

## Aperçu

# Intégrer l'équité : examen d'interventions visant l'amélioration de la santé mentale

**Andrea Simpson, M. Sc. (1); April Furlong, M.A. (2); Nina Jetha, Maîtrise en santé publique (3)**

 [Diffuser cet article sur Twitter](#)

## Résumé

Au Canada, il est difficile de trouver des exemples d'interventions positives en santé mentale auprès de la population qui respectent les normes scientifiques en matière de données probantes. Il est encore plus difficile de cerner des interventions efficaces qui traitent de l'équité en santé. La divergence entre les normes en matière de données probantes en sciences de la santé et les données effectivement tirées des expériences sociales n'est pas nouvelle. Les efforts déployés pour résoudre ces différences conduisent à une tendance en faveur des interventions contrôlées en santé publique. Cependant, il est possible d'extraire des résultats d'interventions quasi-expérimentales qui répondent aux normes scientifiques tout en ayant le potentiel d'avoir un impact positif sur l'équité en santé mentale. Cet article décrit le travail entrepris en 2015 pour commencer à combler cette lacune.

**Mots-clés :** axé sur l'équité, santé mentale, qualité des données probantes, validité externe, conception des interventions, données probantes pour l'équité

## Introduction

Bien que de nombreux Canadiens aient une bonne santé mentale, des disparités importantes persistent, voire augmentent dans certains domaines<sup>1</sup>. Les données probantes révèlent que certains groupes de population sont plus susceptibles d'éprouver des problèmes de santé mentale en raison de circonstances sociales, matérielles et économiques, par exemple des expériences de discrimination quotidienne ou d'insécurité alimentaire<sup>2</sup>. Les jeunes Autochtones et les jeunes issus des minorités sexuelles et de genre font partie des groupes qui souffrent de taux élevés de détresse psychologique<sup>3,4</sup>. En ciblant les conditions de vie susceptibles de nuire à la santé mentale, on peut améliorer le bien-être de tous, ce qui vient en aide aux plus vulnérables. On peut le constater dans le secteur du logement, où des investissements pour fournir un abri permanent sécuritaire aux personnes à faible revenu peuvent changer la vie de jeunes itinérants, qui souffrent

de taux élevés de problèmes de santé mentale<sup>5</sup>.

Dans notre contexte, l'équité en santé désigne « l'absence de différences évitables ou modifiables entre les populations ou des groupes définis socialement, économiquement ou géographiquement. Ces différences mesurables en santé découlent de niveaux sous-jacents d'avantages/de désavantages sociaux, montrent une tendance constante dans toute la population et sont considérées comme injustes. »<sup>6</sup>

Les problèmes de santé mentale peuvent toucher n'importe quel individu comme n'importe quelle famille. Toutefois, la démarche vers le rétablissement est, en partie, influencée par le cours de la vie, de la prime enfance aux vieux jours<sup>7</sup>. L'exposition à des traumatismes peut avoir des résultats différents en fonction des compétences de vie d'une personne et des soutiens sociaux dont elle bénéficie. Ces conditions définissent la capacité d'une

## Points saillants

- La plupart des interventions axées sur l'équité identifiées dans cet examen n'ont pas employé de méthodologie validée pour évaluer l'efficacité.
- Il semble y avoir un compromis entre l'innovation sociale pour faire avancer l'équité en santé mentale et la qualité des données probantes générées.
- Par conséquent, plusieurs interventions en santé mentale qui abordent l'équité et qui sont pertinentes des points de vue culturel et contextuel continuent de passer inaperçues ou de ne pas être signalées.
- Les auteures proposent trois moyens de combler cette lacune.

personne à composer avec les événements stressants de la vie<sup>8</sup>.

