



Rendement du capital investi

Promotion de la santé mentale et prévention
de la maladie mentale

Qui nous sommes

Fondé en 1994, l'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et supervisé par un conseil d'administration formé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.

Notre vision

Contribuer à améliorer le système de santé canadien et le bien-être des Canadiens en étant un chef de file de la production d'information impartiale, fiable et comparable qui permet aux dirigeants du domaine de la santé de prendre des décisions mieux éclairées.

Rendement du capital investi

Promotion de la santé mentale et prévention de la maladie mentale

Le 31 mars 2011

Réseau canadien des politiques de l'Université de Western Ontario

Auteurs

Glen Roberts et Kelly Grimes

Examineurs internes

Michael Buzzelli et Andrew Nelson

Comité consultatif de la recherche

Cheryl Forchuk, Eddy Nason, John Service, Paul Smetanin et Bill Tholl

Les opinions exprimées dans le présent rapport sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Table des matières

Messages clés.....	iii
Sommaire	iv
Introduction.....	1
Méthodologie.....	3
Protocole de recherche	5
Résultats	7
Santé	10
Éducation.....	16
Milieu de travail.....	21
Services sociaux et justice pénale.....	25
Analyse.....	26
Conclusion.....	30
Annexe A : Résultats de la stratégie de recherche	33
Annexe B : Glossaire des termes économiques de la santé	37
Références	39
Bibliographie.....	49

Messages clés

- Les données probantes indiquent que certaines interventions de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie mentale sont associées à un rendement du capital investi (RCI).
- Un certain nombre d'examen systématiques et de méta-analyses de grande qualité ont été effectués sur le RCI dans la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale. En revanche, peu d'essais cliniques aléatoires ont été réalisés et il existe un manque global de données probantes au Canada.
- Les données probantes concernant les activités de prévention de la maladie sont plus nombreuses, et la plupart des études relevées ont été réalisées à l'échelle individuelle ou organisationnelle.
- Les données probantes les plus faibles sont celles qui portent sur le milieu de travail en raison du manque d'études de grande qualité à ce sujet.
- Les données probantes les plus solides sur le RCI touchent les enfants et les adolescents, plus précisément sous les thèmes de la réduction des troubles du comportement et de la dépression, des programmes de formation au rôle parental, des programmes anti-intimidation et anti-stigmatisation, de la sensibilisation au suicide et de la prévention de celui-ci, de la promotion de la santé dans les écoles et du dépistage, en soins de santé primaires, de la dépression et de l'abus d'alcool.
- Les domaines de la santé mentale, de la promotion de la santé mentale, de la prévention de la maladie mentale et de l'analyse économique sont caractérisés par un manque de définitions normalisées. Il est nécessaire d'établir un lexique commun qui englobe différents secteurs.
- Les données sur les dépenses en santé mentale sont fondées sur la recherche et sont probablement sous-évaluées. L'information sur les dépenses liées à la promotion de la santé mentale et à la prévention de la maladie mentale est insuffisante.
- Le rendement de la promotion de la santé mentale et de la prévention de la maladie mentale est généralement obtenu dans un secteur autre que celui où le capital a été investi; une approche axée sur « la santé mentale dans toutes les politiques » devrait être envisagée.
- D'ici 2030, les problèmes de santé mentale constitueront la principale cause d'invalidité au pays, mais il semble que le Canada dépense peu en santé mentale.
- Un nombre croissant de données probantes indiquent que le coût de plus en plus élevé qu'engendre la maladie mentale pour la société n'est pas viable; il pourrait même être supérieur au coût de l'ensemble du système de soins de santé du Canada.
- La solution réside dans la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale. Nous devons empêcher davantage de personnes de s'effondrer et pour ce faire, une vision globale est nécessaire.

Sommaire

En 2007-2008, les dépenses publiques du Canada consacrées aux services et aux mécanismes de soutien en santé mentale s'élevaient à environ 14,3 milliards de dollars¹. Selon un rapport de 2009 publié par la Société pour les troubles de l'humeur du Canada, les coûts liés à une invalidité due à la dépression sont ceux qui connaissent la croissance la plus rapide parmi les coûts liés à une invalidité que doivent absorber les employeurs canadiens². Le Centre pour la santé mentale en milieu de travail avance que le coût économique des maladies mentales correspond à 20 % des profits des sociétés³. En outre, les données probantes indiquent que d'ici 2030, la maladie mentale constituera la principale cause d'invalidité dans les pays à revenu élevé⁴. Toutefois, selon un rapport publié en 2010 par l'Institute of Health Economics, les gouvernements du Canada dépensent moins en santé mentale que la plupart des pays développés¹.

Reconnaissant l'importance cruciale de la santé mentale, l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), division de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), a publié en 2009 le rapport intitulé *Explorer la santé mentale positive*. L'ISPC a ainsi contribué de façon considérable à définir, à mesurer et à promouvoir la santé mentale. À titre de suivi, la présente étude, financée par l'ISPC, passe en revue le bassin de données probantes associées au rendement du capital investi (RCI)ⁱ dans la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentaleⁱⁱ. Plus précisément, la question de recherche abordée est la suivante :

« Quelle est l'étendue et la nature des activités de recherche réalisées dans le domaine de l'analyse économique de la promotion de la santé mentale et de la prévention de la maladie mentale? »

Des sources de documentation évaluée par les pairs (de 2001 à 2011) et des sources de littérature grise ont été explorées. Les principaux moteurs de recherche utilisés pour les articles évalués par les pairs étaient Medline, PsycInfo, Econlit, Web of Science, ProQuest Research Library, Google, Google Scholar, NHS EED, Cochrane Library, Campbell Collaboration et ERIC. Les sources de littérature grise étaient essentiellement des rapports et des études préparés par des organismes du Canada, des États-Unis, de l'Australie et du Royaume-Uni. Un sondage en boule de neige et un sondage électronique ont servi de base à l'orientation de départ et à l'approche adoptée au chapitre de la littérature grise. Il importe de noter qu'il ne s'agissait pas d'un examen systématique.

i. Le rendement du capital investi est le bénéfice d'une intervention par rapport à son coût (habituellement calculé en divisant le bénéfice net par le coût net, multiplié par 100). Un glossaire figure à la fin du document.

ii. Aux fins du présent rapport, nous faisons la distinction entre la promotion de la santé mentale positive et la prévention de la maladie mentale. Il s'agit d'une approche similaire à celle décrite par Keyes⁵, selon qui les mesures de la maladie mentale et de la santé mentale représentent deux continuums distincts, mais corrélés au sein d'une population.

L'examen montre que plusieurs examens systématiques ou méta-analyses établissent le bien-fondé de l'investissement dans la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale; le nombre d'essais cliniques aléatoires réalisés dans chacun de ces deux domaines est toutefois faible. Le présent rapport appuie cette constatation en ce qui a trait à la santé, à l'éducation et au milieu de travail et, dans une moindre mesure, à la justice pénale et aux services sociaux. Il reconnaît en outre l'existence de chevauchements considérables entre ces catégories et études.

Douze analyses économiques de qualité supérieure de la promotion de la santé mentale et de la prévention de la maladie mentale dans le secteur de la santé sont présentées sous forme de tableau. Elles portent plus précisément sur les domaines de la dépression postnatale, de la dépression, de la psychose précoce, de la sensibilisation au suicide et de l'abus d'alcool. Douze autres études, axées sur le secteur de l'éducation, sont présentées dans un format semblable. Elles ont pour thèmes les programmes de formation au rôle parental, les interventions en milieu scolaire visant la réduction des troubles du comportement, les campagnes anti-stigmatisation, la promotion universelle de la santé mentale, les programmes anti-intimidation, l'abus d'alcool et le suicide. Six études examinant le milieu de travail sont également présentées, ainsi qu'un résumé des observations réalisées dans les secteurs de la justice pénale et des services sociaux.

Cinq thèmes émergent de la recherche :

- **Données probantes existantes** : Les données probantes de la recherche actuelles tendent à démontrer que certaines interventions donnent un RCI. Il existe un certain nombre d'examen systématiques et de méta-analyses de grande qualité. En revanche, le nombre d'essais cliniques aléatoires dans chaque domaine est faible, et le Canada accuse un manque global de données probantes. Les données probantes concernant les activités de prévention de la maladie sont plus nombreuses, et la plupart des études relevées ont été réalisées à l'échelle individuelle ou organisationnelle. En raison des difficultés associées à l'analyse économique, il a été difficile d'établir des comparaisons claires entre les études et les échantillons. De plus, étant donné le manque général d'études de grande qualité, les données probantes sur le RCI dans la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale en milieu de travail et dans le secteur privé étaient les plus faibles.
- **Domaines prometteurs** : Les données probantes les plus solides sur le RCI ont trait aux enfants et aux adolescents, plus précisément à la réduction des troubles du comportement et de la dépression, aux programmes de formation au rôle parental, aux programmes anti-intimidation et anti-stigmatisation, à la sensibilisation au suicide et à la prévention de celui-ci, à la promotion de la santé dans les écoles et au dépistage, en soins de santé primaires, de la dépression et de l'abus d'alcool.

- **Difficultés liées aux définitions et à la mesure des données :** Les domaines de la santé mentale, de la promotion de la santé mentale, de la prévention de la maladie mentale et du RCI ou de l'analyse économique sont caractérisés par un manque de définitions normalisées. Il est crucial de créer un lexique commun qui englobe différents secteurs (santé, éducation, justice pénale, services sociaux et milieu de travail) pour mener des travaux sur la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale. En outre, les problèmes de données et de mesure ne se résolvent pas facilement. À l'heure actuelle, aucune information sur les investissements dans la promotion de la santé mentale ou la prévention de la maladie mentale n'a pu être dévoilée, et les données sur les dépenses en santé mentale sont fondées sur la recherche. Il est souvent difficile d'intégrer et de comparer des données qui couvrent différents secteurs.
- **Approche axée sur « la santé mentale dans toutes les politiques » :** L'examen a démontré que l'une des particularités des études sur le RCI dans la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale est que, dans une large mesure, le rendement (économique ou autre) est généralement obtenu dans un secteur autre que celui où le capital a été investi à l'origine. Jusqu'à ce que des politiques ou des initiatives et des systèmes de comptabilité ou de données soient élaborés puis reliés horizontalement entre les secteurs, les progrès réalisés dans la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale dépendront de la volonté de coopération et de communication des secteurs. L'élaboration de politiques pourrait être améliorée au moyen d'une approche axée sur « la santé mentale dans toutes les politiques » qui englobe systématiquement les différents secteurs, semblable à celle mise en œuvre au Royaume-Uni⁶.
- **Viabilité :** Si les estimations relatives à l'Irlande et au pays de Galles valent également pour le Canada, le coût actuel de la maladie mentale est d'environ 192 milliards de dollars, soit la somme consacrée à l'ensemble du système de soins de santé au Canada⁷. Les estimations actuelles des coûts associés à la maladie mentale au Canada ne sont pas fondées sur une méthode du coût complet et sont probablement sous-évaluées. Un nombre croissant de données probantes indiquent que le coût pour la société de plus en plus élevé de la maladie mentale n'est pas viable. Une des solutions réside dans la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale.

On constate l'émergence d'une quantité considérable de travaux sur l'efficacité et l'aspect économique des interventions de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie mentale, notamment celles qui visent à améliorer la qualité de vie. Les résultats montrent qu'il est nécessaire d'élaborer une vision globale, qui couvre les différents secteurs.

Introduction

« La santé mentale est un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté⁸ ».

La maladie mentale (plus particulièrement la dépression), dont le fardeau économique était estimé à 51 milliards de dollars en 2003⁹, compte parmi les six principales maladies chroniques au Canada. Le tiers des séjours dans un hôpital canadien est attribuable aux troubles mentaux¹⁰. Les données probantes indiquent en outre que d'ici 2030, la maladie mentale constituera la principale cause d'invalidité dans les pays à revenu élevé⁴. Or, selon un rapport publié en 2010 par l'Institute of Health Economics, le Canada dépense moins que la plupart des pays développés en santé mentale; en effet, son ratio par rapport à l'ensemble des dépenses en santé est de 7,2 % (comparativement à 6,4 % en Australie et à 11,0 % en Suède et en Nouvelle-Zélande)¹.

Les demandes d'indemnisation pour invalidité liée aux troubles mentaux sont nombreuses : les chiffres les plus récents indiquent que 79 % des demandes d'indemnisation pour invalidité à long terme et 75 % des demandes d'indemnisation pour invalidité à court terme sont liées à la santé mentale¹⁰. Les chiffres montrent aussi que le secteur privé consacre entre 180 et 300 milliards de dollars aux prestations d'invalidité à court terme liée à la maladie mentale, et 135 milliards aux prestations d'invalidité à long terme¹. Selon un rapport de 2009 publié par la Société pour les troubles de l'humeur du Canada, les coûts d'une invalidité due à la dépression sont les coûts d'invalidité qui connaissent la croissance la plus rapide pour les employeurs canadiens². Le Centre pour la santé mentale en milieu de travail avance que le coût économique des maladies mentales correspond à 20 % des profits des sociétés³. De plus, la Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health estime que 10 % des coûts généraux des régimes d'assurance-médicaments sont consacrés aux médicaments visant la santé mentale et que plus de 21 % de l'ensemble des demandes de remboursement de médicaments concernent le traitement de la maladie mentale¹¹.

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), division de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), reconnaît ces faits. En produisant sa série de rapports sur la santé mentale, *Améliorer la santé des Canadiens, 2007-2009*ⁱⁱⁱ, elle a entrepris une importante initiative visant à résumer, à l'échelle des politiques et des programmes, les données probantes au sujet des mesures efficaces dans la réduction des inégalités et l'amélioration de la santé des

iii. La série comprend le rapport *Explorer la santé mentale positive*, publié en 2009.

individus et des collectivités. L'ISPC a maintenant besoin d'un résumé de la recherche sur le rendement du capital investi (RCI) dans la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale^{iv}.

Les interventions de **promotion de la santé mentale** visent à favoriser une bonne santé mentale et le mieux-être en réduisant les obstacles en mettant l'accent sur les aspects positifs et les déterminants de la santé mentale¹². Les interventions de promotion ont pour but de favoriser une humeur constante, saine et résiliente¹³ et créent souvent des environnements de soutien ou développent les aptitudes personnelles. Elles peuvent par exemple prendre la forme de programmes de formation au rôle parental, de programmes anti-intimidation à l'intention des enfants ou d'initiatives de réduction du stress en milieu de travail. De leur côté, les interventions de **prévention de la maladie mentale** sont mises en œuvre avant le déclenchement d'un trouble; le dépistage de la dépression post-partum chez les femmes en est un exemple¹³. Ces deux termes sont souvent utilisés de façon interchangeable; or, ils sont bien distincts malgré un certain chevauchement⁵. Friedli et Parsonage ont souligné que pour faire valoir le bien-fondé de la promotion de la santé mentale positive, il faut démontrer que les résultats ne tiennent pas uniquement à l'absence de maladie mentale, mais qu'ils sont attribuables, en tout ou en partie, aux aspects de la santé mentale positive¹⁴.

Le RCI aide à cerner les interventions ou programmes les plus susceptibles d'améliorer la santé mentale et le mieux-être relativement à leur coût. Le concept d'analyse coûts-avantages, où les avantages et les coûts sont exprimés en dollars, est étroitement lié à celui de RCI. Lorsqu'on soustrait les avantages des coûts, le résultat est le RCI, qui traduit un résultat global du programme ou de l'intervention faisant l'objet de l'analyse¹⁵. Par exemple, les programmes d'aide aux employés, dont certains sont orientés vers la promotion de la santé, ont généré des RCI de 2 à 4 \$ en économies pour chaque dollar investi¹⁶. En 2005, Goetzel et ses collaborateurs se sont penchés sur les programmes de promotion de la santé axés sur les maladies chroniques. Ils ont constaté un RCI variant entre 0,71 \$ pour le diabète à 2,78 \$ pour l'insuffisance cardiaque congestive. En revanche, ils ont également constaté que les programmes contre la dépression coûtent plus cher que ce qu'ils permettent d'économiser en dépenses médicales (quoiqu'il y ait économie lorsque les retombées sur la productivité sont prises en compte)¹⁷. Le RCI peut se révéler un outil très efficace de mesure des avantages et des coûts d'une intervention. Les données économiques probantes accumulées aident à mettre sur pied une analyse de rentabilisation^v avant d'investir dans une intervention en santé mentale donnée.

iv. La présente étude est axée sur l'analyse économique. Il importe toutefois de noter que l'aspect économique, bien qu'il soit un facteur de santé mentale, ne peut pas remplacer l'importance des relations interpersonnelles.

v. Une analyse de rentabilisation est un outil qui fournit de l'information détaillée sur le mandat ou la démarche d'un projet, ainsi que sur ses incidences et ses effets sur les processus, les ressources et les résultats. Les avantages et les coûts de divers changements et décisions sont également présentés dans une analyse de rentabilisation, ce qui facilite la prise de décisions judicieuses.

Méthodologie

Afin d'organiser la réflexion en vue de cet examen de la portée^{18, vi} sur le RCI dans la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale, un modèle logique^{vii} a servi de cadre à l'analyse, au moyen d'une approche intrants-extrants de base. Une matrice (voir la figure 1, qui illustre les trois dimensions de l'analyse : par secteur, par niveau d'intervention et par intrants/extrants/résultats d'un modèle logique) a été créée afin de prévoir l'effet entraîné par un changement dans une partie du système sur une autre partie du système. Le recours à ce type d'approche pose des exigences énormes sur le plan des données; le présent examen constitue une première étape de l'exploration de ce qui existe actuellement dans certaines de ces dimensions, comme décrit ci-dessous.

Ce projet vise les services de promotion du mieux-être mental et de prévention de la maladie mentale, dont les activités favorisent, protègent et améliorent la santé mentale et le rétablissement. Les interventions de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie mentale peuvent être ciblées à différentes échelles, de la population ou de la collectivité aux individus. Elles peuvent en outre être mises en œuvre dans divers secteurs, notamment ceux de la santé, de l'éducation, de la justice pénale et des services sociaux, ainsi qu'en milieu de travail. Ces secteurs peuvent à leur tour être subdivisés, comme suit :

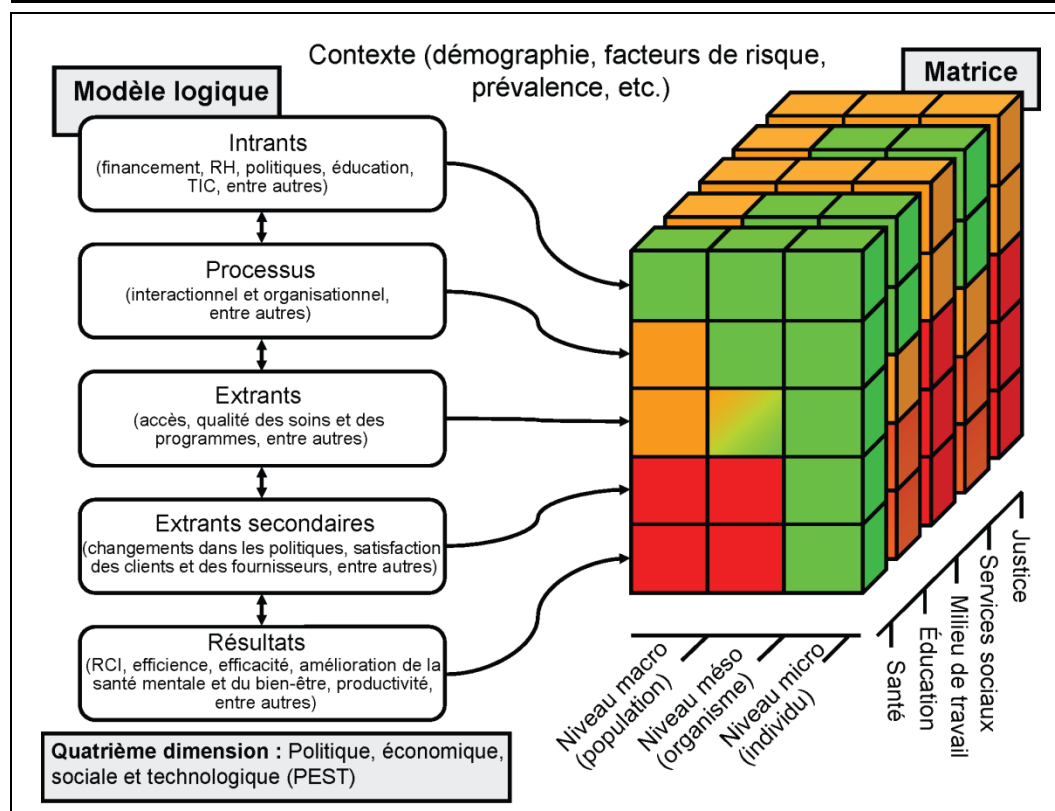
- **Éducation** : primaire, secondaire, postsecondaire et éducation permanente.
- **Milieu de travail** : programmes d'aide aux employés, invalidité, composantes des systèmes de supervision ou d'administration, programmes de retour au travail, intimidation/abus et sensibilisation.
- **Services sociaux** : réseaux de soutien social, prestations d'invalidité, chômage, logement et aide sociale.
- **Justice** : police, tribunaux ou commissions d'examen et service correctionnel.

vi. Les examens de la portée produisent un profil de la documentation existante sur un sujet et cernent les domaines où les travaux de recherche sont peu nombreux. Contrairement aux examens systématiques, qui s'appuient sur des questions très ciblées et excluent certaines études en fonction de critères méthodologiques et de qualité, les examens de la portée sont davantage exploratoires et visent à définir l'étendue, la variété et la nature des activités de recherche d'un champ donné. Les examens de la portée n'ont pas pour objectif d'évaluer la documentation en profondeur.

vii. Les modèles logiques sont des techniques d'évaluation couramment utilisées qui offrent une représentation graphique de la « théorie de l'action » : ce qui est investi, ce qui est fait et quels sont les résultats.

