

Solidaires pour la vie

Un programme scolaire canadien de littératie¹ en santé mentale pour prévenir le suicide chez les adolescents

Alain LESAGE^{1,2}, Jessica RASSY^{1,3}, Catherine BURROWS⁴,
Johanne RENAUD^{5,6}, Michèle LAMBIN⁷, Mathieu GAGNÉ⁸,
Marie-Claude GEOFFROY^{5,9}, Monique SÉGUIN^{5,10}, Martin TREMBLAY^{2,4},
Fabienne LIGIER¹¹, Sylvanne DANIELS^{5,12}, Gustavo TURECKI^{5,6,12}

Résumé

Introduction. Les données probantes démontrent que seule la littératie en santé mentale est efficace pour réduire les tentatives de suicide. Au Québec, le programme de littératie « Solidaires pour la Vie » (SPLV) a été déployé comme stratégie de prévention du suicide depuis 2000. Ce programme a rejoint 50-70 % des adolescents, soit plus de 1 150 000 jeunes issus d'une province de 8 millions d'habitants. Les taux de suicide des adolescents ont diminué de 65 % durant cette période. **Méthode.** Des évaluations de programmes ont été menées et démontrent la qualité de ce programme de littératie en santé. Les statistiques des taux de suicide ont été obtenues des Agences de santé publique du Québec et du Canada. **Résultats et discussion.** Les évaluations de programme réalisées démontrent que le programme augmente les connaissances sur la dépression et modifie les attitudes envers la recherche d'aide. Au Québec, une augmentation des taux des suicides a été répertoriée dans les années 90, suivie d'une diminution générale entre 2001 et 2010, plus prononcée qu'ailleurs au Canada. **Conclusion.** Il s'agit de la première implantation populationnelle d'un programme de littératie en santé mentale en milieu scolaire démontrée efficace. Cette implantation est associée à une réduction importante des taux de suicide de façon sécuritaire. Ce programme vise la majorité de la population adolescente : inoculant une génération tout entière comme prérequis essentiel à ce programme universel populationnel de prévention du suicide.

Mots clés : littératie, santé mentale, suicide, dépression, adolescents.

Partners for life: a Canadian School Mental Health Literacy Program to Prevent Adolescent Suicide

Abstract

Introduction. Recent randomized trials in schools indicate that only mental health literacy was effective in reducing suicide attempts. The literacy program "Partners for life" (PFL) was set up in the Province of Quebec as a suicide prevention strategy since 2000. It has reached 50-70% of adolescents (1,150,000 adolescents) in a province of 8 millions inhabitants. Suicide rates among adolescents decreased by 65% during the same period. **Method.** This case study reports the program development and its implementation.

1. Littératie : aptitude à lire, à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie quotidienne (n.d.l.r). Ici le terme est employé dans le sens d'une campagne d'information, de sensibilisation en santé publique.

¹Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Canada.

²Département de psychiatrie, Université de Montréal, Canada.

³Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Canada.

⁴Fondation Jeunes en tête, Montréal, Canada.

⁵Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal, Canada.

⁶Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal, Canada.

⁷Pratique privée, Montréal, Canada.

⁸Institut national de santé publique, Québec, Canada.

⁹Département de psychopédagogie et de psychologie du counseling, Université McGill, Montréal, Canada.

¹⁰Université du Québec en Outaouais, Gatineau, Canada.

¹¹Centre Psychothérapique de Nancy, Laxou, France.

¹²Réseau québécois de recherche pour le suicide, troubles de l'humeur et troubles associés (RQSHA).

alesage.iusmm@ssss.gouv.qc.ca

Program evaluations have been conducted and will be presented as evidence of its qualities as a health literacy program. Suicide rates were obtained from the Quebec and Canadian Public Health Agencies. Results and discussion. Program evaluations showed that the program “Partners for life” (PFL) increased knowledge of depression and changed attitudes towards seeking help. Quebec experienced an increase in suicide rates in the 1990s, followed by an overall decrease between 2001 and 2010, more pronounced than in the rest of Canada. Conclusion. This is the first populational implementation of a school-based mental health literacy program that has been demonstrated effective. It is associated with a large suicide rate reduction, and “de facto” secure. It also reaches the majority of the population of adolescents : inoculating that a whole generation is an essential prerequisite of population-based universal prevention of suicide.

Key words: Mental Health Literacy, suicide, depression, adolescents.

Au niveau mondial, en 2012, 1,3 million d'adolescents sont décédés par suicide, la plupart reliés à des causes pouvant être prévenues et traitées (OMS, 2014).

Le suicide chez les adolescents

Le suicide demeure un défi clinique de taille et une préoccupation grandissante en santé publique dans plusieurs pays (Bursztein & Apter, 2009 ; Matsubayashi & Ueda, 2011). Le suicide est d'ailleurs la 3^e cause de décès chez les adolescents en général et la deuxième cause parmi les jeunes âgés entre 15 et 24 ans. Au Canada, les statistiques sont similaires à celles au niveau mondial, et le suicide représente la 2^e cause de décès chez les personnes de 10 à 34 ans (Public Health Agency of Canada, 2012), dont 10 % des décès touchent les jeunes de 10 à 14 ans, et 23 % touchent les jeunes de 15 à 19 ans (Skinner & McFaull, 2012). Parallèlement, la dépression a été reconnue comme cause principale de maladie et d'invalidité chez les adolescents, principalement à cause de la difficulté à identifier ses symptômes et à chercher de l'aide. La dépression demeure aussi une préoccupation importante de santé publique. Des études de cas de suicides par autopsies psychologiques chez des adultes, soit des audits systématiques, ont démontré 50 % d'attribution populationnelle du risque suicidaire à la dépression, 25 % au trouble lié à l'usage de substances, 25 % aux troubles de la personnalité et 50 % aux comorbidités de ces trois désordres précédents (Cavanagh *et al.*, 2003). Des études similaires ont confirmé ces résultats au Canada chez les adolescents (Renaud *et al.*, 2009). Des besoins de service non comblés étaient aussi identifiés chez le 2/3 des adolescents (Renaud *et al.*,

2009). De ces 2/3, deux groupes d'adolescents se distinguent. Le premier groupe comprend le tiers des adolescents du groupe à haut risque qui sont déjà en contact avec les services sociaux spécialisés, connus au Québec comme les centres jeunesse (services internes et ambulatoires). Des déficits ont été trouvés dans la coordination entre les spécialistes de la santé mentale et les spécialistes des services sociaux, dans l'évaluation et le traitement de la dépression, du trouble lié à l'utilisation de substances et du TDAH (Renaud *et al.*, 2005 ; 2006). Le deuxième groupe comprend des adolescents ordinaires qui vivent avec leurs parents, et qui fréquentent l'école secondaire. Chez cette seconde population, il ressort que 3 des 4 stratégies populationnelles de Nuremberg pour vaincre la dépression étaient déficitaires, soient : 1) les campagnes de sensibilisation pour reconnaître les symptômes de la dépression, autres idiomes de la détresse et encourager la recherche d'aide professionnelle ; 2) la détection et le traitement de la dépression en contexte de soins de santé primaires ; 3) la formation en détection et prise en charge des personnes à risque par le personnel psychosocial et scolaire (Renaud *et al.*, 2014). Ces déficits entraînent de faibles comportements de recherche d'aide, ce qui empêche une communication adéquate avec les professionnels de la santé (Swami, 2012).

