



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'EMPLOI,
DE LA COHESION SOCIALE
ET DU LOGEMENT

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS

DIRECTION RÉGIONALE
DES AFFAIRES SANITAIRES
ET SOCIALES DE BRETAGNE

PROGRAMME RÉGIONAL DE SANTÉ
Prévenir le suicide en Bretagne
2004 - 2008

LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE EN BRETAGNE

Document de cadrage

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
1. TERMINOLOGIE ET REFERENTS THEORIQUES.....	6
1.1. LES QUESTIONS DE TERMINOLOGIE.....	6
1.1.1. <i>Santé mentale : une notion polysémique.....</i>	6
1.1.2. <i>Santé mentale et suicide : deux terminologies sensibles.....</i>	7
1.2. LES REFERENCES THEORIQUES DES PROGRAMMES.....	9
1.2.1. <i>Les déterminants locaux.....</i>	9
1.2.2. <i>Les déterminants nationaux et internationaux.....</i>	10
2. LE CHAMP D'INTERVENTION.....	12
2.1. UNE APPROCHE EDUCATIVE.....	12
2.2. UNE APPROCHE COMMUNAUTAIRE.....	14
3. MISSIONS, RESPONSABILITES ET COMPETENCES DES ACTEURS.....	17
3.1. POPULATIONS ET DEONTOLOGIE.....	17
3.2. LES ACTEURS INSTITUTIONNELS.....	18
3.3. LES PROFESSIONNELS DE TERRAIN.....	19
3.4. LES DECIDEURS.....	21
4. UNE REVUE DE LA LITTERATURE CONFRONTEE AU CONTEXTE LOCAL ET LES PROPOSITIONS QUI S'EN DEGAGENT.....	23
4.1. DES PERSPECTIVES POUR LES PROGRAMMES A ELABORER.....	24
4.1.1. <i>Les principes généraux.....</i>	24
4.1.2. <i>La démarche.....</i>	24
4.1.3. <i>Les activités.....</i>	24
4.2. DES PROPOSITIONS POUR LES STRATEGIES A DEVELOPPER.....	25
4.2.1. <i>Recentrer les actions.....</i>	25
4.2.2. <i>Renforcer les compétences.....</i>	25
4.2.3. <i>Responsabiliser chaque acteur.....</i>	26
4.2.4. <i>Favoriser l'expérimentation.....</i>	27
BIBLIOGRAPHIE SELECTIVE.....	29
ANNEXES.....	32
SYNTHESE DES ENTRETIENS AUPRES DES DECIDEURS	
SYNTHESE DES ENTRETIENS AUPRES DES PROMOTEURS DE TERRAIN	

INTRODUCTION

LE CONTEXTE

Le présent document tente de répondre à l'un des objectifs du Programme Régional de Santé « *Prévenir le suicide en Bretagne 2004-2008* »¹, « *Renforcer les compétences psychosociales et les facteurs de protection des individus* ». Dans ce cadre, une première action est inscrite qui vise à « *documenter, analyser, modéliser les expériences de promotion de la santé mentale* » afin « *d'établir des critères de définition et de qualité de ce type d'action, puis d'élaborer des recommandations, voire une modélisation utile pour les promoteurs de ce type d'action* ». Parallèlement le « *Programme régional d'accès à la prévention et aux soins en Bretagne PRAPS 2 – 2003 – 2006* »² incite au développement de la promotion de la santé mentale en faveur des personnes en situation de précarité. Ce document peut y contribuer en proposant un cadre adapté au contexte de la Bretagne.

LA DEMARCHE

Un comité de pilotage³ réunissant décideurs et professionnels de terrain des champs sanitaire, social et éducatif de la Bretagne s'est associé à l'élaboration de la démarche et à la validation des résultats obtenus à chaque étape du processus afin de répondre au plus près aux attentes et besoins spécifiques à la région.

La méthode adoptée pour mener à bien cette étude reflète cette même préoccupation : décideurs puis promoteurs d'actions de la région, au plus proche du terrain, sont consultés sur leurs « *critères de définition et de qualité* » d'une action en promotion de la santé mentale, sur les difficultés et freins qu'ils identifient, sur les attentes et besoins qu'ils peuvent formuler en la matière.

Parallèlement, une revue de la littérature nationale et internationale est programmée qui doit permettre d'identifier les cadres conceptuels de la promotion de la santé mentale ainsi que les stratégies préconisées, elles-mêmes mises à l'épreuve des pratiques telles qu'elles apparaissent au sein des écrits.⁴

¹ Programme régional de santé : Prévenir le suicide en Bretagne 2004-2008 / DRASS Bretagne, URCAM Bretagne, Mars 2004. p. 71.

² Programme régional d'accès à la prévention et aux soins en Bretagne PRAPS 2 – 2003 – 2006 / Directions régionale et départementales des affaires sanitaires et sociales de Bretagne. Rennes, Juillet 2003. p. 37.

³ Composition du groupe de pilotage en annexe

⁴ Bibliographie en annexe : La bibliographie ainsi élaborée recèle trois types de documents. Un premier type recouvre les textes de références. Sont caractérisés comme tels les documents validés par des instances reconnues aux échelles nationales ou internationales, par exemple l'Organisation mondiale de la santé, l'Institut national de santé publique du Québec, ou en France, le Ministère français délégué à la santé, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale. Le travail de cadrage théorique réalisé par le Comité technique régional du Programme de prévention du suicide de Bretagne est également considéré comme tel. En deuxième lieu, ont été colligés des ouvrages rédigés par des auteurs reconnus dans le champ de la promotion de la santé mentale, notamment du fait de leur appartenance à des organismes dont la légitimité institutionnelle est acquise. Il peut s'agir d'universitaires ou de collectifs de chercheurs mais également de professionnels de la promotion de la santé mentale dont les carrières, les

LES ENTRETIENS

Deux séries d'entretiens ont été menées. Des décideurs⁵ de quatre institutions d'échelons départemental et / ou régional ont défini les critères et principes d'actions qui, selon eux, qualifient une action de promotion de la santé mentale. Leur contribution porte par ailleurs sur leurs attentes en la matière, les difficultés et freins qu'ils identifient pour le développement des actions de promotion de la santé mentale. Enfin, les rencontres ont permis d'identifier des actions de promotion de la santé mentale qui, selon eux, relèvent de la promotion de la santé mentale.

Sur la base des dossiers de demande de subvention correspondant aux projets cités, une sélection de huit actions a été opérée dont les promoteurs ont été sollicités pour entretien. Le choix des promoteurs⁶ à rencontrer a reposé sur la diversité des critères suivants : répartition géographique, public destinataire de l'action, porteur du projet, axe d'intervention. Les entretiens ont conduit les promoteurs à décrire leur action et ses caractéristiques en tant qu'action de promotion de la santé mentale. Chacun d'eux a été interrogé sur le processus d'élaboration du projet et les éléments qui lui semblent indispensables pour intervenir dans ce champ. Les éléments sur lesquels le projet a agi et ses limites – quand il n'a pas atteint les objectifs visés – ont été détaillés au cours de la rencontre. Enfin, chaque acteur de terrain a défini les rôles et limites de sa mission, les difficultés qu'il a rencontrées au cours de son projet de promotion de la santé mentale, ses besoins et attentes en la matière.

LE DOCUMENT DE CADRAGE

La confrontation des trois analyses, réalisée à l'issue des entretiens menés auprès des décideurs et acteurs et de la revue de littérature, fait l'objet du texte qui suit. Celui-ci devrait constituer une base de travail afin que décideurs et acteurs s'entendent sur les types d'actions à développer en Bretagne dans le champ de la promotion de la santé mentale.

Les éléments entre crochets renvoient à la source exploitée, dont la référence figure dans la bibliographie fournie en annexe.

LA PROBLEMATIQUE

La promotion de la santé mentale soulève des questions de terminologie. En effet, le peu de références auxquelles peut renvoyer cette notion interroge très fortement. Derrière ce premier constat se dissimule nécessairement une méconnaissance du champ. En conséquence, il est légitime d'interroger plusieurs aspects

organismes éditeurs ou commanditaires attestent d'une reconnaissance. En troisième lieu, des écrits relatant des expériences ont été récolés, sélectionnés quand l'environnement institutionnel dans lequel ils ont été élaborés attestait du sérieux de leur démarche.

⁵ Liste des décideurs rencontrés et compte rendu des entretiens réalisés en annexe

⁶ Liste des promoteurs d'action de terrain rencontrés et compte rendu des entretiens réalisés en annexe

des projets menés en Bretagne dans le champ de la promotion de la santé mentale. Il est nécessaire d'identifier :

- Les représentations auxquelles renvoie cette terminologie et leur bien fondé ;
- Les théories sur lesquelles reposent les projets et leur pertinence puisqu'ils ne se réfèrent que rarement à la promotion de la santé mentale ;
- Les processus qui conduisent à l'élaboration des projets qui ne s'inscrivent pas explicitement dans les cadres de référence définis en région.

Seul l'examen de ces différents axes est susceptible d'indiquer comment les différents acteurs investissent le champ de la promotion de la santé mentale au service de la prévention du suicide en Bretagne. Seule cette étude peut permettre d'identifier le rôle qu'ils tiennent dans ce programme régional de santé publique et leurs contributions respectives.

Il est d'ores et déjà possible de s'interroger plus largement sur la synergie et la cohérence de programmes qui n'obéissent pas à un cahier des charges commun et formel. Parallèlement, la diversité des intervenants en promotion de la santé mentale, de leurs champs d'intervention et donc de leurs cadres de référence offrent des opportunités d'innovation, d'initiatives variées dont la richesse constitue un atout pour la Bretagne à la condition qu'ils fassent l'objet d'une évaluation et ainsi d'un partage des enseignements auxquels ils peuvent donner lieu. Tout l'enjeu du développement de la promotion de la santé mentale dans la région est donc probablement de trouver un juste équilibre entre ces deux options.