Il existe une quatrième dimension touchant le macro-environnement au sein duquel évolue le système de santé mentale^{viii}. Certains aspects de l'analyse politique, économique, sociale et technologique (PEST) sont pris en compte dans le modèle logique, bien que le présent examen se concentre sur le volet économique. Il faut également tenir compte du contexte dans lequel la santé mentale et le bien-être (notamment les facteurs de protection, comme l'appartenance et l'auto-efficacité) et, dans notre cas, la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale, sont intégrés à l'échelle de la population. Il peut être influencé par la démographie, les facteurs de risque, la prévalence des troubles mentaux et les déterminants sociaux. Les besoins en données qu'exige cette approche sont substantiels. Le présent examen est toutefois limité à une analyse sectorielle.

Figure 1 : Modèle logique relatif au rendement du capital investi dans la santé mentale



viii. Reconnaisant la présence d'un débat au Canada sur l'existence ou non d'un « système » de santé mentale.

En guise d'étape préliminaire, l'équipe de recherche, en collaboration avec son comité consultatif de la recherche et l'ISPC, a élaboré et approuvé un protocole de recherche. L'équipe a ensuite réalisé un sondage en boule de neige^{ix}, qui donne rapidement des résultats, auprès de 50 experts clés de partout dans le monde afin de l'aider à raffiner et à définir la recherche, particulièrement dans la littérature grise. Pour accroître davantage les sources, un sondage électronique a également été effectué auprès de plus de 200 chefs de file du domaine de la santé mentale (et de domaines connexes). Deux questions ont été posées : quels sont les meilleurs articles de recherche sur le RCI dans la promotion de la santé mentale ou la prévention de la maladie mentale, et quels organismes sont les plus reconnus pour leurs travaux dans ce domaine?

Parmi les publications évaluées par des pairs et la littérature grise, on a retenu les études les mieux classées et les mieux conçues, notamment les essais cliniques aléatoires^x. En raison de la documentation limitée disponible dans ce domaine, d'autres études (recherches quasi expérimentales et études avant-après, entre autres) ont également été incluses lorsque des conclusions raisonnables pouvaient en être tirées. Des évaluations économiques de la santé touchant d'autres volets que le RCI (comme le rapport coût-efficacité et le rapport coût-utilité) ont en outre fait l'objet du présent examen. Dans la mesure du possible, des examens systématiques ou des méta-analyses ont été utilisés afin de mieux synthétiser les conclusions.

Protocole de recherche

La question faisant l'objet de l'examen est la suivante :

« Quelle est l'étendue, la variété et la nature des activités de recherche réalisées dans le domaine de l'analyse économique de la promotion de la santé mentale et de la prévention de la maladie mentale? »

Afin de répondre à cette question de recherche, plusieurs bases de données ont été interrogées pour recenser les publications de 2001 à 2011, inclusivement. Tous les documents ciblés ont été examinés, mais seuls ceux qui ont été retenus aux fins du présent rapport sont indiqués. Des listes de référence ont été dépouillées manuellement afin de repérer des sources supplémentaires.

Les principaux moteurs de recherche utilisés pour les articles évalués par les pairs étaient Medline, PsycInfo, Econlit, Web of Science, ProQuest Research Library, Google, Google Scholar, NHS EED, Cochrane Library, Campbell Collaboration et ERIC. Des registres de recherche et certains périodiques ont aussi été dépouillés manuellement à la recherche de publications, d'études ou

ix. Un sondage en boule de neige est généralement réalisé sous forme d'interviews téléphoniques. Les personnes interviewées sont recommandées à partir des interviews initiales effectuées pour recueillir l'information de départ sur le sujet. Dans le but d'accroître le nombre d'experts, le courriel a toutefois également été utilisé.

x. Il importe de souligner la difficulté de réaliser des essais aléatoires à l'échelle des systèmes.

d'articles pertinents. En raison de l'étendue de la question, comme il est précisé dans la section Méthodologie, il a été proposé de faire de la santé, de l'éducation et du milieu de travail les thèmes centraux. Une portion des secteurs de la justice criminelle et des services sociaux a par ailleurs également été prise en compte étant donné l'incidence économique des activités de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie mentale dans ces domaines.

Les mots-clés ayant servi à la recherche (effectuée en anglais), avec synonymes et variantes graphiques, étaient une combinaison des termes suivants : santé mentale (trouble, mieux-être, maladie), promotion (santé), politique de santé publique, prévention, santé de la population, rétablissement, soutien, milieu de travail, santé au travail, éducation, fardeau économique, coût-avantage, rendement du capital investi, rendement social du capital investi, analyse des coûts, coût d'option, monétisation, incidence économique, coût de la maladie, efficacité, utilité et évaluation.

Compte tenu du grand nombre de mots-clés de recherche, des milliers d'abrévés ont été relevés. Seuls les plus pertinents d'entre eux ont été retenus aux fins du projet (la bibliographie fait toutefois mention d'articles qui n'ont pas été examinés). Les résultats obtenus dans chaque base de données ainsi que les termes de recherche utilisés sont présentés à l'annexe A. Il importe de souligner qu'il ne s'agissait pas d'un examen systématique de la documentation^{xi}. Dans certains cas, d'autres mots ont été ajoutés afin de découper davantage les termes de recherche comme « santé mentale » (pour inclure des affections telles que le stress et la dépression, ainsi que des états mentaux positifs comme l'appartenance, l'adaptation, la résilience, l'épanouissement, l'optimisme, l'intelligence émotionnelle et le bien-être) ou « lieu de travail » (pour inclure par exemple l'emploi, les congés de maladie, la productivité et la satisfaction des employés). De nombreux articles donnent un aperçu de l'efficacité de certaines interventions de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie mentale sans toutefois contenir de données sur le RCI (ou d'autres données de nature économique).

Les sources de littérature grise étaient essentiellement des rapports et des études préparés par des organismes du Canada, des États-Unis, de l'Australie et du Royaume-Uni. Le sondage en boule de neige de départ et un sondage électronique ont servi de base à l'orientation et à l'approche utilisée au chapitre de la littérature grise.

xi. Selon Cochrane Collaboration, un examen systématique permet de cerner, d'évaluer, de sélectionner et de synthétiser l'ensemble des données probantes de la recherche de qualité supérieure pertinentes à l'égard d'une question de recherche. Il s'agit généralement d'essais aléatoires de grande qualité. Dans ce cas-ci, des études autres que des essais aléatoires ont été incluses. Les chercheurs n'ont pas effectué une évaluation indépendante des méthodologies utilisées dans chacune des études retenues.

Résultats

Les raisons justifiant la mise en œuvre d'interventions qui favorisent la santé mentale positive et préviennent la maladie mentale semblent évidentes, et de plus en plus de données probantes étayent les effets positifs de ces programmes, de l'amélioration de la santé mentale à la réduction des risques de troubles mentaux^{19, 20}. Il existe pourtant une quantité minimale de données économiques probantes qui confirment la grande valeur de ces interventions et qui orientent les efforts d'élaboration de politiques. En prouvant plus efficacement les incidences économiques de ces programmes au moyen d'analyses du RCI et d'autres méthodes d'évaluation économiques, il est possible de justifier les investissements et de faire des choix entre différentes interventions. Le présent examen est axé sur le RCI; toutefois, d'autres études d'évaluation économique, comme le rapport coût-efficacité et le rapport coût-utilité, sont incluses afin d'augmenter le bassin de données probantes, même indirectes.

Friedli et Parsonage ont souligné les nombreuses contraintes avec lesquelles il faut composer au moment d'entreprendre des analyses coût-efficacité relatives à la promotion de la santé mentale (qui pourraient aussi s'appliquer à la prévention et, de façon générale, aux études économiques sur la santé mentale), dont les suivantes²¹ :

- La définition de la santé mentale est très vaste.
- Comme les avantages ne sont parfois observés qu'après une longue période, les coûts sont beaucoup plus faciles à évaluer que ceux-ci.
- Les avantages indirects sont difficiles à mesurer.
- D'autres variables et facteurs de confusion influent sur la santé mentale, comme les caractéristiques socioéconomiques et la maladie chronique.

En évaluant les coûts des interventions, nous constatons une variation considérable selon les études, qui peuvent être axées sur l'incidence sur la santé et les services sociaux, l'économie et la production comme sur l'incidence sur les individus (par exemple, la qualité de vie liée à la santé).

La revue de la documentation et le sondage électronique ont démontré l'existence de plusieurs examens systématiques ou méta-analyses qui plaident en faveur de l'investissement dans la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale. Un examen systématique effectué en 2008 sur la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux a révélé 14 évaluations économiques portant sur le bien-être mental ou un trouble mental en tant que résultat ou ciblant les résultats relatifs aux facteurs de risque courants reconnus pour leur valeur prédictive à l'égard des troubles mentaux, comme les programmes d'intervention précoce auprès des enfants et des jeunes²². Un rapport paru en 2009 faisait état d'arguments économiques en

faveur de l'investissement, par le pays de Galles, dans la promotion et la prévention, et énonçait les interventions ou programmes ci-dessous comme ceux permettant le mieux d'optimiser les ressources (meilleurs choix) selon les données probantes¹⁴ :

- programmes de formation au rôle parental et programmes visant la petite enfance;
- programmes d'apprentissage tout au long de la vie, comme la promotion de la santé dans les écoles et l'éducation permanente;
- interventions en milieu de travail;
- programmes de santé mentale positive, par exemple axés sur les habitudes de vie et le soutien social;
- interventions communautaires, des améliorations de l'environnement aux mesures de sécurité prises sur les ponts.

Friedli et Parsonage ont toutefois noté un manque de données probantes concernant certaines de ces interventions.

Bien qu'elle ne remplace pas la nécessité des essais cliniques aléatoires, la modélisation pour simulation économique jette un nouvel éclairage sur le RCI. En utilisant ce type d'approche, Knapp, McDaid et Parsonage ont publié en janvier 2011 une étude exhaustive sur le RCI dans la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale commandée par le National Health Service (NHS) du Royaume-Uni²³. Les chercheurs ont utilisé une approche de modélisation économique pour fournir des données probantes sur le RCI dans 15 domaines d'intervention en promotion de la santé mentale et en prévention de la maladie mentale, de la visite à domicile dans les cas de dépression postnatale aux services-conseils en endettement (voir le tableau 1). Ces interventions ont été retenues en raison de l'existence de solides données probantes concernant leur efficacité. Certaines inventions choisies au départ ont en outre été abandonnées à cause du manque de données substantielles. Ce projet a été mis sur pied parce que le NHS souhaitait produire une analyse de rentabilisation démontrant le rendement économique d'interventions précises. Les estimations du RCI total (à court, à moyen et à long terme au sein du NHS, dans un autre secteur public et dans le secteur privé) relatives à chaque intervention ont été modélisées^{xii}. Les interventions en milieu scolaire visant à prévenir les troubles du comportement, le dépistage précoce et l'intervention visant les problèmes de santé mentale ainsi que les programmes de sensibilisation au suicide à l'intention des omnipraticiens ont donné lieu à un RCI supérieur pour l'ensemble des années^{xiii}. Des taux de rendement positif supérieurs étaient associés aux interventions dont le champ d'action était plus

xii. Les résultats de l'examen du RCI à moyen ou à long terme ou de l'analyse coût-avantage peuvent être considérablement sensibles aux hypothèses concernant le taux d'escompte.

xiii. Les coûts et les retombées économiques ont été mesurés en valeur de 2009, et les incidences économiques des années futures ont été converties en dollars d'aujourd'hui au moyen d'un taux d'escompte du secteur public de 3,5 % par année.

vaste. Les auteurs ont en outre souligné que bon nombre des interventions ne coûtent pas cher à mettre en œuvre et sont susceptibles de générer des retombées économiques substantielles à long terme. Cette étude allait dans le même sens que le document publié par le NHS en février 2011 intitulé *No Health Without Mental Health*, qui présente une nouvelle stratégie de santé mentale, stratégie intergouvernementale visant les gens de tous les âges⁶.

Tableau 1 : Résultats du modèle de simulation concernant le rendement total des investissements pour l'ensemble des années : retombées économiques

Intervention	Total (£)
Prévention des troubles du comportement au moyen de programmes d'apprentissage social et affectif	83,73
Prévention du suicide au moyen de barrières anti-suicide sur les ponts	54,45
Cours de sensibilisation au suicide dispensés à tous les omnipraticiens	43,99
Intervention précoce touchant les services liés à la psychose	17,97
Interventions en milieu scolaire pour réduire l'intimidation	14,35
Dépistage de l'abus d'alcool	11,75
Dépistage précoce de la psychose	10,27
Programmes de promotion de la santé en milieu de travail	9,69
Intervention précoce pour les troubles du comportement	7,89
Diagnostic et traitement précoces de la dépression au travail	5,03
Services-conseils en endettement	3,55
Intervention précoce pour les symptômes inexplicables sur le plan médical	1,75
Visite à domicile visant à réduire la dépression postnatale	0,80
Accompagnement amical à l'intention des personnes âgées	0,44
Intervention précoce pour la dépression chez les diabétiques	0,33

Remarque

Les chercheurs jugent que ces données sont conservatrices dans l'estimation des avantages économiques de l'amélioration de la santé mentale et qu'il était parfois difficile d'attribuer des valeurs économiques aux retombées fondées sur des données probantes. Le RCI est fondé sur les valeurs de 2009. Le total comprend le NHS, l'autre secteur public et le secteur privé.

Source

M. Knapp, D. McDaid et M. Parsonage (dir.), *Mental Health Promotion and Prevention: The Economic Case*, Londres (Royaume-Uni), Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, 2011, p. 39.

D'autres conclusions sur le RCI dans la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale sont présentées ci-dessous par secteur et les données probantes, par type d'intervention. Comme il a été mentionné précédemment, étant donné les différentes façons de mesurer les résultats ou les extrants et la variété des méthodes d'analyse économique, il est difficile d'établir des comparaisons entre les secteurs et au sein de ceux-ci. S'il y a lieu, des données probantes non économiques sont incluses pour donner un aperçu de leur incidence sur la qualité de vie; les coûts pris en compte dans l'analyse économique ne sont toutefois pas fournis. Dans la mesure du possible, les examens systématiques ou les méta-analyses sont mentionnés.

Santé

Les interventions visant à améliorer la santé mentale et le bien-être font l'objet d'évaluations de plus en plus nombreuses. Ces évaluations s'exécutent toutefois à l'échelle de l'organisme et de la personne, et ciblent habituellement des groupes à risque. Par exemple, une revue Cochrane réalisée en 2007 et portant sur neuf interventions psychosociales et psychologiques à l'égard de la dépression post-partum a permis de conclure que ces interventions ont efficacement réduit les symptômes chez les femmes touchées. Toutefois, la revue indiquait également que les avantages à long terme n'étaient pas définis et qu'il convenait de mener des essais à plus grande échelle afin de démontrer clairement les avantages des interventions²⁴. Dans l'ensemble, de nombreuses données probantes démontrent l'efficacité des interventions de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie mentale à l'égard de la dépression. Par ailleurs, les chercheurs font ressortir que les coûts économiques associés à la dépression mineure sont semblables à ceux associés à la dépression majeure²⁵.

Un rapport paru en 2008 en Irlande fait état d'arguments économiques en faveur de la promotion du bien-être mental et de la prévention des problèmes de santé mentale. Dans le cadre de cette étude, les chercheurs ont réalisé une revue systématique des évaluations économiques visant les interventions de promotion de la santé mentale et les interventions préventives dont les paramètres d'évaluation étaient le bien-être mental ou les troubles mentaux. Ils ont répertorié de nombreuses données probantes sur la prévention de la maladie mentale, mais peu sur la promotion de la santé mentale²⁶. Selon eux, l'absence d'outils capables de mesurer le bien-être et le fait que le système de santé soit axé sur la prévention de la maladie et non sur la promotion de la santé pourrait expliquer ce fait. Cette tendance semble amorcer un nouveau virage depuis quelques années. Des études démontrent en effet que le bien-être mental positif peut avoir une incidence sur l'espérance de vie et les maladies chroniques. Encore une fois, on ne dispose toutefois que de très peu de données sur les interventions visant à favoriser le bien-être²². Les auteurs ont par ailleurs observé que la mesure du bien-être faisait l'objet d'un intérêt croissant et qu'à long terme,

cet intérêt permettrait de déterminer la contribution relative des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé mentale et d'éclairer les décisions en matière d'interventions¹⁴.

Dans une étude précédente visant la promotion de la santé mentale, les mêmes auteurs concluaient qu'il n'existait qu'une quantité minimale de données économiques probantes sur le sujet. L'étude faisait également état des difficultés associées à la mesure des résultats. En effet, les résultats de la promotion de la santé mentale ne portent pas seulement sur la maladie mentale, mais également sur la promotion de la santé mentale positive, notamment sur une amélioration de l'estime de soi, de l'espoir et de l'intégration sociale²¹. Les chercheurs ont observé que les évaluations économiques, surtout celles qui portent sur les types d'interventions facilement mesurables, pouvaient faire l'objet de biais.

Le tableau 2 donne un aperçu des évaluations économiques réalisées dans le secteur de la santé. En plus des études mentionnées ci-dessus, certains travaux réalisés à l'échelle de la population commencent à émerger (même s'ils ne sont pas encore publiés). Par exemple, dans les Pays-Bas, le RCI associé au recours à des technologies de cybersanté pour la gestion des problèmes de consommation d'alcool a été modélisé²⁷. L'effet de l'alimentation et de l'activité physique sur la santé mentale positive et les maladies chroniques a été démontré, mais on ne dispose que de peu de données économiques probantes à ce sujet, surtout en ce qui concerne le RCI²⁸. On constate toutefois des changements. Des organismes tels que le National Institute for Health and Clinical Excellence du Royaume-Uni prônent l'intégration de programmes de référence efficaces comprenant la pratique d'exercices continus afin de promouvoir l'activité physique dans le cadre de nouveaux essais de recherche. Plusieurs chercheurs entreprennent des essais cliniques aléatoires visant des programmes d'exercice (notamment le Welsh National Exercise Referral Scheme²⁹ et le Birmingham Exercise on Prescription Scheme³⁰). Les résultats permettront d'établir la rentabilité de ces programmes et leurs retombées sur les mesures de résultats telles que l'anxiété et la dépression.

