

Québec 

Institut national
de santé publique
du Québec

UTILISATION DU *DOMINIQUE
INTERACTIF* À DES FINS DE
DÉPISTAGE DE MASSE DES
PROBLÈMES DE SANTÉ
MENTALE DES ENFANTS
DE 6 À 11 ANS

AVIS

**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

Mars 2002

AUTEURS

Natacha Joubert, Ph. D., chercheur, expert-conseil en promotion de la santé mentale
Institut national de santé publique du Québec

Réal Morin, M.D., FRCPC, médecin spécialiste en santé communautaire
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Guy Roy, M.D., M. Sc., FRCPC, médecin spécialiste en santé communautaire
Direction de la santé publique de Québec

Sylvain Leduc, M.D., M. Sc., FRCPC, médecin spécialiste en santé communautaire
Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent

Johanne Laverdure, M.A. Ps.
Institut national de santé publique du Québec

*Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'INSPQ : <http://www.inspq.qc.ca>
Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.*

Conception graphique
Bellemare Communication Visuelle

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM (HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA)
COTE : K 16,018

DÉPÔT LÉGAL – 1^{er} TRIMESTRE 2002
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISBN 2-550-38943-3

©Institut national de santé publique du Québec

AVANT-PROPOS

En juillet 2001, le Conseil des directeurs de la santé publique a confié à l'Institut national de santé publique du Québec le mandat de proposer un avis sur la valeur du dépistage systématique des problèmes de santé mentale et des indicateurs de risque chez les élèves des écoles primaires du Québec. Cette demande découlait de la sollicitation menée par le D^r Jean-Pierre Valla de l'Hôpital Rivière-des-Prairies auprès de plusieurs régies régionales dans le but de promouvoir l'utilisation de l'instrument multimédia *Dominique interactif* qu'il a conçu pour dépister les enfants de 6 à 11 ans susceptibles de développer des problèmes de santé mentale. Après avoir expérimenté son outil dans certaines écoles primaires de milieux défavorisés de Montréal, le D^r Valla a proposé la généralisation du dépistage à la grandeur du Québec.

Le présent avis de l'Institut national de santé publique du Québec s'inscrit à l'intérieur de son mandat de fournir une expertise sur diverses questions de santé publique posées notamment par ses clients et partenaires privilégiés que sont les directions régionales de santé publique et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Aux fins de la formulation de cet avis, outre les publications citées en références, les documents suivants, portant spécifiquement sur le *Dominique interactif*, ont été examinés :

- Le dossier de présentation du projet *Stratégies intersectorielles pour l'amélioration de la santé mentale des enfants de 6 à 11 ans en milieu scolaire*, rédigé par J. P. Valla, M.D., M. Sc.; M. St-Denis, Ph. D.; L. Bergeron, Ph. D.; D. Chabot, M. Sc.; C. Naud, M. Ps.
- Un article rédigé par J. P. Valla, L. Bergeron, M. St-Georges, C. Berthiaume, et publié dans la *Revue canadienne de psycho-éducation*, vol. 29, n^o 2, 2000, p. 327-347.
- Un article rédigé par S. Dugré, M. Trudel, et J.P. Valla, et publié dans la *Revue canadienne de psycho-éducation*, vol. 30, n^o 1, 2001, p. 119-138.

TABLE DES MATIÈRES

1.	INTRODUCTION	1
2.	LE RENFORCEMENT DES STRATÉGIES INTERSECTORIELLES POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS REPRÉSENTE UNE AVENUE PROMETTEUSE	2
3.	LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE DES ENFANTS NE SE PRÊTENT PAS AU DÉPISTAGE DE MASSE	3
	3.1. Le <i>Dominique interactif</i>	3
	3.2. Critères pour l'implantation d'un programme de dépistage de masse.....	4
	3.3. Le <i>Dominique interactif</i> et le dépistage de masse des problèmes de santé mentale des enfants	5
4.	CONCLUSION : PLUTÔT QUE LE DÉPISTAGE DE MASSE, ACCROÎTRE LES EFFORTS DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS	9
5.	RÉFÉRENCES	10

1. INTRODUCTION

Pour Jean-Pierre Valla et son équipe, l'utilisation de l'instrument *Dominique interactif* s'inscrit à l'intérieur d'un projet d'ensemble visant la réduction de la détresse psychologique des enfants, lequel projet fait appel à leur participation, ainsi qu'à celle du milieu scolaire et de la communauté. Dans leur projet, ils souhaitent proposer un continuum d'actions de promotion de la santé mentale et de prévention, d'interventions précoces et d'interventions curatives. Ils désirent remplacer l'approche individuelle en aval des problèmes par une approche communautaire intersectorielle en amont centrée sur l'environnement, sans exclure les interventions individuelles auprès des enfants qui présentent des problèmes de santé mentale.