1. TERMINOLOGIE ET REFERENTS THEORIQUES

« Les clarifications conceptuelles visent à diminuer la confusion sémantique qui mine parfois la crédibilité de ce champ d'intervention et contribue ainsi à ralentir son développement. Des notions claires favorisent d'emblée des définitions de mandats et de responsabilités particulières, ce qui conduit à des actions précises ». [4, p. 3]

Décideurs et promoteurs d'actions interrogés proposent des approches différentes, parfois divergentes, de la promotion de la santé mentale. Deux aspects sont à envisager. D'une part, la terminologie même de « promotion de la santé mentale » renvoie à des notions différentes selon l'interlocuteur. D'autre part, quand il est question du champ propre de la promotion de la santé mentale, les stratégies et modalités d'intervention se révèlent diverses.

1.1. LES QUESTIONS DE TERMINOLOGIE

L'expression « Promotion de la santé mentale » fait écho à trois notions marquées de fortes représentations, dont les définitions respectives ouvrent nombre de questionnements ; il s'agit des notions « santé », « santé mentale » et « promotion de la santé ». Leur association pour caractériser un même champ d'intervention complexifie d'autant la compréhension que peuvent en avoir des décideurs et acteurs de terrain issus de secteurs d'activité aussi différents que le sanitaire, le social, l'éducatif.

Décideurs et acteurs de terrain marquent dans leur grande majorité quelque réserve à user de la terminologie « promotion de la santé mentale ». « Promotion de la santé » appartient largement au vocabulaire courant des décideurs, au contraire de certains acteurs de terrain rencontrés qui, pour une part d'entre eux, privilégient les termes « accompagnement santé », « atelier santé », « prévention », « éducation à [ou pour] la santé ». En revanche, la plupart des professionnels témoignent de leur réticence à employer le terme « santé mentale » qui tient à deux facteurs : leur propre représentation de ce concept ; leur idée de la représentation qu'en ont partenaires et public avec lesquels ils travaillent.

1.1.1. Santé mentale : une notion polysémique

Le concept de santé mentale appréhendé dans une approche circonscrite au champ de la promotion de la santé rompt avec le modèle forgé par la psychiatrie classique – orientée vers le traitement individuel des pathologies mentales – pour s'intégrer au domaine de la santé publique – élaborée au niveau d'une population dans une optique politique de renforcement des états « normaux ». [6, p. 6]

Cependant, dans une large mesure, la sphère du politique reste fortement marquée par la conception psychiatrique de la santé mentale. Ainsi, les textes législatifs français portant sur la santé mentale ne traitent-ils que des maladies psychiatriques [Pour un recensement des textes, cf. 6, pp. 107-113]. De la même manière, le

rapport publié en 2001 par l'OMS, exclusivement consacré à la question de la santé mentale, ne propose-t-il qu'une approche pathologique de cette notion [11].

Se référer à la promotion de la santé mentale, davantage émancipée du poids historique de la psychiatrie, n'assure pourtant pas d'une définition consensuelle de la santé mentale. Ce concept fait en effet appel à un jugement de valeur ; il dépend du système socioculturel de référence. Toutefois, des critères récurrents font état d'une conception de la santé mentale caractérisée par une multiplicité des facteurs et une dimension essentiellement subjective. Aussi F. Cloutier propose-t-il de « *renoncer à l'enfermer dans une formule unique, [...] d'en identifier les conditions et d'en arriver à une conception opérationnelle* ». [6, p. 16]

La santé mentale est toujours inscrite dans une conception globale de la santé, comme l'une de ses composantes aux côtés de la santé physique et de la santé sociale. [18, p. 30 ; 20, p. 10]

La référence faite à la définition de l'OMS est ainsi générale. La santé mentale n'est pas appréhendée uniquement comme absence de troubles mentaux. Sa dimension positive est rappelée telle qu'elle figure dans la Constitution de l'OMS : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Différents modèles – la psychologie positive, le développement social, le bien-être subjectif, la résilience, ... – aident à caractériser une « *bonne santé mentale* » qui permet « *à la personne de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté* ». [13, p. 1 ; 20, pp. 10-11 ; 6, pp. 31-33 ; 4, p. 23]

Il ne s'agit donc pas d'opposer les différentes conceptions de la santé mentale telles que définies dans les champs de la promotion de la santé mentale, de la psychologie et de la psychiatrie, chacune ayant sa pertinence au sein de son domaine d'intervention. L'approche globale et positive de la santé mentale définie par l'OMS est de ce point de vue révélatrice, qui ne permet pas de circonscrire les dispositions témoignant d'une bonne santé mentale. Mais là n'est pas son but ; son propos vise avant tout l'opérationnalité, comme le recommande F. Cloutier. [6, p. 17 ; 4, pp. 123-125]

1.1.2. Santé mentale et suicide : deux terminologies sensibles

Les questions d'ordre psychique, outre leur complexité – ou peut-être à cause d'elle –, véhiculent un ensemble de représentations sociales qui peuvent considérablement freiner la mise en œuvre de programmes dans ce domaine. [18, p. 63 ; 21, p. 5 ; 6, pp. 19-21 ; 12 ou 3]

La façon dont est reçu l'emploi de l'expression « santé mentale » est révélatrice de peurs, de stigmatisations, de hontes engendrées par l'incompréhension quant aux maladies mentales auxquelles la santé mentale est souvent associée. [6, p. 23]

Des connotations très négatives entourent le champ de la psychiatrie ; les modes d'étiquetage social conditionnent la reconnaissance ou non des difficultés mentales par les personnes elles-mêmes, par la société, par les professionnels.

Ces types de représentations constituent un frein considérable à une démarche de recherche d'aide en cas de détresse ou de maladie mentale. [2, p. 162 ; 24, p. 19 ; 6, pp. 23-27 ; 3, p. 58]

Un préalable à toute action en promotion de la santé mentale consiste donc à travailler à un langage commun au sein de la collectivité dans son ensemble qui réduise concomitamment les stigmates et les hontes attachées aux problèmes de santé mentale, qui mettent en avant les problèmes liés à la santé mentale. [21, p. 1 ; 9, pp. 10-11]

C'est ainsi qu'un programme communautaire de promotion de la santé mentale mené au Canada a dans un premier temps visé à développer dans la collectivité une meilleure compréhension du problème. Un travail avec la population a été proposé sur la douleur psychique à l'aide d'un outil faisant le parallèle avec la douleur physique. Les enfants, les jeunes, la communauté dans son ensemble ont ainsi appris à identifier les symptômes témoignant d'une douleur psychique avant qu'elle ne devienne intolérable et les moyens d'y répondre. [21, pp. 13-14]

La question précise du suicide présente un caractère plus problématique encore pour les jeunes, particulièrement vulnérables ; nombre d'entre eux n'associent en effet pas le suicide à un problème de santé mentale mais davantage à « *une réponse naturelle ou même héroïque au rejet* ». [18, pp. 52-54, 89]

C'est pourquoi certains programmes didactiques d'éducation générale sur le suicide qui l'associent simplement aux facteurs de stress de la vie quotidienne et non pas à des troubles psychosociaux ou psychiatriques engendrent des effets de banalisation du geste suicidaire. Ces programmes risquent également d'avoir des effets de contagion, les jeunes pouvant se reconnaître dans les cas présentés. [3, p. 181 ; 7, pp. 18, 23, 26-27]

Aussi, le Bureau européen de l'OMS recommande-t-il de « *ne mettre en œuvre aucune activité de sensibilisation à la réalité du suicide qui s'adresse à des groupes de jeunes dont on ne connaît pas individuellement l'état émotionnel, en raison des résultats préoccupants observés chez des jeunes vulnérables* ». Cette préconisation n'exclut toutefois pas la possibilité que le sujet du suicide soit discuté en classe en raison d'une actualité précise. [7, pp. 31-32]

Le rôle des médias est également reconnu comme prépondérant en promotion de la santé mentale. Le traitement qu'ils peuvent faire du suicide a toute son importance en évitant, d'une part le sensationnalisme, d'autre part une présentation séduisante du passage à l'acte. Leur contribution peut grandement participer aux changements de représentation sociale ayant trait au domaine de la santé mentale et du suicide. [11, p.75 ; 15, p. 6 ; 7, pp. 7-8]

Là encore, le Bureau européen de l'OMS encourage « *la sensibilisation des médias d'information sur l'impact du traitement journalistique des suicides* ». [7, pp. 30]

Aussi, la difficulté réside-t-elle dans un juste milieu à trouver entre dramatisation et banalisation qui peuvent provoquer respectivement fascination morbide ou rejet massif. [7, p. 27]

1.2. LES REFERENCES THEORIQUES DES PROGRAMMES

Elaborer des programmes qui visent à répondre à la multiplicité des facteurs intervenant dans l'état de santé mentale exige une connaissance des déterminants des problèmes de santé mentale ; cette maîtrise de la question permet de fonder des programmes cohérents depuis l'analyse des besoins, les objectifs formulés, les stratégies retenues, jusqu'aux méthodes d'action mises en œuvre. [16, p. 15 ; 7]

1.2.1. Les déterminants locaux

Les actions interrogées s'inscrivant explicitement dans le Programme régional de prévention du suicide sont peu nombreuses. En outre, des publics et des milieux de vie désignés comme prioritaires [11, p. 57] pour la prévention du suicide s'avèrent largement absents des actions menées sans que ce fait soit souligné par les décideurs. C'est le cas en 2004 pour le milieu du travail, en particulier en direction des agriculteurs exploitants [26, vol. 1, p. 32, 37] qui connaissent un taux de suicide bien supérieur à la moyenne nationale. Est à souligner la préoccupation dont fait état la Mutualité Sociale Agricole en la matière⁷. C'est également le cas pour les personnes âgées, dont les taux de suicide croissent plus vite en Bretagne avec l'âge [26, p. 32-33, 38-40]. Par ailleurs, les projets mis en œuvre se réfèrent aux constats réalisés sur le terrain mais rarement aux caractéristiques épidémiologiques et socioculturelles du suicide en Bretagne [26] et au cadre conceptuel de promotion de la santé mentale tel que défini en région [11]. Une remarque d'importance, cependant, relative à un acteur interrogé, impliqué dans un programme de recherche mené il y a plus d'une dizaine d'années : pour lui, seules les données issues de cette recherche font références.