Les stratégies populationnelles disponibles en prévention du suicide chez les adolescents

La récente revue systématique de Zalsman *et al.* (2017) identifie les stratégies de prévention du suicide populationnelle les plus prometteuses. Il ressort que la restriction des moyens létaux et les programmes scolaires de sensi-

bilisation, comme celui de l'étude SEYLE, s'avèrent efficaces pour réduire les tentatives de suicide dans des études par essais randomisés. Des traitements pharmacologiques et psychologiques de la dépression sont aussi importants dans la prévention, tels que démontrés dans des essais cliniques aléatoires et des études écologiques. Cependant, les preuves demeurent insuffisantes quant aux bénéfices possibles du dépistage en première ligne, des programmes d'éducation au grand public et des lignes directrices pour les médias. D'autres approches qui nécessitent des recherches supplémentaires incluent les programmes de sentinelles, la formation des médecins ainsi que le soutien offert par les lignes d'écoute ou par Internet. Le manque d'essais randomisés qui ont un haut niveau de validité interne représente une limite majeure dans l'évaluation de la valeur de ces interventions populationnelles (Zalsman *et al.*, 2017). Une faible littératie en santé mentale, et des attitudes négatives envers les troubles de santé mentale jouent également un rôle important chez les adolescents, puisqu'ils peuvent perturber la recherche d'aide en lien avec des symptômes encourus et le traitement approprié. Ceci augmente la probabilité de développer des effets secondaires sur la santé mentale à long terme, dont un risque augmenté de mortalité, d'hospitalisation, et un faible contrôle sur les autres maladies chroniques (Pignone & DeWalt, 2006 ; Reavley *et al.*, 2014 ; Swami, 2012 ; Wizemann, 2011). Il apparaît tout de même y avoir des avancées prometteuses significatives pour l'amélioration de la littératie en santé mentale des adolescents au niveau mondial, ce qui justifie la pertinence de développer des interventions de littératie en santé mentale chez les étudiants (Olsson & Kennedy, 2010). Ceci permettrait de transformer les écoles en environnements de promotion de la santé, afin d'augmenter l'accessibilité aux services de santé, offrir de meilleures interventions de soutien aux parents, promouvoir des valeurs sociales et des normes plus positives, ainsi que développer de meilleures connaissances et compétences (OMS, 2014). Ceci dit, ces stratégies de prévention devraient-elles être universelles, ciblées ou sélectives ? Selon la revue systématique de Zalsman *et al.* (2017), l'efficacité des stratégies de prévention en milieu scolaire a surtout été démontrée dans l'étude SEYLE portant sur 10 000 étudiants de 160 écoles provenant de 10 pays européens différents. L'étude SEYLE

a comparé, par essai contrôlé randomisé en grappes, 3 interventions : 1) un programme de littératie en santé mentale ; 2) les professeurs comme sentinelles ; 3) la détection et la prise en charge des étudiants à risque élevé par les professionnels scolaires. Parmi ces 3 interventions, seule la littératie s'est avérée efficace pour réduire les tentatives de suicide et les idées suicidaires sérieuses (Waserman *et al.*, 2015). Les résultats concordent aussi avec ceux de l'essai clinique randomisé du « SOS program » aux États-Unis (Aseltine R.H., *et al.*, 2007). Malgré le fait que ces programmes de littératie démontrent une diminution des tentatives de suicide, ils ne démontrent toutefois pas de diminution des taux de suicide. Tel que mentionné par Gunnell & Frankel (1994), afin de démontrer une diminution significative des taux de suicide, un programme expérimental nécessiterait 13 millions de participants pour détecter une réduction de 15 % des taux de suicide. Ces programmes représenteraient aussi des risques puisqu'un programme de littératie en santé mentale inefficace interfère négativement avec les comportements de recherche d'aide pour des symptômes psychiatriques, ce qui affecte conséquemment les décisions quant au traitement (Swami, 2012). Ceci dit, avant d'entreprendre et de financer de grandes études randomisées sur la littératie en santé mentale, il serait plus approprié d'étendre systématiquement les programmes de littératie déjà démontrés efficaces pour tester la faisabilité, vérifier la sécurité des interventions et l'efficacité dans la réduction des taux de suicide chez les adolescents en les déployant dans toute une population. En projetant les résultats du projet SEYLE, un potentiel de réduction de 25 % des comportements suicidaires pourrait être atteint par l'application d'un tel programme universel de littératie en santé mentale. Plus précisément, il s'agit de 50 % de réduction des comportements suicidaires des 50 % d'adolescents à risque de suicide étant des adolescents ordinaires qui fréquentent l'école secondaire. Une telle opportunité a été saisie au Québec avec le programme « Solidaires pour la vie » développé au début des années 2000.

Vers la fin des années 90, en quelques mois seulement, 5 adolescents de la même école secondaire à Coaticook, dans les Cantons-de-l'Est de la province de Québec, sont décédés par suicide. Cette chaîne d'événements a fait l'objet d'une grande attention médiatique en lien avec le suicide, particulièrement chez les

adolescents. À ce moment, le taux de suicide chez les adolescents québécois était le plus haut de toutes les provinces canadiennes. Le rapport du coroner, un psychiatre légiste, n'a démontré aucune preuve d'effet de contagion. Par contre, il ressort des scénarios similaires d'adolescents qui ont développé une dépression sans en parler à des adultes ou des professeurs mais à leurs amis. Ceux-ci n'avaient pas non plus cherché d'aide professionnelle, ni à l'école, ni dans le système de santé provincial. En réponse à cet événement, et à la recommandation de l'enquête du coroner, un programme de littératie en santé mentale a été développé par des professionnels de la santé, des éducateurs, des jeunes et des familles du prestigieux Hôpital pour enfants Ste-Justine de Montréal, sous le leadership de la Fondation Jeunes en Tête (FJET). Ce programme avait pour but d'augmenter la littératie en santé mentale, par la connaissance des signes et symptômes de dépression, et l'importance de consulter pour soi-même ou de signaler un pair en détresse. D'abord financé par le gouvernement et ensuite par la FJET, ce programme offre un script structuré de 75 minutes en classe par des jeunes adultes formés et supervisés par un travailleur social sénior, et ce, durant les heures scolaires habituelles et en présence du professeur. Ce programme, transmis de bouche à oreille par les professeurs et les écoles, ainsi que par les efforts de sollicitation de la FJET, a permis de rejoindre plus de 1 150 000 jeunes, soit 50 à 60 % de la population d'une province de huit millions d'habitants. Durant cette période, les taux de suicide des adolescents ont diminué de 65 %, et ont atteint les taux les plus bas des dernières décennies. Les taux de suicide des adolescents au Québec se retrouvent maintenant parmi les taux les plus bas de toutes les provinces canadiennes.

La présente étude de cas (Yin, 1989) vise à démontrer que SPLV est un programme de littératie en santé (Noar, 2006) conçu pour la prévention du suicide, de façon similaire au programme SEYLE. Premièrement, les assises du programme SPLV sont présentées, soit : a) les recherches préliminaires, b) le modèle théorique, c) le public cible assuré, d) le contenu adapté, e) l'utilisation des médias appropriés, f) l'évaluation du programme en continu et g) l'évitement de gaspillage des ressources. Deuxièmement, les répercussions du programme sont illustrées par le fait que l'exposition à celui-ci amène une réduction des taux de suicide des adolescents au Québec

depuis 1981 (Renaud *et al.*, 2018). Cette réduction est seulement observable chez les adolescents et les jeunes adultes et pas chez la génération des 45 à 64 ans n'ayant pas été exposés à des programmes scolaires populationnels durant leurs études secondaires. Finalement, une discussion porte sur les autres programmes universels et ciblés ayant pu expliquer la diminution des taux de suicide, et les mécanismes d'action du programme SPLV. De tels programmes de littératie en santé mentale peuvent agir à la fois sur la cause proximale du suicide en visant les adolescents à risque et leurs pairs, ainsi que les professeurs lorsque exposés au cours mais aussi comme effet à long terme, en sachant comment réagir dans le futur s'ils sont confrontés à leurs propres signes et symptômes de détresse psychologique ou à ceux d'une autre personne.

