
Agir pour la santé mentale

**Cadre théorique et méthodologique
2022-2025**



minds

Promotion de
la santé mentale
Genève

Introduction

Ce projet sur 3 ans vise à favoriser les moyens de la population genevoise d'agir sur sa propre santé mentale, dans une perspective de développement des compétences individuelles. Pour ce faire, nous nous appuyons sur des théories établies en psychologie sociale et de la santé, appliquées à la population genevoise à l'aide de récoltes de données spécifiquement auprès de Genevoises et de Genevois.

Après le projet initial de minds qui visait à identifier les comportements efficaces pour promouvoir sa santé mentale, ce nouveau projet vise à développer et tester une intervention visant à augmenter la fréquence de ces comportements, favorisant ainsi la santé mentale de la population. Pour ce faire, nous augmentons la littératie en santé mentale des Genevoises : la littératie en santé mentale consiste en des connaissances, des compétences et des attitudes favorables à la santé mentale. En l'augmentant, nous augmentons les aptitudes personnelles des Genevoises et des Genevois à agir sur leur propre santé mentale, à travers l'adoption de comportements promoteurs d'une bonne santé mentale.

Cadre théorique

Il n'y a pas de santé sans santé mentale (Organisation mondiale de la Santé, 2013). Afin de promouvoir la santé, il est donc crucial de comprendre la santé mentale et ses déterminants. La bonne santé mentale va au-delà de l'absence de trouble mental et représente une ressource dans laquelle les personnes peuvent puiser pour faire face aux stressors communs de la vie de tous les jours. L'état de santé mentale d'une personne est déterminé par de nombreux facteurs. Ces facteurs déterminants se situent à différents niveaux d'analyse : il existe des déterminants propres à l'individu, mais aussi des déterminants à des niveaux socio-économique et sociétal.

Ce projet porte sur un type de déterminants individuels : les comportements que les personnes elles-mêmes peuvent adopter pour favoriser leur propre santé mentale. Ces comportements sont à leur tour favorisés par d'autres déterminants individuels, socio-économiques et sociétaux. Dans ce projet, nous cherchons à augmenter le niveau de l'un de ces déterminants (la littératie en santé mentale), dans le but de favoriser l'adoption de comportements promoteurs d'une bonne santé mentale.

La santé mentale et sa promotion

Selon le modèle bidimensionnel de la santé mentale (Keyes, 2007), la santé mentale est composée de deux dimensions : la souffrance mentale d'une part (mental illness), et la santé mentale d'autre part (mental health) (voir Figure 1). La première dimension représente l'absence ou la présence de symptômes négatifs, tels des symptômes de dépression, d'anxiété généralisée, d'addiction, etc. Ces symptômes peuvent être légers (par exemple, une tristesse passagère) ou sévères (par exemple, un épisode de dépression majeure).

La seconde dimension du modèle représente l'absence ou la présence de symptômes positifs de santé mentale, tels que le bien-être émotionnel (par ex., expérience d'émotions

positives), le bien-être psychologique (par ex., acceptation de soi, autonomie) et le bien-être social (par ex., contribution, intégration sociale). Là aussi ces indicateurs d'une bonne santé mentale peuvent se situer à des niveaux bas ou élevés.

Un haut niveau de santé mentale associé à un bas niveau de souffrance mentale représente un état de santé mentale florissante. À l'inverse, en cas de bas niveau de souffrance mentale associé à un bas niveau de santé mentale, on parle de santé mentale languissante : la personne ne souffre pas, mais ne développe pas son plein potentiel et n'a pas toutes les clés en main pour vivre une vie épanouie.

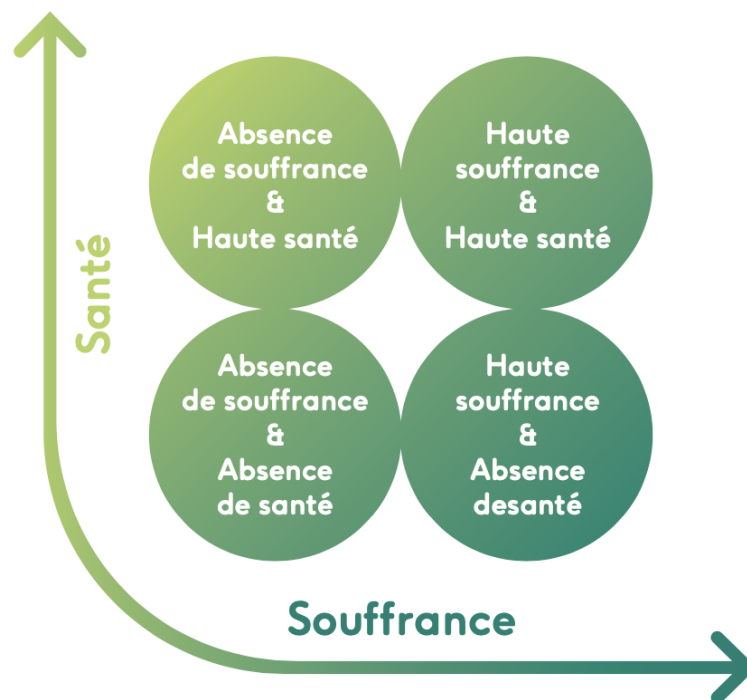


Figure 1. Modèle bidimensionnel de la santé mentale (adapté de Keyes, 2005; 2007)

La promotion en santé mentale vise à favoriser les indicateurs d'une bonne santé mentale afin que le plus de personnes possible se trouvent en situation de santé mentale florissante. Les politiques de promotion de la santé mentale efficaces visent à "conférer aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci" (World Health Organization, 1986). Ainsi, selon la Charte d'Ottawa, afin de promouvoir la santé mentale, il s'agit de donner les moyens à la population d'agir favorablement sur sa propre santé, notamment à travers le développement des aptitudes personnelles. Certains comportements sont à même de favoriser l'émergence de symptômes positifs de santé mentale, et de diminuer l'incidence de symptômes négatifs de souffrance mentale : il s'agit de comportements promoteurs d'une bonne santé mentale.