Tableau 2 : Études économiques sur la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale dans le secteur de la santé

Source	Intervention	Retombées
Bauer, Knapp et McDaid (2011) ²³	Visite à domicile et dépression postnatale — Des intervenants en santé ont procédé à un dépistage préventif et à une intervention précoce à l'aide d'un outil normalisé dans le cadre d'une visite à domicile après la naissance du bébé.	Le modèle de simulation a indiqué un RCI total de 0,80 pour toutes les années. Aucune économie de coûts n'a été observée pour la première année en raison des coûts associés à la formation du personnel et à la mise en place de l'intervention. Lorsqu'ils ont présumé que la dépression se prolongeait sur plus d'un an, les chercheurs ont constaté des économies de coûts attribuables à des coûts de traitement et à des pertes de productivité moins élevés. Leur modèle a indiqué que la qualité de vie des mères s'était considérablement améliorée en démontrant un avantage net positif global et un rapport coût-efficacité différentiel de 4 500 £ (7 090 \$ CA) par année de vie pondérée par la qualité (mesure d'utilité QALY).
Petrou et coll. (2006) ³¹	Visite à domicile d'un thérapeute, visant la dépression postnatale — Des mesures de prévention primaire ont été prises à l'égard des femmes considérées comme étant « à risque élevé » (les femmes ont été sélectionnées de façon aléatoire pour recevoir des soins courants ou une intervention préventive).	Un essai clinique aléatoire mené au R.-U. a démontré que la dépression des femmes ayant fait l'objet d'une intervention préventive a duré 2,21 mois, alors que celle des femmes ayant reçu des soins courants a duré 2,70 mois. Les coûts moyens sociaux et de soins de santé s'élevaient à 2 397 £ (3 757 \$ CA) par mère dans le groupe d'intervention préventive, et à 2 278 £ (3 575 \$ CA) par mère au sein du groupe recevant des soins primaires courants. Les résultats de l'essai ont indiqué une probabilité de 70 % de rentabilité si la volonté de prise en charge était de 1 800 \$ ou moins par mois de dépression évité.
Morrel et coll. (2009) ³²	Visites à domicile visant la dépression postnatale — Dans le cadre d'une visite à domicile, des intervenants en santé ont procédé à un dépistage préventif et à des interventions précoces au sein de deux groupes : des mères à risque et un groupe témoin.	Un essai clinique aléatoire mené au R.-U. dans le cadre d'une étude visant à déterminer le rapport coût-efficacité a permis de conclure que cette intervention psychologique était rentable au sein du groupe de mères à risque. Il a permis de définir une mesure d'utilité QALY de 20 000 £ (32 000 \$ CA) à 30 000 £ (48 000 \$ CA) et une probabilité de rentabilité d'un peu plus de 70 %.
Wiggins et coll. (2004) ³³	Counseling préventif visant la dépression postnatale — Deux autres formes de soutien postnatal ont été dispensées à des mères vivant dans des secteurs urbains défavorisés.	Un essai clinique aléatoire mené au R.-U. a permis de conclure que ces deux formes d'intervention étaient peu efficaces en ce qui concerne le paramètre d'évaluation principal de l'étude et n'entraînaient aucune économie de coûts.

Tableau 2 : Études économiques sur la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale dans le secteur de la santé (suite)

Source	Intervention	Retombées
Romeo et coll. (2011) ³⁴	Traitement de la dépression chez les personnes âgées ayant subi une chirurgie de la hanche — Une intervention menée par des infirmières a permis d'évaluer la rentabilité d'un traitement psychologique pour prévenir la dépression par rapport à une thérapie cognitive et comportementale (TCC).	Un essai clinique aléatoire a démontré qu'une intervention de l'infirmière dans le traitement de la dépression peut être plus rentable, alors que la TCC ne semble pas une option rentable pour la prévention de la dépression chez les personnes âgées. Sur les six semaines qu'ont duré les mesures de prévention, aucune différence statistiquement significative n'a été notée entre la TCC et les soins habituels sur le plan des coûts et des bienfaits. Le coût différentiel par unité d'amélioration s'est élevé à 1 800 £ (2 800 \$ CA).
van't Veer-Tazelaar et coll. (2010) ³⁵	Intervention pour la prévention de l'anxiété et de la dépression chez les personnes âgées — Une intervention de soins par paliers visant la dépression et l'anxiété a été comparée à la prestation des soins habituels.	Un essai clinique aléatoire a indiqué une réduction de 50 % de l'incidence de la dépression et de l'anxiété sur une période de 12 mois, soit 563 € (765 \$ CA) par patient et de 4 396 € (5 934 \$ CA) par année sans maladie gagnée. Dans le cadre de travaux antérieurs, notamment une méta-analyse de la dépression effectuée en 2009, les chercheurs ont démontré qu'axer la prévention sur des groupes à risque élevé choisis permet de réduire l'incidence et constitue une approche plus rentable ³⁶⁻³⁹ .
Smit et coll. (2006) ⁴⁰	Prévention de la dépression chez les patients en soins primaires — Comparaison entre des patients se trouvant sous le seuil d'un diagnostic de dépression et suivant une psychothérapie minimale en plus des soins habituels et un groupe de patients ne recevant que les soins habituels.	Dans le cadre d'un essai clinique aléatoire mené aux Pays-Bas, le risque de dépression majeure est passé de 18 à 12 %. L'essai a permis de conclure que l'intervention serait 70 % plus rentable que les soins habituels seuls. L'essai a également révélé que la probabilité de rentabilité était de 80 % si la volonté de payer était inférieure à 23 000 \$.
Mihalopoulos et coll. (2010) ⁴¹	Interventions préventives contre la dépression — Deux interventions ont été comparées à la suite du dépistage de la dépression : un bref traitement psychologique fondé sur la bibliothérapie et une thérapie de groupe plus approfondie.	Les deux interventions menées en Australie ont permis d'optimiser les ressources. La thérapie brève a été associée à un rapport coût-efficacité différentiel de 8 600 \$ AU (8 451 \$ CA) par année de vie corrigée de l'incapacité (AVCI), et la thérapie de groupe, à un rapport coût-efficacité différentiel de 20 000 \$ AU (19 655 \$ CA) par AVCI.

Tableau 2 : Études économiques sur la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale dans le secteur de la santé (suite)

Source	Intervention	Retombées
Lynch et coll. (2005) ⁴²	Thérapie cognitive et comportementale (TCC) pour la prévention de la dépression chez les adolescents — Comparaison entre la prestation de soins habituels et la prestation de soins habituels assortie d'une TCC de groupe d'une durée de 15 semaines.	Un essai clinique aléatoire mené aux É.-U. a permis d'estimer le coût différentiel par jour sans dépression dans le cadre de l'analyse des valeurs de base à 10 \$ ou à 9,275 \$ par mesure d'utilité QALY. Les résultats de cet essai ont démontré que l'intervention étudiée était rentable comparativement à d'autres interventions remboursées par les régimes d'assurance.
Valenstein et coll. (2001) ⁴³	Dépistage de la dépression en soins primaires — Comparaison entre des patients qui ont répondu à un questionnaire auto-administré et ont été soumis à une évaluation par un groupe de dispensateurs de soins et des patients qui n'ont été soumis à aucun dépistage.	Méta-analyse d'essais cliniques aléatoires menée aux É.-U. Le rapport coût-utilité fait état de coûts s'élevant à 50 000 \$ par mesure d'utilité QALY dans le cas d'un dépistage annuel. Ce dernier n'est donc pas avantageux par rapport à l'absence de toute mesure de dépistage. En revanche, l'étude a indiqué qu'il était rentable de procéder une seule fois à un dépistage ponctuel.
Valmaggia et coll. (2009) ⁴⁴	Intervention précoce en cas de risque de psychose — Examen de la rentabilité du programme Outreach and Support in South London comparativement à la prestation de soins habituels.	Une étude menée au R.-U. a démontré qu'au cours de la première année, les coûts d'une intervention étaient plus élevés, mais que celle-ci devenait rentable après deux ans, les coûts s'élevant alors à 961 £ (1 520 \$ CA) de moins que le traitement habituel.
McCrone, Park et Knapp (2011) ²³	Dépistage précoce de la psychose — Comparaison entre la prestation précoce des services de spécialistes (pouvant inclure une TCC, l'administration de médicaments psychotropes et des rencontres avec un psychiatre) et l'administration du traitement habituel par un omnipraticien assortie de séances de counseling.	Le modèle de simulation présume une amélioration de 15 % du taux de réussite (35 % par rapport à 20 %). Le RCI total est de 10,27 pour l'ensemble des années. Il s'appuie sur bon nombre des hypothèses émises dans le cadre de l'étude de Valmaggia et ses collaborateurs présentée ci-dessus ⁴⁴ . Les auteurs ont considéré qu'il fallait recueillir davantage de données probantes sur d'autres projets semblables pour étayer les résultats.

**Tableau 2 : Études économiques sur la promotion de la santé mentale et la
prévention de la maladie mentale dans le secteur de la santé (suite)**

Source	Intervention	Retombées
McDaid, Park et Bonin (2011)²³	Formation et intervention en matière de sensibilisation au suicide — Une formation sur la prévention du suicide a été offerte aux omnipraticiens.	Le modèle de simulation présume un RCI total de 44 pour l'ensemble des années, mais des économies de coûts moindres ont été constatées dès la première année. L'intervention modélisée semble être très rentable. On a tenu compte de la prévention du suicide, même si le suicide n'est pas toujours attribuable à un trouble mental. Le modèle est fondé sur les travaux de Platt et ses collaborateurs ⁴⁵ concernant le programme national de prévention du suicide en Écosse, même si l'évaluation du programme n'a pas permis de conclure à une optimisation des ressources, car l'efficacité de chaque intervention n'a pas pu être établie de manière probante au moment de l'évaluation.
Smit (2011)²⁷	Programme de prévention en matière de consommation d'alcool — Une approche à l'échelle de la population faisant appel aux technologies de cybersanté a été mise en application au sein du système de santé des Pays-Bas à l'égard des problèmes de consommation d'alcool.	L'étude néerlandaise a démontré la rentabilité du recours à cette technologie en affichant un RCI de 1,62 € (2,20 \$ CA) en ce qui a trait à la valeur liée à la santé pour chaque euro dépensé.
Aslam et coll. (2011)²³	Dépistage et brève intervention en soins de santé primaires pour abus d'alcool — Les omnipraticiens ont soumis tous leurs patients à un dépistage systématique (test visant à repérer les problèmes de consommation d'alcool) et ont offert une séance de counseling de cinq minutes à ceux dont le test a révélé un tel problème.	Le modèle de simulation a indiqué un RCI total de 11,75 à l'échelle de toutes les années. Il est fondé sur les données nationales sur la prévalence et le coût unitaire d'intervention de 17,41 £ (27,32 \$ CA). Les données utilisées ont été tirées d'une revue Cochrane portant sur une méta-analyse de 22 essais cliniques aléatoires, laquelle a démontré que les patients qui avaient droit à une brève intervention consommaient moins d'alcool que ceux du groupe témoin après un an ⁴⁶ .

Éducation

Des estimations laissent supposer qu'au moins 70 % des troubles mentaux et des maladies mentales commencent à l'enfance ou à l'adolescence⁴⁷. Comme l'ont démontré de nombreuses études, la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale ciblant les enfants et les adolescents peuvent avoir une incidence considérable à long terme⁴⁸⁻⁵⁴. Les interventions précoces comme les programmes de formation au rôle parental⁵⁵⁻⁵⁷ et les programmes anti-intimidation en milieu scolaire²³ influent grandement sur les personnes et sur les coûts assumés par la société. Ces effets peuvent être amplifiés si les mesures ciblent l'ensemble de la population ou de la collectivité.

Le Royaume-Uni, les États-Unis et l'Australie semblent réaliser un plus grand nombre d'évaluations économiques à l'égard des interventions menées auprès des enfants et des adolescents. Par exemple, une revue de la documentation effectuée en 2010 par la RAND Corporation a permis de conclure que les interventions menées pendant la petite enfance entraînent des RCI de 1,80 \$ à 17,07 \$ pour chaque dollar dépensé dans le cadre de programmes⁵⁸. Les interventions axées sur l'éducation des jeunes enfants, les interventions sous forme de visite à domicile ou de formation au rôle parental et les interventions combinant ces deux approches ont affiché un rendement économique positif. Certains des plus grands avantages nets ont été constatés à l'égard des programmes prévoyant un suivi à long terme en vue de mesurer l'incidence sur d'autres secteurs comme ceux de la justice pénale et de l'emploi⁵⁸. L'auteur souligne également la nécessité d'établir un ensemble de normes régissant l'exécution des analyses coût-avantage à l'égard des interventions durant la petite enfance.

Dans le cadre d'une autre revue systématique effectuée en 2007, McCabe a conclu qu'aucune analyse coût-efficacité n'avait été menée à l'égard des interventions systémiques visant la promotion de la santé mentale dans les écoles primaires⁵⁹. Également en 2007, Andrews et l'équipe Tolkien II ont proposé, sous forme de recommandations, cinq moyens d'améliorer les services de santé mentale en Australie, dont l'un consistait à établir des programmes en milieu scolaire⁶⁰. En 2008, McDaid et ses collaborateurs ont examiné les résultats des interventions menées durant la petite enfance en vue de réduire les problèmes comportementaux et émotionnels et, à cet égard, ils ont trouvé une bonne quantité de données probantes²⁶. Deux ans plus tard, dans le cadre d'une mise à jour de la documentation sur le rapport coût-efficacité associé aux problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents, Kilian et ses collaborateurs ont relevé 2 études portant sur la prévention et 19 sur les interventions psychiatriques⁶¹. Un modèle de simulation fournit également d'autres données probantes en faveur des interventions durant l'enfance (surtout à l'âge préscolaire) en faisant état d'avantages économiques plus élevés et de coûts d'établissement de programmes très faibles¹⁴. De son côté, la London

School of Economics and Political Science a montré qu'une intervention précoce touchant les services liés à la psychose peut entraîner des économies de 40 millions de livres par année (63 M\$ CA)⁶².

Afin de simplifier la lecture de la présente section, certaines interventions, dont les programmes de formation au rôle parental, ont été intégrées dans cette section au secteur de l'éducation. Il pourrait toutefois mieux convenir de les classer dans le secteur des services sociaux, selon la source de l'intervention. Comme l'illustre le tableau 3, la plupart des données probantes sur le RCI associé à la promotion de la santé mentale et à la prévention de la maladie mentale (et sur d'autres études économiques) proviennent d'études portant sur les enfants et les adolescents. Étant donné la nature diverse des résultats et des retombées que l'on dégage des études sur l'intervention durant l'enfance, il arrive que les résultats des analyses économiques varient considérablement et qu'il soit difficile de comparer les interventions (par exemple, les systèmes et les techniques de normalisation peuvent différer d'un pays à l'autre et donc influencer sur les résultats).

Tableau 3 : Études économiques sur la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale dans le secteur de l'éducation

Source	Intervention	Retombées
Friedli et Parsonage (2009)¹⁴	Prévention des troubles du comportement au moyen d'une formation au rôle parental — Le programme ciblait des enfants présentant des troubles plus importants.	Au R.-U., des estimations ont montré des économies de 150 000 £ (237 000 \$ CA) par cas pour les coûts sur toute la durée de vie. Des données recueillies dans le cadre d'études telles que celle menée par Scott et ses collaborateurs indiquent qu'un comportement antisocial pendant l'enfance peut mener à une exclusion sociale tout au long de la vie; les coûts des services publics associés à un tel comportement sont alors 10 fois plus élevés ⁶³ . Par ailleurs, l'étude d'Edwards et de ses collaborateurs sur le programme de formation au rôle parental Incredible Year au Royaume-Uni a révélé que l'intervention était rentable ⁶⁴ .
Dretzke et coll. (2005)⁶⁵	Programmes d'éducation et de formation des parents en matière de troubles du comportement — Des données probantes provenant de 37 essais cliniques aléatoires ont fait l'objet d'un examen.	Les chercheurs du R.-U. ont déterminé que le coût par famille des programmes d'éducation ou de formation des parents variait de 629 £ (994 \$ CA) à 3 899 £ (6 179 \$ CA), mais ils n'ont pas pu estimer le gain sur le plan de l'utilité. Ils supposent un coût par qualité de vie gagnée de 0,1, ce qui donne une mesure d'utilité QALY de 38 393 £ (60 711 \$ CA) à 6 288 £ (9 965 \$ CA).

Tableau 3 : Études économiques sur la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale dans le secteur de l'éducation (suite)

Source	Intervention	Retombées
Bonin et coll. (2011) ²³	Interventions de formation au rôle parental pour la prévention des troubles du comportement persistants — Étude fondée sur un programme de formation au rôle parental dispensée à un groupe pendant une période de 8 à 12 semaines et sur des interventions individuelles.	Le modèle de simulation a indiqué un RCI total de 0,80 à l'échelle de toutes les années. Selon les hypothèses de modélisation, le programme a entraîné des économies de coût brut total par enfant de 9 288 £ (14 696 \$ CA). Les chercheurs ont constaté que les programmes de formation au rôle parental procuraient également des avantages à long terme dans des secteurs autres que la santé, surtout dans le secteur de la justice. D'autres travaux antérieurs ont corroboré cette conclusion selon laquelle les interventions de formation au rôle parental étaient rentables et assuraient une optimisation des ressources ⁶⁴ .
Karoly (2010) ⁵⁸	Études sur l'intervention au cours de la petite enfance — Une synthèse des analyses coût-avantage fondée sur une revue de la documentation traitant de programmes dont l'efficacité est éprouvée et les données probantes sont solides.	Aux É.-U., la RAND Corporation a réuni 15 études portant sur les programmes de formation au rôle parental et sur les mesures de soutien familial, comme les visites à domicile et l'éducation des jeunes enfants ou les interventions combinant ces deux approches. Même si les programmes ne ciblaient pas précisément la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale, force a été de constater des résultats supérieurs à l'égard des troubles de santé mentale tels que la dépression et l'anxiété. Le RCI pour la société s'élevait de 1,80 \$ à 17,07 \$.
Roche et coll. (2008) ⁶⁶	Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur — Programme de prévention ciblant tous les enfants d'une collectivité, de la maternelle à la 2 ^e année, et visant à réduire les troubles affectifs et du comportement chez les enfants.	Une analyse coût-avantage a été menée au Canada sur des étudiants de 9 ^e année qui avaient fait l'objet d'une intervention durant la petite enfance. Un suivi a été assuré auprès de 12 organismes financés par le secteur public dans les domaines des soins de santé, de l'éducation et des services sociaux, juridiques et policiers. Chaque enfant participant au projet Partir d'un bon pas a coûté 3 902 \$ de moins que les enfants issus des collectivités témoins, en ce qui concerne ces 12 services. Cependant, les coûts de participation de chaque enfant se sont élevés à 2 964 \$. Par conséquent, une économie de 938 \$ a été réalisée par enfant.

Tableau 3 : Études économiques sur la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale dans le secteur de l'éducation (suite)

Source	Intervention	Retombées
Beecham et coll. (2011) ²³	Programmes d'apprentissage social et affectif en milieu scolaire aux fins de prévention des troubles du comportement durant l'enfance — La modélisation considérait un programme visant les enfants de 10 ans dont les troubles du comportement étaient classés dans la catégorie « aucun », « légers » ou « graves ».	Le modèle de simulation a indiqué un RCI total de 83,73 pour toutes les années, compte tenu des hypothèses de modélisation. Des économies de coûts ont été constatées dès la première année, tandis que les coûts du programme d'apprentissage ont été recouverts en cinq ans. Le facteur le plus déterminant en matière d'économies était les incidences relatives à la criminalité. Les résultats ont révélé des arguments irréfutables en faveur de ce type d'intervention.
Aos et coll. (2004) ⁶⁷	Programmes de prévention visant les enfants et les jeunes — Examen des coûts totaux et des avantages associés à diverses interventions au moyen d'un ensemble commun de méthodes.	Menée aux É.-U., cette étude a révélé que les programmes efficaces à l'intention des délinquants juvéniles affichent un bénéfice net des plus élevés, soit de 1 900 \$ à 31 200 \$ par jeune. Certains programmes efficaces de visite à domicile ciblant les enfants et les mères à risque élevé ou à faible revenu ont affiché un avantage net de 6 000 \$ à 17 200 \$ par jeune. Certains programmes d'éducation des jeunes enfants à l'intention des personnes à faible revenu ont présenté un avantage net atteignant 9 000 \$.
Foster (2006) ⁶⁸	Intervention rapide — Programme de prévention de la violence chez les jeunes enfants visant à prévenir les actes d'agression chez les enfants d'âge préscolaire.	L'essai clinique aléatoire mené aux É.-U. a révélé que le rapport coût-efficacité différentiel s'élevait approximativement à 3 482 \$ à l'échelle de tout le groupe pour avoir réussi à prévenir un trouble du comportement et à 736 000 \$ pour avoir empêché la perpétration d'un acte criminel. Remarque : La valeur du seuil établissant l'efficacité d'une intervention soulève des discussions.
Mihalopoulos et Sanders (2007) ⁶⁹	Le programme Triple P — pratiques parentales positives — Mise en œuvre à l'échelle de toute la population d'un programme de formation au rôle parental.	L'étude australienne s'est appuyée sur l'hypothèse qu'une réduction de 4 % de la prévalence des troubles du comportement entraînerait des économies de coûts de 6 millions de dollars.
McCrone et coll. (2010) ⁷⁰	Campagne anti-stigmatisation — Les coûts ont été modélisés en fonction de l'éventuelle incidence économique d'une campagne nationale en Écosse.	Selon les estimations issues d'un modèle élaboré au R.-U., un changement de l'ordre de 10 % dans les attitudes coûterait 35 £ (55 \$ CA) par personne qui cesse de croire que les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont dangereuses.