Méthode

Dans les sciences sociales et de la santé, l'étude de cas est une méthode de recherche qui permet d'examiner un sujet d'étude avec profondeur et détail, tout en tenant compte des facteurs contextuels (Yin, 1989). Dans la présente étude, cette méthode comprend l'analyse du matériel du programme, des témoignages de l'équipe de conception, du journal de bord des opérations du programme rempli par l'organisme à but non lucratif, des résultats de deux évaluations de programme commandées et utilisées pour documenter l'implantation non expérimentale d'un programme de santé, ainsi que des analyses de tendances des taux de suicide obtenues à partir des données de Statistique Canada (Renaud *et al.*, 2018).

Premièrement, une description de la conception et de la nature du programme sera présentée par les co-auteurs faisant partie de l'équipe de conception du programme et de ses opérations depuis sa création.

Deuxièmement, la portée du programme et des statistiques liées à l'impact et aux coûts seront décrits par les co-auteurs et coordonnateurs du programme depuis sa création. Ce programme est d'ailleurs financé et géré par le même organisme à but non lucratif depuis sa naissance, soit la fondation Jeunes en tête (FJET). Cette fondation garde des traces de toutes les sessions offertes à travers la province depuis ses débuts, incluant le nombre de classes, le matériel distribué et les demandes d'aide individuelles rapportées aux

présentateurs et aux professeurs, durant et/ou après chaque séance.

Troisièmement, deux évaluations de programmes commandées par la FJET, mais non publiées, ont été réalisées au début de l'implantation du programme, soit en 1999 et en 2002. Afin d'évaluer la pertinence du programme SPLV et de s'assurer que celui-ci n'entraîne aucun effet secondaire, une première évaluation de programme a été menée auprès de 15 000 étudiants ayant participé au cours en classe en 1999 (Boyer & Forte, 2000). L'extraction des données s'est faite par un sondage complété individuellement par les étudiants après chaque présentation. Cette évaluation a permis de démontrer la qualité du programme. Une deuxième évaluation a été menée en 2002 par le même chercheur afin de mesurer l'impact du programme sur les connaissances et les attitudes des jeunes ayant participé à la séance de SPLV (Boyer & Forte, 2002). La méthode de recherche utilisée pour cette évaluation était basée sur les étapes d'une étude cas-témoin qui comprenait des étudiants de 9^e à 11^e année, divisés en deux groupes et observés avant et après la présentation. Le groupe témoin (n = 197) et le groupe contrôle (n = 88) étaient semblables en termes de ratio garçon/fille et en moyenne d'âge. Le questionnaire permettait de mesurer les connaissances des étudiants en lien avec la dépression et leurs probabilités de chercher de l'aide professionnelle après la présentation. Quatrièmement, des analyses descriptives de tendances temporelles ont été réalisées à partir des données publiques provenant de Statistique Canada et de l'Agence de santé publique du Québec pour le Canada et cinq régions (les Maritimes, le Québec, l'Ontario, les Prairies et la Colombie-Britannique). Tous les décès de 1981 à 2012 chez les jeunes de 15 à 19 ans identifiés comme étant un suicide ou un décès par cause inconnue selon le « International Classification of Diseases, 9th and 10th revisions », étaient inclus. De plus amples détails sur la méthode et les résultats se retrouvent dans une étude récente (Renaud *et al.*, 2018). Brièvement, trois décennies de tendances temporelles ont été examinées : 1981-1990, 1991-2000 et 2000 à 2009. Les analyses se concentraient sur les variations entre les provinces canadiennes. Afin de mieux visualiser les changements des taux de suicide, ainsi que des décès par cause inconnue, et de définir si les tendances temporelles étaient statistiquement significatives, un modèle binomial né-

gatif a été généralisé à partir du modèle Poisson utilisé par région.

Résultats

SPLV comme programme de littératie en santé mentale

Recherches préliminaires

L'élaboration du programme provient d'une évaluation du système de santé à partir d'audits des rapports de coroner (Tansella & Thornicroft, 1996). Le coroner psychiatre légiste était au courant des études basées sur les autopsies psychologiques de jeunes adultes au Québec, indiquant un lien avec la dépression, les troubles liés l'utilisation de substances, les troubles de personnalité et les comorbidités avec le suicide (Lesage *et al.*, 1994).

Modèle théorique

Le modèle théorique retenu par l'équipe de conception du programme SPLV reconnaît la dépression et les comorbidités associées au suicide chez les adolescents. Ce modèle considère l'apparition de la dépression à l'adolescence, et l'inexpérience à identifier des idiomes de détresse pour la dépression, qui peuvent se manifester comme de l'irritabilité, de l'agressivité, des changements dans la personnalité et l'abus de substance, davantage chez les garçons que chez les filles. Aussi, la reconnaissance de l'ignorance que certaines interventions efficaces potentielles existent, et qu'il existe une association entre le risque suicidaire, la dépression et les comorbidités non traitées.

Public cible

Le script du cours d'une durée d'une heure a été développé à partir de la recommandation du coroner, du modèle théorique et d'adolescents provenant de classes publiques ordinaires de niveau secondaire. Le script comprend 3 sections : 1) reconnaître que la dépression est une maladie, 2) reconnaître les signes et symptômes de la dépression chez les garçons et les filles, 3) identifier les ressources du milieu et comment chercher de l'aide pour soi-même ou pour autrui. Chaque section comprend 5 à 10 sous-sections avec un script détaillé pour chacune de ces sous-sections.

Contenu adapté

Le contenu est présenté en classe par deux jeunes adultes formés et supervisés. L'équipe du programme SPLV a soigneusement sélectionné

tionné les animateurs par leur talent en communication, et leur capacité à interagir avec des adolescents. Chaque année, dix animateurs sont embauchés. Ils participent à plus de 150 heures de formation en développement des connaissances en santé mentale, développement de compétences de présentateurs, en ressources pour références et en foire aux questions. De nombreux spécialistes participent au processus de formation, ceux-ci possèdent une expertise en : communication, théâtre, psychiatrie, psychologie, urgences suicidaires, interventions auprès des jeunes, troubles de l'humeur, etc. Deux chefs d'équipe soutiennent et orientent les animateurs en fournissant la formation, en supervisant les animateurs durant leur tournée, et en organisant la logistique de la tournée. Un conseiller principal du programme, soit un travailleur social sénior, supervise tous les aspects de la tournée, inscrit les écoles aux présentations et programme la tournée.