Les comportements promoteurs d'une bonne santé mentale

Les comportements promoteurs d'une bonne santé mentale sont toutes les actions, décisions, ou activités qu'une personne peut adopter ou réaliser au niveau individuel pour

favoriser sa propre santé mentale ou celle des autres. Identifié grâce au projet initial de minds, ils peuvent être classés en trois catégories : la bienveillance envers soi (traduit de l'anglais *self-care*), la recherche d'aide, et le soutien à autrui.

La *bienveillance envers soi* est un processus d'engagement intentionnel dans des pratiques qui promeuvent la santé et le bien-être holistique du soi (Lee & Miller, 2013). Elle consiste en des pratiques routinières qui s'appliquent autant à la sphère privée que professionnelle, et qui peuvent concerner l'une ou plusieurs des différentes facettes de son bien-être (physique, émotionnel, relationnel et spirituel) (Wise & Barnett, 2016).

La *recherche d'aide* est définie comme le processus par lequel une personne recherche activement un soutien auprès de ressources externes dans le but de résoudre un problème détecté en lien avec ses émotions ou comportements (Rickwood et al., 2005, 2012). Les sources d'aide peuvent être formelles (professionnelles détenant un rôle légitime pour apporter du soutien), informelles (réseau social proche), ou encore liées à l'auto-assistance (recherche d'aide sans contact ou communication directe avec une autre personne, c'est-à-dire sous forme de livres, sites internet, applications). Cette aide peut prendre différentes formes : aide émotionnelle (écoute, soutien en lien avec le bien-être émotionnel); aide instrumentale (concrète ou pratique, aide financière, services, etc.); aide informationnelle (informations, ressources); aide affiliative (d'intégration, soutien des pairs); traitements (thérapie, traitement médicamenteux, etc.).

Le soutien social est le fait de savoir que l'on est aimé-e, estimé-e, valorisé-e, et que l'on fait partie d'un réseau social (Cobb, 1976). Ce projet se concentre sur le *soutien social à autrui*. Celui-ci consiste en un échange de ressources entre au moins deux personnes avec l'intention d'améliorer le bien-être de la personne qui reçoit le soutien (Shumaker & Brownell, 1984). Les différentes formes de soutien social reflètent les différents types d'aide présentés ci-dessus : soutien émotionnel, instrumental, informationnel, et d'intégration sociale. Nous nous intéressons au soutien social à autrui car le soutien social peut avoir un impact positif sur la santé mentale non seulement du receveur mais aussi sur celle du donneur (Curry et al., 2018; Mowbray et al., 1996).

Ces trois types de comportements promoteurs d'une bonne santé mentale peuvent avoir des bénéfices importants pour la santé mentale et le bien-être émotionnel des personnes qui les adoptent (Colman et al., 2016; Posluns & Gall, 2020). C'est pourquoi ce projet de recherche a pour objectif de favoriser l'adoption de ces comportements au sein de la population genevoise. Pour ce faire, nous nous servons des théories en psychologie sociale qui permettent de prédire les comportements de santé.

Le modèle intégré du comportement

De nombreux modèles ont été proposés en psychologie pour prédire le comportement, le plus complet étant le modèle intégré du comportement (Montano & Kasprzyk, 2015). Ce modèle affirme que le prédicteur du comportement le plus important est l'*intention* de réaliser le comportement. L'intention est prédite à son tour par trois facteurs.

Premièrement, la personne doit avoir une *attitude* favorable envers le comportement, c'est-à-dire qu'elle doit percevoir que la réalisation du comportement lui sera globalement

bénéfique. Deuxièmement, la personne doit percevoir une *norme* positive envers le comportement, c'est-à-dire qu'elle doit penser que les personnes de son cercle social ont une attitude favorable envers le comportement (norme subjective) et qu'elles adoptent ce comportement (norme descriptive). Finalement, la personne doit se penser capable de réaliser le comportement (ce facteur est appelé *agentivité personnelle* par les chercheurs). Ceci signifie que la personne doit percevoir qu'elle peut contrôler son comportement et avoir confiance en son aptitude à surmonter les éventuels obstacles à la réalisation du comportement. Ensemble, l'attitude, la norme perçue, et l'agentivité personnelle déterminent l'intention de réaliser le comportement.

En plus de l'intention, quatre autres composantes ont également une influence directe sur l'adoption du comportement. Tout d'abord, pour que l'intention se traduise en comportement, la personne doit avoir les connaissances et aptitudes suffisantes pour réaliser le comportement. Deuxièmement, les contraintes de l'environnement doivent être minimales de sorte à ne pas entraver la réalisation du comportement. La troisième composante est la saillance du comportement : le comportement doit retenir suffisamment l'attention de la personne afin qu'elle se souvienne de le réaliser. Finalement, la quatrième composante est l'habitude : si un comportement est habituel, il requiert une intention plus faible et sera plus susceptible d'être réalisé naturellement.

