

Article complémentaire au rapport de
l'Institut canadien d'information sur la santé

***Améliorer la santé des Canadiens 2009 :
explorer la santé mentale positiveⁱ***

Natacha Joubert, Ph. D.

Chercheure et coordonnatrice de l'initiative sur la promotion de la santé mentale
des populations de l'Institut de recherche en santé mentale de l'Université
d'Ottawa

1145, avenue Carling

Ottawa (Ontario)

K1Z 7K4, Canada

njoubert@uottawa.ca

L'auteur a spontanément offert de rédiger le présent article qui sert de complément au rapport de l'Institut Canadien d'information sur la santé (ICIS) intitulé *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive*, et s'ajoute à la documentation sur la santé mentale positive et la promotion de la santé mentale. Les opinions exprimées dans cet article ne représentent pas nécessairement celles de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, ni celles de l'Institut canadien d'information sur la santé.

ⁱ Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens 2009 : explorer la santé mentale positive*, Ottawa (Ontario), ICIS, 2009.

La promotion de la santé mentale des populations : Qu'est-ce que c'est? Qu'est-ce que ça peut devenir?

Natacha Joubert, Ph. D.^{ii, iii, iv}

Le présent article est dédié au professeur John Raeburn en reconnaissance pour son importante contribution à la promotion de la santé mentale.

Résumé

Le présent article est un complément au rapport *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive*, produit par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) en 2009, et vise à poursuivre la réflexion amorcée dans celui-ci. Il propose un nouveau paradigme et une nouvelle vision de la promotion de la santé mentale des populations (PSMP) afin d'en clarifier la définition et de surmonter un grand nombre des défis actuels. L'article passe également en revue les pratiques de la PSMP ainsi que les projets communautaires, la recherche, les politiques et les programmes de formation qui doivent être développés afin que la PSMP soit entièrement fonctionnelle et efficace. La visée générale est d'aider et de soutenir les actions entreprises par les personnes, les collectivités et les organisations qui croient en la puissance des ressources que nous possédons et en notre capacité de nous transformer et de changer le monde.

Introduction

En 1997, John Raeburn et moi avons rédigé un document intitulé *Mental Health Promotion : What Is It? What Can It Become?*¹, que nous avons présenté à la Ayrshire International Mental Health Promotion Conference, en Écosse. Au cours des mois suivant la présentation, le document a suscité un intérêt tel que nous avons décidé de le reprendre sous la forme d'un article scientifique. Il a été publié sous le titre « Mental Health Promotion: People, Power and Passion » dans le numéro inaugural de l'*International Journal of Mental Health Promotion*, en septembre 1998².

ii. Je souhaite exprimer ma gratitude envers ma collègue et amie Debbie Blondell-Pitt, qui révise mes textes avec honnêteté et talent depuis 10 ans.

iii. Je voudrais souligner l'esprit, l'enthousiasme, le talent et la détermination des membres de l'équipe de l'Initiative sur la santé de la population canadienne dans le cadre de l'élaboration du rapport *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive* de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, Ottawa, 2009). Je remercie spécialement Elizabeth Votta, Lisa Corscadden et Andrew Taylor.

iv. Chercheure et coordonnatrice de l'initiative sur la promotion de la santé mentale des populations de l'Institut de recherche en santé mentale de l'Université d'Ottawa, 1145, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1Z 7K4, Canada; njoubert@uottawa.ca.

Une dizaine d'années se sont écoulées depuis. De nombreux événements ont secoué le monde et causé une détresse inouïe : la guerre en Europe (en ex-Yougoslavie); le 11 septembre et la montée du terrorisme international; les guerres en Irak et en Afghanistan; le tsunami de l'océan Indien; le génocide au Darfour (en Afrique); les scandales financiers d'Enron et de World Com (aux États-Unis); le conflit israélo-palestinien en cours; la crise économique mondiale, etc. Cependant, contrairement aux drames qui ont marqué l'histoire de l'humanité, ces événements récents n'ont pas seulement engendré la peur et la misère : ils ont également contribué à une prise de conscience accrue et à l'émergence d'une nouvelle éthique mondiale^{3, 4, 5}.