Utilisation des médias appropriés

Un kiosque avec le logo du programme est utilisé en classe par les animateurs afin de départir l'arrière-scène du théâtre du reste de la classe. Les animateurs remettent aux étudiants des feuillets d'information qui comprennent les principaux éléments clés de l'atelier. Ces animateurs sont formés pour livrer le script en interagissant avec la classe, en raccourcissant, ou allongeant, certaines sous sections, mais ce, en s'assurant de livrer le script complet durant l'heure et quart dédiée à l'activité par l'école. Les animateurs sont aussi formés pour répondre à toutes questions de la part des étudiants avant et/ou après la présentation. Ils sont formés pour répondre à leurs besoins, pour identifier leur risque suicidaire, et pour assurer un processus de référence approprié auprès des professeurs, des professionnels scolaires, des chefs d'équipe et du conseiller principal du programme. En somme, ce programme « clé en main » offre aux écoles de faciliter l'organisation du cours, et de l'intégrer à leur mission et à leurs activités régulières.

Évaluation de programme en continu

De 1998 à 2013, le programme SPLV a atteint 923 240 adolescents, 690 écoles et 380 villes. Ce programme a amené 19 000 adolescents à recevoir un traitement et 2 255 adolescents à être hospitalisés pour dépression (Fondation Jeunes en tête, 2014). Durant l'année fiscale

2013-2014 seule, au Québec et dans d'autres écoles régionales d'Ottawa, 48 077 adolescents, 2 225 adultes, 328 écoles et 150 villes au total ont participé à cet atelier, en anglais ou en français (Fondation Jeunes en tête, 2014).

La première étude commandée par la fondation comprenait un sondage réalisé auprès de 15 000 étudiants dans les jours suivants la présentation, et un sondage d'appréciation de la part des professeurs. Ce sondage a été développé *ad hoc* pour les étudiants et les professeurs. 93 % des étudiants ont avoué qu'il serait probable, ou très probable, pour eux, de recommander cette présentation à leurs pairs ; 94 % étaient d'accord qu'il est plutôt important, ou très important, pour les adolescents de connaître ce qu'est la dépression ; 98 % considéraient la performance des animateurs comme étant bonne à excellente ; 63 % considéraient qu'ils avaient compris presque toute l'information, et 22 % considéraient qu'ils avaient compris presque les 3/4 de l'information. Quant au fait de recommander ce cours, les professeurs ont obtenu 2,9 sur 3 points (96 %) ; 91 % sur la qualité de l'animation et la pertinence de l'information ; 94-95 % pour la qualité du matériel visuel et de l'adaptation pour le niveau des étudiants ; 81 % sur la pertinence pour leur propre travail et la qualité de la vidéo. Suite à cette évaluation, une séquence vidéo de 3 minutes a été revue et une version moins dramatique a été produite pour accompagner le script.

La deuxième étude commandée a permis de développer, en collaboration avec les cliniciens, un nouveau questionnaire pour évaluer les connaissances en lien avec la dépression (17 questions) et l'attitude envers la dépression et les soins (11 questions). Des tests pré-alables ont révélé un alpha de Cronbach de .83. La base d'échantillon impliquait 10 classes de 5 écoles ; la méthode non randomisée a assuré la présence de 197 étudiants au programme, dont 87 représentaient le groupe contrôle. Le questionnaire était administré une semaine avant le cours et une semaine après, ou 2 semaines d'écart pour le groupe contrôle ; la perte entre T1 et T2 était de 11 %. L'analyse item par item démontre que les membres du groupe expérimental ont amélioré leurs connaissances et attitudes pour tout sauf 3 questions. En contrôlant les différences à T1, le groupe expérimental a obtenu de meilleurs résultats avec une taille d'effet de 1.32.

Le questionnaire de satisfaction a été utilisé régulièrement par le conseiller principal du programme afin de superviser le maintien de la qualité, et intégrer des ajustements au script ou à la formation des animateurs. En 2011, un autre programme d'évaluation a été commandé au Réseau québécois de recherche sur le suicide, et a pris la forme d'une analyse stratégique (Contandriopoulos *et al.*, 2000 ; Lesage & Moubarac, 2011). Les résultats de cette analyse concordent avec les autres résultats identifiés préalablement, et réitèrent que le programme SPLV a été élaboré et livré comme programme de littératie en santé mentale potentiellement efficace et devrait être maintenu. En 2013, face à une prise de décision de poursuivre ou non le financement du programme, cette analyse, combinée aux témoignages de plusieurs co-auteurs du présent article, a convaincu les décideurs de maintenir le financement. Le programme est encore actif à ce jour en 2020. Cependant, les tentatives de la FJET d'obtenir la reconnaissance ou un financement de la part du ministère de l'Éducation ou du ministère de la Santé et des Services sociaux ont été infructueuses. Le plan d'action de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux a plutôt choisi de soutenir et financer des approches sentinelles (MSSS, 2015). En 2018 cependant, le programme recevait le prix de l'année en prévention du suicide de l'Association québécoise de prévention du suicide, principal interlocuteur du MSSS pour le déploiement d'activités de prévention, d'écoute et de formation au Québec.