Ainsi, la probabilité qu'une personne adopte un comportement augmente au fur et à mesure que ces composantes sont présentes. Si une personne a une forte intention de réaliser un comportement (du fait d'une attitude favorable, une norme perçue favorable, et une agentivité perçue haute), si elle possède les connaissances nécessaires pour le réaliser, si les contraintes environnementales sont minimales, si le comportement est saillant, et si elle a l'habitude de réaliser le comportement, les chances qu'elle réalise le comportement sont élevées. Ces chances diminuent à mesure que ces composantes diminuent. De plus, la puissance prédictive des différentes composantes varie en fonction des comportements examinés. Ceci souligne l'importance d'ajuster ce modèle à chaque sujet d'étude.

Ce modèle complexe a l'avantage de permettre de prédire les comportements de santé de façon précise (Montano & Kasprzyk, 2015). Il a néanmoins l'inconvénient de requérir de mesurer un nombre important de variables différentes. Nous avons ainsi cherché un concept qui permettrait de "résumer" ce modèle plus simplement. C'est dans ce but que nous nous tournons vers la littératie en santé mentale.

La littératie en santé mentale

Le concept de *littératie en santé mentale* (LSM) provient de la littérature concernant la littératie en santé, définie par l'OMS comme "les compétences cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser l'information d'une façon qui promeut et maintient une bonne santé" (World Health Organization, 1998).

La littératie en santé mentale inclut, selon les auteurs, plusieurs composantes (Jorm, 2012) : les connaissances quant à la prévention des troubles mentaux, la reconnaissance des signaux qu'un trouble mental se développe, les connaissances quant à la recherche d'aide et les traitements existants, les connaissances concernant les stratégies pour prendre soin de

soi, et les compétences pour prendre soin des autres lorsqu'ils développent un trouble mental ou sont en crise en lien avec leur santé mentale. Les auteurs insistent bien sur le fait que la littératie en santé mentale implique que les personnes non seulement ont des connaissances théoriques mais se sentent compétentes pour agir en faveur de leur propre santé mentale ou celle des autres.

Premièrement, nous pouvons mettre en lien la LSM avec les comportements promoteurs d'une bonne santé mentale, dont l'adoption entraîne une meilleure santé mentale. La LSM implique de savoir prendre soin de soi, prévenir l'apparition de problèmes en lien avec sa propre santé mentale et reconnaître les signaux d'alerte : il s'agit, autrement dit, de comportements de *Bienveillance envers soi*. La LSM inclut de plus explicitement les connaissances et compétences en lien avec la *Recherche d'aide*. Finalement, les compétences pour prendre soin des autres représentent des comportements de *Soutien social à autrui*.

Deuxièmement, nous pouvons mettre en parallèle ces composantes de la littératie en santé mentale (LSM) avec les composantes du modèle intégré du comportement (MIC), qui permet de prédire l'adoption des comportements promoteurs d'une bonne santé mentale. En effet, comme souligné par les auteurs, toutes les composantes de la LSM impliquent non seulement des connaissances concernant différents aspects de la santé mentale, mais également des compétences pour agir ainsi qu'une absence de stigma. En effet, ces connaissances ne peuvent se traduire en actions que si les personnes s'en sentent capables et n'ont pas de préjugés envers ces actions. Ces trois éléments font partie intégrante du MIC, qui inclut les *connaissances et aptitudes*, l'*attitude*, la perception d'une *norme* positive dans son entourage, et enfin, le sentiment d'*agentivité*.

Ainsi, non seulement de nombreuses variables du MIC sont incluses directement dans la LSM, mais, de plus, la LSM inclut directement des notions proches des comportements promoteurs d'une bonne santé mentale. De ce fait, **une plus haute littératie en santé mentale devrait se traduire par une plus haute adoption des comportements promoteurs d'une bonne santé mentale, qui en retour devrait mener à une meilleure santé mentale** (voir Figure 2 ci-dessous).

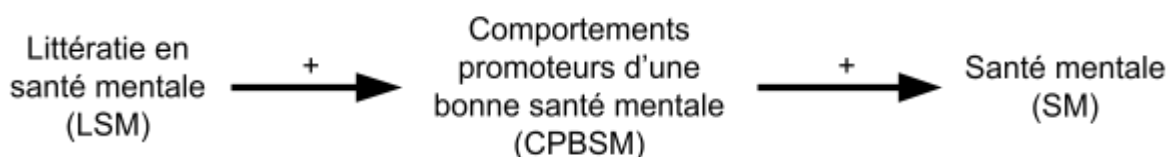


Figure 2. Modèle théorique global du projet de recherche

Autrement dit, ce projet de recherche vise donc à augmenter la littératie en santé mentale des personnes, dans le but d'augmenter l'adoption des comportements promoteurs d'une bonne santé mentale. Pour y parvenir, nous avons l'intention de développer une intervention efficace pour augmenter la littératie en santé mentale.