Pourtant, un travail considérable a été réalisé en Bretagne sur ces différents aspects, associant de nombreux acteurs ; il propose les clés essentielles pour une planification des actions de promotion de la santé mentale cohérente et un choix pertinent des axes stratégiques, notamment en fonction du lieu d'intervention. Ainsi, les changements sociaux intervenus dans les campagnes bretonnes en matière de pratiques culturelles et religieuses, de représentations touchant à cet acte doivent-ils être pris en compte [26, vol. 1, pp. 47-52].

Un autre travail réalisé aborde notamment les facteurs de protection et de vulnérabilité sur lesquels peuvent agir les actions de prévention du suicide. Ils sont présentés sous forme de listes⁸ qui ne permettent toutefois pas

⁷ Une DDASS a fait état de la volonté de la MSA, depuis plusieurs années, d'élaborer un programme spécifique de prévention du suicide à destination de cette population. Après prise de renseignement auprès de l'organisme, le besoin se fait pressant ; toutefois, la MSA recherche un soutien méthodologique susceptible d'appuyer l'élaboration d'un tel projet.

⁸ Les facteurs de protection : une bonne santé physique ; des habitudes de vie saines ; une vision et des attentes réalistes ; des compétences sociales ; une occupation et un rôle valorisants ; une capacité d'engagement ; des relations familiales stables ; des relations de confiance avec les adultes ; un revenu suffisant ; un engagement spirituel ; le sentiment d'appartenir à un groupe ; l'accès aux ressources d'aide ; un environnement sécurisant.

d'élaborer une réflexion construite sur la manière d'articuler l'ensemble de ces facteurs et leur prise en compte dans une action de promotion de la santé mentale. [14, pp. 3-4]

1.2.2. *Les déterminants nationaux et internationaux*

La nature dynamique de la santé mentale, le processus constant d'adaptation que l'individu doit opérer sont affirmés de manière récurrente dans la littérature. Les différentes dimensions qui interviennent dans ce processus se retrouvent toujours mais avec plus ou moins de précisions, de complexité dans leur articulation et d'insistance pour l'une ou l'autre des composantes. Toute la complexité d'élaborer un schéma théorique articulant ces multiples éléments transparait. Cette étape est pourtant essentielle à la compréhension du phénomène et donc à la définition des objectifs, stratégies, méthodes envisageables en promotion de la santé mentale. [2, pp.5, 96-98 ; 20, p. 10 ; 24, pp. 13-14].

Les facteurs qui interagissent sur l'état de santé mentale sont multiples. Cette pluralité se retrouve assez globalement dans les documents mais leur catégorisation est variable, notamment dans leur niveau d'élaboration conceptuelle et d'articulation. Pour exemples :

- [2, pp. 5, 96-98 ; 4, p. 6]
 - Un axe biologique a trait aux composantes génétiques et physiologiques ;
 - Un axe psychologique met l'accent sur les aspects affectifs, cognitifs et relationnels en développement ;
 - Un axe contextuel fait référence non seulement à l'intégration de l'individu dans son environnement mais aussi à l'aménagement par la société globale des conditions qui facilitent le développement et le maintien du bien-être individuel et collectif.

Ce modèle replace les mécanismes d'interaction comme suit :

- Un premier niveau intègre le bagage génétique, la personnalité, les handicaps, les potentialités, les valeurs, les croyances, les aspirations de la personne ;
 - Un second niveau prend en compte les lieux de construction des rapports sociaux – la famille, l'école, le travail, la communauté proche, les lieux que la personne fréquente, où elle s'engage ;
 - Un troisième niveau envisage les lieux qui influencent ses activités et rôles – régime politique, système économique, institutions culturelles et sociales, politiques, législations, médias ;
 - Un quatrième niveau est constitué des valeurs, normes, idéologies d'une société ou communauté donnée.
- [3, pp. 177-178 ; 20, p. 10]
 - Des facteurs prédisposants rendent la personne vulnérable ;

Les facteurs de vulnérabilité correspondants : l'anonymat et l'isolement ; l'importance accordée à la performance et le perfectionnisme ; l'incertitude face à l'avenir ; l'éclatement de la structure familiale ; le sentiment de ne plus faire de projets collectifs ; se sentir mal dans son corps ; se sentir coupable de ce qui arrive à soi et aux autres ; la recherche de l'identité sexuelle ; les violences physiques et sexuelles ; le suicide d'un ami.

- Des facteurs déclenchants ou précipitants exacerbent le mal-être en déstabilisant et en entraînant dans une situation de désorganisation ;
 - Les facteurs contributifs augmentent la vulnérabilité en maintenant dans un cercle vicieux ;
 - Des facteurs de protection réduisent ou neutralisent l'impact des facteurs de risque et augmentent la capacité à trouver des solutions de rechange à la situation.
- [24, pp. 13-14]
- Des facteurs psychobiologiques : maladies mentales, 'styles cognitifs' tels que la pensée négative ou rigide et les difficultés à résoudre des problèmes, certains traits de tempérament ou de personnalité tels que l'hypersensibilité, le repli sur soi ou l'impulsivité ;
 - Des facteurs associés à l'histoire de vie : événements stressants dans l'enfance ;
 - Des facteurs situationnels : accessibilité aux méthodes d'automutilation ;
 - Des facteurs socioéconomiques : pauvreté individuelle et familiale ;
 - Le stress culturel, défini comme étant « *la perte de confiance chez les individus ou les groupes dans les moyens de comprendre la vie et l'existence (normes, valeurs et croyances) qui leur ont été enseignés par leur(s) culture(s) d'origine, et la détresse individuelle ou collective qui peut en résulter* ».

Ces éléments ont leur correspondance en termes de facteurs de protection qui peuvent agir pour diminuer le risque de suicide :

- Une grande compréhension de la valeur de la vie et de ce qu'elle signifie ;
- Une estime de soi individuelle et collective ; La croyance dans la survie et dans le coping ;
- Une peur du suicide et l'objection morale au suicide ;
- Les habiletés de faire face au stress, communiquer et résoudre des problèmes ;
- L'aide des pairs et de la famille ; Les responsabilités familiales ;
- Les réseaux d'entraide communautaire ; Le sentiment d'appartenance.

Ces quelques exemples font apparaître des disparités dans l'approche des facteurs de risque et de protection. Le fait même de les regrouper par catégories leur donne néanmoins davantage de sens ; leur articulation met ainsi en avant les multiples combinaisons dont ils peuvent faire l'objet. Ces dernières rendent au concept de santé mentale toute sa complexité. Au contraire, une simple liste prive les facteurs évoqués de leur caractère éminemment dialectique, leur accordant une importance uniquement intrinsèque et décontextualisée. L'accent mis sur les interactions entre les individus et leurs contextes de vie, sans nier les apports indispensables des approches individuelles, met en avant la nécessité d'accroître la capacité des collectivités à identifier et à analyser les facteurs qui favorisent ou compromettent la santé mentale de leurs membres. [4, pp. 5-9]

L'Association canadienne pour la santé mentale (1999) propose une définition accessible qui n'en prend pas moins en compte ces éléments : « *Le concept de promotion de la santé mentale sous-tend que la santé mentale de chaque individu est liée aux relations qu'il entretient avec les autres, aux facteurs environnementaux qui influencent son mode de vie et son milieu ainsi qu'au degré de contrôle qu'il exerce sur sa vie* ».

2. LE CHAMP D'INTERVENTION

Les questions de terminologie et de références théoriques difficilement appréhendées expliquent les difficultés que manifestent différents interlocuteurs rencontrés pour approcher le champ explicitement dénommé « promotion de la santé mentale ». Dès lors, des confusions émergent par amalgame des secteurs d'intervention, des thématiques traitées, des méthodes appliquées qui renvoient également au social, au sanitaire, à l'éducatif. Toutes ces dimensions apparaissent en conséquence inopérantes pour qualifier un champ de la promotion de la santé mentale dilué dans la démarche de promotion de la santé, voire de l'intervention sociale.

Ce constat conduit à poser deux questions fondamentales. D'une part, comment planifier un programme d'actions en promotion de la santé mentale cherchant à répondre à la problématique de santé publique du suicide si les actions n'ont pas à s'inscrire dans un quelconque Programme régional de santé puisque toujours globales ; concomitamment, quelle évaluation de la politique publique mise en place envisager si aucune référence n'est faite dans les actions à l'objet dont elle traite ? D'autre part, comment poursuivre en promotion de la santé un objectif de réduction du suicide sans l'énoncer ; le risque n'est-il pas dès lors d'assimiler la méthode d'action aux objectifs poursuivis, d'occulter les questions de santé publique pour lesquelles les actions sont mises en place ?

Une recension de la littérature traitant du sujet de la promotion de la santé mentale laisse pourtant entendre très clairement que ce champ d'intervention possède une identité propre, des objectifs, des stratégies, des méthodes caractérisables. Deux classifications sont repérables qui, notamment du fait qu'elles recourent à une conception de la santé mentale globale, multifactorielle, et dynamique, ne s'opposent pas fondamentalement. En revanche, leur confrontation éclaire ce que peut recéler de complexité une démarche en promotion de la santé mentale, particulièrement si les programmes souhaitent intégrer l'ensemble des facteurs de risque et de protection évoqués plus haut. [5, pp. 203-204]

Les deux classifications présentées ci-dessous affichent une volonté de prendre en compte les deux dimensions de la promotion de la santé, à savoir la personne et son environnement – milieu de vie, système de santé, politiques publiques [11 ; 13 ; 20 ; 21]. Elles orientent toutefois vers des choix d'intervention qui révèlent des conceptions différentes des place et rôle du citoyen au sein de la société.