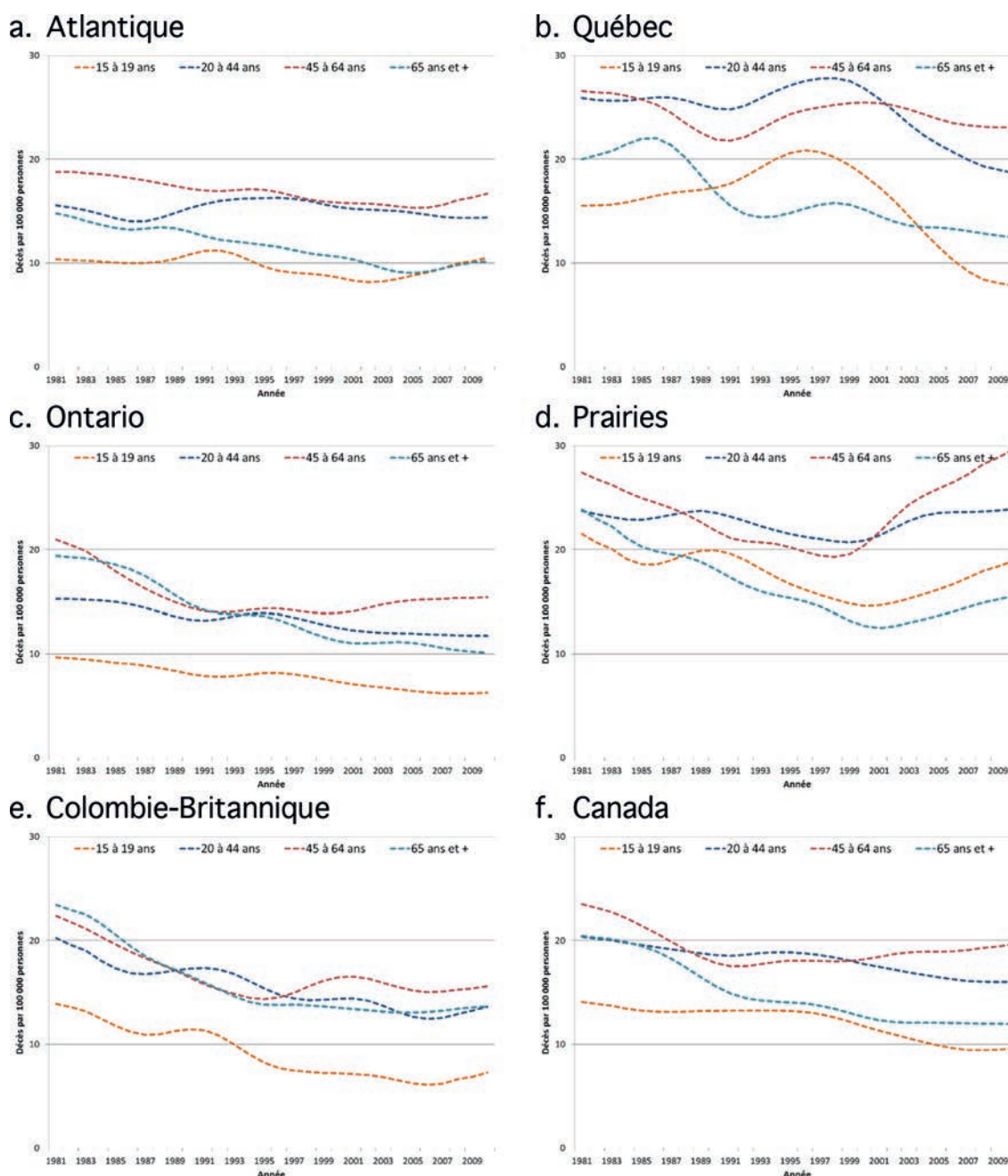
Éviter le gaspillage de ressources

Depuis sa création en 1998, le budget annuel moyen du programme est de \$620 000 CAN, ce qui représente 18 % du budget annuel de la FJET actuellement. Le nombre d'étudiants atteints par ce programme dépend évidemment directement du budget alloué. À travers les années, lors de variations des revenus, ce chiffre est descendu aussi bas que 45 000 et a monté aussi haut que 80 000. Par exemple, en 2010, le budget alloué au programme était de \$529 006 CAN, ce qui incluait la formation et le salaire des animateurs, les frais de déplacement ainsi que les ressources matérielles et administratives. Durant cette même année, 50 000 étudiants ont bénéficié du programme, ce qui correspond à un coût opérationnel d'environ 10\$ CAN par étudiant.

Diminution significative des taux de suicide chez les adolescents

Les résultats principaux sont publiés dans Renaud *et al.* (2018). Les analyses de tendances temporelles démontrent une stabilité générale du taux de suicide et des décès par cause inconnue à travers le Canada entre 1981 et 2012 chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans. De 2001 à 2012, une diminution nationale non significative de 0,5 % des taux de suicide a été observée. Lorsque les décès par cause inconnue étaient exclus de ces analyses, une diminution nationale non significative de 0,3 % des taux de suicide a été observée entre 1981 et 1990. Les tendances de 1991 à 2012 demeurent similaires lorsqu'on exclut les décès par cause inconnue, avec des diminutions allant de 0,6 % à 1,3 %. Des variations régionales importantes des taux de suicide et des décès par cause inconnue ont été identifiées. Entre 1981 et 2000, le Québec, les provinces de l'Atlantique et l'Ontario ont tous vécu des fluctuations non significatives des taux de suicide et des décès par cause inconnue, alors que seulement les Prairies et la Colombie-Britannique ont vécu des réductions significatives. Toutefois, dans la dernière décennie de l'étude, c'est seulement au Québec qu'on observe une diminution significative des taux de suicide et des décès par cause inconnue chez les adolescents, avec un taux annuel respectif de changement de 5,7 % et 3,1 %. La Colombie-Britannique et l'Ontario ont vécu des fluctuations non significatives des taux de suicide et de décès par cause inconnue dans les dernières décennies. Les taux de suicide chez les adolescents au Québec sont présentement les plus faibles de l'ensemble des régions du Canada. En nombre absolu, ce nombre est passé d'un pic de 107 décès par suicide et décès par cause inconnue en 1995 au Québec (et 271 au Canada ; 39 % de tous les décès par suicide d'adolescents au Canada) à 41 décès recensés en 2012 (et 246 au Canada ; ou 17 % de tous les décès par suicide d'adolescents au Canada). La figure 1 démontre l'évolution des taux de suicide dans les autres groupes d'âge au Québec, dans les autres régions ainsi que pour l'ensemble du Canada. Au Québec, les taux de suicide ont diminué chez les plus de 65 ans, comme pour les autres régions du pays, incluant la dernière décennie. Une diminution a aussi été observée chez les 20 à 44 ans à travers le Canada, et de façon constante durant la dernière décennie au Québec, mais non dans les Prairies.

Figure 1. Taux de suicides et de décès attribuables à un traumatisme d'intention indéterminée par 100 000 personnes selon les régions géographiques du Canada et les groupes d'âge (les tendances ont été lissées à l'aide de moyennes mobiles sur 5 ans, sources ASPC et INSPQ).



Discussion

Le développement, rehaussement et maintien du programme SPLV depuis 2000 au Québec comprend toutes les caractéristiques d'un programme de littératie en santé mentale pouvant prévenir le suicide chez les adolescents. Grâce à la récente étude SEYLE qui démontre avec un haut niveau de validité interne le potentiel de réduction des comportements suicidaires par la littératie en santé mentale, le pro-

gramme SPLV se considère maintenant basé sur des données probantes (Zalsman *et al.*, 2017). Son modèle théorique du rôle distal de la dépression, des comorbidités et du faible niveau de recherche d'aide, malgré les traitements existants correspond aux autres modèles actuels de causes et actions à prendre en lien avec le suicide (Gunnell, 2005 ; Turecki & Brent, 2016). Le rehaussement du programme SPLV a été réalisé avec précaution afin d'assurer un déploiement constant et

flexible. Celui-ci a été accompagné par des commandes d'évaluation de programme externe par le donateur, soit la FJET, un organisme à but non lucratif. Plus récemment, un programme d'évaluation stratégique a convaincu le donateur de poursuivre le programme en lui attribuant un rôle significatif dans la diminution des taux de suicide chez les adolescents à travers les années d'application du programme à 50 à 70 % de la population adolescente québécoise, soit environ 1 150 000 personnes dans une province de huit millions d'habitants. De manière anecdotique, durant un gala annuel de la fondation vers la fin des années 2000, un jeune adulte a témoigné que c'est grâce au programme SPLV qu'il est vivant aujourd'hui et qu'il a cherché de l'aide pour sa dépression. Le revers de la médaille a aussi été présenté par le témoignage public d'une mère qui a perdu son fils adolescent par suicide, et qui a trouvé le feuillet d'information de SPLV dans sa poche arrière. Celle-ci a partagé une mise en garde envers le programme, et a plutôt suggéré une approche sentinelle par les professeurs et la détection des jeunes à risque suicidaire élevé par les professionnels scolaires. Alors que ceci a pu être vrai pour le fils de Madame, les résultats de l'étude SEYLE démontrent que ces deux dernières stratégies de prévention scolaire ne se montrent pas efficaces. Il est à noter que le programme SPLV et la littératie en santé mentale ne vont pas entièrement faire disparaître les tentatives de suicide et les suicides. Cependant, considérant la balance des risques et des bénéfices, si le programme SPLV comprenait plus de risque, cela aurait provoqué une augmentation des taux de suicide chez le million d'adolescents qui y ont été exposés. Au contraire, une diminution constante des taux de suicide a été observée chez les adolescents, ce qui démontre la sécurité du programme offert.

