le revenu est élevé, pires sont habituellement les conditions de travail, ce qui contribue de façon non négligeable aux disparités de santé reliées au statut socio-économique, tant aux plans psychologique que physique.

Facteurs liés aux inégalités sociales et de santé

Plusieurs déterminants sociaux de la santé affectent aussi la santé mentale. « Meilleurs sont le revenu, la scolarité, le rang social, le réseau d'une personne, plus elle a d'estime de soi et mieux elle sent qu'elle exerce une certaine emprise sur sa vie, plus elle tend à être en santé » (Forum national sur la santé, 1997 : cité dans Desmarais et collaborateurs, 2000, page 28). Robichaud et ses collaborateurs (1994) mentionnent à ce sujet que « l'action des phénomènes complexes, comme le jeu des forces sociales (dont la pauvreté constitue un des éléments), sur la santé mentale ne peut être appréhendée à partir d'une analyse simple. Nous devons plutôt chercher à examiner comment ces forces sociales exercent leurs actions sur les trajectoires d'individus et de communautés » (p. 91-92).

Il ressort clairement que « la pauvreté est sûrement le meilleur *prédicteur*, tant des perturbations du développement de l'enfant que du niveau de santé mentale des adultes, des diverses manifestations de mauvaise santé mentale et de différentes formes de pathologies mentales » (p. 142). La pauvreté est souvent le point de conjonction de plusieurs facteurs de risque, qu'ils soient en lien avec les déterminants de l'éducation, du soutien social, des habitudes de vie et des capacités d'adaptation, etc. Les études ont démontré à cet effet que l'incidence de la dépression est de 1,5 à 2 fois plus élevée chez les groupes de population à faible revenu. Cause et conséquence en même temps, la pauvreté est intimement liée à une santé mentale fragilisée.

Le capital social, c'est-à-dire la manière dont une communauté est organisée socialement, peut par contre protéger l'individu de l'isolement social, créer un filet social, réduire le taux de criminalité et améliorer la qualité de vie des individus et ainsi réduire le risque de développer des troubles mentaux.

« The way we organize our society, the extent to which we encourage interaction among the citizenry and the degree to which we trust and associate with each other in caring communities is probably the most important determinant of our health (Lomas, 1998, p. 1181, cité dans OMS, 2004, p.22) »

Les programmes basés sur des interventions globales qui visent autant les individus, les familles, l'environnement immédiat que le renforcement des communautés ont le potentiel d'atténuer les facteurs de risque tout en favorisant un développement de la capacité de résilience, d'où l'importance d'intervenir sur divers déterminants de la santé en même temps (U.S. Public Health Service, 2001). Le tableau 4 résume l'ensemble des facteurs de risque et de protection associés aux troubles mentaux et à la santé mentale identifiés dans les écrits scientifiques (OMS, 2004 ; Gagnon et al., 2001 ; Vitaro et Gagnon, 2000).

Tableau 4 : Liste des facteurs de risque et de protection associés à la santé mentale et aux troubles mentaux

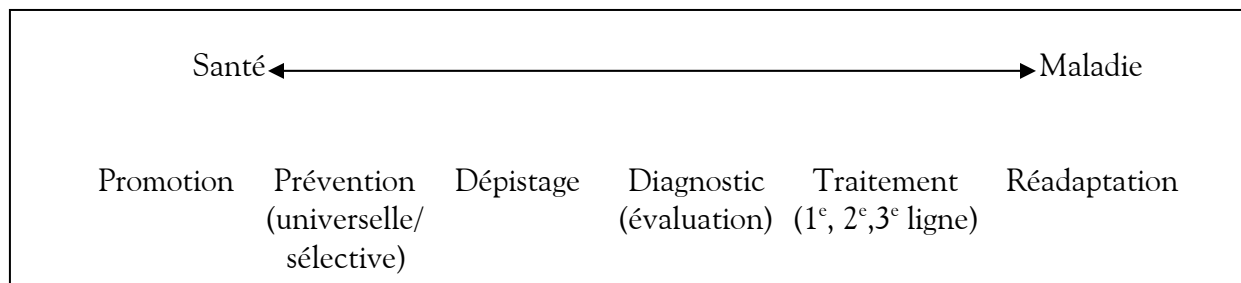
	Facteurs de risque	Facteurs de protection
Individuels et familiaux	<ul style="list-style-type: none"> - Consommation d'alcool et de drogue pendant la grossesse - Petit poids à la naissance, prématurité ou complication périnatale - Abus et négligence durant l'enfance - Conflits familiaux, violence et désorganisation familiale - Problèmes de santé mentale et de dépendance chez les parents - Échec ou retard scolaire - Faible estime de soi - Problème de communication - Immaturité émotionnelle - Dérèglement neurochimique ou autres problèmes biologiques - Déficits d'attention - Déficits dans les habiletés sociales - Douleur chronique ou problème de santé physique, insomnie chronique - Isolement - Événements stressants (deuil, divorce, chômage, etc.) - Abus et négligence chez les personnes âgées - Responsabilité d'un proche ayant une maladie chronique ou dégénérative) - Tentative de suicide antérieur (facteurs de risque associés au suicide) 	<ul style="list-style-type: none"> - Saine habitude de vie de la mère pendant la grossesse (acide folique) - Stimulation précoce (milieu stimulant) - Bonnes habiletés parentales - Attachement positif durant la petite enfance - Interaction positive parent/enfant - Maturité socio-émotionnelle - Sentiment de sécurité - Bonnes compétences personnelles et sociales (capacité d'adaptation, autonomie, habiletés de gestion de stress, ouverture sur les autres, capacité de résolution de problème et de conflit) - Bonne estime de soi et confiance en soi - Habileté à faire face à l'adversité - Saines habitudes de vie (exercice physique, saine alimentation) - Empowerment individuel - Soutien social (famille, amis, collègues de travail) - Avoir un emploi

	Facteurs de risque	Facteurs de protection
Sociaux, économiques et environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> - Décrochage scolaire et analphabétisme - Insécurité alimentaire - Violence dans la communauté - Accessibilité à la drogue et à l'alcool - Mauvaise condition de vie (transport ou logements inconvenables) - Transformation du milieu du travail, problème organisationnel en milieu de travail, stress - Chômage, précarité d'emploi - Pauvreté - Injustice raciale et discrimination - Inégalité sociale - Exclusion sociale - Accessibilité aux moyens tels que les armes à feu (facteurs de risque associés au suicide) 	<ul style="list-style-type: none"> - Empowerment collectif - Intégration des minorités - Relations interpersonnelles positives - Participation sociale - Responsabilité sociale et collective - Tolérance - Accès aux services de santé - Soutien social et réseau communautaire - Capital social

● MODÈLE DE CONTINUUM DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE

Le plan d'action en santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux 2005-2012 visant à mettre en place un système efficient de santé mentale met entre autres « l'accent sur la nécessité de répondre aux besoins des personnes en assouplissant les frontières qui balisent nos interventions et en assurant les liaisons nécessaires afin de réduire les ruptures dans la continuité des services » (MSSS, 2005, p.12). Le modèle de continuum de services auquel on fait ici référence est illustré à la figure 1.