Intervenir pour augmenter la littératie en santé mentale

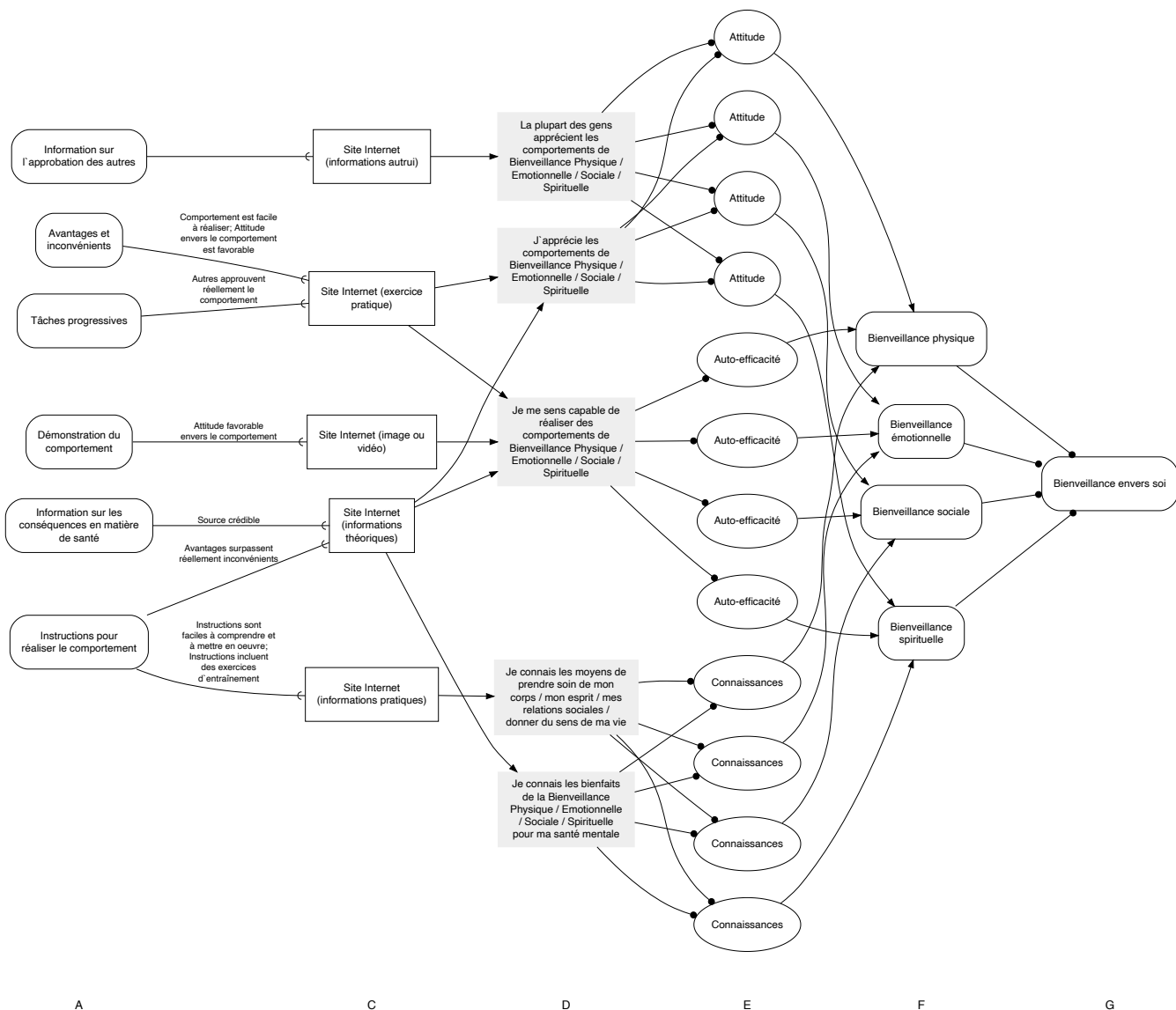
Suivant les recommandations des experts en promotion de la santé mentale concernant la mise en œuvre d'interventions (Barry et al., 2005; Jané-Llopis, 2005; Jané-Llopis & Barry, 2005), nous proposons d'adapter une intervention efficace existante. Il existe de nombreuses interventions visant à augmenter la littératie en santé mentale (Brijnath et al., 2016). Nous avons ciblé nos recherches sur des interventions en adéquation avec les missions de minds :

- *Fondées sur des faits probants* : uniquement des interventions dont l'efficacité a été démontrée par une ou plusieurs études randomisées, publiées dans des revues à comité de lecture, ont été envisagées ;
- *Adaptables et évolutives* : uniquement des interventions qui permettent une diffusion future à large échelle sur Genève et notamment dans le réseau santé-social genevois ont été envisagées ;
- *Visant l'information et la sensibilisation* : par définition, l'augmentation de la littératie en santé mentale de la population correspond à notre mission d'information et de déstigmatisation de la santé mentale et de la souffrance psychologique.

Ainsi, dans ce projet de recherche, nous proposons d'adopter l'intervention créée par Christensen, Griffiths, et Jorm (2004; voir également: Mackinnon et al., 2008). Cette intervention a montré que, chez des personnes rapportant des symptômes dépressifs, la consultation d'un site internet fournissant des informations sur la dépression réduit les symptômes dépressifs. Non seulement les personnes ayant consulté le site sur la dépression rapportent moins de symptômes dépressifs que les personnes qui n'ont pas consulté ce site d'information, mais elles rapportent également la même diminution des symptômes dépressifs que les personnes ayant consulté un autre site proposant une thérapie cognitivo-comportementale. Ainsi, l'augmentation de la littératie liée à la dépression a eu un effet bénéfique similaire à celui de suivre une thérapie cognitivo-comportementale en ligne. De plus, cette diminution perdure dans le temps puisqu'elle est observée non seulement tout de suite après l'intervention mais également 12 mois après l'intervention.