D'après les statistiques canadiennes de surveillance des maladies chroniques, plus d'une personne sur dix est aux prises avec un trouble de l'humeur ou un trouble d'anxiété au Canada, ce qui constitue près des trois quarts de la population utilisant annuellement des services de santé en raison d'une maladie mentale<sup>9</sup>. Parmi les 4 000 personnes décédées de suicide chaque année au Canada, plus de 90 % ont souffert d'un problème de santé mentale<sup>10</sup>. Le suicide est la deuxième cause de décès en importance chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes entre 10 et 29 ans<sup>10</sup>. Les garçons représentent 65 % des suicides parmi les 15 à 19 ans, et plus

## Rattachement des auteures :

1. Agence de santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Gestion de projet, Évaluation et planification, Toronto (Ontario), Canada
3. Santé Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Andrea Simpson; tél. : 902-566-8281; courriel : [Andrea.simpson@canada.ca](mailto:Andrea.simpson@canada.ca)

de 80 % des hospitalisations pour blessures autoinfligées parmi ce même groupe d'âge concernent des jeunes filles de 15 à 19 ans<sup>11,12</sup>. Même si cela est peut-être moins connu, les filles de 10 à 14 ans représentent 59 % des suicides parmi ce groupe d'âge<sup>11</sup>. Ces statistiques révèlent les différences importantes entre les genres en ce qui a trait aux niveaux de vulnérabilité durant la période où les filles, les garçons et les enfants de diverses identités de genre deviennent des adolescents et des jeunes adultes, ce qui renforce la nécessité d'appliquer l'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre (ACFSG) aux initiatives de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie mentale<sup>9,13</sup>. De plus, des recherches sur les populations transgenres révèlent une relation inquiétante entre les circonstances de vie des individus et les risques de suicide et d'autres comportements autodestructeurs<sup>4</sup>. Par conséquent, il est temps de contextualiser les problèmes de santé mentale en mettant en œuvre des politiques, des programmes et des interventions qui peuvent réduire ou éliminer les obstacles systémiques et structurels à l'égard de l'équité en santé mentale.

## Méthodologie

Dans le cadre de ses efforts visant à promouvoir la prise de décisions fondée sur des données probantes, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a lancé en 2008 le Portail canadien des pratiques exemplaires (le Portail), base de données consultable en ligne portant sur les interventions en santé auprès de la population considérées comme « pratiques prometteuses », « pratiques exemplaires » ou « méthodes autochtones éprouvées » en fonction de critères spécifiques.

Cet article décrit le travail entrepris en 2015 pour recenser les interventions en santé mentale sur le Portail dont la conception et les répercussions sont axées sur l'équité, s'appuyant sur le travail antérieur portant sur les poids santé<sup>14</sup>.

Toutes les interventions en santé mentale respectant les critères d'équité ont aussi été évaluées à l'aide de l'outil d'évaluation détaillé élaboré pour le Portail<sup>14</sup>, qui permet d'évaluer les interventions en fonction de trois grands domaines : l'incidence, l'adaptabilité et la qualité des données probantes. Seules les interventions en santé mentale jugées comme « pratiques prometteuses » ou « pratiques exemplaires » sur

l'échelle d'évaluation, ou qui répondaient aux critères des Méthodes autochtones éprouvées, ont été incluses dans notre examen. La plupart des interventions ont été exclues parce qu'elles n'ont pas obtenu le score minimal en matière de qualité des données probantes.

En outre, des critères précis ont été utilisés pour que les interventions soient considérées comme axées sur l'équité. Les interventions devaient : 1) faire état de résultats positifs pour les personnes vivant dans des conditions défavorables (ces résultats peuvent ou non être comparés à ceux de personnes vivant dans des conditions plus avantageuses) et soit 2) cibler directement des personnes vivant dans des conditions défavorables, soit 3) inclure des activités axées sur des objectifs particuliers en matière d'équité en santé (p. ex. qui tiennent compte de l'exposition disproportionnée à des facteurs nuisibles à la santé)<sup>14</sup>.