Figure 1 : Modèle de continuum de services en santé mentale



Ce modèle situe les différents niveaux d'intervention dans le domaine de la santé mentale et met en perspective la possibilité d'une cohabitation entre ces niveaux. De la promotion à la réadaptation, ces actions ou services contribuent au maintien et à l'amélioration de l'état général de santé mentale de la population. Dans le cadre de ce document, nous aborderons uniquement les trois premiers niveaux de ce continuum : la promotion, la prévention et le dépistage.

La **promotion** de la santé mentale « est le processus par lequel on accroît la capacité des individus et des collectivités à se prendre en main et à améliorer leur santé mentale. La promotion de la santé mentale fait appel à des stratégies qui favorisent le soutien de l'environnement et la résilience individuelle, dans le respect de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des liens interpersonnels et de la dignité de la personne (ACSM, 1997) ».

Quant à la **prévention**, « elle vise la réduction de l'incidence (*nombre de nouveaux cas*) des problèmes de santé mentale en s'attaquant aux facteurs de risque et aux conditions pathogènes. Elle s'adresse à la population en général ou à certains groupes particuliers exposés à de tels facteurs ou conditions (Blanchet et collaborateurs, 1993) ».

Le **dépistage**, pour sa part, vise à identifier les personnes qui sont aux premiers stades de la maladie ou qui seraient à risque de la développer. Le dépistage, s'il conduit à un diagnostic, permet d'intervenir précocement afin de prévenir les complications ou la détérioration de la condition. L'efficacité du dépistage dépend toutefois de la disponibilité d'outils de dépistage valides, de l'utilisation adéquate de ces outils et de la capacité des services de la 1^{ère} ligne de répondre à une demande accrue d'évaluation diagnostique et de traitement.

Pour terminer le portrait des services offerts en promotion et en prévention, mentionnons que l'approche de santé publique repose sur la mise en place de mesures universelles et sélectives. Les mesures universelles touchent l'ensemble de la population indépendamment des facteurs de vulnérabilité alors que les mesures sélectives visent les individus ou les sous-groupes qui sont plus à risque de développer des troubles mentaux en raison de leurs caractéristiques personnelles ou de facteurs familiaux, sociaux ou environnementaux. Les mesures universelles (ex. : campagnes de communication sociétales et l'approche *École en santé*) agissent en complémentarité avec les mesures sélectives (ex. : les Services intégrés en périnatalité et en petite enfance auprès des familles en situations de vulnérabilité (SIPPE)). L'efficacité des mesures sélectives repose sur notre capacité de prédire adéquatement l'apparition des troubles mentaux et d'identifier les personnes à risque. Ce qui n'est pas toujours possible. Les mesures universelles ont l'avantage de rejoindre un grand nombre de personnes mais ne permettent pas d'ajuster l'intervention aux réalités de certains groupes à risque. Ces deux types de mesures sont donc nécessaires afin de réellement réduire l'incidence et la prévalence des troubles mentaux.

● PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

En novembre 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux déposait le *Programme de national de santé publique 2003-2012* (PNSP), énonçant ainsi les activités qui devront être mises en œuvre dans l'ensemble du Québec pour améliorer et maintenir la santé de la population. Les actions concernant la santé mentale se retrouvent principalement dans le domaine d'intervention visant le développement, l'adaptation et l'intégration sociale. Les objectifs du PNSP traitant spécifiquement de la question de la santé mentale visent à la fois les jeunes, les femmes, les personnes âgées et la population en général. Le tableau 5 présente les objectifs du PNSP en lien avec la santé mentale.

Tableau 5 : Objectifs du PNSP en lien avec la santé mentale

- Réduire le taux de prématurité et le taux d'insuffisance de poids à la naissance;
 - Réduire le nombre d'enfants qui naissent avec des anomalies congénitales graves ou autres problèmes graves de santé;
 - Augmenter la proportion d'enfants âgés de 0-4 ans qui ont un développement normal (moteur, langagier, cognitif et social);
 - Réduire les problèmes d'abus physique et psychologique, d'agression sexuelle et de négligence à l'endroit des enfants et des adolescents;
 - Réduire les troubles de conduite, incluant la violence envers les autres et la délinquance, chez les enfants et les adolescents;
 - Réduire les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool;
 - Réduire de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées;
 - Augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne santé mentale;
 - Réduire le nombre de tentatives de suicide et le nombre de suicide;
 - Réduire les problèmes d'agression sexuelle et de violence conjugale affectant les femmes;
 - Réduire les problèmes d'abus et de négligence à l'endroit des personnes âgées;
 - Réduire le suicide et les problèmes de consommation de drogues et d'alcool (en milieu de travail).
-

LES STRATÉGIES DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE

Compte tenu de l'étendue et de la complexité de la question de la santé mentale, l'action de santé publique doit s'appuyer sur plusieurs stratégies. Les stratégies d'intervention énoncées dans le Programme national de santé publique (PNSP) nous rappellent dans ce sens l'importance d'agir à la fois sur l'individu et sur son environnement et d'utiliser l'ensemble des ressources de la communauté. À cet effet, Desmarais et collaborateurs (2000, page 29) soulignent que « la santé mentale n'est pas du seul ressort de la responsabilité individuelle ; elle relève aussi de la responsabilité collective. La société et ses groupes d'acteurs jouent en effet un rôle significatif dans le maintien, la protection et l'amélioration de la santé mentale de tous les membres » (Desmarais et collaborateurs, 2000, page 29). Nous retenons donc, en trame de fond, les stratégies d'intervention du Programme national de santé publique :

- Renforcer le potentiel des personnes
- Soutenir le développement des communautés
- Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être
- Soutenir les groupes vulnérables
- Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives et efficaces.