2.1. UNE APPROCHE EDUCATIVE

Cette première classification présentée met l'accent sur le contexte qui entoure la question de la santé mentale. Trois niveaux de prévention sont définis en fonction du type de personnes concernées par les actions. Ils ont notamment le mérite, pour chacun d'eux, de permettre l'identification des professionnels qu'ils mobilisent [18, pp. 30-31 ; 11, p. 65 ; 24, p. 10 ; 15, p. 3] :

- La prévention primaire (ou protection spécifique) vise à réduire les risques suicidaires en améliorant la santé mentale de la population ;
La prévention non spécifique, ou promotion de la santé mentale, concerne les personnes sans difficulté particulière ;
La prévention primaire spécifique s'adresse aux personnes en situation de vulnérabilité ou de souffrance psychique ;
- La prévention secondaire (intervention précoce ou traitement) intervient auprès des individus possiblement suicidaires avant qu'ils ne se fassent du mal ou durant la crise suicidaire ;
- La prévention tertiaire (réadaptation ou post-intervention) s'adresse aux personnes ayant été affectées par des comportements suicidaires ainsi qu'à leur entourage.

La promotion de la santé mentale n'a, dans cette configuration, pas nécessairement pour origine un évènement particulier. [18, p. 32]

Elle ne se réfère donc pas systématiquement au suicide mais se centre davantage sur le mal-être et les problèmes qui peuvent en découler (prise de risque, dépendance, violence,...) et propose des orientations en cas de difficulté. Toutefois, une référence explicite à la souffrance psychique et au suicide est plus efficace dans le cas d'un besoin réel identifié en la matière, notamment au sein de lieux ou dispositifs fréquentés par une plus grande proportion de personnes en situation de mal-être. Cela suppose donc des stratégies et approches diversifiées et complémentaires garantes de plus d'efficacité. [18, pp. 51-52 ; 4, pp. 73-77 ; 11, p. 65 ; 15, p. 1-2]

Sous le vocable de « prévention primaire non spécifique », la promotion de la santé mentale est appréhendée dans son rôle de renforcement des capacités des personnes à affronter les évènements stressants et d'aide au développement de leurs facteurs de protection [11, p. 75]. Plus précisément, une définition consensuelle fondée sur les approches de l'OMS, de la Charte d'Ottawa, de la psychologie sociale, du cadre conceptuel de l'estime de soi et de la résilience peut être la suivante : « *Il s'agit d'aider chaque individu à développer les compétences, aptitudes, qualités, ressources qu'il a en lui, et qui lui permettent de jouer le rôle social qu'il a choisi, d'entretenir des relations harmonieuses avec ses semblables* » [22]. Plus concrètement encore, les actions développées dans ce cadre reposent sur le développement des compétences psychosociales et proposent un travail sur la résolution des conflits, la valorisation de l'estime de soi, l'apprentissage de la gestion du stress et des émotions et la prise de décision [18, p. 35 ; 14, pp. 2, 5 ; 12, p. 146 ; 3, pp. 124, 184]. Un document à destination des professionnels met l'accent sur la mise en place d'un travail privilégié sur le lien social qui permette à la personne d'exprimer ses difficultés, de s'ouvrir à d'autres approches, de (re)découvrir des compétences pour faire évoluer les comportements. [17, pp. 3, 6-7]

Les actions peuvent être, en la matière [14, p. 3-4] :

- Des temps d'échange sur le bien-être et le mal-être qui reposent sur l'expression personnelle et l'écoute des autres ;
- La mise en œuvre de projets collectifs où chacun identifie ses possibilités et difficultés personnelles et interpersonnelles ;

- La réalisation de productions faisant appel aux dimensions créatives et critiques.

D'autres stratégies sont également évoquées [15, p. 6-14] :

- Des campagnes publicitaires, des événements médiatiques dont l'efficacité est reconnue pour un changement des représentations sociales mais non en vue d'une modification des comportements ;
- La transmission de connaissances sur l'ampleur du suicide, sur les lieux d'aide ;
- L'éducation par les pairs et les activités citoyennes dans lesquelles des personnes s'impliquent au service d'autres personnes.

Cette première approche se caractérise par l'accent mis sur l'accompagnement des personnes pour le développement de leurs ressources propres en vue de renforcer leur santé mentale.

2.2. UNE APPROCHE COMMUNAUTAIRE

La seconde classification présentée ici envisage la question de la santé mentale du point de vue des populations en situation, dans un environnement donné, afin d'améliorer les conditions favorables à la santé mentale. [4, pp. 20-23, 78]

La classification CDC (G. Caplan. Principles of Preventive Psychiatry. New York, 1964) se positionne donc par rapport à trois types de population [16, pp. 32-33] :

- La prévention universelle auprès de l'ensemble de la population ;
- Les interventions sélectives auprès de groupes de populations qui présentent des facteurs de risque accrus ;
- Les interventions sur indication auprès de populations identifiées comme manifestant des signes ou symptômes associés à l'apparition de troubles mentaux.

Cette classification situe les interventions en promotion de la santé mentale au niveau du changement social grâce à un travail partenarial entre professionnels sanitaires et sociaux [12, p. 45], responsables administratifs et politiques, acteurs de la communauté. [6, p. 14 ; 4, pp. 81-82]

Les programmes sont dits mixtes s'ils comportent plus d'une catégorie d'intervention préventive – par exemple universelle et sélective – ou s'ils concernent plus d'un niveau dans le développement du problème de santé mentale – par exemple prévention et traitement. Ils sont généralement reconnus comme ayant les meilleurs effets. En s'adressant à l'ensemble de la communauté, ces programmes évitent la stigmatisation d'un groupe d'individus particuliers et permettent à la collectivité concernée de s'inscrire dans des perspectives plus larges de développement de la santé mentale pour toute la population ainsi que pour les plus vulnérables [2, p. 162 ; 3, p. 187 ; 4, pp. 24-25, 77 ; 24, pp. 10, 19 ; 12, p. 45]. En outre, un rapport de recherches évaluatives menées au Canada conclut que le fait de restreindre un programme de prévention du suicide à un seul secteur (l'école par exemple) ne reflète pas la réalité de l'expérience des personnes et va à l'encontre de différents domaines professionnels ; une approche plus intégrée et écologique est par conséquent requise [24, p. 16].

Ainsi, pour exemple, une intervention en promotion de la santé mentale suite à un suicide dans la communauté est conçue comme porteur de mobilisation de la population. Une fois les besoins immédiats pris en compte, un programme de promotion de la santé mentale prend tout son sens pour aider la collectivité à aller de l'avant et formuler des propositions dans le but de créer une communauté plus saine ; « *la postvention devient de la prévention* ». Les trois types de populations identifiées, dans la mesure où elles se côtoient dans une même communauté, sont toutes concernées par la promotion de la santé mentale et bénéficient donc concomitamment de stratégies d'interventions communes et variées dans le cadre d'un même projet. Le programme de promotion de la santé mentale aide les nombreuses « communautés » – par exemple, celles de l'école, des affaires, du judiciaire, du politique – à prendre conscience des compétences et connaissances qu'elles possèdent afin qu'elles les mettent au service de la promotion de la santé mentale et influent ainsi sur le changement [21, p. 5, 10, 16]. Le programme en promotion de la santé mentale s'inscrit simultanément dans le cadre de la prévention du suicide, de la souffrance psychique et s'ouvre, à partir d'une approche thématique, au développement des ressources et aptitudes de la communauté et des personnes en son sein, notamment dans une articulation étroite à la question du lien social [18, p. 39 ; 24, p. 24 ; 6, pp. 98-100 ; 3, p. 186 ; 7, p. 17].

Cette approche de la promotion de la santé mentale appuie donc ses interventions sur les réseaux de soutien social existants au sein des collectivités et crée de nouvelles relations accroissant le sentiment d'appartenance. Au regard d'autres actions de promotion de la santé, la promotion de la santé mentale se caractérise par un recours explicite aux concepts d'autonomie, de prise en charge de soi, d'autodétermination et de ressort psychologique [20, pp. 2-3 ; 24, pp. 18,19 ; 4, pp. XVI, 79]. L'approche communautaire se traduit par la mobilisation et la participation active de l'ensemble des citoyens à l'élaboration d'un projet toujours unique, souple structurellement et capable de renouvellement dans la détermination des besoins en matière de santé mentale, d'établissement des priorités, de solutions imaginées et mises en œuvre, d'évaluation des progrès obtenus [20, pp. 2-3, 6 ; 4, pp. 73-74, 78].

Pour reprendre le fil du programme évoqué plus haut, chacun dans ce projet, de la place qu'il occupe, apporte sa contribution : l'aide par des pairs choisis par les jeunes eux-mêmes par exemple, a été repéré comme un atout pour les jeunes qui confient plus aisément à leurs amis qu'à un adulte leurs difficultés en matière de santé mentale. Le programme qui évoque ce trait ne vise cependant en aucun cas à créer des bénévoles mais propose des moyens de repérer les « aidants naturels » et de leur offrir une formation à l'orientation. Le même programme offre à la police les moyens de mieux comprendre les questions qui gravitent autour de la santé mentale, de pouvoir orienter des parents vers les services sociaux adéquats, de mieux faire comprendre leurs missions à la communauté. Un partenariat officiel avec les médias, impliqués activement dans la solution, permet de communiquer plus adéquatement sur les questions de santé mentale, évitant notamment le sensationnalisme [21, pp.18, 24]. Un rapport, élaboré suite à une expérience, liste un certain nombre – non exhaustif – de représentants devant intégrer le groupe de coordination : des jeunes, des aînés, des responsables des soins, des professionnels de la santé, des services sociaux et de l'éducation, du gouvernement local. L'accent est particulièrement mis sur la collaboration entre les agences, avec les individus et la communauté, afin que les premières identifient rapidement et au mieux les besoins changeants des seconds et de la troisième. Ainsi, les

ressources institutionnelles peuvent-elles être mises au service d'une réponse coordonnée et optimale au service du projet porté par la communauté. [24, pp. 24, 30-31 ; 2, pp. 161-163 ; 4, p. 79 ; 20 ; p. 1]