Le seul fait que nous soyons bombardés d'information très rapidement sur ce qui se passe dans le monde change beaucoup de choses. Par exemple, nous pouvons voir plus clairement que jamais comment l'instabilité politique et économique, la corruption, l'iniquité, l'exclusion sociale, les conflits interraciaux et religieux, l'urbanisation massive, la pauvreté et la détérioration de l'environnement influent sur les conditions de vie et la santé physique et mentale des populations partout sur la planète. Nous comprenons également mieux comment toute tragédie ou crise locale a des répercussions sur le monde entier. Dans le passé, ces situations étaient discutées et « gérées » par quelques personnes à huis clos. De nos jours, de tels événements sont bien documentés, grâce à des organismes internationaux, comme l'Organisation mondiale de la Santé, le Worldwatch Institute et Amnistie internationale, et font l'objet de débats dans de nombreux forums publics en ligne. Où qu'ils soient, les gens en apprennent davantage les uns sur les autres, échangent des renseignements et créent des réseaux de soutien et de promotion pour des causes variées (p. ex. l'activisme sur Internet). Nous sommes de plus en plus conscients qu'ensemble, nous pouvons choisir de passer de la victimisation à la transformation^v. En d'autres mots, le village planétaire n'est pas seulement le théâtre d'innombrables drames, mais aussi une source d'inspiration, de réflexion, de collaboration et d'actions pour un monde meilleur.

Les événements qui troublent le monde et qui ont des incidences néfastes sur la santé physique et mentale des populations sont une indication que nous devons repenser la perception que nous avons de nous-mêmes et changer notre façon de voir les autres et l'environnement. Nous devons prendre nos responsabilités envers nous-mêmes et le monde en reconnaissant notre désir collectif et notre capacité d'améliorer et de protéger notre qualité de vie et l'environnement, ainsi que les ressources dont nous disposons pour ce faire. Il faut se faire confiance. En d'autres mots, nous devons nous libérer de la vision de nous-mêmes et du monde qui nous enchaîne à nos problèmes, nous retient dans la misère et l'impuissance pour en adopter une qui nous élève, nous donne du pouvoir et fait

v. Un processus de transformation est un processus qui va de l'intérieur vers l'extérieur, qui désigne la capacité d'une personne à transcender ou à dépasser ses limites personnelles (comme les peurs) et d'apporter des changements importants dans sa vie.

ressortir le meilleur de nous-mêmes. Voilà exactement la vision de la promotion de la santé mentale des populations (PSMP)^{vi}.

Certaines raisons portent à croire que la vision de la PSMP peut être mieux comprise et soutenue dans le contexte actuel qu'il y a 10 ans. Pour commencer, nous sommes mieux informés des prodigieux coûts humains et économiques associés aux problèmes de santé mentale au Canada^{6,7} et dans le monde⁸. Nous savons également qu'investir tous nos efforts dans la gestion de crises et les services de santé ne sera pas suffisant. Il nous faut être plus proactifs pour protéger et renforcer la santé mentale des populations. De plus, un nombre croissant de dirigeants, de gouvernements et d'organisations partout dans le monde considèrent la PSMP comme une approche appropriée pour aplanir les inégalités qui caractérisent la situation actuelle^{9,10,11}.

Au Canada, la production et la publication du rapport *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive* par l'ICIS¹² témoigne de l'intérêt croissant envers la PSMP comme approche valable pour améliorer la santé mentale des Canadiens. Cependant, le rapport a aussi révélé d'importants défis qui devront être affrontés afin que cette approche soit entièrement fonctionnelle et efficace. Parmi ceux-ci, il y a la confusion très répandue entre santé mentale et maladie mentale, le manque de connaissances sur ce qu'est la PSMP et comment la réaliser ainsi que la rareté de la recherche, de l'élaboration de politiques et du soutien financier pour l'action communautaire dans le domaine.