La proposition de Valla et ses collaborateurs s'inscrit également dans le contexte des préoccupations actuelles au Québec de mieux répondre aux besoins des enfants et des jeunes et de prévenir qu'un nombre croissant d'entre eux ne développent des problèmes de santé mentale. D'après *l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans*, plus de 20 % des enfants de ce groupe d'âge présenteraient des problèmes de santé mentale (Valla et coll, 1994).

Cet avis discutera de la pertinence, d'un point de vue de santé publique, du dépistage de masse des problèmes de santé mentale chez les enfants par l'utilisation du *Dominique interactif*. Tout d'abord, il présentera l'intérêt de privilégier les interventions de promotion de la santé mentale, notamment par le renforcement des stratégies intersectorielles comparables à ce que préconisent Valla et ses collaborateurs.

2. LE RENFORCEMENT DES STRATÉGIES INTERSECTORIELLES POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS REPRÉSENTE UNE AVENUE PROMETTEUSE

Comme bon nombre de chercheurs et d'intervenants, Valla et son équipe considèrent que la plupart des problèmes de santé mentale des enfants et des jeunes résultent d'un ensemble de facteurs de risque présents dans leurs milieux de vie. C'est pourquoi, ils privilégient le modèle écologique qui met l'accent sur l'interaction dynamique et continue entre les caractéristiques de l'individu et celles de son environnement (Bronfenbrenner, 1979). Ils mentionnent que « la sécurité et le développement d'un enfant seraient compromis dans la mesure où les facteurs de risque excèdent en fréquence, intensité ou chronicité les valeurs de protection et d'opportunités présentes chez le jeune et dans les différents niveaux systémiques qui composent son environnement ». Pour être efficace, un programme d'intervention doit agir sur l'ensemble des déterminants, c'est-à-dire qu'il doit permettre à la fois de diminuer les facteurs de risque et d'augmenter les facteurs de protection. Une démarche intersectorielle devient donc nécessaire pour mettre à contribution l'environnement social des enfants, c'est-à-dire leurs parents, le milieu scolaire et la communauté. Valla et ses collaborateurs qualifient de novateur leur projet de stratégies intersectorielles parce qu'il favorise le réseautage d'intervenants de divers milieux avec les jeunes et leurs parents.

L'approche de promotion de la santé mentale sur la base d'un modèle écologique, et faisant appel à l'appropriation intersectorielle, n'est certes pas nouvelle. Trop peu d'initiatives de la sorte existant au Québec, il est heureux que le D^r Valla et son équipe s'en fassent les promoteurs. Par ailleurs, on observe un écart important entre les principes et les objectifs formulés dans ce projet au regard des interventions de promotion de la santé et les considérations pratiques de réalisation desdites interventions. Compte tenu de l'état des connaissances, cet écart est parfaitement compréhensible. La description de la majorité des activités qui se rapportent en propre à l'implantation de l'action intersectorielle dans les milieux de vie demeure théorique et, au dire même des auteurs, « il revient toutefois aux tables intersectorielles (ou comités de pilotage) d'une communauté donnée (ou d'un territoire de MRC) de définir le fonctionnement de son réseautage, son organisation de services et l'élaboration de son plan d'action, et ce, en fonction des besoins et des couleurs de son milieu ».

3. LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE DES ENFANTS NE SE PRÊTENT PAS AU DÉPISTAGE DE MASSE

Outre les principes et les valeurs énoncés en faveur de l'adoption de stratégies intersectorielles, les auteurs croient que l'innovation du projet proposé réside aussi dans le fait qu'il permettrait d'identifier les enfants en détresse par un dépistage systématique et de leur offrir des services appropriés avant que leur état ne se détériore. Le projet prévoit donc de faciliter la mise en place d'une gamme étendue de services allant de la promotion de la santé mentale à la prévention jusqu'à l'évaluation clinique, le traitement, la réadaptation et l'intégration sociale.