La promotion de la santé mentale regroupe une vaste gamme d'activités communautaires permettant le renforcement des capacités des personnes, pour exemples [20, p. 6 ; 24, pp. 30-31 ; 7, p. 34] :

- Le développement de l'estime de soi chez l'enfant ;
- Du *conselling* de pairs où les jeunes sont formés à l'écoute et à l'orientation ;
- Des rencontres entre les personnes âgées et les enfants pour échanger récits et expériences ;
- Des apports de connaissances sur les facteurs de risque et de protection en santé mentale ;
- Des ateliers pour développer les habiletés parentales ;
- La collaboration entre intervenants communautaires en santé, travail social, éducation afin de renforcer l'intégration des services ;
- La formation en promotion de la santé mentale pour les travailleurs profanes et professionnels ;
- L'établissement de liens de communication afin de permettre aux membres de la communauté d'exprimer leurs préoccupations et leurs intérêts ;

Ces diverses activités ne manquent donc pas de porter une attention particulière aux réseaux liant les personnes, les organisations, les groupes, les collectivités concernés [20, chapitre 1 - p. 3]. Elles reposent également sur des actions d'éducation en santé qui visent le développement des « *habiletés de base nécessaires pour faire face à une variété de problèmes de santé et de problèmes sociaux* » en améliorant les capacités à faire face au stress et à la détresse émotionnelle, les aptitudes à résoudre des problèmes et des conflits, à la communication interpersonnelle. [24, p. 18-19]

Plusieurs rapports récents à l'échelle internationale recommandent aux instances officielles d'orienter les politiques de promotion de la santé mentale dans cette optique. Le Bureau européen de l'OMS préconise ainsi de concevoir et mettre en œuvre des systèmes de santé mentale complets, intégrés et efficaces, englobant la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation, les soins et la réinsertion sociale [5, Déclaration, p. 3]. Un avis scientifique publié au Québec incite également à « *soutenir la mise en œuvre de programmes à multiples composantes destinés à promouvoir la santé mentale* » et à « *mettre en œuvre les mesures visant le développement des habiletés d'adaptation et le soutien des familles et des communautés* ». [7, p. 29, 34]

Cette seconde classification insiste sur la dimension communautaire du projet en promotion de la santé mentale. Cette dimension correspond à la mobilisation et au développement des ressources existantes au sein de la collectivité concernée. Les ressources en question sont aussi bien celles des personnes quel que soit leur état de santé mentale, que celles des professionnels et institutions sur le territoire concerné.

La confrontation des deux approches présentées ci-dessus amène à penser que la seconde est plus aboutie dans sa volonté d'initier des programmes intégrés alors que, dans le même temps, toutes deux se réclament avec une égale force de la conception de la promotion de la santé telle que définie par la Charte d'Ottawa et réaffirmée par l'OMS. [11, pp. 100-103 ; 13 ; 20, pp. 10-11 ; 21, p. 3 ; 14, p. 5]

3. MISSIONS, RESPONSABILITES ET COMPETENCES DES ACTEURS

Décideurs et acteurs de terrain sont bien conscients des deux éléments qui ont conduit certains promoteurs à développer des programmes relevant de la deuxième classification. D'une part, le fait même d'intervenir dans les milieux de vie amène inévitablement à accompagner des publics mêlés, concernés par une prévention primaire spécifique ou non spécifique. D'autre part, les freins environnementaux à la promotion de la santé mentale sont repérés.

Certes ces deux aspects sont évoqués et s'ils interrogent, ils ne semblent pas le faire à la hauteur des enjeux qu'ils recèlent. Beaucoup d'attentes sont formulées en terme de temps et de financement à accorder à l'accompagnement des personnes, de connaissances des publics et thématiques de santé mentale, d'identification des relais et ressources mobilisables. En revanche, peu d'interrogations plus fondamentales de l'ordre de ses missions, de ses responsabilités propres sont soulevées, qui engagent pourtant de fortes questions en termes d'efficacité, d'éthique des programmes développés.

Les entretiens menés font la preuve de préoccupations en matière de santé mentale nées d'initiatives fort variables en terme d'échelle géographique – nationale, régionale, locale –, comme d'acteurs – politique, institutionnel, professionnel ou communautaire. Leur implication respective et leur degré de participation à la construction de la problématique publique sont fort inégaux ; ils ne préjugent pas non plus de la réelle mise en œuvre d'un programme d'action avec les moyens afférents.

3.1. POPULATIONS ET DEONTOLOGIE

Le questionnement relatif à la dimension environnementale est peu développé. C'est ainsi que la pertinence et la cohérence d'une action sur le volet éducatif sont rarement évalués à l'aune des conditions dans lesquelles vivent les personnes.

Dans la mise en œuvre, les interventions portant sur l'environnement sont majoritairement laissées à la discrétion du politique et de l'intervention publique. La responsabilité en la matière des différents acteurs impliqués dans les programmes n'est jamais évoquée, quand elle n'est pas niée. [18, p. 35 ; 15, p. 4]

L'implication, la valorisation, la reconnaissance, la responsabilisation sont autant de maîtres mots présidant aux actions menées avec les personnes. Toutefois, l'exigence quant au niveau d'implication de la population dans les projets de promotion de la santé mentale reste très inégale selon l'interlocuteur. La démarche engagée dans un programme québécois avec la communauté est issue d'un constat marquant, relevé dans d'autres champs d'intervention sociale : la professionnalisation de la fonction d'aide entraîne un discrédit des forces de la collectivité. Seuls les « professionnels » sont alors perçus comme ayant les compétences nécessaires pour proposer une aide ; le recours à la collectivité est disqualifié. Ce discrédit est d'autant plus fort que la santé mentale souffre d'une image négative. Cette même image, paradoxalement, dissuade les personnes – et plus

encore les jeunes – de faire appel à une aide professionnelle [21, p. 16]. C'est pourquoi l'implication active des familles, tant pour des raisons éthiques que sur la base d'arguments d'efficacité est par exemple requise [4, pp. XVII-XVIII]. L'ensemble des interlocuteurs interrogés plébiscite la participation des personnes comme une règle inébranlable. Le degré de participation est ensuite adapté aux possibilités laissées par les contraintes de tous ordres. Mais dès lors que cette participation est acquise, ni les modalités, ni les effets négatifs potentiels ne sont interrogés car nécessairement favorables à la santé mentale.

L'ensemble des stratégies de promotion de la santé mentale aboutissent finalement très souvent « à la responsabilisation unilatérale de l'individu aux prises avec le stress environnemental afin de lui apprendre la gestion » ; la mobilisation de l'environnement des personnes a généralement pour objectif principal le renforcement de ses facteurs de protection. Nombre de programmes intègrent ainsi la formation des professionnels afin qu'ils aident l'individu à acquérir de nouvelles compétences ; quand ils se centrent sur le développement des soutiens communautaires, il s'agit de pallier les déficits institutionnels et les dysfonctionnements sociétaux. [5, pp. 203-204 ; pour illustrations Cf. 20, p. 7 ; pp. 6, pp. 31-32]

Un document déjà évoqué, qui fait de la promotion de la santé mentale un travail prioritairement sur le lien social, affiche explicitement comme « *protagoniste principal, sinon exclusif* » de la prévention primaire du suicide « celui à qui s'adresse le sujet en souffrance psychique : parent et proche, collègue de travail, enseignant, bénévole, ... ». L'accent est donc mis sur la responsabilité individuelle dans la production des conditions d'un environnement accueillant, dans le maintien du lien social, dans le repérage des situations de souffrance, dans le passage de relais ; « *chaque citoyen peut participer au maintien du lien social, être en veille et trouver des relais* » [17, pp. 2, 4-5].

Enfin, l'approche élargie de la promotion de la santé mentale octroie aux programmes un caractère d'omniprésence « *dans la quotidienneté, voire l'intimité des individus* » qui risque de renforcer « *l'impérialisme de la santé sur la vie quotidienne de tout un chacun* », présente le danger d'un contrôle social, d'une ingérence des professionnels « *sur les faits et gestes de certaines communautés particulièrement exposées à des actions sanitaires et sociales* ». [4, pp. 119, 132]

La responsabilité des différents acteurs – politiques, institutionnels, professionnels – est alors grande ; leur vigilance respective est indispensable quant aux distances qui peuvent exister entre les bonnes intentions et les effets pervers qu'elles peuvent engendrer ; reste à déterminer de quel ordre est cette responsabilité.

3.2. LES ACTEURS INSTITUTIONNELS

Le vocable d' « acteurs institutionnels » recouvre ici les instances décisionnelles des dispositifs au sein desquels oeuvrent les professionnels de terrain. Les structures mènent des actions de promotion de la santé dès lors que ces actions trouvent une implication dans la réalisation de leur mission première. Le degré des difficultés d'ordre psychique identifiées conditionne le traitement qui en est fait ; lorsqu'elles ne relèvent pas de la prise en charge, la promotion de la santé mentale prend sa place dans la démarche globale du dispositif en question par un

accompagnement individuel et collectif. La promotion de la santé mentale ne constitue pas une approche à part mais est intégrée au dispositif global de la structure.

Les acteurs de terrain sont particulièrement conscients des responsabilités de l'institution au sein de laquelle ils travaillent. Son implication attendue dans un programme de promotion de la santé mentale est de plusieurs ordres : elle a un rôle moteur pour la mobilisation des professionnels ; elle apporte un appui financier ; elle est également garante des méthodes et compétences employées. Sa responsabilité est en outre grande dans la mise en cohérence des objectifs poursuivis par le projet et des facteurs environnementaux dont elle a la charge ou sur lesquels elle peut avoir quelque pouvoir.