## Résultats

Nous avons d'abord examiné les 113 interventions en santé mentale affichées au départ sur le Portail. Parmi elles, seulement 11 ont satisfait aux critères relatifs à l'équité en santé (après avoir satisfait aux nouveaux critères de pratique exemplaire ou de pratique prometteuse). Une recherche externe a permis de recenser huit nouvelles interventions ayant répondu aux critères d'évaluation de base en matière de promotion de la santé mentale. Cependant, seules deux d'entre elles ont satisfait aux critères d'équité en santé, pour un total combiné de 13 interventions. Nous présentons dans le tableau 1 cinq exemples d'interventions ayant respecté les normes minimales ayant trait aux données probantes, ainsi que les critères d'équité en santé.

Les interventions en santé mentale qui se sont qualifiées portaient généralement sur des changements comportementaux à l'échelle de la personne ou de la famille. Quelques-unes ciblaient la culture scolaire, domaine qui a fait l'objet d'une croissance exponentielle, mais a donné lieu à peu d'études rigoureuses. Une exception – une intervention en matière de logement (Housing, Insulation and Health Study) – a révélé des preuves d'incidence positive sur le bien-être global, en ciblant des changements apportés à l'environnement physique (tableau 1). Selon la même étude, les logements mieux isolés ont produit des améliorations importantes sur le plan du

fonctionnement social et émotionnel ainsi que de meilleurs résultats en santé physique par rapport au groupe témoin. Les personnes du groupe faisant l'objet de l'intervention ont également montré une amélioration importante des mesures de vitalité, de bonheur et de santé générale par rapport au groupe témoin. De tels exemples apportent les données probantes dont on a besoin quant à la façon dont les changements dans l'environnement physique (en investissant au niveau médian et en amont) peuvent avoir des résultats positifs et durables en matière de santé mentale. Nous n'avions peut-être pas anticipé les bénéfices psychosociaux de l'amélioration de la qualité du logement en bâtiment. Cependant, il ne faut pas négliger ce résultat, qui cache un potentiel en ce qui a trait à l'impact sur la santé mentale des Canadiens vivant dans des habitats défectueux, dont plusieurs se heurtent à des obstacles systémiques dans leur quête d'une santé mentale positive.

Ces cinq exemples peuvent également illustrer un autre résultat important, c'est-à-dire que les études qui ont l'équité comme but premier ont tendance à s'y attaquer en aval, soit en visant à améliorer les compétences d'adaptation et le soutien social des individus vulnérables. Il semblerait y avoir un compromis entre l'intérêt accordé à l'équité dans l'intervention et la qualité des données probantes disponibles. L'étude sur le logement en est un exemple marquant. Bien que son objectif d'aider les personnes vivant dans des conditions défavorables est explicite, l'étude fait également le lien entre les habitats défectueux et le bien-être psychosocial. Cette révélation n'était pas le centre d'intérêt prévu de l'étude, mais plutôt une retombée de la puissance de l'instrument utilisé pour mesurer le changement.

## Analyse

Notre projet avait pour objectif le recensement des interventions offrant des preuves solides d'incidence positive sur la santé mentale des populations en général et sur l'équité en matière de santé en particulier. Nous présentons diverses constatations expliquant pourquoi si peu d'interventions axées sur la promotion de la santé mentale satisfont aux critères d'inclusion et nous proposons des moyens de combler cette lacune.

La première constatation est que plusieurs interventions ne ciblaient pas explicitement

**TABLEAU 1**  
**Exemples d'interventions visant la promotion de la santé mentale qui respectent les critères relatifs à l'équité en santé**