Selon moi, le point de départ pour relever ces défis est de réaliser que nous ne pouvons pas promouvoir la santé mentale des populations à l'intérieur du paradigme actuel de prévention et de traitement de la maladie mentale. La PSMP se base sur un autre paradigme. Cette distinction fondamentale indique une vision très différente englobant de nouveaux principes et de nouvelles actions qui doivent être discutés pour clarifier ce qu'est la PSMP et ce qu'elle peut devenir. C'est précisément l'objectif du présent article. Il expliquera et développera des notions et des éléments de la santé mentale et de la promotion de celle-ci, qui ont été mentionnés dans le rapport de l'ICIS et dans d'autres documents écrits par M. Raeburn et moi-même en 1997-1998. L'article passe également en revue les secteurs de la PSMP nécessitant plus de travail et de soutien, comme le développement de pratiques et de projets communautaires, la création d'indicateurs et d'enquêtes, l'amélioration de la recherche et de l'évaluation, l'élaboration de politiques et l'établissement de programmes de formation.

vi. La promotion de la santé mentale des populations (PSMP) est un concept amélioré de la promotion de la santé mentale, tel que défini par Natacha Joubert et John Raeburn dans « Mental Health Promotion: People, Power and Passion », en 1998.

La réhabilitation de la santé mentale

Pourquoi devons-nous utiliser l'expression « santé mentale positive » lorsque nous voulons parler de la santé mentale? Principalement pour dépouiller le terme « santé mentale » de la connotation de maladie mentale qui lui est associée. Comment en sommes-nous venus à confondre santé mentale et maladie mentale? De la même façon que la plupart des professionnels de la santé et la population en général font allusion à la maladie lorsqu'ils parlent de santé ou du système de santé. Devrions-nous dire une santé « positive » lorsque nous voulons parler de la « vraie » santé? Comment en sommes-nous venus à accorder autant d'importance à la maladie par rapport à la santé? Est-ce en raison d'une augmentation des maladies, de la médicalisation de la vie, d'une réponse à la pression provenant de l'industrie biomédicale ou d'une compassion pour la population vieillissante? Au fond, je crois que ce phénomène révèle comment la majorité d'entre nous percevons notre vie, la façon dont nous comprenons et organisons la réalité. Dans les sciences sociales, nous appelons ce phénomène un « paradigme dominant ». Un paradigme dominant désigne les valeurs ou le système de pensées et de croyances dans une société, jugées normales et qui sont les plus répandues à un moment donné¹³.

La prédominance accordée à la maladie par rapport à la santé physique et mentale est un exemple des pensées et des croyances les plus répandues ou dominantes que nous entretenons à propos de nous, des autres et du monde. En vérité, ces pensées et croyances portent souvent sur nos problèmes, nos faiblesses, nos limites, nos déficiences, nos maladies et notre manque de contrôle; elles sont plus rarement axées sur notre santé, notre force, notre résilience, notre discernement, notre courage, notre sagesse, notre créativité, notre générosité, notre sens des responsabilités et notre détermination. De plus, nous avons plutôt tendance à percevoir le monde comme un endroit imprévisible et dangereux qui nous isole au lieu de le voir comme une source de possibilités infinies pour exploiter nos ressources et nos ressemblances.

En examinant de plus près nos croyances et nos pensées dominantes actuelles, nous découvrons beaucoup de peurs (p. ex. peur du changement et de l'ambiguïté, du jugement et de l'exclusion, de la maladie et de la mort, de la violence et de la répression, du manque d'argent et de la pauvreté) et de produits de la peur (p. ex. la séparation, l'insécurité, la dépression, l'impuissance, le conflit et la misère). Toutes ces peurs façonnent notre manière d'être et notre relation avec nous-mêmes, les autres et le monde. Au cours de l'histoire, la peur a été utilisée comme instrument de pouvoir par les autorités. À ce jour, le paradigme de la peur continue à être légitimé par les autorités (p. ex. les organismes gouvernementaux, les institutions de recherche et d'éducation et les organisations professionnelles) et les médias qui voient et décrivent les gens, les situations et la réalité en adoptant une position alarmiste.

Comme William James l'a si bien dit (1897)¹⁴ : « Le monde que nous voyons et qui nous semble tellement fou est le résultat d'un système de croyances qui ne fonctionne pas. Pour percevoir le monde d'une manière différente, nous devons être prêts à changer notre système de croyances, à laisser tomber le passé, à élargir notre sens du présent et à dissiper la peur dans nos esprits. » En d'autres mots, changer le monde ne signifie pas d'essayer de régler ou de gérer toutes les situations de la planète. Changer le monde commence par prendre conscience des croyances que nous entretenons à notre propre égard, à celui des autres et du monde; par connaître leurs effets sur notre réalité et changer celles qui nous nuisent; par modifier celles qui ne correspondent pas à notre aspiration commune à une vie et un monde meilleurs.