La littérature est particulièrement éloquente quant à ce dernier axe ; lorsqu'elle mène un programme intégré, l'institution doit en effet s'interroger simultanément sur les moyens qu'elle se donne pour favoriser la santé mentale de ses usagers, pour repérer les personnes à risque, pour gérer un passage à l'acte auprès de la personne et de l'entourage [3, p. 37]. Promouvoir de manière cohérente la santé mentale de la population engage nécessairement, d'une part les professionnels à interroger leurs modes de relation au public, d'autre part l'institution à questionner la place qu'elle fait à ses usagers [18, pp. 40-41 ; 24, p. 18 ; 14, p. 4 ; 3, pp. 25, 45]. Un directeur d'établissement occupe une fonction importante en termes d'initiative, de pouvoir décisionnel et de mobilisation du personnel, trois composantes essentielles pour que prennent forme des actions concrètes et d'envergure dans une école – animation dans les classes, formation des enseignants, création de comités. L'évaluation d'un programme souligne l'importance de l'appui des dirigeants comme condition déterminante dans l'implantation du programme [3, p. 187 ; 7, p. 18].

Parallèlement, un directeur qui souhaite développer les facteurs de protection et l'amélioration de l'environnement peut se heurter à un personnel peu enthousiaste. Par exemple, en milieu scolaire, les enseignants peuvent être réticents à s'engager dans des actions visant à améliorer l'environnement scolaire, à tisser des liens avec la communauté et les parents car ce sont des tâches qui ne font pas partie de leurs responsabilités habituelles. La structure doit alors déployer plus d'efforts et de justifications pour initier des actions de prévention du suicide. Le manque d'argent, de ressources humaines et d'énergie empêche également la mise en place de programmes complets favorisant plusieurs approches telles que des activités de sensibilisation, l'amélioration des compétences personnelles et la modification de l'environnement. Dès lors, il est recommandé de ne pas trop exiger des membres du personnel, déjà souvent fortement investi dans ses missions. Pour éviter l'essoufflement du personnel, une planification réaliste tient compte de l'énergie et des ressources disponibles. [3, pp. 50-55, 138-141, 151-171 ; 7, p. 18]

3.3. LES PROFESSIONNELS DE TERRAIN

L'implication des professionnels des structures, et donc leur formation, l'accompagnement qui leur est proposé et leur degré d'implication, sont variables selon les programmes. Formation action, supervision, échanges de

pratiques constituent les trois formes que revêt le développement des compétences ; ils ne s'appliquent toutefois pas aux mêmes professionnels, selon la participation qui est la leur dans le programme. Cette diversité interroge les critères qui président au type d'implication retenu pour les professionnels au contact quotidien des publics concernés.

Aborder la question de la santé mentale suscite notamment la crainte chez certains professionnels d'aborder un sujet particulièrement sensible, donc plus facilement abordable par le biais du développement des ressources personnelles et d'une bonne santé mentale. Ces craintes entraînent également souvent des attentes en termes de solutions qui protégeront à coup sûr le professionnel de tout risque de passer à côté d'une souffrance psychique susceptible de conduire à un passage à l'acte chez une personne. Cette attente légitime vient néanmoins en contradiction avec la complexité des causalités ainsi qu'avec l'objectif d'actions qui visent généralement à interroger leur mode de relation à leur public. [18, p. 38 ; 14 , p. 4]

Le travail de développement des compétences psychosociales et de renforcement des facteurs de protection fait appel à des compétences éducatives ; les programmes de formation des professionnels éducatifs doivent donc intégrer ces aspects et permettre aux stagiaires de s'interroger sur la manière dont ils entrent en relation avec leur public. Ces formations ne peuvent toutefois faire l'économie d'apports sur le repérage et l'orientation dans la mesure où les populations concernées ne sont pas totalement homogènes quant à leur état de santé mentale ; dans la mesure également où la question constitue une préoccupation prégnante chez les professionnels. [18, pp. 31-32, 34, 39-40, 63 ; 12, p. 146-147 ; 24, p. 19 ; 14, p. 4]

Chaque professionnel n'en reste pas moins positionné par rapport à des compétences et un cadre d'intervention qui correspondent à ses missions spécifiques. Cela peut expliquer qu'un document à destination des professionnels souhaitant promouvoir la santé mentale des jeunes affirme que ce type de projet « *ne nécessite pas forcément la mise en œuvre d'actions très innovantes ou l'acquisition de compétences inédites* » [14, pp. 2, 5]. En plus de percevoir l'école comme un milieu propice à la prévention du suicide, il est généralement admis que tous les intervenants scolaires peuvent, à leur façon, contribuer à cette prévention, qu'il s'agisse des enseignants, des professeurs non enseignants, de la direction et de ses adjoints, des surveillants, de la secrétaire. [3, p. 154]

Les intervenants en promotion de la santé mentale ont aussi besoin d'établir une relation de confiance et de soutien avec les personnes concernées. Cela signifie qu'au-delà des compétences professionnelles indispensables, il se doit de manifester des qualités d'empathie. Pour ce faire, il lui est nécessaire de prendre conscience de l'écart entre ses propres valeurs et celles des personnes concernées, de prendre connaissance de ce que vivent les personnes et d'accepter de soutenir leur cheminement en respectant leurs valeurs propres. Cette acceptation exige de l'intervenant qu'il reconnaisse et utilise les ressources de l'individu mais également de son entourage, du milieu et qu'il mise sur les capacités des personnes à résoudre leurs propres difficultés. [2, pp. 163-164 ; 4, p. 80-84 ; 24, pp. 19, 25 ; 14, p. 5 ; 17, p. 3]

Aucun ouvrage, aucun acteur n'interroge toutefois les limites au respect de valeurs qui, par exemple, entravent l'émancipation ou admettent certaines formes de violence. [4, p. 129]

La première caractéristique des intervenants impliqués dans des programmes efficaces est leur compétence. Les programmes marquants ont démontré que la présence de personnel « *bien formé, bien soutenu, adéquatement rémunéré et supervisé est vitale à l'atteinte des objectifs* ». Qu'il s'agisse de personnel professionnel ou non professionnel, l'objectif est de développer les connaissances et habiletés nécessaires au déploiement de l'intervention. La formation, l'encadrement et la stabilité des personnes engagées constituent des atouts essentiels à la réussite des programmes. Un réseau de spécialistes doit pouvoir fournir un soutien technique aux intervenants engagés sur le terrain en assurant le transfert des connaissances. [4, pp. 80, 100]

3.4. LES DECIDEURS

En dépit des concertations mises en place entre financeurs, il existe un manque de lisibilité des décisions de financement, accentué dans le champ de la promotion de la santé mentale en raison de la complexité des facteurs intervenant dans l'état de santé mentale et donc des dispositifs susceptibles d'être sollicités. La réflexion que peuvent mener les financeurs sur la santé globale semble valider une dilution de la question de la santé mentale. L'absence d'objectif clairement affiché en la matière risque de pénaliser le développement d'une politique forte de prévention du suicide par des actions de promotion de la santé mentale.

Le développement d'actions de promotion de la santé mentale, malgré des mobilisations institutionnelles fortes à l'échelle de la région, reste à la discrétion des structures et de leur volonté propre. Les décideurs leur imputent une totale responsabilité et autonomie, dans le renforcement des conditions favorables à la santé mentale et à la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé mentale. Les décideurs se reconnaissent néanmoins deux missions en la matière : veiller à ce que chaque institution, chaque professionnel ne s'implique dans la promotion de la santé mentale qu'en fonction de ses missions et compétences spécifiques ; favoriser, de la place singulière occupée par chacune de ces entités, les articulations et complémentarités.

Le désengagement dans les préoccupations relevant des facteurs environnementaux laisse en friche tout un pan de la promotion de la santé mentale. Pourtant, quel autre acteur sociétal bénéficie de l'autorité suffisante pour assurer cette mission de mobilisation et d'incitation ?

Dès 1977, lors du deuxième colloque sur la santé mentale réunissant 250 travailleurs québécois de la santé mentale, émergeait déjà le constat de la nécessité de « *forcer l'intervention des corps publics* » à des fins de prévention efficace. [5, p. 208 ; 2, p.145]

Les instances politiques et administratives occupent une place essentielle dans la mise en œuvre d'une politique de promotion de la santé mentale. Elles seules ont le pouvoir d'inscrire les actions, comme les évaluations expriment la nécessité, dans la précocité, l'intensité et la continuité ; seuls un responsable, un organisme identifiés, garants politiquement et financièrement de la dynamique de développement de ce champ d'intervention ont les moyens de porter des programmes sur le long terme. [4, pp. 73-77, 97, 99]

Un même moteur reconnu doit se retrouver à l'échelle d'un programme local. Des mandats aussi formels et clairs doivent se retrouver au sein des structures centrales et locales impliquées afin d'assurer une intégration du programme, un plan d'actions planifiées pour répondre à des objectifs clairement énoncés par les différents partenaires, leur implication et responsabilités respectives, la disponibilité des ressources. [4, pp. 97-101]

4. UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE CONFRONTÉE AU CONTEXTE LOCAL ET LES PROPOSITIONS QUI S'EN DÉGAGENT

Deux constats essentiels se dégagent d'un examen de la littérature étudiée qui permettent d'adopter un regard distancié sur les éléments dégagés des entretiens menés auprès des acteurs de la promotion de la santé mentale en Bretagne.

Un premier concerne la question même que tente d'aborder la promotion de la santé mentale, particulièrement sensible et complexe. De ce fait, une démarche de promotion de la santé mentale exige que la problématique, les cadres de référence soient explicitement inscrits dans les programmes afin de pouvoir les fonder sur un socle de connaissances solide qui aide à définir des objectifs, des stratégies, des modalités d'intervention adéquats.

Un second constat concerne les typologies d'acteurs devant intégrer un programme en promotion de la santé mentale, leur degré d'implication et de responsabilité. La multiplicité des facteurs intervenant dans la santé mentale et la complexité de leur articulation demande à mobiliser l'ensemble d'une collectivité – populations, dispositifs, décideurs – afin de pouvoir mettre en constante adéquation besoins et ressources de chacune de ces trois composantes sociétales.