Modélisation de l'intervention

Nous concevons plus précisément le contenu de l'intervention à l'aide d'un modèle issu des sciences comportementales : la Chaîne Causale-Structurelle du comportement, présenté visuellement à l'aide du Acyclic Behavior Change Diagram (ABCD; Diagramme acyclique du changement comportemental). Ce modèle permet de structurer les facteurs liés au comportement visé, aux principes de psychologie qui mènent au comportement, et au changement de comportement que l'on cherche à encourager. Ils postulent qu'afin de changer un comportement, il s'agit d'abord de préciser les déterminants et les sous-déterminants de ce comportement, puis d'identifier les principes comportementaux qui permettent de modifier ces déterminants, de sorte à modifier le comportement en conséquence. Une fois les principes comportementaux identifiés, les techniques du changement comportemental adaptées peuvent être sélectionnées (à l'aide du site scientifique The Theory and Techniques Tool; (Carey et al., 2019)) et intégrées au modèle.



Nous présentons un exemple de ce modèle appliqué au comportement de bienveillance envers soi à la page suivante (voir Figure 3, ABDC). Ce comportement peut être précisé en sous-comportements : *Je prends soin de mon corps* (Bienveillance physique) ; *Je prends soin de mon esprit et de mes émotions* (Bienveillance émotionnelle) ; *Je prends soin de mes relations sociales* (Bienveillance sociale) ; et *Je donne du sens à ma vie* (Bienveillance spirituelle). Le modèle intégré du comportement nous a permis d'identifier les déterminants psychologiques principaux de ces comportements, à savoir les connaissances, l'attitude (incluant la norme descriptive), et le sentiment d'auto-efficacité. Chaque sous-comportement est ainsi prédit par chacun de ces trois déterminants (attitude envers la bienveillance physique, attitude envers la bienveillance émotionnelle, attitude envers la bienveillance sociale, et attitude envers la bienveillance spirituelle; et de même pour les connaissances et l'auto-efficacité). Ensuite, chaque déterminant peut être lui-même divisé en sous-déterminants : par exemple l'attitude est composée de l'évaluation de la personne elle-même (*J'apprécie les comportements de bienveillance physique / émotionnelle / sociale / spirituelle*), et de la norme descriptive perçue quant à l'appréciation des autres personnes (*La plupart des gens apprécient les comportement de bienveillance physique / émotionnelle / sociale / spirituelle*). Durant la mise en œuvre du projet, nous appliquerons ce même modèle aux comportements de recherche d'aide, et de soutien social à autrui.

Nous précisons ensuite les principes du changement comportemental qui sont efficaces pour influencer chacun de ces déterminants. Par exemple, la littérature scientifique (Carey et al., 2019) nous apprend que l'attitude envers un comportement de santé peut être modifiée en *fournissant des informations sur les conséquences en matière de santé* du comportement visé, en s'assurant que ces informations proviennent d'une *source crédible*, et en conseillant l'identification et la comparaison *des avantages et des inconvénients* de l'adoption du comportement. Nous détaillons ensuite les conditions nécessaires et le mode d'application de ces principes. Tout sera mis en place sur un site internet mais de façon différente selon le principe : informations théoriques, informations pratiques, exercices pratiques, images ou vidéos.

Questions de recherche

Faisant suite au projet initial de minds, nous testons dans ce nouveau projet l'efficacité d'une intervention visant à augmenter la littératie en santé mentale. Cette augmentation de la LSM devrait, selon la littérature présentée ci-dessus, se traduire par une augmentation de l'adoption des comportements promoteurs d'une bonne santé mentale, qui devrait, à son tour, mener à un meilleur état de santé mentale.

Notre variable d'intérêt principale, dont nous cherchons à augmenter le niveau, est donc la littératie en santé mentale. Nos variables secondaires sont l'adoption des comportements promoteurs, et la santé mentale. Comme nous postulons que l'augmentation de la littératie mènera à terme à une augmentation de l'adoption des CPBMS et du niveau de santé mentale, une méthodologie longitudinale est nécessaire pour permettre de tester cette hypothèse. De plus, cela permettra également de vérifier si les effets de notre intervention se maintiennent à moyen et à long terme. Nous présentons les questions directrices dans le Tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1. Question de recherche, questions directrices et méthodes proposées

Question de recherche	Questions directrices	Méthodes
Comment augmenter la littératie en santé mentale et ainsi augmenter l'adoption de comportements promoteurs d'une bonne santé mentale, et, en conséquence, la santé mentale ?	1. Une intervention en ligne permet-elle d'augmenter la littératie ? 2. Une intervention en ligne favorise-t-elle l'adoption des comportements promoteurs, à travers l'augmentation de la littératie ? 3. Une intervention en ligne favorise-t-elle une bonne santé mentale à travers l'adoption de comportements promoteurs ? 4. L'effet de l'intervention perdure-t-il 6 mois après ? 5. L'effet de l'intervention perdure-t-il 12 mois après ?	Étude longitudinale avec intervention en ligne