Tenant compte de ces stratégies, des déterminants de la santé mentale énoncés précédemment, et des objectifs du PNSP, neuf stratégies d'action en promotion de la santé mentale et prévention des troubles mentaux ont été identifiées. Ces stratégies sont présentées au tableau 6.

Tableau 6 : Stratégies d'action en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux

-
1. Soutenir le développement de l'enfant et appuyer les parents
 2. Promouvoir la santé mentale auprès des jeunes d'âge scolaire
 3. Prévenir la dépression et l'anxiété
 4. Prévenir le suicide
 5. Promouvoir la santé mentale au travail
 6. Prévenir la violence, la toxicomanie et le jeu pathologique
 7. Réduire l'exclusion sociale et la discrimination
 8. Soutenir l'action communautaire et développer un environnement soutenant
 9. Impliquer les services de 1^{ère} ligne afin d'assurer le continuum des services
-

● **LE PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN SANTÉ PUBLIQUE**

Le Plan d'action régional en santé publique (PAR) de l'Outaouais et les plans d'actions locaux (PAL) précisent, à partir des actions prévues au PNSP, les engagements de la région de l'Outaouais pour 2004-2007. Certaines actions pouvant contribuer à la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide et de certains troubles de comportement ont été identifiées. Le tableau 7 présente les actions prévues au PAR en lien avec la santé mentale. Elles sont présentées selon les objectifs généraux retenus dans le cadre de ce document.

Tableau 7 : Actions prévues dans le PAR, selon les stratégies d'action retenues

Stratégies d'action	Actions prévues dans le PAR
Soutenir le développement de l'enfant et les parents	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de services en périnatalité - volet universel - SIPPE ⁽¹⁾ - volet sélectif - Portrait régional des programmes de développement des compétences parentales, compétences personnelles et sociales chez l'enfant et stimulation précoce - Mise en place de programmes de stimulation précoce en milieu défavorisé - Suivi des problématiques émergentes touchant la famille
Promouvoir la santé mentale auprès des jeunes d'âge scolaire	<ul style="list-style-type: none"> - Implantation de l'approche <i>École en santé</i> dans les écoles de la région - Relais des campagnes de communication sociétales
Prévenir la dépression, l'anxiété	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation du public et des professionnels sur les troubles anxieux et dépressifs
Prévenir le suicide	<ul style="list-style-type: none"> - Contribution de la santé publique aux actions face au suicide (RéactionVie) - Formation des médecins sur le suicide - Soutien à la mise en place de projet de type Sentinelles - Relais de campagne de communication sur la banalisation du suicide
Promouvoir la santé mentale au travail	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune mesure prévue dans le PAR
Prévenir la violence, la toxicomanie et le jeu pathologique	<ul style="list-style-type: none"> - Relais de campagnes de communication sociétale (violence, agressions) - Volet préventif du plan d'action en jeu pathologique - Projet visant la consommation modérée chez les buveurs à risque (de type Alcochoix)
Réduire l'exclusion sociale et la discrimination	<ul style="list-style-type: none"> - Actions en développement des communautés (Sécurité alimentaire, Québec en forme, SIPPE)
Soutenir l'action communautaire et développer un environnement soutenant	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien au développement des communautés (fonds de développement social, étude sur le capital social) - Soutien aux environnements favorables à la vie familiale et au développement optimal de l'enfant
Impliquer les services de 1 ^{ère} ligne afin d'assurer le continuum des services	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique clinique préventive (PCP) : counseling sur les habitudes de vie (incluant la consommation d'alcool, prévention du suicide, détection anxiété et dépression, détection agression sex., violence, abus et négligence envers les personnes âgées.

(1) SIPPE : Services intégrés en périnatalité et en petite-enfance auprès de familles en situation de vulnérabilité

Plusieurs actions prévues dans le PAR ne visent pas spécifiquement la promotion de la santé mentale mais peuvent néanmoins y contribuer. C'est le cas entre autres avec les *services intégrés en périnatalité et pour la petite-enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE)*. Les SIPPE sont des mesures sélectives qui ont pour but de maximiser le potentiel de santé (physique et mentale) et de bien-être des mères, pères, bébés à naître et des enfants 0-5 ans vivant en situation de pauvreté. Ils intègrent les anciens programmes *Naître égaux et grandir en santé (NEGS)* et *Soutien aux jeunes parents (PSJP)* de même que les programmes éducatifs précoces.

Le plan de services en périnatalité est une mesure universelle qui peut aussi contribuer à la santé mentale des mères et de l'enfant en assurant des services de qualité à toutes les femmes et leur conjoint pendant la grossesse, l'accouchement et en période post-natale. Il peut contribuer à soutenir les mères et les pères pendant cette période de bouleversement de même que de prévenir les complications à la naissance et de détecter les problèmes qui pourraient survenir après l'accouchement et qui pourraient avoir des répercussions sur le développement normal de l'enfant.

L'approche *École en santé* permet aussi d'agir sur la santé mentale des jeunes en invitant les parents et les partenaires à conjuguer leurs actions de promotion et de prévention afin de favoriser le bien-être et la réussite scolaire des jeunes. On souhaite ainsi inscrire la promotion et la prévention au cœur du projet éducatif et du plan de réussite de l'école. L'acquisition des compétences personnelles et sociales et l'adoption de comportements sains et sécuritaires, la promotion de saines habitudes de vie et d'environnements favorables à la santé, le recours à des services préventifs sont autant de facteurs clés sur lesquels il faut agir pour le bien-être des jeunes et de leur famille.

Aucune mesure n'avait été inscrite dans le PAR en ce qui a trait à la promotion de la santé mentale en milieu de travail, mais certaines interventions sont maintenant envisagées. Elles

viseront à faire connaître aux organisations patronales et syndicales autant qu'aux intervenants, le lien documenté entre divers facteurs de l'organisation du travail et le développement de problèmes de santé mentale. Par ailleurs, les intervenants des équipes de santé au travail développeront les capacités d'accompagner les milieux de travail qui en font la demande pour identifier les sources de problèmes de santé mentale dans l'organisation du travail de leur entreprise et pour proposer des solutions.