Cette attitude peut sembler irréaliste ou inaccessible, mais elle est possible si l'on accorde plus d'attention à « qui nous sommes » au-delà de nos peurs. Au-delà de nos peurs, nos possibilités sont infinies. En adoptant cette approche, nous provoquerons une avalanche de changements! Nous déclencherons aussi un changement de paradigme, d'une vision de peur et de déficience à une vision axée sur la confiance et les ressources des êtres humains, qui pourrait transformer l'ensemble de notre réalité à l'échelle individuelle et sociétale, autant localement que mondialement.

En résumé, il est important de comprendre que la confusion entre santé mentale et maladie mentale s'explique par le paradigme dominant ou les croyances profondes que nous entretenons à propos de nous et du monde. Jusqu'à ce que nous changions ces croyances, les termes « santé » et « santé mentale » continueront à être dominés par des idées de déficiences et de maladie. Les stratégies telles que choisir d'autres façons de mentionner la santé mentale (p. ex. bien-être mental, salubrité mentale ou santé mentale positive) ou simplement cesser d'utiliser le terme ne seront pas suffisantes pour dissiper la confusion parce que le changement doit s'effectuer à un autre niveau, celui de nos croyances. La réhabilitation du terme « santé mentale » nécessitera que la « santé » reprenne son sens premier. Il faudra que nous croyions plus en la santé et en notre capacité à être en santé. Nous devons investir plus de temps et d'énergie pour promouvoir et soutenir la santé.

Qu'est-ce que la santé mentale, en réalité?

Malgré la prédominance accordée à la maladie mentale, diverses tentatives ont été faites pour établir une définition positive de la santé mentale¹². La difficulté de l'exercice réside dans la multiplicité des conceptions de la santé mentale dans le monde. Cependant, il semble y avoir un consensus sur ce que sont les éléments essentiels de la santé mentale : la résilience ou les ressources, individuelles ou collectives, et les environnements favorables (voir « L'efficacité de la PSMP »).

Comme tout processus de vie, la santé mentale est difficile à saisir. Elle fluctue constamment et peut difficilement être représentée comme un continuum ou

confinée à un état immuable. De la naissance à la mort, les personnes (tout comme les collectivités et les populations) traversent les hauts et les bas de la vie. Elles s'appuient sur leurs ressources ou leur résilience personnelles ainsi que sur leurs environnements favorables pour s'épanouir et tirer des leçons des diverses difficultés qu'elles rencontrent (figure 1)^{2, 15}. Évidemment, l'état de santé mental d'une population n'est pas tant déterminé par sa capacité à éviter les vulnérabilités, les problèmes ou les maladies (c'est-à-dire, l'absence de maladies), ou à s'en éloigner. En fait, sa détermination à regarder au-delà de ses vulnérabilités, de ses problèmes et de ses maladies et à viser la santé témoigne de sa force interne, de sa résilience et de sa santé mentale. Après tout, la santé mentale est un processus continu de développement et de transformation, nourri par la confiance fondamentale d'une population en ses capacités à être, à appartenir et à devenir.

Un nouveau paradigme

La figure 2 illustre en termes généraux comment un paradigme basé sur la confiance diffère du paradigme de la peur. Aucun élément inclus dans le nouveau paradigme n'est vraiment une « nouveauté » pour nous. Cependant, percevoir « qui nous sommes » et le monde qui nous entoure avec *confiance* plutôt qu'avec *peur* peut changer l'ensemble de notre système de pensée et notre réalité. Par exemple, lorsque nous faisons confiance à nous-mêmes et aux autres, nous vivons un sentiment d'ouverture et de *connexité*; nous cessons de juger et de nous sentir *isolés* des autres et de l'univers. Lorsque nous renouons avec nous-mêmes et les autres, le sentiment d'insuffisance, de *déficience* ou de *faiblesse* disparaît. Nous pouvons redécouvrir et apprécier nos *ressources* ou notre *santé*, autant individuelles que collectives. Nos différentes circonstances de vie deviennent des *occasions* de changement ou de transformation et ne sont plus des *problèmes* menaçants. Ainsi, nos actions visent à *soutenir* nos ressources et notre santé plutôt que de tenter de régler ou de *gérer* notre déficience ou nos faiblesses et nos problèmes. Nous assumons la responsabilité des *causes* de nos différentes circonstances de vie et agissons sur celles-ci, au lieu d'être victimes de leurs multiples *conséquences*. Finalement, notre vision et nos actions sont intégrées à un processus *continu* et évolutif, et non pas à un objectif partiel et à *court terme*.