En réalité, les informations détaillées concernant les stratégies intersectorielles suggérées par le Dr Valla se limitent aux activités liées directement à l'utilisation du *Dominique interactif* (formation aux instruments, implantation, analyse des résultats, évaluation des besoins de formation) pour la mise en place d'interventions de dépistage de masse.

3.1. Le *Dominique interactif*

Le *Dominique interactif* est un questionnaire informatisé auto-administré, basé sur la symptomatologie de l'axe I du DSM-IV, qui permet une appréciation des tendances aux sept problèmes de santé mentale les plus fréquents chez les enfants. Parmi les troubles intériorisés, il s'agit 1) de la phobie simple, 2) de l'anxiété de séparation, 3) de l'hyperanxiété et anxiété généralisée, 4) de la dépression simple et dysthymie. Parmi les troubles extériorisés, il s'agit 5) de l'hyperactivité avec déficit de l'attention, 6) du trouble d'opposition et 7) des troubles de conduites. L'instrument a été spécialement conçu pour les élèves du primaire et donne, en 10 à 15 minutes, une lecture des tendances de l'enfant aux sept problèmes de santé mentale. Il contient également une échelle de forces et de compétences qui identifie des comportements positifs. L'instrument a initialement été développé pour une utilisation en entrevue individuelle auprès d'échantillons cliniques.

Toutes les informations concernant la validité et la fiabilité du *Dominique interactif* proviennent de documents rédigés par les concepteurs du test. Il ne semble pas y avoir eu d'utilisation répétée à grande échelle de ce test de dépistage, en contexte de recherche, ce qui limite grandement la possibilité de poser un jugement scientifique sur sa valeur. Les concepteurs du *Dominique interactif* ont testé son usage et ses propriétés auprès de groupes d'enfants de milieux socioéconomiques et culturels différents, et il semble que les résultats se comparent favorablement à ceux obtenus en passation individuelle. Les concepteurs affirment que le test a démontré une bonne validité et une stabilité temporelle satisfaisante, qu'il s'avère capable de reconnaître les émotions et les comportements rattachés à des tendances à développer des problèmes de santé mentale identifiés dans le DSM-IV. Au total, les données sur la valeur scientifique du *Dominique interactif* s'appuieraient sur une utilisation auprès de quelques centaines d'enfants, sans garantie de représentativité des populations testées donc sans

possibilité de généralisation des observations à une population entière. Les auteurs préviennent que l'instrument ne peut en aucun cas remplacer l'évaluation clinique individuelle.

3.2. Critères pour l'implantation d'un programme de dépistage de masse

Le dépistage est une activité visant la recherche de maladies ou de déficiences insoupçonnées au moyen de tests, d'exams ou d'autres procédures pouvant être administrés rapidement (Shah, 1995). Au niveau d'une communauté, il s'agit donc de distinguer les personnes qui présentent probablement un problème de celles qui n'en présentent probablement pas.

Le dépistage s'adresse à l'ensemble de la population (dépistage de masse) ou à un sous-groupe de la population présentant un risque élevé (dépistage sélectif). Un programme de dépistage de masse ne trouve sa justification que lorsque les critères suivants sont rencontrés (Muir Gray, 2001) :

Critères relatifs au problème lui-même et au test de dépistage de masse

1. Le problème psychosocial ou de santé représente un important problème de santé publique.
2. L'épidémiologie (incidence et prévalence) et l'histoire naturelle du problème sont connues et comprises, incluant l'évolution de la phase de latence vers la phase cliniquement observable, et il y a présence d'un facteur de risque décelable, d'un marqueur biologique, d'une période de latence ou d'une phase présymptomatique décelable.
3. Dans toute la mesure du possible, les interventions de prévention primaire qui bénéficient d'un rapport coût-efficacité favorable sont déjà implantées.
4. Il existe un test de dépistage simple, sécuritaire, précis et valide.
5. La distribution des données du test dans la population cible est connue en même temps que le seuil de normalité/anormalité est clairement identifié et fait consensus.
6. Le test est acceptable par la population.
7. Il y a consensus sur l'investigation complémentaire que requièrent les individus avec un résultat positif au test et sur les choix ou les options qui se présentent à eux.