PRIORITÉS D'ACTION EN PROMOTION ET PRÉVENTION EN SANTÉ

● ● ● MENTALE

Ce document a pour but de déterminer la contribution de la santé publique en santé mentale. Plusieurs éléments de réponse ont jusqu'à présent été énoncés notamment en ce qui a trait aux actions prévues dans le PAR. Nous avons également identifié neuf stratégies de promotion et prévention en matière de santé mentale. Toutes ces stratégies auraient un impact certain sur l'amélioration et le maintien de la santé mentale de la population de l'Outaouais.

Certaines stratégies sont d'ailleurs reprises dans d'autres mesures adoptées par l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. Le plan de lutte contre l'itinérance vise entre autres à réduire l'exclusion sociale et la discrimination et soutient l'action communautaire tout en favorisant le développement d'environnement soutenant. Le « Fonds de développement social et milieux en santé » vise également à soutenir les communautés à mettre en place des actions collectives basées sur l'empowerment, la participation sociale et le partenariat intersectoriel. Des projets mobilisateurs ou des actions collectives qui auraient pour but de soutenir la santé mentale de la population vivant dans un contexte de pauvreté, pourraient être soutenus dans le cadre de ce fonds. Ces mesures sont essentielles car elles permettent d'agir sur les déterminants sociaux de la santé mentale et seront maintenues. Une étude est également prévue afin de dresser un portrait du capital social de la région.

Le réseau de la santé et des services sociaux et ses partenaires ont de plus adopté des plans d'action afin de prévenir et d'intervenir sur les problématiques de la toxicomanie, du jeu pathologique et de la violence. Les actions prévues dans ces plans auront des répercussions sur l'incidence des troubles mentaux. Enfin, le plan d'action en santé mentale du MSSS mise largement sur l'apport des services de première ligne pour intervenir plus tôt auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Le plan d'action ministériel en santé mentale prévoit aussi la réalisation d'une campagne de sensibilisation visant à contrer la stigmatisation et la discrimination associées aux troubles mentaux. L'action en santé publique doit être bien arrimée à l'ensemble de ces plans afin d'assurer un réel continuum de services.

Toutefois, compte tenu des limites budgétaires en santé publique, certaines priorités doivent être établies. Le choix des priorités repose sur l'importance que nous accordons à agir en amont des problèmes, sur les taux de prévalence ou l'émergence de certains problèmes spécifiques et sur notre capacité d'agir sur ces problèmes. Le choix repose donc sur des principes de faisabilité, de précocité, d'efficacité et d'efficience. Afin d'améliorer et de maintenir la santé mentale de la population de l'Outaouais, la Direction de santé publique entend orienter ses actions sur les cinq priorités suivantes :

- Soutenir le développement des enfants et les capacités des parents
- Promouvoir la santé mentale des jeunes d'âge scolaire
- Prévenir la dépression et l'anxiété
- Prévenir le suicide
- Promouvoir la santé mentale en milieu de travail.

... Soutenir le développement de l'enfant de même que les parents

L'action en santé publique est la plus efficace lorsqu'elle agit en amont des problèmes soit dès les premières années de vie. Il convient donc de miser sur des actions qui favorisent le développement global de l'enfant et qui soutiennent les parents dans leur rôle parental.

Tel qu'énoncé précédemment, le plan de services en périnatalité (volet universel) et les SIPPE constituent des mesures permettant d'agir sur certains déterminants de la santé mentale associés à la petite enfance. À titre d'exemple, une étude sur les effets du programme *Naître égaux et grandir en santé*, volet prénatal, montre que ce type de programme améliore à court terme la santé mentale des mères, ceci étant fortement associé à l'amélioration du sentiment d'efficacité maternelle et à la diminution du risque d'abus et de négligence (Boyer et Laverdure, 2000). Ces mesures doivent donc être maintenues. Certaines actions spécifiques en promotion de la santé mentale pourraient être intégrées à ces services selon les besoins.

Des mesures universelles visant le développement des compétences personnelles et sociales des enfants, la stimulation précoce et le développement des compétences parentales peuvent aussi agir positivement sur le développement social et cognitif des enfants. Nous avons toutefois une connaissance partielle de l'offre de services de ce type d'intervention dans la région et des programmes prometteurs dans ce domaine. Une étude sera nécessaire afin de mettre à jour le portrait de ces programmes.

Actions prioritaires :

Maintenir le plan de services en périnatalité et les SIPPE, tout en les bonifiant de certains éléments en santé mentale.

Réaliser un portrait régional des programmes de développement des compétences parentales, de compétences personnelles et sociales chez l'enfant et de stimulation précoce de même que sur les meilleures pratiques.

Soutenir la mise en place de programmes de stimulation précoce chez l'enfant dans différents milieux (CSSS, organismes communautaires,...).

... Promouvoir la santé mentale chez les jeunes d'âge scolaire

Les jeunes d'âge scolaire doivent également constituer une cible prioritaire en santé publique. C'est une période de développement social et personnel importante pour le jeune. Le plan d'action régional prévoit d'ailleurs l'implantation de l'approche *École en santé*, d'ici 2012. Cette approche en promotion de la santé visant également la réussite éducative s'inscrit dans l'entente de complémentarité de services entre le ministère de l'Éducation, loisirs et sport et le ministère de la Santé et des Services sociaux (Entente MELS-MSSS). Tel que prévu, des mécanismes de concertation régionale et locale ont été mis en place afin d'assurer la concrétisation de cette entente. L'Institut national de santé publique et le MELS réalisent présentement un portrait de l'ensemble des programmes implantés dans les écoles du Québec, incluant les programmes visant le développement des compétences personnelles et sociales et d'estime de soi.