Imaginez à quel point le monde et nos vies seront différents lorsque nos décisions et nos actions dans toutes les dimensions de la vie humaine seront construites sur les bases de la confiance et viseront à renforcer et à soutenir les ressources individuelles et collectives. Un nombre grandissant de personnes croient que nous pouvons changer le monde en mettant l'accent sur ce que nous sommes et pouvons faire plutôt que sur nos déficiences et notre impuissance. Des personnes, des organisations et des entreprises de partout dans le monde, y compris au Canada, s'éveillent et adoptent une nouvelle façon de voir les choses axée sur leur responsabilité de contribuer positivement à notre avenir

collectif^{5, 16, 17}. La PSMP vise également ce changement de paradigme, de vision et d'actions.

La santé mentale des populations : une ressource collective

Selon le nouveau paradigme, nous pouvons établir une vision de la santé mentale des populations basée sur une confiance fondamentale dans le désir et la capacité des gens d'apporter des changements en eux et dans leur vie. Dans le cadre de cette vision, la santé mentale des populations est perçue comme une ressource et une sagesse collectives qui recèlent des façons d'être et d'agir favorisant la santé mentale, le bien-être et la prospérité : elle n'est pas considérée comme une enquête sur la maladie mentale. D'une valeur inestimable, cette ressource n'est cependant pas inépuisable. Comme toutes les ressources naturelles, elle peut être endommagée; sa capacité à se régénérer doit donc être protégée et soutenue. Les facteurs protecteurs et préventifs ou les déterminants de la santé essentiels à la santé mentale des populations (et à la santé globale) incluent la nourriture, le logement, les réseaux de soutien social, l'éducation, le revenu, les services sociaux et de santé, la justice sociale et les droits humains.

Par ailleurs, la PSMP demande des décisions et des actions précises pour soutenir et renforcer la santé mentale, les ressources humaines et l'aptitude à la santé mentale et au bien-être des personnes et des collectivités. Même si les transformations véritables et durables prennent toujours naissance à l'intérieur des personnes et des collectivités (il s'agit d'un processus qui va de l'intérieur vers l'extérieur), elles peuvent être favorisées et nourries.

Qu'est-ce que la promotion de la santé mentale des populations?

Selon le nouveau paradigme et la nouvelle vision de la santé mentale des populations en tant que ressource collective, la promotion de la santé mentale des populations consiste d'abord et avant tout à reconnaître et à soutenir les ressources individuelles et collectives des êtres humains. Ainsi, l'approche de la PSMP peut être définie comme un ensemble de principes et d'actions locales, nationales ou mondiales qui visent à :

- favoriser le renforcement de la santé mentale, des ressources et de l'aptitude au bien-être à l'échelle individuelle et collective;
- créer des environnements ou des conditions de vie favorables et de ressourcement.

La vision et l'approche de la PSMP peuvent être schématisées ainsi :

- $PSMP = R+R^2$

- **PSMP = Ressources individuelles et collectives + Ressources des environnements^{vii}**

L'authenticité et la force de la PSMP reposent sur l'accent qu'elle met sur le meilleur de chaque personne et collectivité, même la plus vulnérable, et sur leurs ressources et leur capacité à générer une santé mentale et un bien-être et à en jouir. Où qu'ils vivent et quelles que soient leurs circonstances de vie, les gens sont beaucoup plus ouverts et réceptifs à une approche qui reconnaît et renforce leur santé et leurs ressources qu'à une approche qui les victimise et les réduit à leurs déficiences et à leurs incapacités.