Tableau 3 : Études économiques sur la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale dans le secteur de l'éducation (suite)

Source	Intervention	Impact
McCabe (2007) ⁵⁹	Interventions systématiques de promotion de la santé mentale dans les écoles primaires — Estimation de la rentabilité d'une intervention combinant la participation des parents et du milieu scolaire (salle de classe).	Au R.-U., l'auteur a calculé dans le cadre de cette analyse préliminaire réalisée en milieu scolaire un rapport coût-efficacité différentiel de 10 000 £ (15 823 \$ CA) par mesure d'utilité QALY, ce qui, selon lui, justifierait la mise en œuvre d'un tel programme (même si d'autres points de vue sont énoncés).
Beecham et coll. (2011) ²³	Interventions en milieu scolaire pour réduire l'intimidation — Examen d'un programme établi à l'échelle de toute l'école et intégrant diverses composantes par rapport à un programme axé sur l'enseignement.	Le modèle de simulation est fondé sur un taux de prévalence de l'intimidation de 24 %, donnée tirée de la National Child Development Study et d'une étude de recherche démontrant que l'intimidation avait une incidence sur le salaire futur des personnes intimidées ⁷¹ . Il a présumé une réduction de l'intimidation de 15 % et a déterminé que les interventions anti-intimidation procuraient des avantages de 1 080 £ (1 708 \$ CA) par étudiant ainsi que des coûts de 15,50 £ par étudiant par année.
DePanfilis et coll. (2008) ⁷²	Programme de prévention de la négligence à l'égard des enfants — Des enfants issus d'un quartier urbain pauvre satisfaisant aux critères de négligence à l'égard des enfants ont été intégrés à l'un des programmes d'intervention (d'une durée de trois ou de neuf mois).	L'essai clinique aléatoire mené aux É.-U. a révélé un rapport coût-efficacité positif à l'égard des programmes d'intervention de trois et de neuf mois. Le programme de trois mois s'est révélé plus rentable que celui de neuf mois, le premier affichant un rapport de 337 \$ par unité de changement de la liste de vérification du comportement de l'enfant et le deuxième, un rapport de 276 \$.
Zaloshnja et coll. (2003) ⁷³	Programme de prévention du suicide chez les Autochtones — Des personnes non spécialistes en la matière ont été formées afin d'offrir du soutien en situation de crise.	L'essai d'observation mené aux É.-U. a affiché un indice de rentabilité de 47 à 1 et un rapport coût-efficacité différentiel de 460 \$ par année de vie pondérée par la qualité gagnée.

**Tableau 3 : Études économiques sur la promotion de la santé mentale et la
prévention de la maladie mentale dans le secteur de l'éducation (suite)**

Source	Intervention	Impact
Sari et coll. (2007) ⁷⁴	Programme de prévention du suicide — Examen d'un programme général de sensibilisation au suicide par rapport à un programme de soutien par les pairs.	Le modèle de simulation américain, s'il était mis en œuvre dans toutes les universités de Floride, entraînerait un avantage net de 21 à 32 milliards de dollars.

Milieu de travail

Les entreprises soulignent l'importance du bien-être mental au sein du milieu de travail, surtout par l'intermédiaire de projets tels que le Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health, dont les travaux commencent à former l'analyse de rentabilité du bien-être mental et mettent en évidence les lacunes dans la mesure des coûts de la santé mentale en entreprise¹¹. En 2007, le Sainsbury Centre for Mental Health au Royaume-Uni a estimé que le coût de la maladie mentale s'élevait à 35 milliards de livres (55 G\$ CA) par année pour l'économie et que les employés prenaient en moyenne sept journées de congé de maladie par année. De ces congés, 40 % étaient liés à des problèmes de santé mentale, ce qui se traduit par 8,4 milliards de livres (13,2 G\$ CA) par année en absence-maladie⁷⁵. D'autres études ont également fait état des retombées de la santé mentale et du bien-être sur les profits, la productivité, l'absentéisme, le présentéisme, le coût des avantages et les relations avec la clientèle⁷⁶⁻⁸¹.

Au Canada, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada a démontré qu'une réduction de 50 % de l'absentéisme sur trois ans équivaut à l'intégration de 7 000 infirmières et infirmiers autorisés supplémentaires aux effectifs à des fins de prestation de soins et de services, et permet d'économiser 500 millions de dollars en coûts salariaux⁸². Par ailleurs, le bien-être mental est associé au bon rendement au travail.

On commence à disposer d'une quantité appréciable de données probantes sur les interventions efficaces de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie mentale en milieu de travail⁸⁴⁻⁸⁹, bien qu'il y ait peu d'essais cliniques aléatoires ou autres types d'études quasi expérimentales. De plus, la documentation est souvent destinée aux propres besoins d'une compagnie. En 2005, Chapman a entrepris une méta-évaluation de 56 articles révisés par des pairs, lesquels contenaient un volet d'analyse sur le rendement économique des mesures générales de promotion de la santé en milieu de travail. Il a ainsi constaté que les méthodologies utilisées ne faisaient l'objet d'aucune normalisation dans le cadre des analyses économiques visant la promotion de la

santé en milieu de travail. Dans la plupart des études, l'utilisation des services de santé ou l'absentéisme ont servi à titre de variables économiques. Peu d'études ont tenu compte des coûts en matière d'indemnisation des travailleurs et de prise en charge de l'invalidité⁷⁷. Au cours de la même année, Dietz a suggéré que les programmes en milieu de travail, notamment la prévention de la toxicomanie, peuvent faire augmenter les coûts et l'utilisation des services de santé à court terme, mais entraîner des économies à long terme en contribuant à réduire la consommation de drogues et d'alcool⁹⁰.

En 2005, la British Occupational Health Research Foundation a effectué une revue systématique des interventions en milieu de travail visant les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale courants. Cette étude a relevé une variété d'interventions efficaces et permis de constater que les approches individuelles étaient plus efficaces que les approches organisationnelles, en ce qui concerne les employés considérés comme des personnes à risque⁹¹. Seules quelques études comprenaient une analyse économique. En 2009, l'Institute of Health Economics au Canada a examiné le stress en milieu de travail et a corroboré le résultat selon lequel il n'existe que peu de données probantes pour démontrer l'efficacité d'un type d'intervention à l'échelle organisationnelle par rapport à un autre, même si des avantages ont été constatés sur le plan des indicateurs en milieu de travail⁹². En fait, la Whitehall Study II sur le milieu de travail et le stress au Royaume-Uni a révélé que la participation de l'employé au processus décisionnel et que des responsabilités accrues sur le plan de la structuration du milieu et du travail peuvent avoir une incidence positive sur la santé de l'employé et les conditions de travail⁹³.

Le tableau 4 présente les études économiques sur la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale en milieu de travail. Même si certaines signalent des effets sur d'autres indicateurs du milieu de travail tels que l'absentéisme, le présentéisme et les congés de maladie, très peu d'études en milieu de travail mettent l'accent sur le RCI, qu'il s'agisse d'une prise en compte distincte ou d'une combinaison des coûts⁹⁴. La plupart des travaux portant sur la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale en milieu de travail semblent avoir été effectués aux États-Unis et au Royaume-Uni. Avant de mettre un terme à ses activités, le Centre syndical et patronal du Canada a entrepris en 2001-2002 une série d'études de cas traitant de l'adoption d'une approche de santé mentale positive en milieu de travail, laquelle a permis de constater une amélioration des résultats en matière d'absence, de blessures et de versements aux commissions des accidents de travail⁹⁵. Les entreprises américaines sont pour leur part particulièrement motivées à effectuer des analyses économiques étant donné les primes d'assurance-santé élevées qu'elles doivent verser pour leurs employés⁹⁶.

Au Canada, la Commission de la santé mentale du Canada, de concert avec des chercheurs de l'Université Simon Fraser, entame un projet visant à examiner la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale en milieu de travail. Les conclusions de ce projet seront publiées sous peu⁹⁷. Le Conference Board du Canada étudie quant à lui les problèmes de santé mentale et la productivité en milieu de travail. Ces deux projets, et d'autres initiatives encore⁹⁸, peuvent contribuer à établir le bien-fondé d'autres recherches dans le domaine.

Tableau 4 : Études économiques sur la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale dans le secteur du milieu de travail

Source	Intervention	Retombées
McDaid, King et Parsonage (2011) ²³	Dépistage de la dépression et des troubles d'anxiété en milieu de travail — Les employés ont répondu à un questionnaire et ont été pris en charge, s'il y avait lieu. On a offert aux employés visés six séances de TCC sur une période de 12 semaines.	Le modèle de simulation a révélé des économies de coûts de 19 700 £ (31 155 \$ CA) pour une entreprise comptant 500 employés, en grande partie attribuables à la baisse du présentéisme et de l'absentéisme.
McDaid et coll. (2011) ²³	Promotion du bien-être dans le milieu de travail — Une intervention de promotion de la santé à multiples composantes comprenant des renseignements et des conseils, un questionnaire d'évaluation du risque pour la santé, un portail Web, des documents sur le bien-être, des séminaires et des ateliers.	Le modèle de simulation a permis de comparer ces interventions à l'absence de toute intervention et a révélé un RCI de 9 par rapport à 1 au cours de la première année au sein d'une entreprise comptant 500 employés.
National Institute for Health and Clinical Excellence (2009) ⁹⁹	Bien-être mental dans le milieu de travail — Étude du stress et des troubles mentaux.	Une étude menée au R.-U. a révélé qu'une meilleure prise en charge de la santé mentale en milieu de travail, sous forme notamment de prévention et de dépistage précoce des problèmes, peut entraîner des économies de 250 607 £ (392 055 \$ CA) par année. Les mesures précoces pour combattre le stress permettraient aux employeurs de réduire de 30 % les pertes de productivité.

Tableau 4 : Études économiques sur la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale dans le secteur du milieu de travail (suite)

Source	Intervention	Retombées
Anderson (2010) ¹⁰⁰	Prévention en matière de consommation d'alcool en milieu de travail — Revue systématique des interventions.	Une étude européenne a révélé qu'il n'existait pas d'études rigoureuses démontrant l'incidence des politiques en milieu de travail visant à réduire les effets néfastes de la consommation d'alcool sur l'économie. L'étude a cependant démontré que la mise en place d'une politique en matière d'alcool peut réduire les coûts en matière de perte de productivité. Webb et ses collaborateurs ont relevé 10 études des interventions en milieu de travail portant sur les problèmes liés à l'alcool, mais ils ont constaté que seul un petit nombre d'entre elles contenaient des données économiques ¹⁰¹ .
Bergerman et coll. (2009) ⁹²	Prévention du stress en milieu de travail — Méta-analyse de six revues systématiques de l'efficacité des interventions organisationnelles.	Des chercheurs canadiens ont démontré que sept interventions en milieu de travail ont permis de réduire l'absentéisme et quatre, le roulement du personnel, mais qu'aucune intervention n'a mesuré le présentéisme. Les auteurs n'ont pas tiré de conclusions sur l'efficacité d'un type d'intervention par rapport à un autre.
Mills, Kessler et Cooper (2007) ¹⁰²	Incidence d'un programme de promotion de la santé visant les employés — Un concept quasi expérimental a permis d'évaluer un programme de promotion de la santé multidimensionnel comprenant un volet sur la santé mentale.	Après comparaison avec un groupe témoin, les résultats de cette étude américaine ont indiqué des réductions significatives en matière d'absentéisme (0,36 jour d'absentéisme par mois) et de cotes de risque pour la santé (0,45). Les employés ont aussi affiché une amélioration significative du rendement au travail (0,79 sur l'échelle de rendement au travail). Cette étude fait toutefois l'objet d'une limitation, puisque les données reposent sur l'autodéclaration.
Hilton (2005) ¹⁰³	Détresse psychologique et productivité au travail — Plus de 60 000 employés ont répondu à un questionnaire sur la santé et le rendement au travail permettant de dépister des comportements associés à la dépression, à l'anxiété et à d'autres troubles mentaux nécessitant un traitement. Une analyse traitait également des mesures de la productivité des employés.	Même s'il ne s'agit pas exactement d'une stratégie de promotion de la santé mentale ou de prévention de la maladie mentale, le questionnaire a démontré que la productivité des employés qui ne ressentent aucune détresse psychologique était de 20 % alors que la productivité des employés efficacement pris en charge en raison d'un trouble mental était de 17 %. Les résultats de cette étude menée en Australie ont révélé que la prise en charge d'un trouble mental, entraînant un fonctionnement plus normalisé, peut faire en sorte que l'employé affiche une productivité très semblable à celle d'un employé qui n'a pas d'antécédents de troubles mentaux.

Tableau 4 : Études économiques sur la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale dans le secteur du milieu de travail (suite)

Source	Intervention	Retombées
Wang et coll. (2008) ⁸¹	Investissement des entreprises dans les soins aux personnes atteintes de dépression — Examen des résultats des travaux et de l'étude coût-efficacité parrainés par le National Institute of Mental Health. Comparaison entre la prestation des soins habituels et l'intervention à l'égard de la dépression sous forme de dépistage par téléphone, de gestion des soins et de psychothérapie facultative.	Cet essai clinique aléatoire mené aux É.-U. explique pourquoi les entreprises devraient investir davantage dans les soins aux personnes atteintes de dépression. Les chercheurs ont révélé qu'après un an, l'intervention offrait des avantages et qu'elle influait positivement sur l'issue de la dépression, sur la capacité à conserver son emploi et sur les heures travaillées.

Services sociaux et justice pénale

La présente revue de la documentation a pour thèmes centraux les secteurs de la santé, de l'éducation et du milieu du travail, secteurs qui regroupent un plus grand nombre d'études sur l'efficacité des interventions. Toutefois, comme en témoigne la documentation, les interventions de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie mentale ont une incidence significative sur les secteurs des services sociaux et de la justice pénale, particulièrement sur le plan des résultats à long terme et des éventuelles économies, c'est pourquoi ces secteurs ont été intégrés à la revue. Friedli et Parsonage soutiennent que près de 90 % des coûts associés à la santé mentale sont engagés dans des secteurs autres que ceux des soins de santé et des services sociaux¹⁴. D'autres spécialistes avancent qu'au moins 70 % des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux apparaissent durant l'enfance ou l'adolescence⁴⁷. Par conséquent, les interventions ciblant cette population sont probablement les plus importantes sur le plan des retombées et des avantages sur les coûts engagés par la société à long terme, surtout les interventions de dépistage précoce de la psychose et les programmes de formation au rôle parental visant les troubles du comportement durant la petite enfance.

La criminalisation résulte souvent de l'inadéquation des mesures d'intervention et de prévention. Dans le cadre d'un essai clinique aléatoire portant sur la prévention de la violence chez les jeunes enfants, Foster et Jones ont révélé des rapports coût-efficacité différentiels positifs à l'égard de la prévention des troubles du comportement et de la perpétration d'actes criminels⁶⁸. Les auteurs

croient que même les interventions coûteuses peuvent être rentables, si elles ciblent une population qui entraîne des coûts particulièrement élevés pour la société lorsqu'aucune intervention de prise en charge n'a été instaurée. Par ailleurs, un essai clinique aléatoire mené en 2008 et visant la rentabilité à l'échelle communautaire d'un programme de prévention de la négligence à l'égard des enfants (appelé Family Connections) a fait état de résultats positifs⁷². En 2008, des chercheurs de l'Université de l'État de Pennsylvanie ont entrepris une analyse de RCI à l'égard de sept programmes d'intervention ciblant les jeunes à des fins de prévention de la criminalité et de la délinquance au sein de la collectivité. La mise en place de ce projet était motivée par une hausse des coûts engagés par le système de justice pénale, surtout en ce qui a trait aux jeunes, et le besoin d'ouvrir de nouvelles prisons. Ces programmes de prévention ont été choisis en raison de données probantes indiquant des avantages positifs sur le plan de la prise en charge de la toxicomanie et de la santé mentale, des coûts associés aux services correctionnels et aux services sociaux et de la capacité accrue à occuper un emploi. Bien qu'elles n'aient pas été rigoureusement axées sur la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale, les interventions ont révélé des RCI de 1 à 25 \$ par dollar investi¹⁰⁴.

Les interventions de prévention et de promotion à l'échelle de l'individu, de la communauté ou de la population peuvent entraîner des effets positifs substantiels à long terme dans les secteurs autres que ceux du milieu du travail, de l'éducation et des soins de santé. Les coûts pour l'économie sur le plan de la diminution des extrants et de la productivité, ainsi que l'augmentation de la criminalité, des maladies chroniques et de la prestation de soins par les aidants naturels pourraient être encore plus élevés que l'on croit, mais sans des études et des données pour les quantifier, la situation demeure imprécise.

Analyse

Désignée comme « l'orpheline » du système de santé du Canada, la santé mentale a coûté environ 51 milliards de dollars à l'économie canadienne en 2003⁹. Au cours de cette année, les dépenses consacrées à la maladie mentale ont totalisé 6,6 milliards de dollars, ce qui représente 4,8 % des dépenses totales de santé^{xiv}. Environ 83 % du financement en santé mentale provient de sources publiques^{105, xv}. En 2003, environ 1,9 million d'adultes

xiv. Ce pourcentage est légèrement inférieur au montant minimal acceptable (5 %) établi par le European Mental Health Economics Network.

xv. Une étude de suivi menée par Jacobs et ses collaborateurs¹ semble indiquer qu'en 2007-2008, les dépenses publiques du Canada consacrées à la santé mentale s'élevaient à 14,3 milliards de dollars. Ce montant correspond à 7,2 % des dépenses totales en santé engagées par le gouvernement. Des comparaisons à l'échelle internationale révèlent des pourcentages allant de 6 % aux États-Unis à 11 % en Nouvelle-Zélande et en Suède.

canadiens étaient atteints d'un trouble de santé mentale et 1,6 million avaient déclaré présenter des symptômes, mais n'ont pas reçu de traitement¹⁰⁶.

Fondés sur différentes évaluations et approches comptables, de récents rapports en provenance de l'Irlande et du pays de Galles ont indiqué que le coût total des problèmes de santé mentale au sein de ces pays était plus élevé que le *total* des sommes investies dans leur système de santé respectif. Ces études semblent également indiquer que les dépenses associées à la promotion de la santé mentale et à la prévention de la maladie mentale étaient inférieures à 1 % du budget total consacré à la santé mentale et ce, malgré le fait que le bien-être mental augmente l'espérance de vie de 7,5 années, ce qui est aussi notable que l'effet du tabagisme sur les maladies cardiaques¹⁰⁷.

Qui plus est, le problème prend de l'ampleur. L'Organisation mondiale de la Santé prévoit que d'ici 2030, la dépression constituera la principale cause d'invalidité dans les pays à revenu élevé⁴. Keyes et Lopes ont pour leur part fait remarquer que la science a mis au point des traitements efficaces pour un plus grand nombre de personnes touchées par la dépression, mais que ces traitements ne permettent pas de prévenir la maladie⁵. Quelles mesures alors la société canadienne peut-elle mettre en place afin de réduire le fardeau de plus en plus accablant associé à la maladie mentale? La solution réside peut-être dans la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale^{xvi}.

Le présent rapport vise principalement la prévention de la maladie mentale et la promotion de la santé mentale ou plus précisément, le rendement du capital investi. À des fins d'analyse, les résultats ont été répartis en cinq grandes catégories : les données probantes existantes, les secteurs prometteurs, les difficultés liées aux définitions et à la mesure de données, l'approche axée sur « la santé mentale dans toutes les politiques » et la viabilité. Les principaux points de discussion sont présentés ci-dessous.