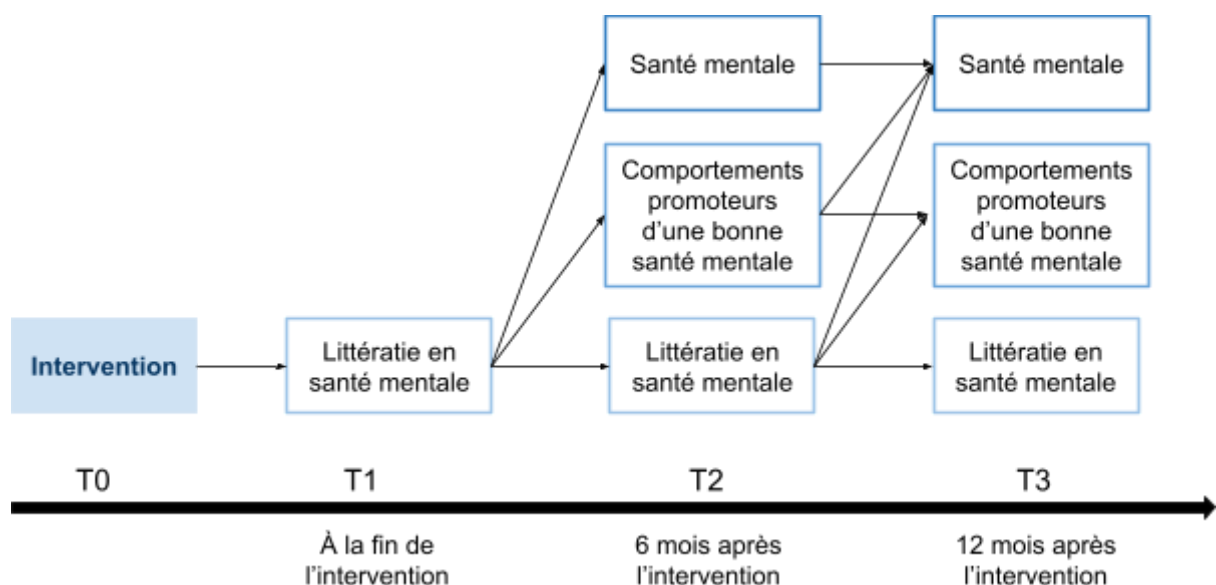
Cadre méthodologique

Nous souhaitons tester l'efficacité de notre intervention à l'aide d'une étude contrôlée randomisée, à deux conditions expérimentales, avec une dimension longitudinale (mesures post-tests à six et à douze mois). Nous présentons ici la méthodologie de l'étude, y compris le plan expérimental, le recrutement des participant.e.s, la procédure expérimentale, et le plan d'analyse des données et de dissémination et utilisation des résultats.

Plan expérimental

L'étude contrôlée randomisée sera composée de deux conditions : une condition expérimentale dans laquelle les participant.e.s recevront l'intervention, et une condition contrôle dans laquelle les participant.e.s ne recevront pas l'intervention. Ceci nous permettra ainsi d'estimer avec précision les effets de l'intervention. Le contenu de l'intervention sera mis à disposition des participant.e.s dans la condition contrôle à la fin de l'étude pour leur bénéfice personnel (de sorte qu'eux aussi puissent bénéficier d'une augmentation dans leur littératie en santé mentale).

L'étude contrôlée randomisée sera conduite longitudinalement : nous prendrons des mesures avant le début de l'intervention, qui serviront de référentiel de base (T0). Ensuite nous prendrons des mesures tout de suite à la fin de l'intervention (T1), puis 6 mois après (T2), et finalement 12 mois après (T3). Ceci nous permettra d'estimer l'impact dans le temps de notre intervention, et notamment l'impact de l'augmentation en LSM attendue sur les autres variables (comportements promoteurs et santé mentale).



Participant.e.s

L'étude comprendra un minimum de 300 participant.e.s, soit 150 par condition. Il est courant qu'une partie des participant.e.s quitte l'étude avant sa fin (un phénomène appelé attrition). Le plan longitudinal de notre étude augmente ce risque, nous pouvons donc nous attendre à perdre jusqu'à 50% de l'effectif entre le début et la fin de l'étude. Afin de garantir

suffisamment de puissance statistique, il est donc important d'inclure un nombre suffisant de participants au début de l'étude.

Le recrutement se fera d'une part auprès de la communauté de minds directement (appel à volontaires via notre site internet et nos réseaux sociaux), et d'autre part au travers de partenariats avec des associations genevoises en lien avec des usagers. Les participant.e.s signeront un formulaire de consentement à la participation à la recherche et à l'utilisation de leurs données personnelles (complètement anonymisées).

Contenu de l'intervention

Le contenu de l'intervention provient directement du projet initial de minds sur les comportements promoteurs de la santé mentale. La recherche de littérature, l'enquête qualitative, les entretiens avec les professionnels du réseau et l'enquête quantitative ont permis d'identifier les comportements promoteurs qui sont efficaces pour promouvoir sa santé mentale et celles des autres. À travers cette recherche, nous avons élaboré une véritable base de savoirs sur la nature de ces comportements, leurs déterminants, ainsi que leur impact sur la santé mentale.

À partir de ces savoirs, nous souhaitons réaliser un site internet éducatif et interactif sur les comportements promoteurs d'une bonne santé mentale. Le site sera construit en suivant le modèle d'intervention présenté ci-dessus, et en appliquant les principes du changement comportemental pertinents pour chaque comportement. Le site présentera des informations, des exercices, et des contenus médias de sorte à agir sur les déterminants de l'adoption d'un comportement, tels qu'identifiés dans le projet initial. Ces contenus seront détaillés et étayés de sorte à ce qu'ils soient accessibles pour des personnes sans connaissances particulières. Les informations seront présentées de façon ludique, simple et vulgarisée, notamment grâce à un web design étudié et à des illustrations réalisées exclusivement pour ce site, tout en étant détaillées et étayées à l'aide des études scientifiques et données probantes. Le site sera structuré en quatre sections : la santé mentale et ses déterminants ; les comportements de bienveillance envers soi ; les comportements de recherche d'aide ; et finalement les comportements de soutien à autrui.