Les limites de cette étude demeurent nombreuses. D'abord, l'attribution de la baisse des taux de suicide au déploiement à large échelle du programme de prévention du suicide demeure écologique. Ce sont les résultats d'une étude sur un programme de littératie similaire ayant une grande validité interne portant sur l'issue proxy des tentatives de suicide, soit l'étude SEYLE, que l'on peut faire l'hypothèse du potentiel de diminution de 25 % des taux de suicide si déployés dans toute une population. Chaque évaluation de programme rapporté comprend des limites méthodolo-

giques, étant donné notre accès aux résultats seulement. Toutefois, l'élément clé positif démontré par la validité du programme est le fait que des efforts systématiques continus ont été commandés pour l'évaluation interne et externe du programme, et des ajustements ont été apportés au message livré dans les classes scolaires régulières. En lien avec les tendances et statistiques des taux de suicide, l'inclusion des décès par cause inconnue représente une force de cette étude de mieux estimer les décès par suicide (Gunnell *et al.*, 2013). Alors qu'il est impossible de dire que les décès par cause inconnue sont en fait des décès par suicide, les analyses comparatives des taux de suicide excluant les décès par cause inconnue ont démontré des tendances similaires à celles incluant les décès par cause inconnue (Renaud *et al.*, 2018). Ensuite, les tendances par regroupements des régions peuvent varier des données provinciales et ne prennent pas en considération les différences entre certains groupes où les taux de suicide sont plus élevés que la moyenne (i.e. les adolescents des Premières Nations). Aussi, les taux de suicide chez les jeunes de 10 à 14 ans n'ont pas été rapportés dans cette étude due au faible nombre de cas de suicide chez cette catégorie d'âge, ce qui occasionne des défis supplémentaires au niveau des stratégies d'analyse statistique, mais aussi parce que le programme SPLV était offert aux jeunes de plus de 14 ans. Le mécanisme d'action d'un programme de littératie en santé mentale pour réduire les taux de suicide peut s'avérer très proximal au risque en rejoignant des jeunes à risque directement dans leur classe scolaire, tel que suggéré par le rapport original du coroner, et les témoignages rapportés ci-dessus. Ceci peut permettre de modifier l'attitude pour prendre soin de ceux qui présentent ou présenteront une dépression, de l'anxiété ou des troubles associés à l'utilisation des substances. Considérant qu'environ 1 % des jeunes font des tentatives de suicide au Canada chaque année, et que seulement 50 % d'entre eux cherchent de l'aide après cette tentative, le programme SPLV rejoint annuellement 50-70 % de ces jeunes avant ou après leur tentative, dont 500 jeunes à haut risque de suicide. Deuxièmement, ceci améliore les chances de chercher de l'aide pour un traitement chez ceux atteints de dépression ou autres troubles mentaux communs (Jorm *et al.*, 2007). Les résultats d'une étude épidémiologique dans les communautés canadiennes démontrent que les 2/3

de ceux atteints d'une dépression consultent des professionnels de la santé, seulement le 1/3 de ceux atteints de troubles liés à l'utilisation des substances, alors que ceux qui ne consultent pas prétendent qu'ils préfèrent gérer leur condition eux-mêmes (Lesage *et al.*, 2006). Les améliorations peuvent aussi être dues au fait que leurs pairs ont été informés par des programmes universels. Tel qu'indiqué dans le rapport original du coroner, ainsi que dans le sondage canadien en santé mentale communautaire chez les 15 ans et plus, la majorité des personnes ayant un trouble de santé mentale se tournent d'abord vers leurs proches, amis, collègues de travail pour de l'aide. Tout comme d'autres programmes de littératie en santé mentale, les programmes universels, contrairement aux programmes ciblés ou indiqués, peuvent changer la culture d'une génération entière d'individus, d'amis, de proches, de collègues de classe ou de futurs collègues de travail. Ceci diminue la stigmatisation, en rappelant que la dépression est une maladie et non une faille morale, et augmente les connaissances sur les traitements efficaces. Les programmes de sentinelles, par contre, n'ont pas le même effet populationnel surtout considérant que les professeurs sont uniquement approchés si les jeunes apprennent à chercher de l'aide pour eux-mêmes ou pour des amis. Ceci peut expliquer pourquoi de tels programmes de sentinelles n'ont jamais été démontrés efficaces pour réduire les comportements suicidaires dans des essais contrôlés randomisés, c'est-à-dire des études avec une forte validité interne, contrairement aux programmes de littératie en santé mentale qui eux sont démontrés efficaces, comme c'est le cas pour l'étude SEYLE (Zalsman *et al.*, 2017 ; Wasserman *et al.*, 2015).

L'impact sur les taux de suicide, soit de 50 %, dépasse l'impact de 25 % des programmes de littératie en santé mentale efficaces en milieu scolaire. D'autres populations ou programmes ciblés ont peut-être aussi joué un rôle dans la diminution des taux de suicide. En se fiant à la structure du programme européen « vaincre la dépression » Nuremberg, soit les 4 stratégies populationnelles pour vaincre la dépression, nous avons analysé si des stratégies autres que la campagne de sensibilisation SPLV auraient pu aussi être en place dont : i) des efforts pour les groupes à risque, ii) une meilleure détection et traitement en contexte de première ligne médicale, iii) la formation du personnel psychosocial (Renaud *et al.*,

2018). D'abord, la population dans les centres jeunesse, responsable d'un tiers des suicides chez les adolescents au Québec, et non visée par SPLV, a été exposée à un nouveau protocole d'évaluation et de coordination de soins avec un pédopsychiatre. Le protocole a été exigé par l'ombudsman du Collège des Médecins du Québec et de l'Association des centres jeunesse, suivant une campagne à la fin des années 90 menée par des parents, à la fois médecins, d'un fils adolescent admis en centre jeunesse pour problèmes comportementaux majeurs mais qui a fini par se suicider. L'évaluation psychologique interne avait échoué à détecter une dépression majeure ou un possible trouble bipolaire, et ainsi, le jeune n'a jamais été référé pour une évaluation psychiatrique ou pour un traitement. L'étendue de l'application du protocole dans les années suivantes n'était pas quantifiable avec précision (Potvin, 2004). Toutefois, ce protocole se retrouvait dans toutes les régions du Québec sans qu'aucune agence provinciale n'en ait la responsabilité, et sans faire partie du plan d'action de santé publique 2015-2025 (MSSS, 2015). Deuxièmement, depuis 2011, 50 % des régions du Québec ont pris des initiatives pour mieux former les médecins à l'évaluation de la dépression chez les adolescents (Potvin, 2004). Il n'est toutefois pas clair si les médecins de famille du Québec ont répondu avec un plus faible engagement dans le traitement suite un avertissement de risque de comportements suicidaires de Santé Canada, comme c'était le cas pour la dépression dans d'autres provinces (Katz *et al.*, 2008). Ceci a entraîné une certaine remise en question puisqu'un avertissement de risque de comportements suicidaires similaires sur la médication pour le TDAH n'a pas dissuadé une triple augmentation de la détection et du traitement d'enfants et d'adolescent atteints de TDAH par les médecins de famille au Québec (Lesage *et al.*, 2015 ; Vasiliadis *et al.*, 2017). Avec une association claire entre l'impulsivité et le suicide chez les jeunes adultes (Dumais *et al.*, 2005), ainsi que les tentatives de suicide et le TDAH, ce traitement à large échelle des enfants et des adolescents atteints de TDAH peut aussi être responsable de la diminution des comportements suicidaires chez les adolescents (Chen *et al.*, 2014). Troisièmement, la formation du personnel psychosocial du système de santé et services sociaux du Québec en détection du risque suicidaire, en engagement et en sécurité, fait partie du plan d'action

de santé publique. Développée en collaboration avec un organisme à but non lucratif en prévention du suicide, l'Association québécoise de prévention du suicide, et maintenant formée par eux, la formation d'une durée de 3 jours pour les intervenants et 1 journée pour les gestionnaires, a débuté en 2010, et a atteint une plus grande vitesse dans les dernières années. Au total, depuis 2010, environ 24 000 intervenants ont été formés avec un potentiel de 120 000 à travers le Québec durant cette période (AQPS, 2015). Cependant, la diminution des taux de suicide chez les adolescents a débuté avant le lancement du programme, et n'a pas atteint une proportion significative d'interventions à travers les provinces qui entreraient en contact avec le contexte de soins de première ligne ou les écoles, avec les adolescents, avec leurs parents préoccupés, avec leurs amis ou dans leurs milieux de travail. Puisque la formation de l'AQPS n'a débuté qu'en 2010, celle-ci ne peut pas avoir influencé la baisse des taux de suicide rapportée entre 1981 et 2009.