Ainsi, ces conditions conduisent-elles nécessairement la promotion de la santé mentale à s'orienter prioritairement sur des programmes intégrés qui, à partir d'une problématique de santé mentale, vont engager toute une collectivité dans la recherche et la mise en œuvre de solutions afin qu'elle s'inscrive durablement dans des perspectives de développement de ses ressources en matière de santé mentale.

Le constat majeur et récurrent évoqué par les acteurs rencontrés est la nette faiblesse de la mobilisation en promotion de la santé mentale alors même que diverses recommandations insistent sur la nécessité de son développement [11 ; 8]. Cette faiblesse concerne tant les professionnels que les dispositifs et la population. Les explications avancées par les interlocuteurs entretenus associent déficit de connaissance du champ de la promotion de la santé mentale, manque de visibilité de ce domaine d'intervention et faiblesse des ressources qui lui sont allouées. Une seconde explication réfère aux nombreuses actions pouvant relever de ce domaine mais inscrites dans d'autres champs de la promotion de la santé, voire du secteur social, du fait de la multiplicité des facteurs et manifestations de la souffrance psychique ; en ce cas, nombre d'actions de promotion de la santé mentale existent qui ne sont pas identifiées comme telles.

Au regard des conclusions tirées de la confrontation des pratiques des acteurs de la Bretagne et des apports de la littérature nationale et internationale, plusieurs propositions de développement de la promotion de la santé mentale en Bretagne sont susceptibles de mobiliser l'ensemble des acteurs concernés de la région.

4.1. DES PERSPECTIVES POUR LES PROGRAMMES A ELABORER

4.1.1. Les principes généraux

- Inscrire les actions de promotion de la santé mentale dans le programme régional de prévention du suicide
- Prendre en compte les populations et milieux de vie prioritaires en Bretagne, particulièrement personnes âgées et milieu du travail, exploitants agricoles et milieu rural
- Intervenir dans les différents milieux de vie d'une même population
- Prendre en compte la multiplicité des publics concernés en développant des programmes intégrés depuis la prévention universelle jusqu'aux interventions sur indication

4.1.2. La démarche

- Inscrire les actions dans un cadre théorique explicite : valeurs privilégiées ; référents causaux spécifiques au milieu d'intervention ; hypothèse de travail, stratégies et modalités envisageables en promotion de la santé mentale
- Cerner l'ensemble des conditions environnementales favorables au développement du programme ; interpeller et impliquer les acteurs ayant un pouvoir sur ces conditions
- Définir les implications et responsabilités de chaque acteur
- Identifier des porteurs du projet bénéficiant de pouvoirs décisionnels, d'une autorité et d'une expertise reconnus
- Inscrire une démarche évaluative dès l'origine du projet, adaptée à son ampleur et son degré d'innovation

4.1.3. Les activités

- Travailler les représentations liées à la santé mentale avec l'ensemble des acteurs concernés – décideurs, institutionnels, professionnels, population –
- Identifier et interroger les pratiques et missions des institutions, dispositifs, professionnels concernés par l'action
- Associer les acteurs à l'élaboration de stratégies, de programmes interprofessionnels et interinstitutionnels favorables à la connaissance et aux rapprochements mutuels
- Accompagner la collectivité dans le développement de ses capacités d'action et de prise de décision

4.2. DES PROPOSITIONS POUR LES STRATEGIES A DEVELOPPER

4.2.1. *Recentrer les actions*

Le recentrage thématique suggéré résout le problème d'inscription des projets dans les rubriques thématiques imposées nationalement. Inscrire des projets de promotion de la santé mentale dans la case « Souffrance psychique » garde toute sa cohérence. Bien au-delà de son caractère formel, intégrer la promotion de la santé mentale sous la thématique « souffrance psychique » donne sens aux actions en les subordonnant à un objectif très général de prévention des suicides. Cette inscription présente l'avantage d'articuler les projets locaux à une dynamique régionale propice aux échanges, de pouvoir clairement afficher le problème auprès de la population, des professionnels et de leurs structures, des décideurs avec lesquels il s'agit ensuite de définir conjointement les besoins, les objectifs spécifiques, les méthodes d'action adéquates.

Dans le même esprit, amalgamer la promotion de la santé mentale à la promotion de la santé ne permet plus d'aborder de façon sincère avec les professionnels et la population la question de la santé mentale. Cette dernière mérite pourtant d'être traitée spécifiquement, compte tenu des connotations dont elle est l'objet et des freins qu'elles peuvent opposer à la mise en œuvre d'une action (peur, stigmatisation, honte, rejet, fascination).

Ainsi, est assurée une meilleure articulation des projets avec les priorités définies dans le programme régional de prévention du suicide. Dès lors, les actions répondent à un problème de santé publique dûment identifié. Un avis scientifique québécois récent, dans sa sélection des évaluations de projets étudiées retient comme critère des programmes « *visant à agir sur des facteurs dont l'association avec les idéations et comportements suicidaire a préalablement été démontrée* » [7, p. 3].

4.2.2. *Renforcer les compétences*

Une analyse de programmes québécois a montré que les bases théoriques ne sont pas explicitées, que les programmes sont presque toujours silencieux à l'endroit des liens causaux présumés entre le problème (suicide, tentatives ou idéations), les facteurs de risque sur lesquels on souhaite intervenir, les interventions qui sont proposées et les effets qu'elles sont susceptibles d'entraîner [7, p. 24]. Le même constat peut être opéré en Bretagne.

Une clarification et une large diffusion des principes d'action qui prévalent en promotion de la santé mentale doivent être assurées. Le concept de promotion de la santé mentale, du fait de sa complexité et de son caractère sensible déjà maintes fois soulignés, exige en effet une connaissance minimale de ses fondements et des principes d'action qu'il sous-tend. L'accent doit être notamment mis auprès des acteurs – population, professionnels, institutions, décideurs – sur les spécificités de la Bretagne en termes de références théoriques, de priorités.

Une démarche de recherche action ou de formation action devrait être privilégiée. En effet, elle fait davantage la preuve d'une appropriation de la part des acteurs associés à cette approche qu'une simple diffusion d'information ou que la dispensation d'une formation, plus difficile à réinvestir dans les pratiques, notamment du fait de la complexité du champ et de la possibilité restreinte des acteurs à suivre des sessions longues.

4.2.3. *Responsabiliser chaque acteur*

Les critères régionaux de sélection des actions mettent fortement l'accent sur la nécessité d'une action territorialement concertée de tous les acteurs – institutions et politiques correspondantes, population et besoins, aspirations exprimés, dispositifs et ressources offertes. Parallèlement, les facteurs environnementaux sont largement reconnus comme freins au développement d'actions en promotion de la santé mentale.

Chaque acteur doit donc se saisir de la question à son échelle d'action ; la responsabilité des institutions et collectivités est particulièrement engagée, dont la marge d'action est plus grande.

Le rôle des financeurs n'est-il donc pas d'inciter les élus, les responsables institutionnels à assumer leurs responsabilités dans la mise en œuvre des projets de promotion de la santé qu'ils financent ; ce afin que les conditions environnementales favorables à la promotion de la santé mentale soient assurées⁹. Dans l'état actuel des choses, le risque précédemment évoqué n'est-il pas grand de faire reposer toute la responsabilité de l'état de santé mentale sur les personnes. Ne pas associer la collectivité et les ressources dont elle dispose au travail réalisé avec les personnes les prive de réseaux relationnels de proximité riches de soutien. Tout le poids d'un mieux être est alors reporté sur les individus, alors qu'ils peuvent déjà être en difficulté. De la même manière, ne pas envisager l'implication des dispositifs et du politique dans ce travail interdit de répondre adéquatement aux besoins qui émergent et de mettre à leur disposition les ressources qui favorisent la promotion de la santé mentale d'un groupe de population.

La responsabilité des décideurs n'est-il pas également de veiller à motiver leurs choix de financement et d'inscrire les actions locales retenues dans une dynamique régionale afin de leur donner plus de sens dans un effort collectif de l'ensemble des acteurs pour une promotion de la santé mentale de dimension sociétale. Par exemple, les appels à projet ne pourraient-ils pas intégrer les textes – notamment la recherche-action sur la sursuicidité en Bretagne [26], le cadre conceptuel du Programme de prévention du suicide [11] – auxquels les acteurs de terrain devraient se référer.

Le rôle des professionnels de la promotion de la santé mentale est également essentiel pour accompagner les dispositifs et professionnels de différents champs d'intervention dans la prise en compte de cet axe de travail.

⁹ Un objectif du Programme régional de santé « Prévenir le suicide 2004-2008 » peut permettre de développer cette démarche – Cf. 11, p. 63 : « *Intervenir auprès des décideurs pour la prise en compte de la santé mentale dans les politiques régionales et projets de développement socio-économiques* ».

Leur objectif doit avant tout être d'inscrire dans les pratiques professionnelles et fonctionnements institutionnels cette dimension qu'ils ne peuvent à eux seuls assurer si l'on considère qu'elle concerne le quotidien de la population. A cet effet, deux impératifs sont nécessaires : le professionnalisme et l'appui politique.

4.2.4. Favoriser l'expérimentation

Les lacunes et difficultés en terme d'évaluation révèlent de réels problèmes. Car alors, « *la prévention en santé mentale devient une tâche aveugle parce qu'elle ne peut être évaluée* ». [5, p. 203, note 39]. Souvent, la valorisation des expérimentations prend le pas sur l'évocation et l'analyse des limites, sur les stratégies adoptées pour les éviter, les contourner ou les résoudre, ce qui est pourtant très formateur. La valorisation se retourne alors contre le promoteur ; elle éloigne de la quotidienneté les acteurs de terrain confrontés à des obstacles qui freinent le déploiement de leurs actions et pourraient constituer autant d'enseignements pour la suite [4, pp. 75-76, 97-101, 121, 128].