Même si nous vivons tous des difficultés et des maladies, elles ne définissent pas qui nous sommes en réalité. Elles ne font pas partie intégrante de ce que nous sommes et de notre véritable identité. Pendant longtemps, les gens ayant une déficience physique étaient marginalisés dans la société. Ils étaient considérés, par les autres et eux-mêmes, comme des êtres humains diminués et inférieurs. Depuis, nous avons changé nos croyances et nos attitudes envers eux (et eux aussi) : de la peur et de l'exclusion à la reconnaissance de leurs ressources et à leur inclusion dans la société. Ils sont devenus des citoyens à part entière, des travailleurs, des professeurs d'université, des chefs de file, des artistes reconnus et des champions olympiques.

Dans le cadre du nouveau paradigme, les principes et les actions de la PSMP reconnaissent et soutiennent les ressources et la santé mentale individuelles et collectives : en conséquence, ils contribuent également à réduire les peurs et l'exclusion associées aux maladies mentales et aux problèmes sociaux. Certaines collectivités aux prises avec de graves problèmes, comme des taux élevés de violence, de mauvais traitements des enfants, de délinquance, de décrochage scolaire, de trafic de stupéfiants et de grossesses chez les adolescentes, ont réussi à transformer des conditions de vie qui semblaient chroniques en mettant l'accent sur leurs ressources et leur aptitude au bien-être, plutôt qu'en essayant de changer les conditions destructrices qui enfonçaient les gens dans leurs problèmes et leur sentiment d'impuissance^{18, 19, 20}. La PSMP se fonde également sur des principes comme l'autodétermination et l'autonomisation des collectivités, l'équité, l'intégration sociale et l'engagement des citoyens, l'innovation et la collaboration.

Comme illustré à la figure 3, la vision et l'approche de la PSMP « Ressources individuelles + Ressources des environnements » peuvent être très utiles pour définir, guider et coordonner les décisions et les actions, autant du point de vue du processus que du contenu, à l'échelle gouvernementale (grande échelle), communautaire (moyenne échelle) et familiale et individuelle (petite échelle).

vii. Le terme « environnement » se rapporte à la famille, à la maison, à l'école, au lieu de travail, aux organismes communautaires, aux résidences pour personnes âgées et à tout autre milieu de vie, ainsi qu'aux contextes économique, politique, social, culturel et physique.

Ainsi, les diverses décisions et actions, qu'elles portent sur des enquêtes ou des politiques nationales, sur des projets ou des réseaux communautaires ou sur la vie quotidienne des familles et des personnes, devraient refléter et soutenir les ressources et la santé mentale individuelles, et s'appuyer sur celles-ci. Elles devraient également contribuer à la création d'environnements favorables à la santé mentale.

Par exemple, l'élaboration d'une stratégie nationale visant la promotion de la santé mentale de la population devrait inclure un leadership gouvernemental (grande échelle) pour faciliter et soutenir la participation de la collectivité dans la mise au point d'une politique nationale et d'un plan d'action R + R. Les collectivités ou les différents milieux de vie (moyenne échelle) auraient la responsabilité de déterminer la façon de procéder et de s'assurer que les ressources allouées à la PSMP soutiennent et renforcent la santé mentale et les ressources familiales ou individuelles (petite échelle). La vision et l'approche de la PSMP « R + R » peuvent également être appliquées à la santé globale et à tous les secteurs qui ont des conséquences directes sur la santé mentale des populations : l'économie, l'éducation, l'emploi, le logement, le transport, la justice, les services sociaux, etc.

Les collectivités ou milieux de vie (p. ex. l'école, le lieu de travail, le voisinage, les centres et les organismes communautaires et les résidences pour personnes âgées) jouent un rôle central dans la promotion de la santé mentale des populations. Comme indiqué par la flèche centrale de la figure 3, les collectivités constituent le centre de liaison entre les gouvernements et les organismes d'un côté et les familles et les individus de l'autre. Le rôle du gouvernement dans l'élaboration des politiques publiques trouve sa source dans la représentation et l'expression des préoccupations et des réalités des collectivités. Ces dernières sont les mieux placées pour approcher et soutenir les personnes et les familles dans leur vie quotidienne. En fait, les collectivités constituent le milieu de vie de tous, où les gens apprennent à établir des liens entre eux, où les organismes sociaux sont créés et où les transformations sociales ont lieu. De plus, une part considérable des connaissances et des pratiques liées à la promotion de la santé mentale des populations se trouvent dans les collectivités et les milieux de vie.