Les preuves présentées ici concernant la réussite du déploiement massif et la gestion réussie d'un programme populationnel universel de littératie en santé mentale pour les adolescents dans les classes scolaires régulières devrait faire avancer l'agenda de recherche différemment que la suggestion de Wassemann *et al.* (2015) de répliquer dans un autre vaste essai randomisé en grappes comme dans l'étude SEYLE afin de démontrer l'impact sur la réduction des taux de suicide. Il est maintenant temps pour les états et les pays d'implanter des programmes universels de littératie en santé mentale similaires à YAM de l'étude SEYLE ou SPLV et confirmer leur adaptabilité, gestion, acceptabilité, sécurité, coûts et impacts sur les taux de suicide. Les audits systématiques de suicides menés au Québec chez les adultes et les adolescents démontrent le besoin, dans au moins 25 % des cas, de mener des campagnes de sensibilisation comme Beyond Blues en Australie ou comme SPLV pour les adolescents (Lesage *et al.*, 2008 ; Renaud *et al.*, 2014). Répéter de telles enquêtes auprès des adolescents décédés par suicide au Québec va permettre d'identifier combien d'adolescents ont été exposés au programme SPLV, et va aussi permettre de savoir si, pour d'autres groupes d'âge, des campagnes de sensibilisation annuelles sur la dépression auraient pu être aidantes. Ceci basé sur la théorie que des interventions de sensibilisation pré-

coces construisent la littératie en santé mentale pour des expériences futures avec des troubles mentaux et comorbidités. L'émergence d'applications en prévention du suicide sur Internet ou par les médias sociaux pourrait aussi potentiellement transformer et améliorer le mode classique de formation en classe ou l'établissement d'un plan de sécurité avec les intervenants. De nouveaux audits systématiques des suicides chez les adolescents pourraient permettre de savoir si de telles applications auraient pu être aidantes. Toutefois, avant de recommander leur utilisation comme élément faisant partie des stratégies de prévention du suicide régional ou national, comme toute nouvelle technologie, leur efficacité et leur sécurité doivent être démontrées dans des études à haute validité interne tels que des essais randomisés, ainsi que leur acceptabilité, adaptabilité, portée effective, confidentialité, éthique, coût et bénéfices, en lien avec les pratiques courantes du programme efficace et recommandé de littératie en santé mentale dans les classes scolaires. ■

Remerciements

Ce rapport n'aurait pas été possible sans la collaboration au fil des dernières années de Karen Medina, Jean-Claude Moubarac.

LIENS D'INTÉRÊT

Un appui constant et financier a été apporté par le Réseau québécois de recherche sur le suicide, troubles de l'humeur et troubles associés (RQSHA) et par le CRISE, tant par des bourses pour Jessica Rassy que pour l'organisation du symposium franco-québécois où cette communication a été présentée. Le premier rapport scientifique réalisé par le RQSHA en 2014 avait bénéficié du soutien financier de la Fondation des maladies mentales (maintenant Fondation Jeunes en tête, une fondation sans buts lucratifs) et du RQSHA (financé par les Fonds de recherche du Québec).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aseltine R.H., Jr, James A., Schilling E.A., Glanovsky J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: A replication and extension. *BMC Public Health*, 7, 161. doi: 10.1186/1471-2458-7-161
- Biddle L., Brock A., Brookes S.T., Gunnell D. (2008). Suicide rates in young men in England and Wales in the 21st century: time trend study. *British Medical Journal*, 336 (7643), 539-542.

- Boyer R., Forte D. (2002). Étude d'impact de la campagne Solidaires pour la Vie de la Fondations des maladies mentales du Québec. Centre de Recherche Fernand-Seguin. Montréal.
- Bursztein C., Apter A. (2009). Adolescent suicide. *Current Opinion in Psychiatry*, 22 (1), 1-6.
- Cavanagh J.T., et al. (2003). « Psychological autopsy studies of suicide : a systematic review », *Psychological Medicine*, 33 (3), p. 395-405.
- Baraldi R., Joubert K., Bordeleau M. (2015). Portrait statistique de la santé mentale des québécois. Résultats de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – santé mentale 2012. In I. d. I. s. d. Québec (Ed.), (p. 1-135). Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Chamberlain P.N., Goldney R.D., Taylor A.W., Eckert K.A. (2012). Have mental health education programs influenced the mental health literacy of those with major depression and suicidal ideation ? A comparison between 1998 and 2008 in South Australia. *Suicide Life Threat Behav* 42 (5), 525-540.
- Chen Q., Sjölander A., Runeson B., D'Onofrio B.M., Lichtenstein P., Larsson H. (2014). Drug treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder and suicidal behaviour : register based study. *Bmj* 348, g3769.
- Coles M.E., Coleman S.L. (2010). Barriers to treatment seeking for anxiety disorders : initial data on the role of mental health literacy. *Depress Anxiety* 27 (1), 63-71.
- Contandriopoulos A.P., Champagne F., Denis J.L., Avargues M.C. (2000). Évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Rev Épidémiol Santé Publique*, 48 (6) : 517-539.
- Deen T.L., Bridges A.J. (2011). Depression literacy : rates and relation to perceived need and mental health service utilization in a rural American sample. *Rural Remote Health*, 11 (4), 1803.
- Dumais A., Lesage A.D., Alda M., Rouleau G., Dumont M., Chawky N., Turecki G. (2005). Risk factors for suicide completion in major depression : a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *American Journal of Psychiatry*, 162 (11), 2116-2124.
- Dunn K.I., Goldney R.D., Grande E.D., Taylor A. (2009). Quantification and examination of depression-related mental health literacy. *J Eval Clin Pract*, 15 (4), 650-653.
- Eckert K.A., Kutek S.M., Dunn K.I., Air T.M., Goldney R.D. (2010). Changes in depression-related mental health literacy in young men from rural and urban South Australia. *Aust J Rural Health*, 18 (4), 153-158.
- Fondation Jeunes en tête (2013). Annual Report 2013. Retrieved April 2015 http://www.fondationdesmaladiesmentales.org/cms/uploads/files/RA_FMM_2013_ANG-avec_spread2.pdf
- Fondation Jeunes en tête (2014). Information about the tour 2014-2015. Partners for Life Program. Retrieved April, 2015, from www.mentalillnessfoundation.org
- Forte D., Boyer R. (2000). Évaluation normative du processus de l'intervention de sensibilisation à la dépression chez les adolescents de secondaire IV et V, du plan d'action Solidaires pour la vie. Fondation québécoise des maladies mentales.
- Goldney R.D., Fisher L.J., Wilson D.H. (2001). Mental health literacy : an impediment to the optimum treatment of major depression in the community. *J Affect Disord*, 64 (2-3), 277-284.
- Gunnell D., Frankel S. (1994). « Prevention of suicide : aspirations and evidence », *British Medical Journal*, 308 (6938), p. 1227-1233.
- Gunnell D., Lewis G. (2005). Studying suicide from the life course perspective : implications for prevention. *The British Journal of Psychiatry*, 187 (3), 206-208.
- Hawton K., Saunders K.E., O'Connor R.C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379 (9834), 2373-2382.
- Katz L.Y., et al. (2008). « Effect of regulatory warnings on antidepressant prescription rates, use of health services and outcomes among children, adolescents and young adults », *CMAJ*, 178 (8), p. 1005-1011.
- Kelly C.M., Jorm A.F., Wright A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Med J Aust*, 187 (7 Suppl), S26-30.
- Lesage A., Boyer R., Grunberg F., et al. (1994). Suicide and mental disorders : A case-control study of young adult males. *American Journal Psychiatry*, 151 (7), 1063-1068.
- Lesage A., Vasiliadis H.M., Gagné M.A. (2006). Prevalence of mental illnesses and related service utilization in Canada : An analysis of the Canadian Community Health Survey. Mississauga, ON : Canadian Collaborative Mental Health Initiative.
- Lesage A.D., Moubarac J.-C. (2011). *Solidaires pour la vie, un programme efficace de littératie en santé mentale : analyse et recommandations*. Montréal (Québec) : Réseau québécois de recherche sur le suicide. <https://reseausuicide.qc.ca/partners-for-life-an-effective-mental-health-literacy-program-analysis-and-recommendations>
- Lesage A., Renaud J., Kouassi É., Vincent P. (2015). Canadian ADHD black-box warnings. *The Lancet Psychiatry*, 2 (12), 1057.
- Lesage A., Séguin M., Guy A., Daigle F., Bayle M.N., Chawky N., Turecki G. (2008). Systematic services audit of consecutive suicides in New Brunswick : the case for coordinating specialist mental health and addiction services. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53 (10), 671-678.
- Luxton D.D., June J.D., Kinn J.T. (2011). Technology-based suicide prevention : current applications and future directions. *Telemedicine and e-Health*, 17 (1), 50-54.
- Li Z., Page A., Martin G., Taylor R. (2011). Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies : a systematic review. *Social Science and Medicine*, 72 (4), 608-616.