Procédure expérimentale

Avant le début de l'intervention, les participant.e.s signeront un formulaire de consentement à la participation à l'étude et à l'utilisation de leurs données. Ensuite ils et elles rempliront une batterie de questionnaires qui serviront de référentiels de base (voir Outils de mesure ci-dessous).

L'intervention aura lieu entièrement à distance (en ligne et par sms) et durera quatre semaines. Les participant.e.s seront aléatoirement réparti.e.s dans les deux conditions expérimentales. Dans la condition *Intervention*, les participant.e.s seront invité.e.s chaque semaine à se rendre sur une partie différente du site. Les expérimentatrices enverrons chaque semaine un SMS à chaque participant.e, pour les inviter à se rendre sur la section du site dédiée. Des rappels seront envoyés aux participant.e.s qui ne se seront pas rendu.e.s sur le site dans les 48 heures. Les participant.e.s se rendront sur le site quand ils ou elles le souhaitent dans la semaine et pourront passer autant de temps que souhaité à parcourir la

section du site de la semaine. A la fin de la navigation, une fenêtre pop-up apparaîtra leur demandant de répondre à 4 questions courtes (voir Outils de mesure ci-dessous).

Dans la condition *Contrôle*, les participant.e.s recevront également un SMS chaque semaine les invitant à se rendre sur d'autres parties du site de minds, en lien avec la santé mentale mais non avec la littératie en santé mentale (e.g. les Dossiers de minds).

À la fin des quatre semaines, tou.te.s les participant.e.s répondront à une batterie de questionnaires. Ils et elles seront contacté.e.s par SMS et, si nécessaire, par téléphone six mois après et douze mois après l'intervention et invité.e.s à répondre de nouveau à une batterie de questionnaires (voir Outils de mesure ci-dessous).

Après la dernière mesure douze mois après, tou.te.s les participant.e.s de la condition *Contrôle* (y compris les personnes qui auront éventuellement abandonné l'étude en cours dans les deux conditions) recevront un lien vers le site internet complet utilisé dans la condition *Intervention*.

Outils de mesure

L'étude comprendra une série de mesures visant à évaluer le niveau de littératie en santé mentale, d'adoption des comportements promoteurs d'une bonne santé mentale, et de santé mentale des participants à différents moments dans le temps. Avant l'intervention, les participants rempliront une batterie d'échelles qui serviront de base de référence (T0). Les participants rempliront à nouveau cette batterie d'échelle à la fin de l'intervention (T1), six mois après l'intervention (T2), et 12 mois après l'intervention (T3). Durant l'intervention même, les participants rempliront une version courte des mesures d'adoption des comportements promoteurs et de santé mentale.

Littératie en santé mentale

Dans le cadre du projet de recherche initial, nous créons et validons une échelle de littératie en santé mentale en français. Cette échelle est organisée en trois dimensions : connaissances, croyances (c'est-à-dire stigma), et ressources (c'est-à-dire compétences) envers chacun des trois types de comportements promoteurs et envers la santé mentale en générale. Les participants indiqueront leur degré d'accord avec les affirmations sur une échelle en 6 points allant de *Pas du tout d'accord* à *Complètement d'accord*.

Comportements promoteurs d'une bonne santé mentale

Comme aucune échelle permettant de mesurer les comportements promoteurs d'une bonne santé mentale n'existait dans la littérature, nous avons développé notre propre échelle dans le cadre du projet de recherche initial. Cette échelle mesure l'adoption de comportements promoteurs d'une bonne santé mentale et est organisée en fonction des trois dimensions théoriques identifiées : Bienveillance envers soi (15 items), Recherche d'aide (12 items), et Soutien social à autrui (12 items). Notre échelle présente d'excellentes caractéristiques psychométriques, y compris une excellente fiabilité interne et une bonne association avec la santé et la souffrance mentale.

Pour la version courte présentée en pop-up durant l'intervention, nous demandons aux participant.e.s si, au cours des 7 derniers jours, ils et elles ont pris soin d'eux/d'elles, recherché de l'aide, ou soutenu quelqu'un de leur entourage. Les participant.e.s répondront sur une échelle en 6 points allant de *Jamais* à *Très fréquemment*.

Santé mentale

Pour mesurer la santé mentale elle-même en nous basant sur le modèle bidimensionnel de la santé mentale, nous utiliserons des échelles mesurant la *santé mentale* d'une part, et la *souffrance mentale* d'autre part. Pour mesurer la souffrance mentale, nous utiliserons une échelle standardisée, la K6. Cette échelle est une méthode validée de dépistage pour les troubles psychiatriques sévères en 6 items (Kessler et al., 2003, 2010). Pour mesurer la santé mentale, nous utiliserons la Mental Health Continuum Scale - Short Form (Keyes, 2007; Keyes & Simoes, 2012). Cette échelle contient 14 items et mesure des symptômes de santé mentale en trois dimensions (bien-être émotionnel, psychologique et social).