L'approche *École en santé* permet la mise en place de mesures visant entre autres le développement de l'estime de soi et des compétences personnelles et sociales. La capacité d'adaptation est une capacité particulièrement importante dans un monde en constante mutation. La littérature reconnaît également l'apport essentiel du soutien social dans le maintien de la santé mentale. Il faut donc habiliter les jeunes à développer et maintenir des relations interpersonnelles saines et positives et à s'adapter efficacement à leur environnement. Certains programmes tels que « Fluppy » et les « Amis de Zippy » ont d'ailleurs été mis en place dans plusieurs régions du Québec, dont l'Outaouais. Les mesures de promotion de la santé mentale devraient viser le développement des compétences suivantes : capacité d'adaptation, autonomie, habiletés de gestion de stress, résolution de problèmes, relation interpersonnelle, capacité de communication, empathie et ouverture sur les autres.

La majorité des programmes de développement des compétences personnelles et sociales visent les jeunes enfants. Les programmes visant les adolescents ou les jeunes adultes abordent l'acquisition des compétences au travers diverses problématiques psychosociales qui peuvent

émerger à cette nouvelle étape de leur vie (violence dans les relations amoureuses, suicide, toxicomanie, etc.). L'accent est alors mis sur les problèmes et non sur la reconnaissance des aspects positifs de la jeunesse. Des campagnes de communication telle que *Parler, c'est grandir* devraient être favorisées car elles permettent d'aborder différents sujets qui préoccupent les jeunes et les parents de manière positive.

Actions prioritaires :

Contribuer à l'implantation de l'approche *École en santé*, identifier des actions visant le développement de l'estime de soi, des capacités d'adaptation et des compétences personnelles et sociales et soutenir leur mise en place dans les écoles.

Favoriser la mise en place de programmes efficaces (existants ou à développer) visant la promotion des compétences personnelles et sociales chez les adolescents et chez les jeunes adultes.

... Prévenir la dépression et l'anxiété

Les écrits scientifiques sur les programmes de prévention de la dépression et de l'anxiété sont encore trop peu nombreux. Pourtant, la dépression et l'anxiété affectent la population québécoise dans une proportion de plus en plus élevée. Dans le cadre du PNSP, une campagne de communication est prévue dans le but de faire connaître les symptômes avant-coureurs de la dépression et de l'anxiété. Le plan d'action en santé mentale prévoit également la réalisation d'une campagne de communication pour contrer la stigmatisation et la discrimination envers les personnes souffrant de troubles mentaux. Pour maximiser l'impact de ces campagnes, d'autres mesures environnementales devraient être envisagées telles que le renforcement des services de première ligne, la formation des omnipraticiens, la mise en place des politiques favorables à la santé mentale, la promotion et la protection des droits des personnes atteintes de troubles mentaux.

Les problèmes de dépression chez les personnes âgées sont de plus en plus préoccupants. Certaines actions pourraient être envisagées afin de la prévenir : 1) Promouvoir les saines habitudes de vie (activité physique, alimentation adéquate et gestion saine des médicaments...). La pratique régulière d'activité physique est associée entre autres à une plus grande satisfaction de la vie, un meilleur état mental, une réduction des symptômes de dépression ; 2) Mettre en place des mesures visant à maintenir ou améliorer le réseau social des personnes âgées. Le maintien de relations interpersonnelles permet de réduire l'isolement et la dépression et augmenter le soutien social. Des programmes de pairs aidants (entre veuves ou veufs) ont démontré leur efficacité dans certains projets aux États-unis ; 3) Offrir un soutien aux personnes souffrant de problèmes chroniques de santé de même qu'aux proches qui prennent soin de personnes en perte d'autonomie.

Selon Morin et Chalfoun (2003), les actions prometteuses en prévention de la dépression visent différents facteurs de risque et de protection et maximisent les capacités d'adaptation d'un individu à son environnement. Elles doivent donc être bien intégrées dans le milieu dans lequel elles ont pris place. Morin et Chalfoun (2003) constatent également que les approches thérapeutiques centrées sur la personne n'ont pas d'impact sur les facteurs de risque et de protection, ni sur l'incidence des troubles. Les programmes de promotion de la santé mentale de nature environnementale et organisationnelle présentent davantage de bénéfices.

Actions prioritaires :

Contribuer à l'avancement des connaissances dans la région sur la prévention de la dépression et de l'anxiété en participant à l'organisation de colloques ou de formations sur le sujet.

Contribuer aux campagnes de communication sociétales visant à faire connaître les symptômes avant-coureurs de la dépression et de l'anxiété et à contrer la stigmatisation et la discrimination envers les personnes souffrant de troubles mentaux.

Mettre en place des projets visant la prévention de la dépression chez les personnes âgées ou d'autres groupes à risque.

... Prévenir le suicide

Le Québec demeure en tête de liste des régions du monde où on retrouve les taux de suicide les plus élevés et doit donc intensifier ses efforts pour contrer cette problématique. La Stratégie québécoise d'action face au suicide, adoptée en 1998, vise à réduire le nombre de décès par suicide. Elle s'appuie sur les principes de responsabilité collective, d'engagement soutenu, global, intense et durable ainsi que sur notre responsabilité envers les personnes à potentiel suicidaire élevé. Le plan d'action en santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux prévoit également des mesures à mettre en place afin de lutter contre le suicide. Tout comme la Stratégie québécoise face au suicide, le plan d'action met l'accent sur le dépistage et l'intervention précoce auprès des personnes à risque suicidaire, notamment chez les hommes et les jeunes 15-24 ans.

Plusieurs activités ont été réalisées dans la région de l'Outaouais depuis 1998 : une ligne 1-866-APPELLE, de la formation continue à l'intention des médecins et des intervenants de la santé, de la formation sur la postvention en milieu scolaire, des projets de pairs aidants en milieu de travail (délégués sociaux), la mise en place d'un protocole de retrait des armes à feu visant des personnes à risque, et l'amélioration du traitement médiatique des cas de suicide. Ce ne sont que quelques exemples.

Aussi, une table régionale de concertation (RéactionVie) assure le suivi de la mise en place de la Stratégie québécoise face au suicide. Cette table est composée de plusieurs acteurs du milieu dont le Centre hospitalier Pierre-Janet, les CSSS, l'Agence de santé et de services sociaux, le Centre jeunesse et des représentants d'organismes communautaires.

De manière à orienter nos actions de prévention vers des stratégies plus efficaces, l'Institut national de santé publique a publié récemment un Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes (INSPQ, 2004). Le tableau qui suit présente les interventions réalisées, à consolider ou à mettre en place dans la région selon leur niveau d'efficacité, telles que jugées par l'INSPQ.