Critères relatifs au traitement ou à l'intervention

8. Il existe un traitement ou une intervention efficace pour les personnes identifiées et des évidences que le traitement précoce donne de meilleurs résultats qu'un traitement plus tardif.
9. Des politiques d'offre de service fondées sur des données probantes précisent quelles personnes doivent bénéficier du traitement ou de l'intervention et quel traitement ou intervention doit être offert.

Critères relatifs au programme de dépistage

10. Il existe des preuves de grande qualité, issues d'essais cliniques randomisés, que le programme réussit à réduire efficacement la mortalité ou la morbidité associée au problème dans la population visée.
11. La démonstration est faite que l'ensemble du programme de dépistage (test, procédures diagnostiques, traitement, intervention) est acceptable pour les professionnels et la population tant d'un point de vue clinique que d'un point de vue social et éthique.
12. Les avantages du programme de dépistage contrebalancent favorablement les désagréments ou les risques physiques ou psychologiques associés au test, aux procédures diagnostiques et au traitement.
13. Au regard de l'ensemble des dépenses affectées aux services psychosociaux et de santé, le programme de dépistage représente un coût d'opportunité avantageux.
14. Un système de gestion et de monitoring du programme de dépistage est en place ainsi que des normes d'assurance qualité.
15. Un personnel qualifié, des équipements et des installations appropriées pour le dépistage, le diagnostic, le traitement et la gestion du programme sont disponibles avant le lancement du programme de dépistage.
16. D'autres options qu'un programme de dépistage ont été investiguées pour réduire efficacement l'ampleur du problème au sein de la population (par exemple, l'offre d'un traitement plus efficace).

3.3. Le *Dominique interactif* et le dépistage de masse des problèmes de santé mentale des enfants

Les problèmes de santé mentale des enfants de 6 à 11 ans visés par le projet de stratégies intersectorielles de Valla et collaborateurs représentent sans doute une préoccupation immédiate et à long terme pour la santé et le développement des enfants de ce groupe d'âge. Les concepteurs du *Dominique interactif* rappellent les données qu'ils avaient obtenues et traitées lors de *l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans* où ils

avaient observé que 20 % d'entre eux présentaient un ou plusieurs problèmes de santé mentale (Valla et coll., 1994). Ces données sont intéressantes mais insuffisantes pour décrire de façon précise et à jour l'incidence et la prévalence des problèmes intériorisés et extériorisés. Déjà en 1991, le Groupe de travail pour les jeunes (Rapport Bouchard) soulignait l'importance de conduire des études épidémiologiques qui évalueraient systématiquement et périodiquement l'état de l'ensemble des problèmes des enfants et des jeunes (Rapport du groupe de travail pour les jeunes, 1991).

Le *Dominique interactif* ne vise pas l'identification précoce d'une condition précise associée à un problème bien déterminé dont on connaîtrait clairement et sa prévalence et son évolution. C'est plutôt un questionnaire permettant d'apprécier des tendances aux sept problèmes de santé mentale les plus fréquents chez les enfants. Alors que dans tout programme de dépistage, un résultat positif doit faire l'objet d'une interprétation standardisée avec une connaissance précise de la probabilité pour la personne de développer un problème de santé spécifique, un résultat positif au *Dominique interactif* renvoie plutôt à une interprétation large qui requiert une évaluation clinique individuelle. La sensibilité du test à identifier les enfants qui ont vraiment une symptomatologie de l'axe I du DSM-IV est mal connue de même que la spécificité du test, c'est-à-dire sa capacité à présenter un résultat négatif chez les enfants qui ne présentent pas de symptomatologie de l'axe I. On ne connaît d'ailleurs pas suffisamment comment se distribuent les résultats au test dans une population générale d'enfants de 6 à 11 ans ni quelle proportion de ces enfants devrait être considérée positifs. Il est donc impossible pour le *Dominique interactif* de déterminer avec une probabilité raisonnablement précise quels enfants positifs au test se verront diagnostiquer un problème de santé mentale donné.