Pour la version courte présentée en pop-up durant l'intervention, nous demandons aux participant.e.s d'indiquer si au cours des 7 derniers jours, ils se sont sentis bien et de bonne humeur. Les participant.e.s répondront sur une échelle en 6 points allant de *Jamais* à *Tout le temps*.

Données socio-démographiques

Nous mesurerons également une série de données socio-démographiques, suivant la littérature scientifique concernant les facteurs déterminants de la santé mentale. Ces derniers incluent notamment : le genre, l'âge, le niveau d'éducation, le revenu, la situation financière, ou encore le statut d'immigration.

Récolte et analyse des données

Nous récolterons les données à l'aide du logiciel d'enquête en ligne Qualtrics, et les analyserons à l'aide du logiciel statistique open source R. Les analyses consisteront principalement en des régressions linéaires multiples et des équations structurelles.

Hypothèses opérationnelles

Avant l'intervention, les participant.es dans les deux groupes expérimentaux devraient avoir des niveaux équivalents de littératie en santé mentale, d'adoption des comportements promoteurs, et de santé mentale. En revanche, au T1 (tout de suite après l'intervention), nous faisons l'hypothèse que les participant.es du groupe *Intervention* aient des niveaux de littératie en santé mentale plus élevés que les participant.es du groupe *Contrôle*. Cette différence devrait se maintenir 6 mois après, et 12 mois après. De plus, nous nous attendons à ce que, 6 mois après, le groupe *Intervention* ait également un niveau plus élevé d'adoption des comportements promoteurs et de santé mentale. Ces différences devraient également se maintenir 12 mois après. L'intervention sera jugée efficace si nos analyses confirment ces hypothèses.

Applications et dissémination

Une fois cette étude terminée et si les résultats confirment l'efficacité de notre intervention pour augmenter la littératie en santé mentale, nous voyons de nombreuses applications potentielles de ce contenu. Tout d'abord, la partie du site présentant ce contenu pourra être ouverte au public. Cette ouverture ira de pair avec une importante communication dans la communauté de minds et auprès de nos partenaires du réseau.

Les interventions en ligne comme celle-ci présentent l'avantage qu'elles sont faciles d'accès et gratuites, et peuvent ainsi permettre de réduire les inégalités en santé (Donker et al., 2009). Une limite de ces interventions est qu'elles requièrent une certaine littératie web ; pour pallier à cette limite, nous envisageons plusieurs déclinaisons de ce contenu sous d'autres formes, permettant d'atteindre d'autres publics. Par exemple, une brochure papier pourrait permettre à des personnes moins éduquées ou plus âgées de prendre connaissance de ce contenu. De même, une application smartphone pourrait attirer un public plus jeune. La littérature scientifique a en effet montré que des interventions écologiques momentanées (IEM), c'est-à-dire dispensées au cours de la vie quotidienne des personnes par le biais de smartphones, sont efficaces pour diminuer les symptômes négatifs de souffrance mentale et pour augmenter les symptômes positifs de santé mentale (Versluis et al., 2016).

Finalement, une intervention efficace pour augmenter la littératie en santé mentale sera susceptible d'intéresser la communauté scientifique internationale. Il s'agirait en effet d'une contribution importante à la littérature scientifique sur la promotion de la santé mentale. Nous écrirons donc plusieurs articles scientifiques que nous soumettrons à des revues à comité de lecture.

Conclusion

Ce projet vise au développement et au test empirique de l'efficacité d'une intervention de promotion de la santé mentale. Cette intervention a pour but d'augmenter le niveau de littératie en santé mentale des personnes, postulant qu'une plus haute littératie mènera à une plus haute adoption de comportements promoteurs d'une bonne santé mentale, résultant dans une meilleure santé mentale. Cette intervention prendra la forme d'un site internet fournissant des informations aux usagères et usagers permettant d'augmenter leurs connaissances, compétences et attitudes en matière de promotion de leur propre santé mentale et de celle des autres. Une fois son efficacité démontrée, cette intervention sera mise à disposition du plus grand nombre afin de promouvoir la santé mentale de toute la population genevoise.

Aperçu du calendrier

Agir pour la santé mentale

Phase		Détails		2022								2023								2024								2025																		
Étapes du projet :				mai	juin	juil.	août	sept.	oct.	nov.	déc.	jan.	févr.	mars	avr.	mai	juin	juil.	août	sept.	oct.	nov.	déc.	jan.	févr.	mars	avr.	mai	juin	juil.	août	sept.	oct.	nov.	déc.	jan.	févr.	mars	avr.							
1	Gestion administrative	Gestion du personnel																																												
		Obtention de l'approbation éthique																																												
		Gestion des participants																																												
2	Développement de l'intervention	Préparation du contenu																																												
		Design																																												
		Développement des mesures																																												
3	Intervention																																													
4	Mesures	Mesure T0 (avant l'intervention)																																												
		Mesure T1 (pendant/après l'intervention)																																												
		Mesure T2 (6 mois après l'intervention)																																												
		Mesure T3 (12 mois après l'intervention)																																												
5	Analyses et écriture	Rapport T0 (avant l'intervention)																																												
		Rapport T1 (après l'intervention)																																												
		Rapport T2 (6 mois après l'intervention)																																												
		Rapport T3 (12 mois après l'intervention)																																												
6	Diffusion	Ouverture du site à tous																																												
		Adaptation en format brochure																																												
		Traductions																																												
		Communication des résultats																																												