Nom de l'intervention	Type	Pays	Contenu de l'équité en santé		
			Population ciblée	Objectifs et stratégies en matière d'équité en santé	Principaux résultats dans l'ensemble des grandes études
Fast Track <sup>15</sup>	Pratique prometteuse	États-Unis	Enfants de familles vivant dans des contextes socioéconomiques désavantagés; élèves d'écoles à risque élevé	Programme d'enseignement en classe qui vise l'élaboration de concepts affectifs, la compréhension sociale et la maîtrise de soi chez les enfants; groupes de formation des parents conçus pour promouvoir l'établissement de relations positives entre la famille et l'école et pour enseigner aux parents des aptitudes en gestion comportementale; visites à domicile visant à améliorer les aptitudes à résoudre des problèmes, l'auto-efficacité et la maîtrise de la dynamique de la vie chez les parents; groupes de développement des aptitudes sociales des enfants; tutorat d'enfants; amélioration des liens amicaux entre les enfants dans la classe.	Amélioration des comportements parentaux, renforcement des aptitudes sociocognitives des enfants, mise en valeur des relations avec les pairs, renforcement des compétences scolaires et amélioration de l'écologie sociale en classe; réduction des comportements agressifs et des comportements délinquants, des arrestations de jeunes et d'adultes, des problèmes de toxicomanie et des comportements sexuels risqués.
Nurse Family Partnership <sup>16</sup>	Pratiques exemplaires	Canada	Nouvelles mères à faible revenu (au moment de la grossesse jusqu'à deux ans après l'accouchement)	Visites à domicile pour aider les femmes à entrer en contact avec les services de santé et les services sociaux nécessaires, encourager la prise de bonnes décisions en matière de développement personnel, faire des choix santé pendant la grossesse, donner de bons soins à leurs enfants et améliorer la santé et le développement de leurs enfants, établir des relations d'entraide avec la famille et les amis et devenir économiquement indépendantes.	Renforcement du sentiment de maîtrise et d'autosuffisance chez la mère; diminution du nombre de cas de blessures et de mauvais traitement chez les enfants; baisse du nombre de grossesses subséquentes et augmentation des intervalles entre les naissances; amélioration de la santé prénatale; diminution de la fréquence de la consommation de cigarettes; amélioration des indicateurs scolaires chez l'enfant; diminution de la consommation d'alcool et de drogues chez les enfants au moment du suivi.
Infant Health and Development Program <sup>17</sup>	Pratiques exemplaires	États-Unis	Femmes socialement isolées à faible revenu et adolescents ayant un faible poids à la naissance, nourrissons prématurés	Réduire les problèmes de santé et de développement des nourrissons en fournissant des évaluations sur le plan médical, développemental et social, un aiguillage vers des services de santé et des services sociaux, des visites à domicile, l'inscription à un centre de développement de l'enfant et des réunions de groupes de parents.	Influences positives des habiletés motrices, cognitives et comportementales des enfants, particulièrement chez ceux provenant de familles plus à risque et ceux nés avec un poids « plus élevé » dans la plage du faible poids. Effets positifs sur le taux d'emploi, le stress et les symptômes de dépression déclarés chez les mères.
Family Spirit <sup>18</sup>	Méthodes autochtones éprouvées	États-Unis	Mères adolescentes amérindiennes et leurs enfants	Fourniture d'un programme de visites à domicile adapté à la culture et axé sur les forces afin de renforcer les compétences parentales, de réduire les risques psychosociaux et comportementaux chez la mère et de promouvoir l'ajustement émotionnel et social sain chez le nourrisson et le tout-petit.	Amélioration des connaissances parentales, du lieu de contrôle, des symptômes dépressifs et des comportements d'extériorisation; diminution des comportements d'extériorisation, d'intériorisation et de dysrégulation.
Housing, Insulation and Health Study <sup>19</sup>	Pratique prometteuse	Nouvelle-Zélande	Occupants de logements non isolés dans des collectivités à faible revenu	Installer de l'isolant dans des maisons existantes.	Amélioration de l'autoévaluation de la santé; réduction des symptômes d'asthme et de la respiration sifflante autodéclarés; diminution du nombre de jours d'absentéisme à l'école et au travail; diminution du nombre de visites à des cabinets de médecins praticiens.

les disparités en matière de santé, que ce soit dans les activités de mise en œuvre, la mesure de leurs répercussions ou les deux. Ces interventions n'ont donc pas pu être considérées comme axées sur l'équité, même si un grand nombre d'entre elles montraient des avantages potentiels pour

les populations vulnérables. Il est nécessaire que les interventions soient axées explicitement sur l'équité en santé, et ce, dès le début.