1. **Données probantes existantes** : Les données probantes de la recherche actuelles tendent à démontrer que certaines interventions donnent un RCI. Il existe un certain nombre d'examen systématiques et de méta-analyses de grande qualité. En revanche, le nombre d'essais cliniques aléatoires est faible et le Canada accuse un manque global de données probantes. Les données probantes concernant les activités de prévention de la maladie sont plus nombreuses, mais il semble que l'évaluation des interventions de promotion de la santé mentale fasse l'objet d'un problème de mesure. La situation peut toutefois progresser si de meilleures mesures du bien-être mental sont validées à l'échelle de toutes les populations et utilisées de manière plus répandue.

xvi. Aux fins du présent rapport, nous faisons la distinction entre la promotion de la santé mentale positive et la prévention de la maladie mentale. Il s'agit d'une approche similaire à celle décrite par Keyes⁵, selon qui les mesures de la maladie mentale et de la santé mentale représentent deux continuums distincts mais corrélés au sein d'une population.

Il semble que la documentation traite davantage de l'efficacité des interventions que d'évaluations économiques. Cette prédominance s'explique peut-être par les difficultés liées à l'analyse économique, notamment l'absence de définitions normalisées, les délais entre les intrants et les résultats, les charges à payer habituellement associées à une analyse intersectorielle ainsi que les nombreux facteurs de confusion et les nombreuses variables à considérer. En raison de ces difficultés, il a été difficile d'établir des comparaisons claires entre les études et les échantillons.

Les chercheurs ont mené la plupart des études à l'échelle individuelle ou organisationnelle, probablement pour réduire les difficultés liées aux études entreprises à l'échelle du système, surtout en ce qui a trait aux facteurs de confusion. Les données probantes sur le RCI dans la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale en milieu de travail étaient les plus faibles, en raison du manque d'études de grande qualité et de données^{xvii}.

Il y a toutefois émergence de nouvelles recherches sur le RCI associé aux facteurs de protection tels que les programmes d'activité physique et de nutrition. La nouvelle approche de modélisation du RCI adoptée par la London School of Economics vaut la peine d'être envisagée dans le contexte canadien.

2. **Domaines prometteurs** : Les données les plus solides sur le RCI, que Friedli et Parsonage désignent comme les « meilleurs achats », concernent les mesures visant les enfants et les adolescents¹⁴. Par exemple, la prévention des troubles du comportement chez l'enfant affiche un rendement de 239 000 \$ par cas, et la promotion de la santé mentale chez les enfants qui ont une santé mentale moyenne, un rendement de 120 000 \$ par cas. Des données probantes solides sur le RCI ont également été associées à des programmes de formation au rôle parental ainsi qu'à des programmes anti-intimidation et anti-stigmatisation, à la sensibilisation au suicide et à la prévention de celui-ci, à la promotion de la santé dans les écoles et aux interventions de dépistage, en soins de santé primaires, de la dépression et de l'abus d'alcool.
3. **Difficultés liées aux définitions et à la mesure des données** : Les domaines de la santé mentale, de la promotion de la santé mentale, de la prévention de la maladie mentale et du RCI ou de l'analyse économique sont caractérisés par un manque de définitions normalisées. Par exemple, le terme « maladie mentale » a été employé dans le cadre de la recherche pour désigner des affections telles que la schizophrénie, la consommation ou l'abus de drogues ou d'alcool, ainsi que l'anxiété ou la dépression, bien qu'elles présentent des caractéristiques et des étiologies distinctes. Par

xvii. Il pourrait être nécessaire d'instaurer une pièce justificative en matière de recherche ou un programme de mentorat.

ailleurs, la terminologie utilisée n'est pas uniforme, puisque certains chercheurs s'appuient sur la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexe, 10^e révision (CIM-10) et d'autres, sur la classification du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) pour effectuer leur analyse. Concepts complexes, la promotion de la santé mentale, la prévention de la maladie mentale et le RCI ou l'analyse économique sont caractérisés par une terminologie irrégulière et un manque de normalisation^{58, xviii}. Il est donc essentiel de créer un lexique commun qui englobe différents secteurs (santé, éducation, justice pénale, services sociaux et milieu de travail) pour ceux qui mènent des travaux sur la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale. Des termes tels que « vie épanouissante/vie passive », « espoir », « rétablissement », « stigmatisation » et « bien-être », prennent actuellement des sens différents selon le secteur d'intervention, le degré d'expérience en santé mentale et le contexte d'utilisation.

En outre, les problèmes de données et de mesure ne se résolvent pas facilement. À l'heure actuelle, aucune information sur les investissements dans la promotion de la santé mentale ou la prévention de la maladie mentale n'a pu être dévoilée. Même les données sur les dépenses en santé mentale sont issues de la recherche et manquent d'uniformité en raison de mesures d'évaluation et de pratiques comptables différentes. Il est souvent difficile d'intégrer et de comparer des données qui couvrent différents secteurs. Pour progresser, il incombe de recueillir et de normaliser ces données. À cet égard, Statistique Canada recueillera des données en 2012 dans le cadre de son Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) portant sur la santé mentale.

4. **Approche axée sur « la santé mentale dans toutes les politiques » :**

L'examen de la documentation démontre que l'une des particularités des études sur le RCI dans la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale est que, dans une large mesure, le rendement (économique ou autre) est généralement obtenu dans un secteur autre que celui où le capital a été investi à l'origine. Par exemple, il se peut fort bien que le système d'éducation engage les coûts associés aux études sur les interventions de prévention des troubles du comportement, mais que d'autres secteurs, notamment la justice pénale, en recueillent les avantages. Friedly clarifie ce point en affirmant que près de 90 % des coûts associés à la santé mentale entraînent des retombées dans des secteurs autres que les systèmes de santé et de services sociaux¹⁴. Jusqu'à ce que des politiques ou des initiatives et des systèmes de comptabilité ou de données soient élaborés puis reliés (horizontalement) entre les secteurs, les progrès réalisés dans la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale dépendront de la volonté de coopération et de communication des secteurs. Pour réellement aller de l'avant, il convient de faire preuve de

xviii. Karoly⁵⁸ soutient qu'il faut convenir de taux d'escompte, de mesures de normalisation selon l'âge et d'un ensemble de valeurs à l'égard des résultats clés.

leadership et de promouvoir une approche axée sur la « santé mentale dans toutes les politiques » qui englobe systématiquement les différents secteurs. On s'active déjà sur ce front au Royaume-Uni⁶. Avec l'appui des institutions, il est possible de faire de même au Canada.

5. **Viabilité** : Si les estimations relatives à l'Irlande et au pays de Galles valent également pour le Canada, le coût de la maladie mentale est d'environ 192 milliards de dollars, soit la somme consacrée à l'ensemble du système de soins de santé du pays. Les estimations actuelles au Canada ne sont pas fondées sur une méthode du coût complet et sont probablement sous-évaluées. En reconnaissant le coût total de la santé mentale, il sera possible de motiver davantage les changements transformationnels de grande envergure qu'entraîneront les mesures prises par la Commission de la santé mentale du Canada, les gouvernements provinciaux et territoriaux et le besoin de renouveler l'Accord sur la santé de 2004. La solution en matière de viabilité réside probablement dans la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale. La recherche a démontré que la promotion de la santé mentale positive permet¹⁰⁸
- de réduire les taux de mortalité sur toute la vie;
 - d'accroître l'espérance de vie de 7,5 ans;
 - d'améliorer la santé générale;
 - de réduire l'incidence des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et d'accroître les taux de survie;
 - de réduire les maladies cardiaques;
 - de réduire le nombre global de maladies chroniques.

On constate l'émergence d'une quantité significative de travaux sur l'efficacité des interventions de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie mentale, notamment celles qui visent à améliorer la qualité de vie. Malheureusement, on dispose de peu de renseignements sur le rendement économique de ces investissements. Le moyen de prévenir les cas d'effondrement des personnes consiste à élaborer une vision globale qui couvre les différents secteurs et qui fait clairement valoir qu'*il n'y a pas de santé sans santé mentale*¹⁰.

Conclusion

À mesure que sont dévoilés les effets d'une santé mentale médiocre ou d'un bien-être précaire, force est de constater que les solutions doivent faire davantage partie des mandats stratégiques établis par les différents secteurs. On remarque l'émergence d'une quantité considérable de travaux sur l'efficacité des interventions de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie mentale, notamment celles qui visent à améliorer la qualité de vie, mais on en sait beaucoup moins sur le RCI. Il reste d'importants problèmes concernant l'absence de normes et d'outils d'analyse économique, surtout sur le plan des définitions et de l'emploi

d'outils pour mesurer le bien-être. Il convient également de recourir à des essais cliniques aléatoires et à des mesures de contrôle visant le risque de distorsion. À l'aide de modèles de simulation, les chercheurs parviennent maintenant à démontrer que les interventions fondées sur les données probantes aux fins d'amélioration de la santé mentale et du bien-être peuvent donner des RCI positifs.

Les efforts déployés pour produire une analyse de rentabilisation sur la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale doivent révéler une optimisation des ressources (des données indiquent que même les interventions à faible coût peuvent être efficaces), mais également continuer à mesurer les résultats pour le patient ou le client, et non pas se limiter aux extrants. Il faudra de plus tenir compte de l'incidence des déterminants sociaux généraux de la santé. On constate un rendement économique positif à l'égard des interventions qui ont trait entre autres aux enfants et aux adolescents, particulièrement dans les domaines suivants : réduction des troubles du comportement et de la dépression, programmes de formation au rôle parental, programmes anti-intimidation et anti-stigmatisation, sensibilisation au suicide et prévention du suicide, activités de promotion de la santé dans les écoles et dépistage, en soins de santé primaires, de la dépression et de l'abus d'alcool. Toutefois, la plupart de ces données probantes ne proviennent pas du Canada.

Du point de vue des décideurs, un nombre croissant de données probantes démontrent qu'il est possible d'obtenir un rendement économique (en se fondant sur les données probantes directes et indirectes relatives au RCI) sur des interventions efficaces. Ainsi, les décideurs peuvent effectuer une analyse de rentabilisation et adopter une approche possiblement plus stratégique en vue d'investir dans les stratégies de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie mentale. À court terme, il faudra investir de considérables ressources dans un secteur (comme l'éducation et les services sociaux), tout en sachant pertinemment bien que les retombées (économies de coûts significatives et meilleurs résultats globaux) rejailliront principalement dans d'autres secteurs (comme la justice pénale et la santé). À cet égard, le National Health Service (NHS) au Royaume-Uni semble avoir adopté une stratégie plus axée sur une approche intersectorielle⁶.

Finalement, il convient d'élargir les perceptions de la santé mentale et du bien-être pour adopter une vision qui indique clairement qu'il n'y a pas de santé sans santé mentale¹⁰⁹.

Annexe A : Résultats de la stratégie de recherche

Stratégie de recherche visant la documentation révisée par les pairs

« santé mentale » OU « trouble mental » OU « maladie mentale » OU « bien-être mental » OU « mieux-être mental »

Autres mots pris en compte : « santé comportementale » OU « appartenance » OU « résilience » OU « trouble de l'humeur » OU « intelligence émotionnelle » OU « stress » OU « dépression » OU « adaptation » OU « état de crise » OU « anxiété »

ET

« promotion » OU « prévention » OU « prévention primaire de la santé mentale » OU « promotion de la santé mentale »

Autres mots pris en compte : « intervention » OU « politique de santé publique » OU « santé de la population »

ET

« fardeau économique » OU « coût-avantage » OU « rendement du capital investi » OU « rendement social du capital investi » OU « analyse des coûts » OU « incidence économique » OU « coût de la maladie » ou « coût-efficacité » OU « coût-utilité »

Autres mots pris en considération : « évaluation » OU « efficacité » OU « monétisation » OU « coût d'option » OU « conséquence »

Résultats

Les résultats proviennent uniquement de revues évaluées par des pairs publiées entre 2001 et 2011. Il ne s'agit pas d'une revue systématique.

Bases de données consultées	Autres restrictions	Résultats
Medline	Mots clés. Humans et English. De 2008 à 2011 (revues systématiques pour les années qui précèdent).	1 857
PsycInfo	Descripteurs. Articles de revues seulement. Les cases English et Human ont été cochées. De 2008 à 2011 (revues systématiques pour les années qui précèdent).	1 709
Econlit	Descripteurs. Articles de revues seulement. La case English a été cochée. Le mot « dépression » n'a pas été utilisé, car les résultats portaient sur la grande dépression plutôt que sur l'affection mentale.	208
Web of Science	Recherche par sujet.	76
ProQuest Research Library	Citation et texte du résumé. Bibliothèque de recherche pluridisciplinaire.	92
ERIC	Descripteurs. Articles de revues seulement. La case English a été cochée.	3 379
Google Scholar	Seuls les 500 premiers articles et rapports ont été examinés.	500
NHS EED		210
Cochrane Library		124
Campbell Collaboration	Texte entier sur la santé mentale.	72

Recherche manuelle dans les revues évaluées par des pairs

Recherche manuelle dans les revues évaluées par des pairs

American Journal of Health Promotion

Journal of Public Mental Health

Journal of Mental Health Promotion

International Journal of Mental Health Promotion

Stratégies de recherche visant la littérature grise

Recherche manuelle sur les sites Web des organismes pertinents

Institute of Health Economics

Centre for Health Economics and Policy Analysis

Associations de psychologie

Association canadienne pour la santé mentale

Conference Board du Canada

Instituts de recherche en santé du Canada

Centre d'étude des niveaux de vie

Institute for Clinical Evaluative Sciences

London School of Economics

Sainsbury Centre for Mental Health

Hollander Analytical Services Ltd.

Institut Karolinska

Ludwig Boltzmann Institute for Health Technology Assessment

IMHPA (European network for mental health promotion and mental illness prevention)

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction (TRIMBOS Institute)

Access Economics

Organisation mondiale de la Santé

European College of Neuropsychopharmacology

European Brain Council

Brain and Mind Research Institute (Université de Sydney)

Max Planck Institute of Psychiatry

The King's Fund

The Nuffield Trust

Entreprises de mieux-être en milieu de travail

Total des éléments conservés, en provenance de toutes les sources (utilisation prédominante des méta-analyses et des revues systématiques) : 225.

Annexe B : Glossaire des termes économiques de la santé^{15, 110, 111}

analyse coût-avantage : Pour exprimer les avantages et les coûts d'une intervention en unités monétaires. Les avantages d'une intervention moins les coûts pour arriver au résultat global de l'intervention en tant que valeur en argent. Ce terme désigne parfois aussi le « rendement du capital investi ».

analyse coût-efficacité : Pour comparer les coûts associés à deux ou plusieurs interventions lorsque celles-ci affichent des résultats ou une efficacité semblables.

analyse coût-utilité : Autre mesure d'évaluation d'une intervention en santé. Il s'agit du rapport entre le coût d'une intervention et l'avantage qu'elle procure sur le plan du nombre d'années de vie. Souvent utilisée de manière interchangeable avec l'analyse coût-efficacité, l'analyse coût-utilité s'exprime en dollars par année de vie pondérée par la qualité (mesure d'utilité QALY) ou sous la forme d'un rapport coût-efficacité différentiel. En économie de la santé, elle sert habituellement à comparer les interventions qui affichent des avantages différents en matière de santé, sans avoir à attribuer une valeur en dollars aux différents états de santé.

AVCI : L'année de vie corrigée de l'invalidité exprime la mesure du fardeau de la maladie. C'est la somme des années d'espérance de vie perdues en raison d'une mortalité prématurée et des années de productivité perdues pour cause d'invalidité.

mesure d'utilité QALY : L'année de vie pondérée par la qualité (non validée chez les enfants de moins de 15 ans) représente la mesure du fardeau de la maladie ou un changement dans les effets lié à une intervention. Il s'agit d'une année de vie rajustée en fonction de la qualité de sa valeur. Une année à jouir d'une parfaite santé équivaut à 1,0 mesure d'utilité QALY. Elle permet la comparaison de différentes interventions.

rapport coût-efficacité différentiel : Utilisé dans les évaluations économiques d'une intervention en santé et dans les analyses coût-utilité (coût par mesure d'utilité QALY). C'est la différence de coût entre deux interventions thérapeutiques par rapport au changement dans les effets ou aux avantages entraînés par celles-ci. Le rapport coût-efficacité différentiel sert parfois de seuil pour une prise de décision touchant le financement d'une intervention, puisqu'il représente la valeur que la société accorde à l'intervention.

RCI : Le rendement du capital investi est le bénéfice d'une intervention par rapport à son coût (habituellement calculé en divisant le bénéfice net par le coût net, multiplié par 100).

Références

1. P. Jacobs et coll., *The Cost of Mental Health and Substance Abuse Services in Canada: A Report to the Mental Health Commission of Canada*, Edmonton (Alb.), Institute of Health Economics, 2010.
2. Société pour les troubles de l'humeur du Canada, *Quick facts: Mental illness and addiction in Canada* [Quelques faits : maladie mentale et toxicomanie au Canada], Guelph (Ont.), STHC, 2009.
3. Great-West Life Centre for Mental Health in the Workplace, *Making the Business Case*, Winnipeg (Man.), Great-West Life Centre for Mental Health in the Workplace, 2011.
4. C. D. Mathers et D. Loncar, « Projections of Global Mortality and Burden of Disease From 2002 to 2030 », *PLoS Medicine*, vol. 3, n° 11 (2006), p. e442.
5. C. L. M. Keyes et S. Lopez, « Toward a Science of Mental Health: Positive Directions in Diagnosis and Interventions », *Handbook of Positive Psychology*, New York (New York), Oxford University Press, 2002.
6. Department of Health, Her Majesty's Government, *No Health Without Mental Health: A Cross-Government Mental Health Outcomes Strategy for All People of All Ages*, Londres (Grande-Bretagne), Department of Health, 2011.
7. Institut canadien de l'information sur la santé, *Health Care in Canada 2010* [Les soins de santé au Canada 2010], Ottawa (Ont.), ICIS, 2010.
8. Organisation mondiale de la Santé, *The World Health Report 2001: Mental Health—New Understanding, New Hope*, Genève (Suisse), OMS, 2001.
9. K. L. Lim et coll., « A New Population-Based Measure of the Economic Burden of Mental Illness in Canada », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 28, n° 3 (2008), p. 92-98.
10. Gouvernement du Canada, *The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada* [Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada], Ottawa (Ont.), Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2006.
11. M. Green et coll., *CFO Framework for Mental Health and Productivity: An Executive Initiative of the Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health*, Toronto (Ont.), Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health, 2007.
12. H. Pollett, *Mental Health Promotion: A Literature Review*, Ottawa (Ont.), Association canadienne pour la santé mentale, 2007.

13. M. E. O'Connell et coll. (dir.), *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*, Washington, (D.C.), National Academy Press, 2009.
14. L. Friedli et M. Parsonage, *Promoting Mental Health and Preventing Mental Illness: The Economic Case for Investment in Wales*, Cardiff (Wales), All Wales Mental Health Promotion Network, 2009.
15. National Health Service Institute for Innovation and Improvement, *Research and Evaluation Jargon Buster*, Londres (Royaume-Uni), NHS, 2010.
16. G. E. Hargrave et D. Hiatt, « The EAP Treatment of Depressed Employees: Implications for Return on Investment », *Employee Assistance Quarterly*, vol. 4 (2004), p. 39-49.
17. R. Z. Goetzel et coll., « Return on Investment in Disease Management: A Review », *Health Care Financing Review*, vol. 26, n° 4 (2005), p. 1-19.
18. H. Arskey et L. O'Malley, « Scoping Studies: Towards a Methodological Framework », *International Journal of Social Research Methodology*, vol. 8, n° 1 (2005), p. 19-32.
19. E. Jané-Llopis et coll., « Mental Health Promotion Works: A Review », *International Journal of Health Promotion and Education*, vol. 9, suppl. 2 (2005), p. 9-25.
20. H. Keleher et R. Armstrong, *Evidence-Based Mental Health Promotion Resource*, Melbourne (Australie), Department of Human Services, 2006.
21. L. Friedli et M. Parsonage, « Building an Economic Case for Mental Health Promotion: Part I », *Journal of Public Mental Health*, vol. 6, n° 3 (2007), p. 14-23.
22. I. Zechmeister et coll., « Is It Worth Investing in Mental Health Promotion and Prevention of Mental Illness? A Systematic Review of the Evidence From Economic Evaluations », *BMC Public Health*, vol. 8, n° 20 (2008), p. 20.
23. M. Knapp et coll. (dir.), *Health Promotion and Mental Illness Prevention: The Economic Case*, Londres (Royaume-Uni), Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, 2011.
24. C.-L. Dennis et E. D. Hodnett, « Psychosocial and Psychological Interventions for Treating Postpartum Depression », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 4, article CD004148 (2007).
25. P. Cuijpers et coll., « Economic Costs of Minor Depression: A Population-Based Study », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 115, n° 3 (2007), p. 229-236.