Tableau 8 : Stratégies pour contrer le suicide selon le degré de mise en œuvre en Outaouais et leur niveau d'efficacité

	Interventions réalisées	Interventions à poursuivre ou à parfaire	Interventions à mettre en place ou à expérimenter
Stratégies efficaces ou prometteuses	Sensibilisation des médias	Contrôle sur l'accessibilité aux moyens (armes à feu, médicaments et monoxyde de carbone) Formation des médecins	Développement des habiletés sociales et de la résolution de conflits chez les jeunes Programmes globaux (type IGC ou écoles en santé)
Stratégies insuffisamment connues	Ligne téléphonique d'écoute Soutien par les pairs	Programme de postvention en milieu scolaire Réseaux de partenaires	Programme de « sentinelles »
Stratégies considérées inadéquates	Sensibilisation en milieu scolaire		

À la lumière des informations obtenues dans la littérature, des éléments identifiés dans le Plan d'action régional de santé publique, des travaux régionaux présentement en cours et des ressources disponibles en santé publique, nous croyons que la contribution de la Direction de santé publique en regard de la problématique du suicide devrait être la suivante :

Actions prioritaires :

Soutenir la mobilisation régionale en matière de lutte contre le suicide.

Participer à l'implantation d'un réseau de sentinelles dans l'Outaouais.

Soutenir l'application régionale du protocole sur le contrôle des armes à feu, élaboré par les partenaires de Réaction-Vie.

Contribuer à la mise en place du programme de postvention en milieu scolaire.

... Promouvoir la santé mentale au travail

Pendant que l'environnement du travail suscite de plus en plus l'apparition de problèmes de santé mentale (dépression, épuisement professionnel, troubles mentaux), les premiers efforts de la santé publique et de la recherche se sont tournés vers la documentation et la compréhension du phénomène. Nous disposons maintenant de modèles permettant de comprendre les principaux mécanismes impliqués dans la genèse des problèmes. Des modèles d'intervention sont présentement en cours de validation. D'ici à la fin de l'année 2005, une formation sera dispensée aux intervenants des équipes de santé au travail, afin qu'ils soient en mesure d'épauler les milieux de travail, de plus en plus nombreux, qui demandent de l'aide. Au fil du temps se développeront vraisemblablement d'autres interventions susceptibles d'agir plus en amont. Les intervenants en santé au travail ont également débuté une réflexion sur les risques pour la santé mentale reliés aux contraintes psychosociales de l'organisation du travail. Ils espèrent ainsi poser les bases d'une approche préventive centrée sur l'organisation du travail.

Depuis plusieurs années, la division Québec de l'Association canadienne de la santé mentale consacre la semaine de la promotion de la santé mentale au thème du stress au travail. La santé publique aurait avantage à soutenir ces campagnes de communication.

Actions prioritaires :

Contribuer à l'avancement et à la diffusion des connaissances sur la promotion de la santé mentale en milieu de travail notamment en ce qui a trait aux mesures environnementales pour prévenir les troubles mentaux.

Assister les milieux de travail qui sont aux prises avec des taux d'absentéisme élevés ou une détérioration importante du climat de travail en raison de problèmes de santé mentale.

Réaliser des activités de promotion de la santé mentale en milieu de travail lors de la semaine de la promotion de la santé mentale.

●●● **CONDITIONS DE SUCCÈS**

À notre avis, afin d'assurer la réalisation et le succès des actions prioritaires retenues dans ce document, il existe quelques conditions à respecter.

1. Faciliter le développement des connaissances dans le domaine de la promotion et de la prévention en santé mentale, et cela à tous les paliers : national, régional et local ;
2. Participer aux travaux régionaux en lien avec la santé mentale, notamment à l'élaboration des projets cliniques en santé mentale ;
3. Assurer un investissement suffisant en ressources humaines et financières tant au niveau national, régional et local.

●●● **CONCLUSION**

Le présent document fait le point sur la contribution de la santé publique en matière de promotion et de prévention en santé mentale. Nous avons adopté une approche centrée sur la conciliation entre les activités prescrites par le Programme national de santé publique, les activités prévues au Plan d'action régional de santé publique de l'Outaouais et les éléments soulevés dans les écrits scientifiques.

Nous croyons que les stratégies d'action retenues dans ce document permettront de promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux en agissant sur les déterminants de la santé et de soutenir la prévention de problèmes spécifiques notamment la dépression, l'anxiété et le suicide. Nous devons aussi poursuivre nos efforts de recherche afin d'améliorer les connaissances et les informations sur la contribution de la santé publique en santé mentale.

L'intégration par tout un chacun d'une préoccupation de la promotion/prévention en santé mentale à la plupart des activités de santé publique permettra de dégager une vision globale et systémique de cet univers aux multiples visages.

● RÉFÉRENCES

Ader, M. et collaborateurs (2001). « Quality indicators for health promotion programs ». Health Promotion International, vol. 16. No.2, pages 187-195

Allard, F. et collaborateurs (1999). « Favoriser ensemble la santé mentale des enfants de 5 à 12 ans ». Table des coordonnateurs Enfance-Jeunesse des CLSC de la région de Québec et Direction de la santé publique de Québec. 53 pages.

American Psychological Association, site Web : <http://www.apa.org>, consulté le 12 février 2004.

Association canadienne pour la santé mentale, site web : <http://www.cmha.ca>, consulté en janvier 2004.

Association canadienne de pour la santé mentale, filiale de Montréal, site web : <http://www.acsmmontreal.qc.ca>, consulté le 28 janvier 2004.

Association canadienne pour la santé mentale, bureau national (1997) Willinsky, C. et Pape, B., Promotion de la santé mentale. Série «Action sociale», Toronto.

Bakermans-Kranenburg, M.J., van Ijzendoorn, H. et Juffer, F. (2003). « Les is more : Meta-analyses os sensitivity and attachment intervention in early childhood ». Psychological Bulletin, Vol. 129, No.2, pages 195-215.

Blanchet et collaborateur (1993). La prévention et la promotion en santé mentale : préparer l'avenir, Gaëtan Morin, éditeur et le Comité de la santé mentale du Québec.

Boyer et Laverdure (2000). Le déploiement des programmes de type Naître égaux et vivre en santé au Québec, Institut national de Santé publique du Québec, 46 p.