Un rapport sur les recherches évaluatives en prévention du suicide menées à travers le Canada (Breton et alii) concluent que celles-ci devraient non seulement s'attarder à l'efficacité, mais devraient aussi étudier la pertinence des interventions et de leurs impacts sur les facteurs spécifiques visés et sur les systèmes sociaux et ceux de soins de santé [24, p. 16]. Accroître les efforts de recherche et réaliser des évaluations rigoureuses des programmes permettent ainsi de développer des projets fondés sur des bases solides au niveau théorique [7, p. 35].

Une expertise de l'Inserm met l'accent sur la nécessité d'interroger les programmes de développement des compétences psychosociales mis en oeuvre dans le cadre de la prévention en santé mentale. Leur évaluation est fortement recommandée afin de mieux comprendre les effets sur la socialisation, la scolarité, la structuration de la personnalité. La mise en valeur de leurs apports respectifs est réclamée par l'Inserm pour mieux y intéresser les acteurs du système éducatif, du secteur sanitaire et les parents. [13, p. 160]. La Communauté européenne, manifestant sa volonté de renforcer la qualité des programmes de promotion de la santé mentale a, de son côté, affirmé la nécessité de développer la recherche en promotion de la santé mentale et « *l'échange de bonnes pratiques* ». A ce titre, la Commission européenne soutient un programme de cet ordre intitulé « Implementing Mental Health Promotion Action » [23] et le Bureau européen de l'OMS a réaffirmé récemment l'axe prioritaire que constitue la recherche en recommandant de « *mettre en oeuvre des activités de recherche et soutenir l'évaluation et la diffusion des actions* » [5, p. 4].

Cet ensemble de recommandations marque le besoin de prévoir les ressources humaines et financières [1, p. 17] nécessaires à des études évaluatives de projets-pilotes visant à modéliser des programmes et leurs conditions d'implantation. Par ailleurs, les nombreux déterminants en jeu expliquent qu'une même équipe apprend beaucoup plus en poursuivant au fil des ans une série d'expériences d'implantation de versions améliorées d'un programme et d'évaluations sur un même thème [4, p. 131].

Ce type de travail impose un temps considérable en amont afin de définir un référent théorique explicite, déterminer la théorie du programme et formuler des objectifs précis ; autant de principes qui doivent recueillir

un large consensus des intervenants, des décideurs et des chercheurs, supposant un choix et une volonté politiques de considérer l'évaluation de programmes comme un outil de planification stratégique en prévention du suicide. Les apports de ce type de recherche sont multiples : évaluer la pertinence de l'action et améliorer les interventions ; identifier les éléments déterminants du programme, en estimer la pertinence, le processus, la qualité ou les effets au regard du contexte spécifique de l'intervention et de la logique qui sous-tend l'action des promoteurs du programme ; décrire précisément les objectifs visés et les liens de causalité entre les sources du problème, ses effets positifs ou négatifs et les interventions du programme. Décideurs, intervenants et chercheurs doivent s'entendre sur un cadre référentiel pour faciliter la détermination des actions les plus susceptibles d'entraîner des effets positifs et ainsi juger du bien-fondé des actions ; un travail considérable compte tenu de la diversité des explications des causes du suicide, la variété des conceptions relatives aux valeurs et débats idéologiques soulevés par les divergences théoriques. Cela signifie donc qu'ils s'entendent préalablement sur les valeurs prioritaires à privilégier dans les programmes [1, pp. 17, 168-172]

BIBLIOGRAPHIE SELECTIVE

OUVRAGES

1. Evaluation de programmes en prévention du suicide / François Chagnon (dir.), Brian L. Mishara (dir.). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, 2004, 177 p.
2. Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : de l'exclusion à l'équité / Christine Colin, Micheline Pothier, Jean-Bernard Robichaud, Jean-François Saucier. Paris : Gaëtan Morin Editeur, 1994. 247 p.
3. La prévention du suicide à l'école / Ghyslain Parent (dir.), Denis Rhéaume (dir.). Sainte-foy : Presses de l'Université du Québec, 2004. 211 p. (Collection Education-Intervention).
4. La prévention et la promotion de la santé mentale : préparer l'avenir / Comité de la santé mentale du Québec. Paris : Gaëtan Morin Editeur, 1993. 138 p.
5. Les règles de l'individualité contemporaine : Santé mentale et société / Marcelo Otero. Laval : Les Presses de l'Université Laval, 2003 (Collection Sociologie contemporaine). 322 p.
6. Santé mentale et société / Anne L. Lovell (dir.). Problèmes politiques sociaux, Avril 2004, n° 899. Paris : La Documentation Française, 2004. 119 p.

TEXTES DE REFERENCE

7. Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes [en ligne] / Institut national de santé publique du Québec. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2004 (consulté le 08/10/04). 50 p. Disponible sur <<http://www.inspq.qc.ca>>
8. Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe : Relever les défis, trouver des solutions. Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, Helsinki, 12-15 janvier 2005 [en ligne] / OMS, 2005 (consulté le 02/02/05). Disponible sur <<http://www.who.dk>>
9. Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe : Relever les défis, trouver des solutions. Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, Helsinki, 12-15 janvier 2005 [en ligne] / OMS, 2005 (consulté le 02/02/05). Disponible sur <<http://www.who.dk>>
10. Plan Santé mentale : L'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover / Ministère délégué à la Santé. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Novembre 2001.
11. Programme régional de santé : Prévenir le suicide en Bretagne 2004-2008 / DRASS Bretagne, URCAM Bretagne, Mars 2004. 107 p.
12. Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs [en ligne] / OMS. 2001 (consulté le 08/10/04). 182 p. Disponible sur <<http://www.who.int>>

13. Santé des enfants et des adolescents : Propositions pour la préserver / INSERM. Paris : Inserm, 2003. 187 p. (Expertise collective).
14. Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale. Aide-mémoire n° 220 [en ligne] / OMS. 2001 (consulté le 08/10/04). 3 p. Disponible sur <<http://www.who.int>>

GUIDES D'ACTION

15. Comment agir en promotion de la santé ? Fiche technique à destination des professionnels intervenant auprès des jeunes / DDASS Morbihan, CPAM Morbihan, Mutualité Française Bretagne, Passe-Muraille, CODES 56. Mars 2004. 6 p.
16. Comment agir en prévention des suicides et en promotion de la santé mentale : Quelles stratégies, quelle efficacité ? [en ligne] / CRES Languedoc-Roussillon. Septembre 2004 (consulté le 08/10/04). 16 p. Disponible sur <<http://perso.wanadoo.fr/cres.lr>>
17. Guide pratique pour un programme en santé mentale : planifier, implanter, évaluer / Jean-Jacques Breton, Henriette Bilodeau, Richard Boyer. Montréal : CECOM Hôpital Rivière-des-Prairies, Santé Canada, 2004.
18. Pepps : Promouvoir ensemble une prévention primaire du suicide / Groupe pepps. Rennes : Centre hospitalier Guillaume Régnier, Direction Diocésaine Ille-et-Vilaine, Inspection académique Ille-et-Vilaine, Mutualité Française Ille-et-Vilaine, Université de Rennes, SOS Amitié, Sources, Centre Hospitalier Saint Malo, 2004 . 7 p.
19. Prévention primaire du suicide des jeunes : Recommandations pour les actions régionales et locales / Francis Nock. Vanves : Comité français d'éducation pour la santé, 2001. 122 p. (Guides d'action).
20. Promotion de la santé mentale : Manuel de formation pour formateurs [en ligne] / CMHA, Santé Canada. 2003 (consulté le 08/10/04). Disponible sur <<http://www.cmha.ca>>
21. Trousse d'outils pour la promotion de la santé mentale [en ligne] / ACSM, Santé Canada. 1999 (consulté le 08/10/04). pag. mult. Disponible sur <<http://www.cmha.ca>>

RECUEILS D'EXPERIENCES

22. Développement des capacités communautaires et mobilisation de la communauté pour promouvoir la santé mentale des jeunes [en ligne] / Santé Canada. 2003 (consulté le 08/10/04). 44 p. Disponible sur <<http://www.hc-sc.gc.ca>>
23. Document de synthèse : Groupe compétences psychosociales, décembre 2001 / Vanves : CFES, 2002. 16 p.

24. Implementing Mental Health Promotion Action [en ligne] / Commission Européenne, Ministère de la Santé des Pays-Bas, Centre de Recherche Stakes (Finlande). 2003 (consulté le 08/10/04). Disponible sur <<http://www.preventioncenter.net>>
25. Prévention du suicide et promotion de la santé mentale chez les Premières Nations et communautés Inuits [en ligne] / Lucy J. Boothroyd, Laurence J. Kirmayer, Arlène Laliberté, Brenda Laronde Simpson. Montréal : Unité de recherche sur la culture et la santé mentale, 1999 [consulté le 08/10/04]. 90 p. (Rapport de recherche, n° 9). Disponible sur <<http://www.medicine.mcgill.ca>>

RECHERCHE ACTION

26. La sursuicidité en Bretagne : Contribution à une explication socio-culturelle / Yannick Barbançon (coord.). Rennes : Mutualité Française Bretagne, 2002. 2 vol., 130 p. et 436 p.

Remerciements

Ce travail a largement bénéficié des contributions apportées par l'ensemble des interlocuteurs rencontrés dans la région. Qu'ils en soient ici remerciés.

Contact : CRES Bretagne, Sonia Vergniory, tél : 02 99 67 10 51, cres.bretagne@wanadoo.fr

Ce document est disponible au format pdf sur le site de la DRASS Bretagne : <http://bretagne.sante.gouv.fr>



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'EMPLOI,
DE LA COHESION SOCIALE
ET DU LOGEMENT

20 rue d'Isly - CS 84224
35042 Rennes cedex
Tél. 02 99 35 29 00
Fax. 02 99 30 59 03
<http://bretagne.sante.gouv.fr>



Collège Régional d'Éducation
pour la Santé de Bretagne

1 place du Maréchal Juin
35000 Rennes
Tél. 02 99 67 10 51
Fax. 02 99 67 10 59
cres.bretagne@wanadoo.fr

CRES Bretagne