Par exemple, une intervention prometteuse ciblait les décrocheurs potentiels du

secondaire afin d'évaluer l'efficacité de l'approche en matière de prévention du suicide connue sous le nom de CAST (Copy and Support Training, soit Formation en habiletés d'adaptation et soutien). L'étude a fait état de résultats positifs pour les adolescents vulnérables visés par

l'intervention (par rapport aux soins habituels) et incluait des stratégies pour réduire l'exposition disproportionnée à des facteurs nuisibles pour la santé, tels que les idées suicidaires et la consommation de drogues. Toutefois, elle n'a pas pu être considérée comme axée sur l'équité<sup>20</sup>.

Les raisons en sont diverses. Même si elle visait explicitement les jeunes vulnérables – utilisant les « décrocheurs potentiels du secondaire » comme marqueur du risque de suicide – l'étude n'abordait pas directement les conditions sous-jacentes des avantages ou des désavantages. Dans la mesure où des données comme l'âge, le sexe et l'identité ethnique ont été recueillies (pour obtenir un échantillonnage aléatoire), l'étude aurait pu explorer les interactions possibles et les facteurs contextuels liés au risque de décrochage du secondaire ou de suicide. Dans sa présentation des résultats, l'étude a révélé des différences associées au sexe dans les effets des interventions, mais ces sous-analyses ne relevaient pas d'un objectif d'analyse intentionnelle de l'équité<sup>21</sup>.

Du point de vue de la prévention du suicide, le protocole CAST s'est révélé prometteur chez les jeunes du secondaire. Du point de vue de l'équité, l'étude pourrait également avoir amélioré les opportunités de vie des jeunes vulnérables en augmentant leur probabilité d'obtenir un diplôme d'études secondaires. L'intervention aurait pu reconnaître de façon plus explicite le décrochage du secondaire comme une « condition de désavantage », étant donné la possibilité d'exploration des avantages (indirects) de la persévérance scolaire.

Cette étude d'évaluation constitue un cas de figure apte à démontrer la différence que peut apporter l'intégration explicite de l'équité, que ce soit dans la mise en œuvre ou dans l'efficacité des interventions en santé mentale.

La deuxième constatation est que même si de nombreuses interventions ont ciblé l'équité en santé, les méthodes d'évaluation des répercussions ne respectaient pas les normes usuelles de rigueur et de reproducibilité. Par exemple, les interventions ont obtenu de faibles notes pour ce qui est de la « qualité des données probantes » car elles n'ont pas fait mention de la taille et de la répartition démographique de l'échantillon participant à une intervention, ou lorsqu'un « groupe témoin » comparable

était écarté. De faibles notes ont aussi été obtenues lorsque les interventions n'incluaient pas de mesures des résultats objectives ou validées ou ne suivaient pas un nombre adéquat de participants au fil du temps. Les interventions doivent fournir des données descriptives de base et utiliser des groupes témoins comparables (si c'est possible) afin d'améliorer la validité de leurs conclusions.

La tension entre les normes en matière de données probantes en sciences de la santé et les données probantes obtenues dans des expériences naturelles ou sociales n'est pas nouvelle<sup>22</sup>. Les efforts déployés pour combler cette tension démontrent une tendance globale en faveur des interventions contrôlées<sup>23</sup>. De ce fait, il a été plus difficile d'inclure des interventions en santé mentale qui visaient à intervenir à des niveaux multiples ou à influencer les résultats de santé indirectement (par exemple au moyen de changements de l'environnement bâti). Plus l'intervention était faite « en amont », plus il était difficile de contrôler une variable isolée ou de définir et de suivre un « groupe témoin ». Les environnements humains sont fluides et comportent de multiples dimensions, ce qui rend plus difficile, même si ce n'est pas impossible, de répondre à une norme rigoureuse en matière de données probantes en sciences de la santé.