Si la pertinence théorique du dépistage avec le *Dominique interactif* était acquise, avant toute implantation à grande échelle, il devrait faire l'objet d'essais cliniques randomisés dont les résultats se révéleraient probants. Les promoteurs auraient à faire la démonstration de la disponibilité de ressources bien formées pour prendre en charge des enfants déclarés positifs au test et convaincre qu'il s'agit là du meilleur usage qui peut être fait de ces ressources. Ils devraient fournir l'assurance que tous les enfants qui requièrent une investigation, des traitements ou des interventions individuelles pourront réellement s'en prévaloir. Ils devraient démontrer que les ressources ainsi mobilisées conduiront à une amélioration plus notable de la santé mentale des enfants que des interventions de promotion de la santé mentale à l'intérieur desquelles on assure la prise en charge précoce et adéquate des enfants qui présentent des problèmes. Autrement dit, le *Dominique interactif* représente un coût d'opportunité élevé sans que l'on soit en mesure d'en confirmer le bien-fondé. On peut craindre que le dépistage de masse requerrait d'importantes ressources alors que les réseaux de services ont peine à répondre aux besoins des enfants manifestement en difficulté.

Les promoteurs du *Dominique interactif* accordent beaucoup d'importance à la valeur pédagogique du test et à sa capacité de mobiliser la communauté autour de l'école. Ainsi, ils écrivent :

- *En donnant la parole aux enfants, le Dominique interactif favorise l'expression des problèmes intériorisés et apporte aux adultes une vision nuancée des enfants.*
- *Les images du Dominique interactif donnent à la santé mentale des enfants un aspect concret qui permet aux partenaires et à la communauté de développer un langage commun concernant la santé mentale des enfants, une action qui favorise l'intersectorialité.*
- *Les deux instruments (i. e. le Dominique interactif et un questionnaire de deux pages complété par les enseignants) fournissent aux intervenants de première ligne une carte de la santé mentale des enfants du milieu. Ils leur apportent de nombreux points de repères spécifiques qui leur font défaut. Il leur donne une vue d'ensemble incluant les problèmes de dépression et d'anxiété. En conséquence, ils leur donnent les moyens de planifier leurs interventions.*

Les précédents motifs ne peuvent jamais être invoqués pour justifier l'implantation d'un programme de dépistage de masse. Les promoteurs ne font pas la démonstration que le dépistage est la voie unique et nécessaire pour permettre la compréhension par les enseignants et la communauté en général des problèmes de santé mentale des enfants, et encore moins que leur outil bénéficie de la validité requise pour atteindre cet objectif ambitieux. Ils prétendent qu'à partir du dépistage, la santé mentale des enfants devient l'affaire de tous et que les problèmes sont dédramatisés, ce qui évite l'étiquetage et la stigmatisation. D'aucuns croiront exactement le contraire, que la santé mentale ne devient l'affaire de tous que lorsque les actions intersectorielles sont dirigées vers l'ensemble de la population des enfants ciblés, sans tenter d'apposer, à l'aide d'un test, l'étiquette de sain ou de malade. Le dépistage est nécessairement une forme d'étiquetage dont les répercussions peuvent varier selon les groupes sociaux. Notamment, au sein des populations socioéconomiques défavorisées, souvent les premiers milieux visés par le dépistage, on pourrait observer de la méfiance et le refus de donner suite à un test positif. Il est déjà tellement difficile de rejoindre les clientèles vulnérables qu'il ne faut pas mettre en œuvre des mesures contre-productives.

D'autre part, la portée d'un test comme le *Dominique interactif*, qui peut s'avérer utile comme outil d'aide au diagnostic en situation clinique, se limite aux facteurs individuels associés à la santé mentale. Utilisé comme test de dépistage, le *Dominique interactif* comporte le risque de conduire à un surdiagnostic ou à une pathologisation excessive des problèmes individuels que vivent les jeunes, et dont on sait qu'ils résultent le plus souvent de facteurs de risque présents dans leurs milieux de vie.

L'utilisation d'un test de dépistage soulève aussi des considérations éthiques fondamentales. En plus d'obtenir le consentement éclairé des parents, toutes les garanties doivent être données quant à la qualité de la procédure, aux répercussions psychologiques chez les enfants et les parents d'un résultat *vrai positif*, *faux positif* ou *faux négatif*, au traitement confidentiel des informations colligées.