Pratiques et projets communautaires de PSMP

En termes simples, les pratiques liées à la PSMP sont les façons d'être et d'agir au quotidien qui contribuent à la santé mentale et au bien-être à l'échelle individuelle et collective. Elles incluent nos valeurs, nos croyances et tout ce que nous sommes au-delà de la peur : joyeux, aimables, ouverts, confiants, optimistes, enthousiastes, curieux, créatifs, intuitifs, dignes de confiance, généreux, calmes, justes, compréhensifs, honnêtes, audacieux et inspirés. Elles englobent également les activités que nous aimons faire, seuls ou en groupes : parler, jouer, écouter de la musique, travailler, lire, marcher, chanter, méditer, dessiner, cuisiner, créer, jardiner, danser et rêver. Les pratiques de la PSMP font

partie de l'héritage de siècles d'expérience humaine. Elles proviennent de la meilleure part de nous, qui est immuable : nos ressources individuelles (p. ex. la sagesse, les forces, les aptitudes à la vie, la résilience et les atouts) que même les plus grandes épreuves et tragédies n'ont pu épuiser complètement.

Les pratiques liées à la PSMP existent partout dans le monde. Même si elles ne portent pas ce nom, elles se trouvent dans tous les groupes sociaux ou culturels, dans tous les groupes d'âge, dans toutes les collectivités et milieux de vie. Un grand nombre d'entre elles sont intégrées naturellement dans les façons d'être et d'agir au quotidien. D'autres sont plus structurées et organisées dans le cadre de projets communautaires particuliers. Ceux-ci peuvent prendre différentes formes, mais ils sont généralement des initiatives et des actions mises en œuvre par les gens et pour les gens vivant dans différents milieux (p. ex. les écoles, le voisinage, les lieux de travail et les organismes communautaires). Même si la majorité de ces initiatives de PSMP à l'échelle locale ne sont pas fondées sur des preuves ou n'ont pas fait l'objet d'un examen systématique (c'est-à-dire, d'essais cliniques aléatoires), elles sont néanmoins des pratiques basées sur l'expérience et devraient être reconnues et évaluées comme telles²¹. De plus, elles comprennent une part importante des connaissances nécessaires à notre progression sur tous les fronts dans ce domaine (voir « Un nouveau partenariat pour la PSMP »).

La plupart des approches ou des modèles existants de projets communautaires autodéterminés suivent la même logique. Les gens se réunissent, discutent de ce qu'ils veulent faire et des ressources disponibles, prennent une décision sur la façon de procéder, mettent en pratique leurs idées et évaluent les résultats. Le modèle PEOPLE-System conçu par John Raeburn^{21, 22} est un bon exemple d'une approche à sept étapes de planification, d'organisation et d'évaluation des projets de PSMP auxquels participent des groupes de personnes ou des populations entières (figure 4). Avant tout, ces projets sont invariablement fondés sur la confiance, l'ouverture, la connexité et la participation; ils sont conçus pour améliorer la santé mentale, le bien-être et les circonstances de vie des populations.

En plus des exemples fournis dans le rapport de l'ICIS¹², voici quelques projets communautaires de PSMP mis en place dans différentes régions du Canada et du monde^{viii} :

- Au Manitoba, le projet *Seniors' Medicine Wheel* a réussi à transformer une initiative visant à diriger les personnes âgées autochtones vers les services de santé en une occasion où celles-ci et les enfants de la collectivité se regroupent et deviennent des agents de promotion de la santé mentale les uns pour les autres, dans le cadre d'un cycle de croissance spirituelle et de guérison affective²³.

viii. Certains de ces projets n'ont pas fait l'objet d'une évaluation aussi rigoureuse que les projets inclus dans le rapport de l'ICIS.