Comité de la santé mentale du Québec (1994). « Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale ». Les publications du Québec. Gouvernement du Québec. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. 60 pages.

Côté, R. et collaborateurs (2003). « Vers une action renouvelée en santé publique pour la Montérégie. Plan d'action régional 2004-2007 ». site web : www.rrsss16.gouv.qc.ca, consulté en décembre 2003 et février 2004.

Courteau, J.P. « Prévention du suicide, promotion de la vie et promotion de la santé ». Site web : <http://www.capsante-outaouais.org/> consulté en novembre-décembre 2003.

Courteau, J.P., Émond L. et Garvie, P. (2002). « Le portrait de santé. La région de l'Outaouais et ses districts de CLSC ». Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. 212 pages

Desmarais, D. et collaborateurs (2000). « Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes : Un portrait complexe, une responsabilité collective. Les publications du Québec, Gouvernement du Québec. Québec. 190 pages.

Deschesnes, M., Demers, S. et Fines, P. (2003). « Styles de vie des jeunes du secondaire en Outaouais, 1991-1996-2002 ». Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. 249 pages.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (2001). « Rapport annuel 2001 sur la santé de la population : garder notre monde en santé, un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais ». Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. 100 pages.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (2003). « Plan d'action montréalais en santé publique 2003-2006. Document de consultation ». Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Site web : <http://santepub-mtl.qc.ca>, consulté en décembre 2003 et janvier 2004.

Direction de santé publique de l'Outaouais (2003). « Pour des gens en santé dans des milieux en santé : Plan d'action régional en santé publique Outaouais 2004-2007 ». Régie Régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. 74 pages.

Dufort, F. et Guay, J. (2001). « Agir au cœur des communautés. La psychologie communautaire et le changement social ». Les Presses de l'Université Laval. 410 pages.

European commission (2004). « Actions against depression : improving mental and well-being by combating the adverse health, social and economic consequences of depression », Health and consumer protection , Directorate-general.

European commission (2004). « Actions for mental health : activities co-funded from European community public health programmes 1997-2004 », Health and consumer protection, Directorate-general.

Gagnon et collaborateur (2001). Démystifier les maladies mentales : les troubles de l'enfance et de l'adolescence, Gaëtan Morin Éditeur.

Garvie, P. et collaborateurs (1998). « Enquête sociale et de santé, Outaouais 1998, février 2002 ». Fiches 16 et 17. Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Direction de santé publique.

Groupe de travail régional en prévention du suicide (2000). « Plan d'action régional triennal 2000-2003 en matière de prévention du suicide ». Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. 26 pages.

Institut de la statistique du Québec (2002). « Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, 1999 », Collection la santé et le bien-être, Gouvernement du Québec, direction Santé Québec.

Institut National de Santé publique du Québec (2004). Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes, Gouvernement du Québec.

Joubert, N. et Raeburn, J. « La promotion de la santé mentale : ce que c'est et ce que cela peut devenir ». Communication présentée à la Ayrshire International Mental Health Promotion Conference, en avril 1997.

Joubert, N. (2002). « Utilisation du *Dominique interactif* à des fins de dépistage de masse des problèmes de santé mentale des enfants de 6 à 11 ans », Institut national de santé publique du Québec. 8 pages

Julien, M. (2003). « La prévention du suicide chez les jeunes, un aperçu sommaire des études évaluatives ». Revue québécoise de psychologie, 24 (1) : 204-226.

Kessler et collaborateur (2005). « Prevalence and treatment of mental Disorders, 1990 to 2003 », New England journal of medicine, Vol 352, No 24, pp 2515-23.

Lefebvre, C. (2004). « Un portrait de la santé des jeunes québécois de 0-17 ans. Institut national de santé publique du Québec. 23 pages.

Marcotte, Diane (2000). *La prévention de la dépression chez les enfants et les adolescents* dans Vitaro et Gagnon, « Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents », Presse de l'Université du Québec.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2003). « Programme national de santé publique 2003-2012 ». Gouvernement du Québec. 133 pages.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (1998). « Stratégie québécoise d'action face au suicide. S'entraider pour la vie ». 94 pages.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2003). « La stratégie québécoise d'action face au suicide. S'entraider pour la vie : Plan d'action 2003-2008 ». 42 pages.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2005). « Plan d'action en santé mentale », Gouvernement du Québec.

Ministère de la sécurité publique du Québec, site web : <http://www.msp.gouv.qc.ca> consulté le 15 décembre 2003.

Morin A. et Chalfoun, C. (2003). « La prévention de la dépression : l'état actuel des connaissances », *Canadian psychology*, Vol 44, no 1, pp. 39-60.

Statistique Canada (2002). « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – santé mentale et bien-être », Gouvernement du Canada.

Table des gestionnaires Famille-Enfance-Jeunesse des CLSC de la région de Québec et Direction de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2001). « Les services des CLSC de la région de Québec pour les jeunes de 12 à 17 ans. Panier de services ». 40 pages.

Turgeon L. et Brousseau L. (2000). Prévention des problèmes d'anxiété chez les jeunes dans Vitaro et Gagnon « Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents » Tome 1, problèmes internalisés, Presse de l'Université du Québec.

Organisation mondiale de la santé (2002). « Programme mondial d'action pour la santé mentale...comblé le fossé et soigner », Organisation mondiale de la santé.

Organisation mondiale de la santé (2003). « Investing in mental health ». 49 pages.

Organisation mondiale de la santé (2004). « Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice, Summary report », World health organization.

Organisation mondiale de la santé (2004). « Prevention of mental disorders : effective interventions and policy options : summary rapport », in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht.

Organisation mondiale de la santé, section Europe (2005). « La santé mentale des personnes âgées », Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, relever les défis, trouver des solutions, Helsinki (finlande), 12-15 janvier 2005.

Robichaud, J.-B. et collaborateurs (1994). « Les liens entre la pauvreté et la santé mentale. De l'exclusion à l'équité ». Gaëtan Morin éditeurs. Comité de la santé mentale du Québec. 247 pages.

Simpson, J.S. et collaborateurs (2001). « Promising Practices in Early Childhood Mental Health ». Child, Adolescent and Family Branch; Division of Knowledge Development and Systems Change; Center for Mental Health Services; Substance Abuse and Mental Health Services Administration; U.S. Department of Health and Human Services, site www.mentalhealth.samhsa.gov, consulté le 18 février 2004.