Cette impasse en matière de données probantes doit être résolue. Des exemples novateurs d'interventions « intermédiaires » ont le potentiel d'offrir des bienfaits pour la santé aux plus vulnérables<sup>14</sup>. Les organismes de financement et les bénéficiaires des financements expérimentent actuellement comment obtenir des données probantes pertinentes en matière de répercussions sur l'équité, ce qui fait de ces innovations une source d'enseignement profitable.

Par exemple, certains facteurs contextuels (comme le leadership et l'état de préparation au changement) font souvent partie intégrante de l'efficacité des interventions en santé mentale à l'échelle de la population. Pour en rendre compte adéquatement, les chercheurs dans le domaine des interventions doivent adopter des échelles validées aptes à surveiller et mesurer le changement. Toutefois, une diversité dans les instruments validés demeure nécessaire pour étudier les répercussions des interventions sur des phénomènes complexes comme la santé mentale, afin que les

données probantes produites soient considérées comme fiables et que les interventions connexes soient largement reproductibles.

En 2016, l'ASPC a publié *Vers l'équité en santé : un outil pour élaborer des interventions en santé publique tenant compte de l'équité*<sup>24</sup> afin d'encourager de façon plus large l'équité en santé dans les pratiques en santé publique. Ce diagramme abrégé et son texte d'accompagnement offrent des pistes de réflexion en matière d'équité en santé, tant dans la conception que dans la mise en œuvre des interventions en santé auprès des populations.

## Conclusion

Le but de cet examen était de fournir des exemples d'interventions en santé mentale des populations pour améliorer l'équité en santé qui étaient bien conçues et avaient été mises en œuvre. Quoique peu d'exemples aient été trouvés, les auteurs croient qu'en appliquant invariablement trois méthodes fondées sur les données probantes, les personnes responsables de mettre en œuvre des expériences sociales et d'autres interventions complexes peuvent améliorer la validité de leurs résultats ainsi que leur capacité à apporter une contribution à ce domaine important.

## Remerciements

Les auteures tiennent à souligner les commentaires précieux fournis par le Dr Bernard Choi, chercheur scientifique principal, et Albert Kwan, analyste principal des politiques, de l'Agence de la santé publique du Canada.

## Conflits d'intérêts

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

## Contribution des auteures et avis

NJ a conçu le projet en collaboration avec le Propel Centre for Population Health Impact. AF a contribué à la sélection des interventions et à l'analyse et l'interprétation des données. AS a rédigé le premier brouillon, avec la participation de toutes les auteures, et a révisé le manuscrit après avoir fourni un contenu intellectuel et un examen critique. Toutes les auteures ont contribué à la discussion sur les résultats.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les