26. D. McDaid et coll., *Making the Economic Case for the Promotion of Mental Well-Being and the Prevention of Mental Health Problems*, Londres (Royaume-Uni), Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, 2008.
27. F. Smit et coll., « Modelling the Cost-Effectiveness of Health Care Systems for Alcohol Use Disorders » (non publié), Utrecht (Pays-Bas), the Netherlands: Trimbos Institute, 2011.
28. A. L. Dunn et coll., « Exercise Treatment for Depression: Efficacy and Dose Response », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 28, n° 1 (2005), p. 1-8.
29. S. Murphy et coll., « A Pragmatic Randomised Controlled Trial of the Welsh National Exercise Referral Scheme: Protocol for Trial and Integrated Economic and Process Evaluation », *BMC Public Health*, vol. 10, (2010), p. 352.
30. K. Jolly et coll., « Evaluation of a Standard Provision Versus an Autonomy Promotive Exercise Referral Programme: Rationale and Study Design », *BMC Public Health*, vol. 9, (2009), p. 176.
31. S. Petrou et coll., « Cost-Effectiveness of a Preventive Counseling and Support Package for Postnatal Depression », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 22, n° 4 (2006), p. 443-453.
32. C. J. Morrell et coll., « Psychological Interventions for Postnatal Depression: Cluster Randomised Trial and Economic Evaluation. The PoNDER Trial », *Health Technology Assessment*, vol. 13, n° 30 (2009), p. 1-176.
33. M. Wiggins et coll., « The Social Support and Family Health Study: A Randomised Controlled Trial and Economic Evaluation of Two Alternative Forms of Postnatal Support for Mothers Living in Disadvantaged Inner-City Areas », *Health Technology Assessment*, vol. 8, n° 32 (2005), p. 1-134.
34. R. Romeo et coll., « Treatment and Prevention of Depression After Surgery for Hip Fracture in Older People: Cost-Effectiveness Analysis », *Journal of Affective Disorders*, vol. 128, n° 3 (2011), p. 211-219.
35. P. van't Veer-Tazelaar et coll., « Cost-Effectiveness of a Stepped Care Intervention to Prevent Depression and Anxiety in Late Life: Randomised Trial », *British Journal of Psychiatry*, vol. 196, (2010), p. 319-325.
36. P. Cuijpers et coll., « Preventing the Onset of Depressive Disorders: A Meta-Analytic Review of Psychological Interventions », *American Journal of Psychiatry*, vol. 165, n° 10 (2008), p. 1272-1280.
37. P. Cuijpers et coll., « Economic Costs of Neuroticism: A Population-Based Study », *Archives of General Psychiatry*, vol. 67, n° 10 (2010), p. 1086-1093.
38. R. F. Muñoz et coll., « Prevention of Major Depression », *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 6 (2010), p. 181-212.

39. F. Smit et coll., « Opportunities for Cost-Effective Prevention of Late-Life Depression: An Epidemiological Approach », *Archives of General Psychiatry*, vol. 63, n° 3 (2006), p. 290-296.
40. F. Smit et coll., « Cost-Effectiveness of Preventing Depression in Primary Care Patients: Randomised Trial », *British Journal of Psychiatry*, vol. 188 (2006), p. 330-336.
41. C. Mihalopoulos et coll., « Do Indicated Preventive Interventions for Depression Represent Good Value for Money? », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 45, n° 1 (2011), p. 36-44.
42. F. L. Lynch et coll., « Cost-Effectiveness of an Intervention to Prevent Depression in At-Risk Teens », *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, n° 11 (2005), p. 1241-1248.
43. M. Valenstein et coll., « The Cost-Utility of Screening for Depression in Primary Care », *Annals of Internal Medicine*, vol. 134, n° 5 (2001), p. 345-360.
44. L. R. Valmaggia et coll., « Economic Impact of Early Intervention in People at High Risk of Psychosis », *Psychological Medicine*, vol. 39, n° 10 (2009), p. 1617-1626.
45. S. Platt et coll., *Evaluation of the First Phase of Choose Life: The National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland*, Edinburgh (Écosse), gouvernement d'Écosse, 2006.
46. E. F. Kaner et coll., « Effectiveness of Brief Alcohol Interventions in Primary Care Populations », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2 (2007), article n° CD004148.
47. Commission de la santé mentale du Canada, *Toward Recovery and Well Being: A Framework for a Mental Health Strategy for Canada*, Calgary (Alb.), CSMC, 2009.
48. Y. Adi et coll., *Systematic Review of the Effectiveness of Interventions to Promote Mental Wellbeing in Children in Primary Education: Report 1: Universal Approaches Which Do Not Focus on Violence or Bullying*, Londres (Royaume-Uni), National Institute of Health and Clinical Excellence, 2007.
49. J. L. Horowitz et J. Garber, « The Prevention of Depressive Symptoms in Children and Adolescents: A Meta-Analytic Review », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 74, n° 3 (2006), p. 401-415.
50. G. M. Macdonald et coll., « Cognitive–Behavioural Interventions for Children Who Have Been Sexually Abused », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 4, (2006), article n° CD001930.

51. G. Nelson, A. Westhues, et J. MacLeod, « A Meta-Analysis of Longitudinal Research on Preschool Prevention Programs for Children », *Prevention & Treatment*, n° 6 (2003), p. 1-67. Internet : http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/http://www.hm-treasury.gov.uk/media/02C/AF/cypreview2006_cphva7.pdf.
52. R. D. Peters, K. Petrunka, et R. Arnold, « The Better Beginnings, Better Futures Project: A Universal, Comprehensive, Community-Based Prevention Approach for Primary School Children and Their Families », *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, vol. 32, n° 2 (2003), p. 215-227.
53. C. Waddell et coll., « Preventing Mental Disorders in Children: A Systematic Review to Inform Policy-Making », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 98, n° 3 (2007), p. 166-173.
54. J. Wells, J. Barlow, et S. Stewart-Brown, « A Systematic Review of Universal Approaches to Mental Health Promotion in Schools », *Health Education*, vol. 103, n° 4 (2003), p. 197-220.
55. B. J. Skrypnek et J. Charchun, *An Evaluation of the Nobody's Perfect Parenting Program: Final Report*, Ottawa, Ont., Canadian Association of Family Resource Programs, 2009.
56. J. Hutchings et coll., « Parenting Intervention in Sure Start Services for Children at Risk of Developing Conduct Disorder: Pragmatic Randomised Controlled Trial », *BMJ*, vol. 334, n° 7595 (2007), p. 678.
57. Canada's Drug Strategy et coll., *Preventing Substance Use Problems Among Young People: A Compendium of Best Practices*, Ottawa, Ont., Health Canada, 2001.
58. L. A. Karoly, *Working Paper: Toward Standardization of Benefit-Cost Analyses of Early Childhood Interventions*, Santa Monica, California, RAND Corporation, 2010.
59. C. McCabe, *Estimating the Cost Effectiveness of a Universal Mental Health Promotion Intervention in Primary Schools: A Preliminary Analysis*, London, U.K., National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007.
60. G. Andrews et Tolkein II Team, *Tolkien II: A Needs-Based, Costed, Stepped-Care Model for Mental Health Services: Recommendations, Executive Summaries, Clinical Pathways, Treatment Flowcharts, Costing Structures*, Sydney, Australia, World Health Organization Collaborating Centre for Classification in Mental Health, 2007
61. R. Kilian et coll., « Cost-Effectiveness Analysis in Child and Adolescent Mental Health Problems: An Updated Review of Literature », *The International Journal of Mental Health Promotion*, vol. 12, n° 4 (2010), p. 45-57.

62. Centre for Mental Health, *The Economic and Social Costs of Mental Health Problems in 2009/10*, London, U.K., Centre for Mental Health, 2010.
63. S. Scott et coll., « Financial Cost of Social Exclusion: Follow Up Study of Antisocial Children Into Adulthood », *BMJ*, vol. 323, n° 7306 (2001), p. 191.
64. R. T. Edwards et coll., « Parenting Programme for Parents of Children at Risk of Developing Conduct Disorder: Cost Effectiveness Analysis », *BMJ*, vol. 334, n° 7595 (2007), p. 682.
65. J. Dretzke et coll., « The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Parent Training/Education Programmes for the Treatment of Conduct Disorder, Including Oppositional Defiant Disorder, in Children », *Health Technology Assessment*, vol. 9, n° 50 (2005), p. 1-233.
66. J. Roche et coll., *Investing in Our Future: Highlights of Better Beginnings, Better Futures Research Findings at Grade 9*, Kingston, Ont., Better Beginnings, Better Futures Research Coordination Unit, Queen's University, 2008.
67. S. Aos et coll., *Benefits and Costs of Prevention and Early Intervention Programs for Youth*, Olympia, Washington, Washington State Institute for Public Policy, 2004.
68. E. M. Foster et D. Jones, « Can a Costly Intervention Be Cost-Effective? An Analysis of Violence Prevention », *Archives of General Psychiatry*, vol. 63, n° 11 (2006), p. 1284-1291.
69. C. Mihalopoulos et coll., « Does the Triple P—Positive Parenting Program Provide Value for Money? », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 41, n° 3 (2007), p. 239-246.
70. P. McCrone et coll., « The Economic Impact of Initiatives to Reduce Stigma: Demonstration of a Modelling Approach », *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, vol. 19, n° 2 (2010), p. 131-139.
71. S. Brown et K. Taylor, « Bullying, Education and Earnings: Evidence From the National Child Development Study », *Economics of Education Review*, vol. 27, n° 4 (2008), p. 387-401.
72. D. DePanfilis, H. Dubowitz, et J. Kunz, « Assessing the Cost-Effectiveness of Family Connections », *Child Abuse & Neglect*, vol. 32, n° 3 (2008), p. 335-351.
73. E. Zaloshnja et coll., « Reducing Injuries Among Native Americans: Five Cost–Outcome Analyses », *Accident Analysis & Prevention*, vol. 35, n° 5 (2003), p. 631-639.
74. N. Sari et coll., « Should We Invest in Suicide Prevention Programs? », *The Journal of Socio-Economics*, vol. 37, n° 1 (2008), p. 262-275.

75. Sainsbury Centre for Mental Health, *Mental Health at Work: Developing the Business Case*, London, U.K., Sainsbury Centre for Mental Health, 2007.
76. I. Anderzén et B. B. Arnetz, « The Impact of a Prospective Survey-Based Workplace Intervention Program on Employee Health, Biologic Stress Markers, and Organizational Productivity », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 47, n° 7 (2005), p. 671-682.
77. L. S. Chapman, « Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies: 2005 Update », *American Journal of Health Promotion*, vol. 19, n° 6 (2005), p. 1-11.
78. M. Egan et coll., « The Psychosocial and Health Effects of Workplace Reorganisation. 1. A Systematic Review of Organisational-Level Interventions That Aim to Increase Employee Control », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 61, n° 11 (2007), p. 945-954.
79. R. Z. Goetzel et R. J. Ozminkowski, « The Health and Cost Benefits of Work Site Health-Promotion Programs », *Annual Review of Public Health*, vol. 29, (2008), p. 303-323.
80. A. M. Langlieb et J. P. Kahn, « How Much Does Quality Mental Health Care Profit Employers? », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 47, n° 11 (2005), p. 1099-1109.
81. P. S. Wang, G. E. Simon, et R. C. Kessler, « Making the Business Case for Enhanced Depression Care: The National Institute of Mental Health–Harvard Work Outcomes Research and Cost-Effectiveness Study », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 50, n° 4 (2008), p. 468-475.
82. G. Tomblin Murphy et coll., *Tested Solutions for Eliminating Canada's Registered Nurse Shortage*, Ottawa, Ont., Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2009.
83. J. K. Harter et al., "Well-Being in the Workplace and Its Relationship to Business Outcomes: A Review of the Gallup Studies," *Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-Lived* (Washington, D.C.: American Psychological Association, 2003): pp. 205–224.
84. M. Corbière et coll., « A Systematic Review of Preventive Interventions Regarding Mental Health Issues in Organizations », *Work*, vol. 33, n° 1 (2009), p. 81-116.
85. K. A. Gallie, I. Z. Schultz, et A. Winter, « Company-Level Interventions in Mental Health », *Work Accommodation and Retention in Mental Health*, vol. 3, (2011), p. 295-309.
86. A. D. Lamontagne et coll., « A Systematic Review of the Job-Stress Intervention Evaluation Literature, 1990–2005 », *International Journal of Occupational and Environmental Health*, vol. 13, n° 3 (2007), p. 268-280.

87. A. Marine et coll., « Preventing Occupational Stress in Healthcare Workers », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 4 (2006), article n° CD002892.
88. S. H. Van Oostrom et coll., « Workplace Interventions for Preventing Work Disability », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2 (2009), article n° CD002892.
89. B. E. van Wyk et V. Pillay-Van Wyk, « Preventive Staff-Support Interventions for Health Workers », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 3 (2010), article n° CD003541.
90. D. Deitz et coll., « Workplace Health Promotion and Utilization of Health Services: Follow-Up Data Findings », *Journal of Behavioral Health Services & Research*, vol. 32, n° 3 (2005), p. 306-319.
91. British Occupational Health Research Foundation, *Workplace Interventions for People With Common Mental Health Problems: Evidence Review and Recommendations*, Londres (Royaume-Uni), BOHRF, 2005.
92. L. Bergerman, P. Corabian et C. Harstall, *Effectiveness of Organizational Interventions for the Prevention of Workplace Stress*, Edmonton, Alta., Institute of Health Economics and Alberta Health Services, 2009.
93. R. Bell et coll., *Work Stress and Health: The Whitehall II Study*, Londres (Royaume-Uni), Civil Service Unions et U.K. Cabinet Office, 2004.
94. D. Lero et coll., *Cost-Benefit Review of Work-Life Balance Practices—2009*, Gatineau, Que., Association canadienne des administrateurs de la législation ouvrière, 2009.
95. Human Resources and Skills Development Canada, *Experience and Lessons Learned*, dernière modification en 2008. Consulté le 14 June 2011. Internet : <http://www.hrsdc.gc.ca/eng/lp/spila/wlb/10experience_lessons.shtml/>.
96. R. J. Ozminkowski et coll., « Long-Term Impact of Johnson & Johnson's Health & Wellness Program on Health Care Utilization and Expenditures », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 44, n° 1 (2002), p. 21-29.
97. Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction, Simon Fraser University. Courriel, 2011.
98. A. Martin et coll., « Promoting Mental Health in Small-Medium Enterprises: An Evaluation of the 'Business in Mind' Program », *BMC Public Health*, vol. 9, (2009), p. 239.
99. National Institute for Health and Clinical Excellence, *Promoting Mental Wellbeing at Work: Business Case*, Londre (Royaume-Uni), NICE, 2009.

100. P. Anderson, *Alcohol and the Workplace: A Report on the Impact of Work Place Policies and Programmes to Reduce the Harm Done by Alcohol to the Economy*, Bruxelles, Belgique, Commission européenne, 2010.
101. G. Webb et coll., « A Systematic Review of Work-Place Interventions for Alcohol-Related Problems », *Addiction*, vol. 104, n° 3 (2009), p. 365-377.
102. P. R. Mills et coll., « Impact of a Health Promotion Program on Employee Health Risks and Work Productivity », *American Journal of Health Promotion*, vol. 22, n° 1 (2007), p. 45-53.
103. M. F. Hilton et coll., « The Association Between Mental Disorders and Productivity in Treated and Untreated Employees », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 51, n° 9 (2009), p. 996-1003.
104. D. Jones et coll., *The Economic Return on PCCD's Investment in Research-Based Programs: A Cost-Benefit Assessment of Delinquency Prevention in Pennsylvania*, University Park, Pennsylvania, The Pennsylvania State University, 2008.
105. P. Jacobs et coll., « Expenditures on Mental Health and Addictions for Canadian Provinces in 2003 and 2004 », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 53, n° 5 (2008), p. 306-313.
106. K. L. Lim et P. Jacobs, *How Much Should We Spend on Mental Health?*, Edmonton, Alta., Institute of Health Economics and Alberta Health Services, 2008.
107. B. R. Levy et coll., « Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 83, n° 2 (2002), p. 261-270.
108. L. Friedli et M. Parsonage, *Mental Health Promotion: Building an Economic Case*, Belfast, Irlande du Nord, Northern Ireland Association for Mental Health, 2007.
109. B. Ki-Moon, *Message for World Mental Health Day, 10 October 2008*, Vienne, Autriche, United Nations Information Service Vienna, 2008.
110. Institute of Health Economics, *IHE Website*), dernière modification en 2011. Internet : <<http://www.ihe.ca/#content/>>.
111. C. McCabe, *What Is Series*, Leeds, Royaume-Uni, Institute of Health Sciences, University of Leeds, 2009.

Bibliographie

- Adi, Y. et al. *Systematic Review of the Effectiveness of Interventions to Promote Mental Wellbeing in Children in Primary Education: Report 1: Universal Approaches Non-Violence Related Outcomes*. London, U.K.: National Institute of Health and Clinical Excellence, 2007.
- Aldana, S. G. “Financial Impact of Health Promotion Programs: A Comprehensive Review of the Literature.” *American Journal of Health Promotion* 15 (2001): pp. 296–320.
- Aldana, S. G. et al. “Financial Impact of a Comprehensive Multisite Workplace Health Promotion Program.” *Preventive Medicine* 40 (2005): pp. 131–137.
- Anderson, P. *Alcohol and the Workplace: A Report on the Impact of Workplace Policies and Programs to Reduce the Harm Done by Alcohol to the Economy*. Brussels, Belgium: European Commission, 2010. Accessed from <<http://www.faseproject.eu/content/bestanden/literature-study-alcohol-and-the-workplace.pdf>>.
- Anderzén, I. and B. B. Arnetz. “The Impact of Prospective Survey-Based Workplace Intervention Program on Employee Health, Biologic Stress Markers, and Organizational Productivity.” *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 47, 7 (2005): pp. 671–682.
- Andrews, G. “Reducing the Burden of Depression.” *Canadian Journal of Psychiatry* 53, 7 (2008): pp. 420–427.
- Andrews, G. and Tolkien II Team. *Tolkien II: A Needs-Based, Costed, Stepped-Care Model for Mental Health Services: Recommendations, Executive Summaries, Clinical Pathways, Treatment Flowcharts, Costing Structures*. Sydney, Australia: World Health Organization Collaborating Centre for Classification in Mental Health, 2007.
- Aos, S. et al. *Benefits and Costs of Prevention and Early Intervention Programs for Youth*. Olympia, Washington: Washington State Institute for Public Policy, 2004.
- Aos, S. et al. *Evidence-Based Treatment of Alcohol, Drug, and Mental Health Disorders: Potential Benefits, Costs, and Fiscal Impacts for Washington State*. Olympia, Washington: Washington State Institute for Public Policy, 2006.
- Arends, I. et al. “Prevention of Recurrent Sickness Absence Among Employees With Common Mental Disorders: Design of a Cluster-Randomised Controlled Trial With Cost-Benefit and Effectiveness Evaluation.” *BMC Public Health* 10 (2010): pp. 132–140.
- Bell, R. et al. *Work, Stress and Health: The Whitehall II Study*. London, U.K.: Civil Service Unions and U.K. Cabinet Office, 2004.

- Bergerman, L. et al. *Effectiveness of Organizational Interventions for the Prevention of Workplace Stress*. Edmonton, Alta.: Institute of Health Economics and Alberta Health Services, 2009.
- Billings, D. et al. “A Web-Based Approach to Managing Stress and Mood Disorders in the Workforce.” *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 50, 8 (2008): pp. 960–968.
- Boyce, C. J. and A. M. Wood. “Money or Mental Health: The Cost of Alleviating Psychological Distress With Monetary Compensation Versus Psychological Therapy.” *Health Economics, Policy and Law* 5, 4 (2010): pp. 509–516. Accessed from <http://journals.cambridge.org/jid_HEP>.
- British Occupational Health Research Foundation. *Workplace Interventions for People With Common Mental Health Problems: Evidence Review and Recommendations*. London, U.K.: BOHRF, 2005. Accessed from <http://www.bohrf.org.uk/downloads/cmh_rev.pdf>.
- Brown, S. and K. Taylor. “Bullying, Education and Earnings: Evidence From the National Child Development Survey.” *Economics of Education Review* 27, 4 (2008): pp. 387–401.
- Brownson, R. et al. “Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice.” *Annual Review of Public Health* 30 (2009): pp. 175–201.
- Bywater, T. et al. “Long-Term Effectiveness of a Parenting Intervention for Children at Risk of Developing Conduct Disorder.” *British Journal of Psychiatry* 195 (2009): pp. 318–324.
- Canada’s Drug Strategy et al. *Preventing Substance Use Problems Among Young People: A Compendium of Best Practices*. Ottawa, Ont.: Health Canada, 2001.
- Canadian Centre on Substance Abuse. *How Do You Define Return on Investment?* Ottawa, Ont.: CCSA, 2010.
- Canadian Institute for Health Information. *Health Care in Canada 2010*. Ottawa, Ont.: CIHI, 2010.
- Canadian Institute for Health Information. *Improving the Health of Canadians: Exploring Positive Mental Health*. Ottawa, Ont.: CIHI, 2009.
- Canadian Psychological Association. *The Cost-Effectiveness of Psychological Interventions*. Ottawa, Ont.: CPA, 2002.
- Catts, S. et al. “Appraising Evidence for Intervention Effectiveness in Early Psychosis: Conceptual Framework and Review of Evaluation Approaches.” *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 44, 3 (2010): pp. 195–219.

- Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction, Simon Fraser University. Email Discussion. 2011.
- Centre for Mental Health. *The Economic and Social Costs of Mental Health Problems in 2009/10*. London, U.K.: Centre for Mental Health, 2010.
- Chapman, L. S. “Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies: 2005 Update.” *American Journal of Health Promotion* 19, 6 (2005): pp. 1–11.
- Chen, A. and M. Au. *The ROI Evidence Base: Identifying Quality Improvement Strategies With Cost-Saving Potential*. Hamilton, New Jersey: Center for Health Care Strategies, Inc., 2007.
- Chorpita, B. and J. Regan. “Dissemination of Effective Mental Health Treatment Procedures: Maximizing the Return on Significant Investment.” *Behaviour Research and Therapy* 47 (2009): pp. 990–993.
- Cleary, M. et al. *Psychosocial Interventions for People With Both Severe Mental Illness and Substance Misuse*. Chichester, U.K.: John Wiley & Sons, Ltd., 2008.
- Corbière, M. et al. “A Systematic Review of Preventive Interventions Regarding Mental Health Issues in Organizations.” *Work* 33, 1 (2009): pp. 81–116.
- Cuijpers, P. et al. “Economic Costs of Minor Depression: A Population-Based Study.” *Acta Psychiatrica Scandinavica* 115, 3 (2007): pp. 229–236.
- Cuijpers, P. et al. “Economic Costs of Neuroticism: A Population-Based Study.” *Archives of General Psychiatry* 67, 10 (2010): pp. 1086–1093.
- Cuijpers, P. et al. “Preventing the Incidence of New Cases of Mental Disorder: A Meta-Analytic Review.” *Journal of Nervous and Mental Disease* 193 (2005): pp. 119–125.
- Cuijpers, P. et al. “Preventing the Onset of Depressive Disorders: A Meta-Analytic Review of Psychological Interventions.” *American Journal of Psychiatry* 165, 10 (2008): pp. 1272–1280.
- Curran, C. et al. “Mental Health and Employment: Some Economic Evidence.” *Journal of Public Mental Health* 3, 1 (2004): pp. 13–24.
- Deitz, D. et al. “Workplace Health Promotion and Utilization of Health Services: Follow-Up Data Findings.” *Journal of Behavioral Health Services & Research* 32, 3 (2005): pp. 306–319.
- Dennis, C.-L. and E. D. Hodnett. “Psychosocial and Psychological Interventions for Treating Postpartum Depression.” *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4 (2007). Article no. CD006116. DOI: 10.1002/14651858.CD006116.pub2.

- DePanfilis, D. et al. "Assessing the Cost-Effectiveness of Family Connections." *Child Abuse & Neglect* 32, 3 (2008): pp. 335–351.
- De Silva, M. et al. *Psychosocial Interventions for the Prevention of Disability Following Traumatic Physical Injury*. Chichester, U.K.: John Wiley & Sons, Ltd., 2009.
- Doughty, C. *The Effectiveness of Mental Health Promotion, Prevention and Early Intervention in Children, Adolescents and Adults: A Critical Appraisal of the Literature*. Christchurch, New Zealand: New Zealand Health Technology Assessment, 2005.
- Dretzke, J. et al. "The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Parent Training/Education Programmes for the Treatment of Conduct Disorder, Including Oppositional Defiant Disorder, in Children." *Health Technology Assessment* 9, 50 (2005): pp. 1–233.
- Dunn, A. L. et al. "Exercise Treatment for Depression: Efficacy and Dose Response." *American Journal of Preventive Medicine* 28, 1 (2005): pp. 1–8.
- Edwards, R. T. et al. "Parenting Programme for Parents of Children at Risk of Developing Conduct Disorder: Cost Effectiveness Analysis." *BMJ* 334, 7595 (2007): p. 682.
- Egan, M. et al. "The Psychosocial and Health Effects of Workplace Reorganisation. 1. A Systematic Review of Organisational-Level Interventions That Aim to Increase Employee Control." *Journal of Epidemiology & Community Health* 61, 11 (2007): pp. 945–954.
- Evers, S. et al. "Implementing Mental Health Economic Evaluation Evidence: Building a Bridge Between Theory and Practice." *Journal of Mental Health* 16, 2 (2007): pp. 223–241.
- Faith, M. et al. "Reducing Potential Mental Health Issues and Alcohol Abuse Through an Early Prevention Model for Victims of Peer Harassment." *Journal of Prevention Assessment and Rehabilitation* 31, 3 (2008): pp. 327–335.
- Foster, E. M. and D. E. Jones. "The Economic Analysis of Prevention: An Illustration Involving Children's Behavior Problems." *Journal of Mental Health Policy and Economics* 10, 4 (2007): pp. 165–175. Accessed from <<http://www.icmpe.org/test1/journal/journal.htm>>.
- Foster, E. M. and D. Jones. "Can a Costly Intervention Be Cost-Effective? An Analysis of Violence Prevention." *Archives of General Psychiatry* 63, 11 (2006): pp. 1284–1291.
- Foster, E. M. et al. "Measuring Time Costs in Interventions Designed to Reduce Behaviour Problems Among Children and Youth." *American Journal of Community Psychology* 40, 1–2 (2007): pp. 64–81.

- Fraser, C. et al. "Intervention Programs for Children of Parents With a Mental Illness: A Critical Review." *International Journal of Mental Health Promotion* 8, 1 (2006): pp. 9–20.
- Friedli, L. and M. Parsonage. "Building an Economic Case for Mental Health Promotion: Part I." *Journal of Public Mental Health* 6, 3 (2007): pp. 14–23.
- Friedli, L. and M. Parsonage. *Mental Health Promotion: Building an Economic Case*. Belfast, Northern Ireland: Northern Ireland Association for Mental Health, 2007.
- Friedli, L. and M. Parsonage. *Promoting Mental Health and Preventing Mental Illness: The Economic Case for Investment in Wales*. Cardiff, Wales: All Wales Mental Health Promotion Network, 2009.
- Gallie, K. A. et al. "Company-Level Interventions in Mental Health." *Work Accommodation and Retention in Mental Health* 3 (2011): pp. 295–309.
- Gladstone, T. and W. Beardslee. "The Prevention of Depression in Children and Adolescents: A Review." *Canadian Journal of Psychiatry* 54, 4 (2009): pp. 212–221.
- Goetzel, R. Z. and R. J. Ozminkowski. "The Health and Cost Benefits of Work Site Health-Promotion Programs." *Annual Review of Public Health* 29 (2008): pp. 303–323.
- Goetzel, R. Z. et al. "Estimating the Return-on-Investment From Changes in Employee Health Risks on the Dow Chemical Company's Health Care Costs." *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 47, 8 (2005): pp. 759–768.
- Goetzel, R. Z. et al. "Promising Practices in Employer Health and Productivity Management Efforts: Findings From a Benchmarking Study." *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 49, 2 (2007): pp. 111–130.
- Goetzel, R. Z. et al. "Return on Investment in Disease Management: A Review." *Health Care Financing Review* 26, 4 (2005): pp. 1–19.
- Goetzel, R. Z. et al. "The Business Case for Quality Mental Health Services: Why Employers Should Care About the Mental Health and Well-Being of Their Employees." *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 44, 4 (2002): pp. 320–330.
- Goldberg, R. J. and S. Steury. "Depression in the Workplace: Costs and Barriers to Treatment." *Psychiatric Services* 52, 12 (2001): pp. 1639–1643.
- Government of Canada. *The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada*. Ottawa, Ont.: Minister of Public Works and Government Services Canada, 2006.

Great Places to Work Institute Canada. *Final Report: Mental Health in Canadian Workplaces: Investigating Employer's Best Practices*. Ottawa, Ont.: Human Resources and Social Development Canada, 2009.

Great-West Life Centre for Mental Health in the Workplace. *Making the Business Case*. Winnipeg, Man.: Great-West Life Centre for Mental Health in the Workplace, 2011. Accessed from < <http://www.gwlcetreformentalhealth.com/display.asp?l1=3&l2=37&d=37>>.

Green, M. et al. *CFO Framework for Mental Health and Productivity: An Executive Initiative of the Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health*. Toronto, Ont.: Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health, 2007.

Grossmeier, J. et al. "Best Practices in Evaluating Worksite Health Promotion Programs." *American Journal of Health Promotion* 24, 3 (2010): pp. 1–9.

Halpern, D. F. "How Time-Flexible Work Policies Can Reduce Stress, Improve Health and Save Money." *Stress and Health* 21, 3 (2005): pp. 157–168.

Hargrave, G. E. and D. Hiatt. "The EAP Treatment of Depressed Employees: Implications for Return on Investment." *Employee Assistance Quarterly* 4 (2004): pp. 39–49.

Hargrave, G. E. et al. "EAP Treatment Impact on Presenteeism and Absenteeism: Implications for Return on Investment." *Journal of Workplace Behavioral Health* 23, 1 (2008): pp. 283–293.

Harter, J. K. et al. "Well-Being in the Workplace and Its Relationship to Business Outcomes: A Review of Gallup Studies." In *Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-Lived*. Eds. C. L. M. Keyes and J. Haidt. Washington, D.C.: American Psychological Association, 2002.

Hay, D. *Developing a Canadian Economic Case for Financing the Social Determinants of Health*. Ottawa, Ont.: Canadian Policy Research Networks, 2007. Accessed from <http://www.cprn.org/documents/49485_EN.pdf>.

Hazell, S. T. et al. "The Challenges of Evaluating National Mental Health Promotion Programs in Schools: A Case Study Using the Evaluation of MindMatters." *International Journal of Mental Health Promotion* 4, 4 (2002): pp. 21–27.

Hegerl, U. and L. Wittenburg. "Focus on Mental Health Care Reforms in Europe: The European Alliance Against Depression: A Multilevel Approach to the Prevention of Suicidal Behaviour." *Psychiatric Services* 60, 5 (2009): pp. 596–599.

- Her Majesty's Government, Department of Health. *No Health Without Mental Health: A Cross-Government Mental Health Outcomes Strategy for People of All Ages*. London, U.K.: Department of Health, 2011. Accessed from <http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_124058.pdf>.
- Hilton, M. F. et al. "The Association Between Mental Disorders and Productivity in Treated and Untreated Employees." *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 51, 9 (2009): pp. 996–1003.
- Hoch, J. S. and C. S. Dewa. "An Introduction to Economic Evaluation: What's in a Name?" *Canadian Journal of Psychiatry* 50, 3 (2005): pp. 159–166.
- Hoch, J. S. and C. S. Dewa. "Lessons From Cost-Effectiveness Analysis of Mental Health Interventions: Why Uncertainty About the Outcome, the Estimate and the Willingness to Pay Matters." *PharmacoEconomics* 25, 10 (2007): pp. 807–816.
- Horowitz, J. L. and J. Garber. "The Prevention of Depressive Symptoms in Children and Adolescents: A Meta-Analytic Review." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74, 3 (2006): pp. 401–415.
- Hu, T. "An International Review of the National Cost Estimates of Mental Illness, 1990–2003." *Journal of Mental Health Policy and Economics* 9, 1 (2006): pp. 3–13. Accessed from <<http://www.icmpe.org/test1/journal/journal.htm>>.
- Human Resources and Skills Development Canada. *Experience and Lessons Learned*. Last modified 2008. Accessed on June 14, 2011, from <http://www.hrsdc.gc.ca/eng/lp/spila/wlb/10experience_lessons.shtml>.
- Hutchings, J. et al. "Parenting Interventions in Sure Start Services for Children at Risk of Developing Conduct Disorder: Pragmatic Randomised Controlled Trial." *BMJ* 334, 7595 (2007): p. 678.
- Institute of Health Economics. *IHE Website*. Last Modified 2011. Accessed from <<http://www.ihe.ca/#content>>.
- Jacobs, P. et al. "Expenditures on Mental Health and Addictions for Canadian Provinces in 2003 and 2004." *Canadian Journal of Psychiatry* 53, 5 (2008): pp. 306–313.
- Jacobs, P. et al. *The Cost of Mental Health and Substance Abuse Services in Canada: A Report to the Mental Health Commission*. Edmonton, Alta.: Institute of Health Economics, 2010.
- Jané-Llopis, E. "Mental Health Promotion and Mental Disorder in Europe." *Journal of Public Mental Health* 5, 1 (2006): pp. 5–7.

- Jané-Llopis, E. and P. Anderson. "A Policy Framework for the Promotion of Mental Health and the Prevention of Mental Disorders." In *Mental Health Policy and Practice Across Europe*. Eds. M. Knapp et al. Brussels, Belgium: European Observatory on Health Systems and Policies, 2007.
- Jané-Llopis, E. et al. "Mental Health Promotion Works: A Review." *International Journal of Health Promotion and Education* 9, Suppl. 2 (2005): pp. 9–25.
- Jané-Llopis, E. et al. "Predictors of Efficacy in Depression Prevention Programmes. Meta-Analysis." *BRJ Psychiatry* 183 (2003): pp. 384–397.
- Jenkins, R. et al. *Mental Capital and Wellbeing*. London, U.K.: The Government Office for Science, 2008.
- Jewell, C. et al. "The Paradox of Engagement: How Political, Organizational, and Evaluative Demands Can Hinder Innovation in Community Mental Health Services." *Social Service Review* 80, 1 (2006): pp. 3–26. Accessed from <<http://www.journals.uchicago.edu/SSR/>>.
- Johnston, K. et al. "The Direct and Indirect Costs of Employee Depression, Anxiety and Emotional Disorders—An Employer Case Study." *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 51, 5 (2009): pp. 564–577.
- Jolly, K. et al. "Evaluation of a Standard Provision Versus an Autonomy Promotive Exercise Referral Programme: Rationale and Study Design." *BMC Public Health* 9 (2009): p. 176.
- Jones, D. et al. *The Economic Return on PCCD's Investment in Research-Based Programs: A Cost-Benefit Assessment of Delinquency Prevention in Pennsylvania*. University Park, Pennsylvania: The Pennsylvania State University, 2008.
- Jorm, A. and K. Griffiths. "Population Promotion of Informal Self-Help Strategies for Early Intervention Against Depression and Anxiety." *Psychological Medicine* 36, 1 (2006): pp. 3–6.
- Kaner, E. F. et al. "Effectiveness of Brief Alcohol Interventions in Primary Care Populations." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2 (2007). Article no. CD004148.
- Karoly, L. A. *Working Paper: Toward Standardization of Benefit-Cost Analyses of Early Childhood Interventions*. Santa Monica, California: RAND Corporation, 2010. Accessed from <<http://www.rand.org/>>.
- Katon, W. et al. "Long-Term Effects on Medical Costs of Improving Depression Outcomes in Patients With Depression and Diabetes." *Diabetes Care* 31, 6 (2008): pp. 1155–1159.

- Keleher, H. and R. Armstrong. *Evidence-Based Mental Health Promotion Resource*. Melbourne, Australia: Department of Human Services, 2006. Accessed from <http://www.health.vic.gov.au/healthpromotion/downloads/mental_health_resource.pdf>.
- Keyes, C. and S. Lopez. "Toward a Science of Mental Health: Positive Directions in Diagnosis and Interventions." In *Handbook of Positive Psychology*. Eds. C. R. Snyder and S. J. Lopez. New York, New York: Oxford University Press, 2002.
- Kilian, R. et al. "Cost-Effectiveness Analysis in Child and Adolescent Mental Health Problems: An Updated Review of Literature." *The International Journal of Mental Health Promotion* 12, 4 (2010): pp. 45–57.
- Kimber, B. et al. "Social and Emotional Training in Swedish Schools for the Promotion of Mental Health: An Effectiveness Study of 5 Years of Intervention." *Health Education Research* 23, 6 (2008): pp. 931–940.
- Ki-Moon, B. *Message for World Mental Health Day, 10 October 2008*. Vienna, Austria: United National Information Service Vienna, 2008. Accessed from <<http://www.unis.unvienna.org/unis/pressrels/2008/unisssgsm072.html>>.
- Klick, J. and S. Markowitz. "Are Mental Health Insurance Mandates Effective? Evidence From Suicides." *Health Economics* 15, 1 (2006): pp. 83–97.
- Knapp, M. "Guest Editorial: Mental Wellbeing of Older People: Making an Economic Case." *Advances in Mental Health* 8, 2 (2009): pp. 123–127.
- Knapp, M. and D. McDaid. "Making an Economic Case for Prevention and Promotion." *International Journal of Mental Health Promotion* 11, 3 (2009): pp. 49–56.
- Knapp, M. et al. "Economic Barriers to Better Mental Health Practice and Policy." *Health Policy and Planning* 21, 3 (2006): pp. 157–170.
- Knapp, M. et al. "Primary Prevention of Child Mental Health Problems Using Primary Health Care Professionals: Cost Comparisons." *International Journal of Mental Health Promotion* 7, 1 (2005): pp. 95–102.
- Knapp, M. et al., eds. *Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention: The Economic Case*. London, U.K.: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, 2011. Accessed from <<http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/PSSRU/pdf/MHPP%20The%20Economic%20Case.pdf>>.
- Krupa, T. "Interventions to Improve Employment Outcomes for Workers Who Experience Mental Illness." *Canadian Journal of Psychiatry* 52, 6 (2007): pp. 339–345.

- Kuhn, K. "Mental Health Promotion in the Workplace: A European Perspective." *Journal of Public Mental Health* 5, 1 (2006): pp. 29–34.
- Kuoppala, J. L. et al. "Work Health Promotion, Job Well-Being and Sickness Absences: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 50, 11 (2008): pp. 1216–1227.
- Lamontagne, A. D. et al. "A Systematic Review of the Job-Stress Intervention Evaluation Literature, 1990–2005." *International Journal of Occupational and Environmental Health* 13, 3 (2007): pp. 268–280.
- Langlieb, A. M. and J. P. Khan. "How Much Does Quality Mental Health Care Profit Employers?" *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 47, 11 (2005): pp. 1099–1109.
- Lavin, T. and O. Metcalfe. *Economic Arguments for Addressing the Social Determinants of Health*. EuroHealthNet, 2009. Accessed from http://www.publichealth.ie/files/file/DETERMINE/DETERMINE%20Working%20document%204_Economic%20arguments%20for%20addressing%20social%20determinants%20of%20health%20inequalities.pdf.
- Lero, D. et al. *Cost-Benefit Review of Work-Life Balance Practices*. Gatineau, Que.: Canadian Association of Administrators of Labour Legislation, 2009. Accessed from <http://www.caall-acalo.org/docs/Cost-Benefit%20Review.pdf>.
- Lesage, A. "Re: Reducing the Burden of Depression." *Canadian Journal of Psychiatry* 54, 6 (2009): p. 425.
- Levy, B. R. et al. "Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging." *Journal of Personality and Social Psychology* 83, 2 (2002): pp. 261–270.
- Lim, K. L. and P. Jacobs. *How Much Should We Spend on Mental Health?* Edmonton, Alta.: Institute of Health Economics and Alberta Health Services, 2008.
- Lim, K. L. et al. "A New Population-Based Measure of the Economic Burden of Mental Illness in Canada." *Chronic Diseases in Canada* 28, 3 (2008): pp. 92–98.
- Loeppeke, R. et al. "The Impact of an Integrated Population Health Enhancement and Disease Management Program on Employee Health Risk, Health Conditions, and Productivity." *Population Health Management* 1 (2008): pp. 287–296.
- Lo Sasso, L. et al. "Modeling the Impact of Enhanced Depression Treatment on Workplace Functioning and Costs: A Cost-Benefit Approach." *Medical Care* 44, 4 (2006): pp. 352–358.