Statistiques Canada (2003). « Rapports sur la santé – La santé de la population canadienne ». Numéro spécial, supplément au volume 14, 2003. Ottawa, Canada.

Tousignant, M. (1998). « Maladie mentale, suicide et prévention. Faut-il changer son fusil d'épaule ? ». Vis-à-vis 8 (1). Tiré du site web <http://www.cam.org/aqs> en janvier 2004.

U.S. Public Health Service (1999). « The Surgeon General's Call to Action to Prevent Suicide ». 20 pages.

U.S. Public Health Service (2001). « Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity – A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General's ». Site web www.surgeongeneral.gov, consulté en février 2004.

Vézina, M. (2003). « Formation en santé mentale au travail ». Présentation Powerpoint. Québec.

Vitaro F. et Gagnon, C. (2000). Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, Tome I, les problèmes internalisés et le Tome II les problèmes externalisés, Presses de l'Université du Québec.

White, D et collaborateurs (2002). « Pour sortir des sentiers battus : L'action intersectorielle en santé mentale ». Les publications du Québec. Québec. 313 pages.

White, J. « La prévention du suicide chez les jeunes : un cadre d'action pour la Colombie-Britannique (1998) ». Site web : <http://www.capsante-outaouais.org/> consulté en novembre-décembre 2003.

Willinsky, C. et Pape, B. (1997). « La promotion de la santé mentale ». Association canadienne de la santé mentale, 15 pages.

Zeanah, P., Stafford, B., Nagle, G., Rice, T. (2005). « Addressing social-emotional development and infant mental health in early childhood systems », National center for infant and early childhood health policy.

ANNEXE A

Projets ou programmes prometteurs en promotion de la santé et en prévention des troubles mentaux

Plusieurs initiatives ont été mises sur pied afin de rejoindre principalement la clientèle des jeunes, parfois de façon universelle, parfois de façon plus sélective. Mais ce qui fait l'intérêt de ces initiatives, c'est surtout leur potentiel prometteur, même si dans plusieurs cas ils n'ont pas fait l'objet d'évaluations systématiques. Encore une fois, il ne s'agit pas d'une recension exhaustive de l'ensemble des projets existants mais le tableau présenté plus bas donne un aperçu du type d'interventions développées. L'information présentée vient en partie de travaux réalisés précédemment à la direction de santé publique de l'Outaouais sur la prévention de la violence (DSPO, 2002) et de DSP d'autres régions (Montréal-Centre, Québec).

Programmes visant la promotion/prévention en santé mentale chez les jeunes

Programme	Descriptifs
Jouer c'est magique	Objectif : Faire l'apprentissage des habiletés du contrôle de soi, de la communication de ses émotions et de la résolution de problèmes Clientèle : Enfants 0-4 ans et leurs parents Milieux collaborateurs : CPE, CLSC
Fluppy	Objectif : Faire l'apprentissage des habiletés du contrôle de soi, de la communication de ses émotions et de la résolution de problèmes Clientèle : Enfants 4-9 ans (à risque) et leurs parents; de milieux défavorisés Milieux collaborateurs : milieu scolaire et CLSC,
Les amis de Zippy	Objectif : augmenter les habiletés d'adaptation des jeunes enfants Clientèle : 6-7 ans (1 ^{er} cycle du primaire) Milieux collaborateurs : milieu scolaire, CLSC, org comm,
Promotion des comportements sociaux	Objectif : Consolider les acquis consécutifs à Fluppy Clientèle : 5-9 ans (2 ^e et 3 ^e année) Milieux collaborateurs : CLSC, milieu scolaire,

Programme	Descriptifs
Comment développer l'estime de soi	Objectif : Favoriser le développement de l'estime de l'enfant Clientèle : Enfants 6-12 ans, adolescent 13-17 ans et leurs parents Milieux collaborateurs : CLSC et milieu scolaire,
Entramis	Objectif : Soutenir les enfants lors du divorce de leurs parents Clientèle : 5-12 ans Milieux collaborateurs : CLSC, milieu scolaire, organismes communautaires
Vers le pacifique	Objectif : Former les élèves à la résolution de conflits et les amener à utiliser la médiation comme mode de résolution de conflits Clientèle : 10-17 ans Milieux collaborateurs : milieu scolaire, organisme communautaire (Cap santé), CLSC, DSP
ESPACE	Objectif : Prévenir toute forme d'abus envers les enfants Clientèle : 5-9 ans et leurs parents Milieux collaborateurs : Milieu scolaire, milieu municipal, organisme communautaire, DSP
VIRAJ	Objectif : Prévenir la violence dans les relations amoureuses Clientèle : 14-15 ans Milieux collaborateurs : Milieu scolaire, CLSC, Centre jeunesse, organisme communautaire, DSP
PASSAJ	Objectif : : Prévenir la violence dans les relations amoureuses Clientèle : 16-17 ans Milieux collaborateurs : Milieu scolaire, CLSC, Centre jeunesse, organisme communautaire, DSP

Programme	Descriptifs
Le sac à dos	<p>Objectif : Développer les capacités personnelles et sociales qui permettent de résoudre des problèmes scolaires et sociaux.</p> <p>Clientèle : 13-17 ans et leur parent</p> <p>Milieus collaborateurs : Milieu scolaire, CLSC, DSP</p>
Je prends ma vie en main (développé par l'UQAM)	<p>Objectif : Prévenir le décrochage scolaire de jeunes considérés comme dépressifs</p> <p>Clientèle : 14-17 ans, dépressifs</p> <p>Milieus collaborateurs : Milieu scolaire, CLSC, professionnels de la santé</p>
Créer pour grandir en confiance (projet d'intervention intersectorielle de la région de Québec)	<p>Objectif : Enfants exposés à la violence conjugale</p> <p>Clientèle : Tous les partenaires de la communauté</p> <p>Milieus collaborateurs : Milieux municipaux, judiciaire, scolaire, sécurité publique, santé, DSP, etc.</p>

À cette liste, il ne faut certes pas oublier d'autres initiatives, qu'on pense au programme fédéral PACE qui financent des projets communautaires ou encore au programme « 1,2,3, Go! » de Centraide de Montréal.