4. CONCLUSION : PLUTÔT QUE LE DÉPISTAGE DE MASSE, ACCROÎTRE LES EFFORTS DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS

Les chercheurs et les intervenants en santé mentale croient de plus en plus nécessaire de renforcer la prévention par des activités de promotion de la santé mentale dans les divers milieux de vie (Barry, 2001; Desmarais et coll., 2000; Mrazek, 1998). « La promotion de la santé mentale vise l'accroissement du bien-être personnel et collectif en développant les facteurs de robustesse et les conditions favorables à la santé mentale. Son action porte sur les déterminants de la santé plutôt que sur les facteurs de risque, et vise la population générale ou des sous-groupes particuliers » (Blanchet et coll., 1993).

Les activités de promotion de la santé mentale sont non seulement nécessaires et bénéfiques à l'ensemble de la population, mais elles permettent aussi d'accroître les effets favorables des activités de prévention, de traitement et de réadaptation. De nombreuses études rapportent une diminution significative de plusieurs problèmes psychosociaux comme la dépression, le suicide, la délinquance, l'abus de substances, le décrochage scolaire, l'absentéisme, la violence, la grossesse à l'adolescence lorsque les programmes mettent l'accent sur la promotion de la santé mentale (International Union for Health Promotion and Education, 2000; Tilford, Delaney and Vogels, 1997; Health Promotion Wales, 1996; Pransky, 1991).

Beaucoup de travail reste à faire en matière de promotion de la santé mentale. Il faudra notamment renforcer les collaborations entre les secteurs de la recherche, de l'intervention et des politiques publiques pour assurer le développement, l'implantation et l'évaluation de pratiques de promotion de la santé mentale pour l'ensemble de la population ou certains groupes, en particulier les jeunes.

Quant au dépistage de masse des problèmes de santé mentale, et quel que soit le groupe d'âge auquel il s'adresse, on ne retrouve pas dans la littérature scientifique d'expériences solidement évaluées. L'Institut national de santé publique du Québec ne peut donc pas appuyer la mise en œuvre, au Québec, d'un programme de dépistage de masse des problèmes de santé mentale chez les enfants de 6 à 11 ans.

5. RÉFÉRENCES

Barry, M.M. (2001) Promoting Positive Mental health : Theoretical Frameworks for Practice. *The International Journal of Mental Health Promotion*, 3 (1), 25-34.

Blanchet, L., Laurendeau, M.-C., Paul, D. et Saucier, J.-F. (1993), *La prévention et la promotion en santé mentale*, Boucherville, Gaëtan Morin, Éditeur, 138 p.

Bronfenbrenner, U. (1979) *The Ecology of Human Development : Experiment by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Desmarais, D., Beauregard, F., Guérette, D., Hrimech, M., Lebel, Y., Martineau, P. et Péroquin, S. (2000) *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes : un portrait complexe, une responsabilité collective*. Comité de la santé mentale du Québec. Québec : Les Publications du Québec.

Health Promotion Wales (1996) *Mental Health Promotion: Forty Examples of Effective Intervention*. Technical Report N° 21.

International Union for Health Promotion and Education (2000) *The Evidence of Health Promotion Effectiveness (Part One and Two)* Brussels: European Commission.

Mrazek, P.J. (1998) Prevention Science in the 21st Century. In: M. Killoran Ross and Stark (Eds) *Promoting Mental Health*. Symposium of the Ayrshire International Mental Health Promotion Conference, 1997, p. 77-87.

Muir Gray, J.A. (2001). *Evidence-Based Screening in the United Kingdom*. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 17 (3), p. 400-408.

Pransky, J. (1991) *Prevention : The Critical Need*. Springfield, MO: Burrell Foundation and Paradigm Press.

Rapport du groupe de travail pour les jeunes, (1991) *Un Québec fou de ses enfants*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 179 p.

Shah, C.P. (1995) *Médecine préventive et santé publique au Canada*. Les Presses de l'Université Laval, Québec.

Tilford, S., Delaney, F. and Vogels, M. (1997) *Effectiveness of Mental Health Promotion Intervention: a Review*. London: Health Education Authority.

Valla, J.P., Breton, J.J., Bergeron, L., Gaudet, N., Berthiaume, C., Saint-Georges, M. Daveluy, C., Tremblay, V., Lambert, J., Houde, L. & Lépine, S. (1994) *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans. Rapport de synthèse*. Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, 132 p.