- Lynch, F. L. et al. "Cost-Effectiveness of an Intervention to Prevent Depression in At-Risk Teens." *Archives of General Psychiatry* 62, 11 (2005): pp. 1241–1248.
- Macdonald, G. M. et al. "Cognitive-Behavioural Interventions for Children Who Have Been Sexually Abused." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4 (2006). Article no. CD001930.
- Marine, A. et al. "Preventing Occupational Stress in Healthcare Workers." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4 (2006). Article no. CD002892.
- Martin, A. et al. "Promoting Mental Health in Small–Medium Enterprises: An Evaluation of the 'Business in Mind' Program." *BMC Public Health* 9 (2009): p. 239.
- Mathers, C. D. and D. Loncar. "Projections of Global Mortality and Burden of Disease From 2002 to 2030." *PLoS Medicine* 3, 11 (2006): p. e442.
- McAuley, C. et al. *The Outcomes and Costs of Home-Start Support for Young Families Under Stress*. York, U.K.: Joseph Rowntree Foundation, 2004.
- McCabe, C. *Estimating the Cost Effectiveness of a Universal Mental Health Promotion Intervention in Primary Schools: A Preliminary Analysis*. London, U.K.: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007. Accessed from <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/MentalWellbeingChildrenEconomicAnalysis.pdf>>.
- McCabe, C. *What Is Series*. Leeds, U.K.: Institute of Health Sciences, University of Leeds, 2009.
- McCrone, P. et al. *Paying the Price: The Cost of Mental Health Care in England to 2026*. London, U.K.: The King's Fund, 2008.
- McCrone, P. et al. "The Economic Impact of Initiatives to Reduce Stigma: Demonstration of a Modelling Approach." *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 19, 2 (2010): pp. 131–139.
- McDaid, D. "The Economics of Mental Health in the Workforce: What Do We Know and Where Do We Go?" *International Journal for Epidemiology and Psychiatric Sciences* 16, 4 (2007): pp. 294–298.
- McDaid, D. et al. "Making the Case for Investing in Child and Adolescent Mental Health: How Can Economics Help?" *International Journal of Mental Health Promotion* 12, 4 (2010): pp. 37–44.
- McDaid, D. et al. *Making the Economic Case for the Promotion of Mental Well-Being and the Prevention of Mental Health Problems*. London, U.K.: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, 2008.

Mental Health Commission of Canada. *Roundtable Meeting on Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention*. Calgary, Alta.: MHCC, 2010.

Mental Health Commission of Canada. *Toward Recovery and Well-Being: A Framework for a Mental Health Strategy for Canada*. Calgary, Alta.: MHCC, 2009.

Mihalopoulos, C. et al. “Do Indicated Preventive Interventions for Depression Represent Good Value for Money?” *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 45, 1 (2011): pp. 36–44.

Mihalopoulos, C. et al. “Does the Triple P—Positive Parenting Program Provide Value for Money?” *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41, 3 (2007): pp. 239–246.

Miller, T. R. et al. “Effectiveness and Benefit-Cost of Peer-Based Workplace Substance Abuse Prevention Coupled With Random Testing.” *Accident Analysis and Prevention* 39, 3 (2007): pp. 565–573.

Mills, P. R. et al. “Impact of a Health Promotion Program on Employee Health Risks and Work Productivity.” *American Journal of Health Promotion* 22, 1 (2007): pp. 45–53.

Mood Disorders Society of Canada. *Quick Facts: Mental Illness and Addiction in Canada*. Guelph, Ont.: MDSC, 2009. Accessed from <http://www.mooddisorderscanada.ca/index_en.php>.

Moore, T. J. and J. P. Caulkins. “How Cost-of-Illness Studies Can Be Made More Useful for Illicit Drug Policy Analysis.” *Applied Health Economics and Health Policy* 5, 2 (2006): pp. 75–85. Accessed from <<http://adisonline.com/healthconomics/pages/issuelist.aspx>>.

Morrell, C. J. et al. “Psychological Interventions for Postnatal Depression: Cluster Randomised Trial and Economic Evaluation: The PoNDER Trial.” *Health Technology Assessment* 13, 30 (2009): pp. 1–176.

Morrison, W. and P. Kirby. *Schools as a Setting for Promoting Mental Health: Better Practices and Perspectives*. Charlottetown, P.E.I.: Joint Consortium for School Health, 2010. Accessed from <<http://eng.jcsh-cces.ca/upload/JCSH%20Positive%20Mental%20Health%20Perspectives%20Better%20Practices.PDF>>

Mulvale, G. et al. “Mental Health Service Delivery in Ontario, Canada: How Do Policy Legacies Shape Prospects for Reform?” *Health Economics, Policy and Law* 2, 4 (2007): pp. 363–389. Accessed from <http://journals.cambridge.org/jid_HEP>.

Muñoz, R. F. et al. “Prevention of Major Depression.” *Annual Review of Clinical Psychology* 6 (2010): pp. 181–212.

- Murphy, S. et al. "A Pragmatic Randomised Controlled Trial of the Welsh National Exercise Referral Scheme: Protocol for Trial and Integrated Economic and Process Evaluation." *BMC Public Health* 10 (2010): p. 352.
- National Health Service Centre for Reviews and Dissemination. *Scoping Review of the Effectiveness of Mental Health Services*. London, U.K.: NHS, 2001.
- National Health Service Institute for Innovation and Improvement. *Research and Evaluation Jargon Buster*. London, U.K.: NHS, 2010. Accessed from <www.institute.nhs.uk/research_and_evaluation/general/jargon_buster.html>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. *Promoting Mental Wellbeing at Work: Business Case*. London, U.K.: NICE, 2009. Accessed from <<http://guidance.nice.org.uk/nicemedia/live/12331/46023/46023.pdf>>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. *Promoting Mental Wellbeing Through Productive and Healthy Working Conditions: Guidance for Employers*. London, U.K.: NICE, 2009. Accessed from <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12331/45893/45893.pdf>>.
- Naydeck, B. L. et al. "The Impact of the Highmark Employee Wellness Programs on 4-Year Healthcare Costs." *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 50, 2 (2008): pp. 146–156.
- Naylor, C. and A. Bell. *Mental Health and the Productivity Challenge: Improving Quality and Value for Money*. London, U.K.: The King's Fund, 2010.
- Nelson, G. et al. "A Meta-Analysis of Longitudinal Research on Preschool Prevention Programs for Children." *Prevention & Treatment* 6 (2003): pp. 1–67. Accessed from <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/http://www.hm-treasury.gov.uk/media/02C/AF/cypreview2006_cphva7.pdf>.
- Nieuwenhuijsen, K. et al. "Predicting the Duration of Sickness Absence for Patients With Common Mental Disorders in Occupational Health Care." *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 32 (2006): pp. 67–74.
- O'Connell, M. E. et al., eds. *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*. Washington, D.C.: National Academies Press, 2009.
- Ozminkowski, R. J. et al. "Long-Term Impact of Johnson & Johnson's Health & Wellness Program on Health Care Utilization and Expenditures." *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 44, 1 (2002): pp. 21–29.
- Pelletier, K. R. "A Review and Analysis of the Clinical and Cost-Effectiveness Studies of Comprehensive Health Promotion and Disease Management Programs at the Worksite: Update VII 2004–2008." *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 47, 10 (2005): pp. 1051–1058.

- Peters, R. D. et al. "The Better Beginnings, Better Futures Project: A Universal, Comprehensive, Community-Based Prevention Approach for Primary School Children and Their Families." *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 32, 2 (2003): pp. 215–227.
- Petrou, S. et al. "Cost-Effectiveness of a Preventive Counseling and Support Package for Postnatal Depression." *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 22, 4 (2006): pp. 443–453.
- Platt, S. et al. *Evaluation of the First Phase of Choose Life: The National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland*. Edinburgh, Scotland: Government of Scotland, 2006. Accessed from <<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/147004/0038522.pdf>>.
- Pollett, H. *Mental Health Promotion: A Literature Review*. Ottawa, Ont.: Canadian Mental Health Association, 2007. Accessed from <<http://www.cmhanl.ca/pdf/Mental%20Health%20Promotion%20Lit.%20Review%20June%2018.pdf>>.
- Public Health Agency of Canada. *Investing in Prevention: The Economic Perspective*. Ottawa, Ont.: PHAC, 2009.
- Puura, K. et al. "The European Early Promotion Project: Description of the Service and Evaluation Study." *International Journal of Mental Health Promotion* 7, 1 (2005): pp. 17–31.
- Ramon, S. and C. Hart. "Promoting Mental Well-Being in the Workplace: A British Case Study." *International Journal of Mental Health Promotion* 5, 2 (2003): pp. 37–44.
- Rebergen, D. S. et al. "Cost-Effectiveness of Guideline-Based Care for Workers With Mental Health Problems." *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 51, 3 (2009): pp. 313–322.
- Riedel, J. E. et al. "The Effect of Disease Prevention and Health Promotion on Workplace Productivity: A Literature Review." *American Journal of Health Promotion* 15, 3 (2001): pp. 167–190.
- Riess, A. "The Economic Cost of Public Funds in Infrastructure Investment." *EIB Papers* 13, 1 (2008): pp. 82–113. Accessed from <<http://www.eib.org/publications/eib-papers.htm>>.
- Roche, J. et al. *Investing in Our Future: Highlights of Better Beginnings, Better Futures Research Findings at Grade 9*. Kingston, Ont.: Better Beginnings, Better Futures Research Coordination Unit, Queen's University, 2008. Accessed from <<http://bbbf.queensu.ca/pdfs/BB%20Report%20031.pdf>>.
- Romeo, R. et al. "Economic Evaluations of Child and Adolescent Mental Health Services: Preliminary Results of a Systematic Review." *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 46, 9 (2005): pp. 919–930.

- Romeo, R. et al. "Treatment and Prevention of Depression After Surgery for Hip Fracture in Older People: Cost-Effectiveness Analysis." *Journal of Affective Disorders* 128, 3 (2011): pp. 211–219.
- Rost, K. et al. "The Effect of Improving Primary Care Depression Management on Employee Absenteeism and Productivity: A Randomized Trial." *Medical Care* 42, 12 (2004): pp. 1202–1210.
- Sainsbury Centre for Mental Health. *Mental Health at Work: Developing the Business Case*. London, U.K.: Sainsbury Centre for Mental Health, 2007.
- Sanderson, K. et al. "Which Presenteeism Measures Are More Sensitive to Depression and Anxiety?" *Journal of Affective Disorders* 101, 1–3 (2007): pp. 65–74.
- Sari, N. et al. "Should We Invest in Suicide Prevention Programs?" *Journal of Socio-Economics* 37, 1 (2008): pp. 262–275.
- Schoevers, R. et al. "Prevention of Late-Life Depression in Primary Care: Do We Know Where to Begin?" *American Journal of Psychiatry* 163, 9 (2006): pp. 1611–1621.
- Schult, T. M. K. et al. "The Future of Health Promotion/Disease Prevention Programs: The Incentives and Barriers Faced by Stakeholders." *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 48, 6 (2006): pp. 541–548.
- Scott, J. et al. "Long-Term Mental Health Resource Utilization and Cost of Care Following Group Psychoeducation or Unstructured Group Support for Bipolar Disorders: A Cost-Benefit Analysis." *Journal of Clinical Psychiatry* 70, 3 (2009): pp. 378–386.
- Scott, S. et al. "Financial Cost of Social Exclusion: Follow Up Study of Antisocial Children Into Adulthood." *BMJ* 323, 7306 (2001): p. 191.
- Shain, M. *Stress at Work, Mental Injury and the Law in Canada*. Calgary, Alta.: Mental Health Commission of Canada, 2008.
- Simon, G. E. et al. "Depression and Work Productivity: The Comparative Costs of Treatment Versus Non Treatment." *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 43, 1 (2001): pp. 2–9.
- Skrypnek, B. J. and J. Charchun. *An Evaluation of the Nobody's Perfect Program: Final Report*. Ottawa, Ont.: Canadian Association of Family Resource Programs, 2009.
- Smit, F. et al. "Cost-Effectiveness of Preventing Depression in Primary Care Patients: Randomised Trial." *British Journal of Psychiatry* 188 (2006): pp. 330–336.

- Smit, F. et al. "Costs of Nine Common Mental Disorders: Implications of Curative and Preventive Psychiatry." *Journal of Mental Health Policy and Economics* 9, 4 (2006): pp. 193–200.
- Smit, F. et al. "Modelling the Cost-Effectiveness of Health Care Systems for Alcohol Use Disorders." (Unpublished.) Utrecht, the Netherlands: Trimbos Institute, 2011.
- Smit, F. et al. "Opportunities for Cost-Effective Prevention of Late-Life Depression: An Epidemiological Approach." *Archives of General Psychiatry* 63, 3 (2006): pp. 290–296.
- Smith, J. L. et al. "Impact of Primary Care Depression Intervention on Employment and Workplace Conflict Outcomes: Is Value Added?" *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 5 (2002): pp. 43–49.
- Southam-Gerow, M. A. et al. "Adapting Evidence-Based Mental Health Treatments in Community Settings: Preliminary Results From a Partnership Approach." *Behavior Modification* 33, 1 (2009): pp. 82–103.
- Spoth, R. et al. "Universal Family-Focused Interventions in Alcohol-Use Disorder: Cost-Effectiveness and Cost-Benefit of Two Interventions." *Journal of Studies on Alcohol* 63, 2 (2002): pp. 219–228.
- Stansfeld, S. et al. "Impact of Common Mental Disorders on Sickness Absence in an Occupational Cohort Study." *Occupational and Environmental Medicine* 68 (2010): pp. 408–413.
- Stant, A. D. et al. "Cost-Effectiveness Analysis in Severe Mental Illness: Outcome Measures Selection." *Journal of Mental Health Policy and Economics* 10, 2 (2007): pp. 101–108.
- Stant, A. D. et al. "Cost-Effectiveness of a Psychoeducational Relapse Prevention Program for Depression in Primary Care." *Journal of Mental Health Policy and Economics* 12, 4 (2009): pp. 195–204.
- Stephens, T. and N. Joubert. "The Economic Burden of Mental Health Problems in Canada." *Chronic Diseases in Canada* 22, 1 (2001): pp. 18–40.
- Tennant, R. et al. "A Systematic Review of Reviews of Interventions to Promote Mental Health and Prevent Mental Health Problems in Children and Young People." *Journal of Public Mental Health* 6, 1 (2007): pp. 25–32.
- The Conference Board of Canada. *A Tool for Managers: What You Need to Know About Mental Health*. Ottawa, Ont.: CBoC, 2005.
- The Conference Board of Canada. *Health Promotion Programs: A Frivolous Cost or Sound Investment?* Ottawa, Ont.: CBoC, 2002.

- Tomblin Murphy, G. et al. *Tested Solutions for Eliminating Canada's Registered Nurse Shortage*. Ottawa, Ont.: Canadian Nurses Association, 2009.
Accessed from <http://www.cna-aiic.ca/CNA/default_e.aspx>.
- Trotter, V. K. et al. "Measuring Work Productivity With a Mental Health Self-Report Measure." *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 51, 6 (2009): pp. 739–746.
- Underwood, L. et al. *The Effectiveness of Interventions for People With Common Mental Health Problems on Employment Outcomes: A Systematic Rapid Evidence Assessment*. London, U.K.: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 2007.
- Valenstein, M. et al. "The Cost-Utility of Screening for Depression in Primary Care." *Annals of Internal Medicine* 134, 5 (2001): pp. 345–360.
- Valmaggia, L. R. et al. "Economic Impact of Early Intervention in People at High Risk of Psychosis." *Psychological Medicine* 39, 10 (2009): pp. 1617–1626.
- van Oostrom, S. H. et al. "Workplace Interventions for Preventing Work Disability." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2 (2009). Article no. CD006955.
- van Vliet, H. and G. Andrews. "An Internet Based Course for the Management of Stress for Junior High Schools." *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 43, 4 (2009): pp. 305–309.
- van Wyk, B. E. and V. Pillay-Van Wyk. "Preventive Staff-Support Interventions for Health Workers." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3 (2010). Article no. CD003541.
- van't veer-Tazelaar, P. et al. "Cost-Effectiveness for a Stepped Care Intervention to Prevent Depression and Anxiety in Late Life: Randomized Trial." *British Journal of Psychiatry* 196 (2010): pp. 319–325.
- Vecchio, N. et al. "Mental Health and Hours Worked Among Nurses." *Australian Journal of Labour Economics* 12, 3 (2009): pp. 299–320.
- Vogel, L. "Canada Suicide Prevention Efforts Lagging, Experts Say." *CMAJ* 183, 1 (2011): pp. E27–E28.
- Vogel, L. E. et al. "A Computerized Harm Minimization Prevention Program for Alcohol Misuse and Related Harms: Randomised Controlled Trial." *Addiction* 104, 4 (2009): pp. 564–575.
- Vos, T. et al. "Cost-Effectiveness of CBT and Drug Interventions for Major Depression." *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 39 (2005): pp. 683–692.
- Waddell, C. et al. "Preventing Mental Disorders in Children: A Public Health Priority." *Canadian Journal of Public Health* 98, 3 (2007): pp. 174–178.

- Waddell, C. et al. "Preventing Mental Disorders in Children: A Systematic Review to Inform Policy-Making." *Canadian Journal of Public Health* 98, 3 (2007): pp. 166–173.
- Wang, P. S. et al. "Making the Business Case for Enhanced Depression Care: The National Institute of Mental Health–Harvard Work Outcomes Research and Cost-Effectiveness Study." *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 50, 4 (2008): pp. 468–475.
- Watkins, K. E. et al. "The Health Value and Cost of Care for Major Depression." *Value in Health* 12, 1 (2009): pp. 65–72.
- Webb, G. et al. "A Systematic Review of Work-Place Interventions for Alcohol-Related Problems." *Addiction* 104, 3 (2009): pp. 365–377.
- Weinerman, R. et al. "Improving Mental Healthcare by Primary Care Physicians in British Columbia." *Healthcare Quarterly* 14, 1 (2011): pp. 36–38.
- Weiss, A. "Measuring the Impact of Medical Research: Moving From Outputs to Outcomes." *American Journal of Psychiatry* 164, 2 (2007): pp. 206–214.
- Wells, J. et al. "A Systematic Review of Universal Approaches to Mental Health Promotion in Schools." *Health Education* 103, 4 (2003): pp. 197–220.
- Wiggins, M. et al. "The Social Support and Family Health Study: A Randomised Controlled Trial and Economic Evaluation of Two Alternative Forms of Postnatal Support for Mothers Living in Disadvantaged Inner-City Areas." *Health Technology Assessment* 8, 32 (2005): pp. 1–134.
- Williams, R. F. et al. "Some Economic Dimensions of the Mental Health Jigsaw in Australia." *International Journal of Social Economics* 33, 11–12 (2006): pp. 808–831.
- World Health Organization. *Evidence for the Effectiveness and Cost Effectiveness of Interventions to Reduce Alcohol-Related Harm*. Geneva, Switzerland: WHO, 2009.
- World Health Organization. *Healthy Workplaces: A Model for Action: For Employers, Workers, Policy Makers and Practitioners*. Geneva, Switzerland: WHO, 2010.
- World Health Organization. *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options: Summary Report*. Geneva, Switzerland: WHO, 2004.
- World Health Organization. *The World Health Report 2001: Mental Health—New Understanding, New Hope*. Geneva, Switzerland: WHO, 2001.
- Zaloshnja, E. et al. "Reducing Injuries Among Native Americans: Five Cost-Outcome Analyses." *Accident Analysis & Prevention* 35, 5 (2003): pp. 631–639.

Zechmeister, I. et al. "Is It Worth Investing in Mental Health Promotion and Prevention of Mental Illness? A Systematic Review of the Evidence From Economic Evaluations." *BMC Public Health* 8, 20 (2008): p. 20.

Zimolong, B. and G. Elke. "Management of Work Site Health-Promotion Programs: A Review." In *EHAWC '09 Proceedings of the International Conference on Ergonomics and Health Aspects of Work With Computers*. Ed. B.-T. Karsh. Heidelberg, Germany: Springer-Verlag Berlin, 2009.

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-55465-933-3 (PDF)

© 2011 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Rendement du capital investi — promotion de la santé mentale et prévention de la maladie mentale*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2011.

This publication is also available in English under the title *Return on Investment—Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention*.

ISBN 978-1-55465-932-6 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa

495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's

140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006