- Mann J.J., Apter A., Bertolote J., Beautrais A., Currier D., Haas A., Hendin H. (2005). Suicide prevention strategies : a systematic review. *JAMA*, 294 (16), 2064-2074.
- Matsubayashi T., Ueda M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social Science and Medicine*, 73 (9), 1395-1400.
- Melas P.A., Tartani E., Forsner T., Edhborg M., Forsell Y. (2013). Mental health literacy about depression and schizophrenia among adolescents in Sweden. *Eur Psychiatry*, 28 (7), 404-411.
- MSSS Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Programme national de santé publique du Québec 2015-2025. page 47. ISBN : 978-2-550-74037-7 (version imprimée) ISBN : 978-2-550-73813-8 (version pdf)
- Noar S.M. (2006). A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns : Where do we go from here ? *Journal of Health Communication*, 11 (1), 21-42.
- Olsson D.P., Kennedy M.G. (2010). Mental health literacy among young people in a small US town : recognition of disorders and hypothetical helping responses. *Early Interv Psychiatry*, 4 (4), 291-298.
- Pan S.Y., Desmeules M., Morrison H., Semenciw R., Ugnat A.M., Thompson W., Mao Y. (2007). Adolescent injury deaths and hospitalization in Canada : magnitude and temporal trends (1979-2003). *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 41 (1), 84-92.
- Pignone M.P., DeWalt D.A. (2006). Literacy and health outcomes : is adherence the missing link ? *J Gen Intern Med* 21 (8), 896-897.
- Potvin N. (2004). Évaluation de l'implantation de la stratégie Québécoise d'action face au suicide. Québec. ISBN 2-550-42492-1. <http://www.cps02.org/media/EVALUATIONStrategiequebecoise03-825-04.pdf>
- Public Health Agency of Canada. (2012). Death Database. Retrieved April 2015, from Government of Canada, PHAC, <http://www5.statcan.gc.ca>
- Reavley N.J., Morgan A.J., Jorm A.F. (2014). Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*, 48 (1), 61-69.
- Renaud J., Seguin M., Lesage A.D., et al. (2014). Service use and unmet needs in youth suicide : a study of trajectories. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59 (10), 523-530.
- Renaud J., et al. (2005). « Completed suicide in a youth centres population ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 50 (11), 690-694.
- Renaud J., et al. (2006). « Psychiatric services utilization in completed suicides of a youth centres population », *BMC Psychiatry*, 6 (36), p. 1-5.
- Renaud J., et al. (2008). « Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide : A case-control study ». *Journal of Affective Disorders*, 105 (1), 221-228.
- Renaud J., et al. (2009). « Recent and lifetime utilization of health care services by children and adolescent suicide victims : a case-control study ». *Journal of Affective Disorders*, 117 (3), p. 168-173.
- Renaud J., Lesage A., Gagné M., et al. (2018). Regional variations in suicide and undetermined death rates among adolescents across Canada. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27 (2) : 112-121.
- Rihmer Z., Rutz W., Pihlgren H. (1995). Depression and suicide on Gotland an intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *J Affect Disord*, 35 (4), 147-152.
- Skinner R., McFaull S. (2012). Suicide among children and adolescents in Canada : trends and sex differences, 1980-2008. *Canadian Medical Association Journal*, 184 (9), 1029-1034.
- Swami V. (2012). Mental health literacy of depression : gender differences and attitudinal antecedents in a representative British sample. *Public Library of Science one* 7 (11), e49779.
- Tansella M., Thornicroft G. (1998). A conceptual framework for mental health services : the matrix model. *Psychological Medicine*, 28 (3), 503-508.
- Vasiliadis H.M., Diallo F.B., Rochette L., Smith M., Langille D., Lin E., Lesage A. (2017). Temporal trends in the prevalence and incidence of diagnosed ADHD in children and young adults between 1999 and 2012 in Canada : a data linkage study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62 (12), 818-826.
- Wasserman D., Hoven C.W., Wasserman C., et al. (2015). School-based suicide prevention programmes : the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*, 385 (9977), 1536-1544.
- Wizemann T.M. (2011). Health literacy implications for health care reform : workshop summary. Washington, D.C. http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13056
- While D., Bickley H., Roscoe A., Windfuhr K., Rahman S., Shaw J., Kapur N. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006 : a cross-sectional and before-and-after observational study. *The Lancet*, 379 (9820), 1005-1012.
- World Health Organization. (2013). Mental health action plan 2013-2020.
- World Health Organization. (2014). Health for the world's adolescents. In *A second chance in the second decade*. WHO.
- Yin R.K. Case study research. Newbury Park : Sage Publications ; 1989.
- Yip P.S., Caine E., Yousuf S., Chang S.S., Wu K.C., Chen Y.Y. (2012). Means restriction for suicide prevention. *The Lancet*, 379 (9834), 2393-2399.
- Zalsman G., Hawton K., Wasserman D., van Heeringen K., Arensman E., Sarchiapone M., Purebl G. (2016). Suicide prevention strategies revisited : 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3 (7), 646-659.