auteures et ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

## Références

1. Jackson B, Huston P. Advancing health equity to improve health: the time is now. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2016;36(2):17-20.
2. Jessiman-Perreault G, McIntyre L. The household food insecurity gradient and potential reductions in adverse population mental health outcomes in Canadian adults. *SSM-Population Health.* 2017;3:464-72.
3. Kidd SA, Gaetz S, O'Grady B. The 2015 National Canadian Homeless Youth Survey: Mental Health and Addiction Findings. *Can J Psychiatry.* 2017;62(7):e493-500. doi : 10.1177/0706743717702076.
4. Bauer GR, Scheim AI, Pyne J, et al. Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health.* 2015;15:525.
5. Schwan K, Kidd S, Gaetz S, et al. (2017). Mental Health Care for Homeless Youth: A Proposal for Federal, Provincial, and Territorial Leadership, Coordination, and Targeted Investment. Toronto, Canadian Observatory on Homelessness Press.
6. Santé Canada. Portail canadien des pratiques exemplaires [Internet]. Ottawa : Santé Canada. En ligne à : <http://cbpp-pepc.phac-aspc.gc.ca/fr/publicat/hpcdp-pspmc/36-2/index-fra.php>
7. Frank J, Bromeley C, Doi L, et al. Seven key investments for health equity across the lifecourse: Scotland versus the rest of the UK. *Soc Sci Med.* 140(2015):e136-146.
8. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *Am J Prev Med.* 1998;14(4):245-258.
9. Agence de la santé publique du Canada. Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les maladies mentales au Canada, 2015. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2015. En ligne à : <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/diseases-conditions-maladies-affections/mental-illness-2015-maladies-mentales/alt/mental-illness-2015-maladies-mentales-fra.pdf> (no de cat. HP35-56/2015F-PDF)
10. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Infobase de la santé publique, Le suicide au Canada – Contexte actuel, 2016 [Internet]. Ottawa : ASPC; 2016. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/suicide-canada-infographique.html>
11. Statistique Canada. Les principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge. Tableau 13-10-0394-01 (anciennement CANSIM 102-0561). Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2017. En ligne à : [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310039401&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310039401&request_locale=fr)
12. Institut canadien d'information sur la santé. Blessures auto-infligées chez les jeunes au Canada. Institut canadien d'information sur la santé; 2014. En ligne à : [https://www.cihi.ca/sites/default/files/info\\_child\\_harm\\_fr.pdf](https://www.cihi.ca/sites/default/files/info_child_harm_fr.pdf)
13. Skinner R, Irvine B, Williams G, et al. Aperçu – Une analyse contextuelle des indicateurs de surveillance du suicide. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2017;37(8):281-284. doi : 10.24095/hpcdp.37.8.05f.
14. Frankish CJ, Kwan B, Gray DE, et al. Rapport d'étape – Recenser les interventions axées sur l'équité visant à promouvoir un poids santé. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2017;37(2):103-110. doi: 10.24095/hpcdp.37.3.05f.
15. Conduct Problems Prevention Research Group. The effects of the fast track preventative intervention on the development of conduct disorder across childhood. *Child Dev.* 2001;82(1):331-345.
16. Olds DL, Hill PL, O'Brien R. Taking preventive intervention to scale: the nurse-family partnership. *Cogn Behav Pract.* 2003;10 : 278-290.
17. McCormick MC, Brooks-Gunn J, Buka SL, et al. Early intervention in low birth weight premature infants: results at 18 years of age for the infant health and development program. *Pediatrics.* 2006;117(3):771-780.
18. Mullany B, Barlow A, Neault N, et al. The family spirit trial for American Indian teen mothers and their children: CBPR rationale, design, methods and baseline characteristics. *Am J Psychiatry.* 2012;13;504-518.
19. Howden-Chapman P, Matheson A, Crane J, et al., Effect of insulating existing houses on health inequality: Cluster randomised study in the community. *BMJ.* 2007;334(7591):460.
20. Agence de la santé publique du Canada. CAST Formation en habiletés d'adaptation et soutien (Coping and Support Training) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; [modifié le 29 mai 2016]. En ligne à : <http://cbpp-pepc.phac-aspc.gc.ca/fr/practice/cast-coping-and-support-training/>
21. Thompson EA, Eggert LL, Randell, BP, et al. Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *Am J Public Health.* 2001;91(5):742-752.
22. Green LW, Glasgow RE. Evaluating the relevance, generalization, and applicability of research: issues in external validation and translation methodology. *Eval Health Prof.* 2006;29(1):126-153.
23. Glasgow RE, Green LW, Klesges LM, et al. External validity: we need to do more. *Ann Behav Med.* 2006;31(2):105-108.
24. Agence de la santé publique du Canada. Vers l'équité en santé : un outil pour élaborer des interventions en santé publique tenant compte de l'équité. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2015. No au catalogue : HP35-64/1-2015F-PDF.