- Située à Calgary, en Alberta, *Resiliency Canada* est un organisme indépendant sans but lucratif qui vise à améliorer le bien-être des enfants, des jeunes et de leur famille en générant des connaissances sur les facteurs de résilience et les forces développementales qui sont essentiels au bien-être des personnes et des collectivités²⁴, et en évaluant ceux-ci.
- À Terre-Neuve-et-Labrador, le projet *Helping Skills* a mis sur pied des réseaux de soutien et d'aide mutuelle parallèles aux services de santé existants et a tiré parti des forces locales et de la solidarité communautaire pour promouvoir la santé mentale et prévenir la détresse liée à la perte d'emplois causée par le moratoire sur la pêche de la morue²⁵.
- *Le Projet Pacifique/Peaceful Project* est un programme de résolution de conflit au moyen d'une médiation entre pairs dans le milieu scolaire. Le programme a été conçu par CAP Santé Outaouais, un organisme communautaire du Québec, en collaboration avec les écoles, les parents et la collectivité qui ont décidé de donner une formation en médiation aux élèves, et d'ainsi renforcer leur autonomie, au lieu d'implanter des programmes en aval de prévention de la violence traditionnels²⁶.
- En Nouvelle-Zélande, le programme *Meeting of the Mind* offre aux personnes âgées des occasions et des activités pour « exercer leur esprit » et enrichir leur vie sociale. Les activités incluent la création de clubs de lecture et de groupes SeniorNet (cours d'ordinateur pour personnes âgées, donnés par des personnes âgées)²⁷.
- Le programme *Life is Do-able* a été créé par la fondation de la santé mentale (Mental Health Foundation) et l'Université d'Auckland, en Nouvelle-Zélande, dans le but d'adopter une attitude positive dans la prévention du suicide chez les jeunes. L'objectif du programme est d'aider les personnes à ressentir un sentiment positif de bien-être et d'autonomisation. Le programme a eu d'excellents résultats et le ministère de la Santé a financé son développement pour qu'il soit élargi à l'ensemble du pays²⁸.
- Utilisant la PSMP comme cadre conceptuel et le modèle PEOPLE-system en tant que guide organisationnel, le *Glen Innes Ka Mau Te Wero Project* (en Nouvelle-Zélande) vise à améliorer le bien-être et la qualité de vie de tous les membres de la collectivité. Les actions sont autodéterminées et prises par les gens eux-mêmes selon leurs priorités, leurs besoins et leurs problèmes, avec une approche positive et constructive, sous leur direction propre²⁹.
- À Salvador de Bahia (au Brésil), le *Axé Project* aide les enfants de la rue en renforçant et en nourrissant leur désir d'une vie meilleure (pédagogie du

désir) et leur capacité de prendre en main leur évolution et leur transformation³⁰.

- À São Carlos, un bidonville de Rio de Janeiro (au Brésil), de jeunes personnes sont recrutées et formées pour devenir des agents de santé communautaire ainsi que des mentors et des tuteurs pour les autres jeunes et l'ensemble de la collectivité³¹.
- À Teresina (à Piauí, au Brésil), le projet *Girassol* aide les enfants victimes d'agression sexuelle à recouvrer leurs forces et à découvrir leurs ressources personnelles au moyen d'ateliers et de spectacles de danse dirigés par des danseurs et des chorégraphes professionnels³².
- *Home-Start International* est un programme de visites à la maison pour les familles ayant un ou des enfants de moins de cinq ans. Il vise à promouvoir la santé mentale des parents et de leurs enfants. Le programme Home-Start fonctionne grâce à des réseaux de parents formés qui offrent leur soutien bénévole aux familles vulnérables. Dans les collectivités riches et pauvres, dans 18 pays sur cinq continents, Home-Start aide les familles dans le besoin et leur offre amitié et aide pratique³³.
- Le *JOBS Program* (aux États-Unis) consiste en une formation sur la recherche d'emploi et en un soutien social pour les adultes qui ont récemment perdu leur travail. Il renforce les habiletés de recherche d'emploi et accroît la confiance, visant autant à augmenter l'estime de soi que l'efficacité de la recherche. Le programme a été implanté avec succès aux États-Unis, en Finlande, en Chine, en Corée, aux Pays-Bas et en Irlande³⁴.

Malgré leur variété, les projets communautaires de PSMP partagent une humanité commune. Ils témoignent du désir et de la capacité des gens de transformer leur vie et suivent les mêmes principes basés sur les ressources individuelles. En d'autres mots, ces activités et initiatives sont toujours axées sur le soutien et le renforcement des ressources, de la santé mentale et des aptitudes à la vie des personnes, et non sur les déficiences et les problèmes de ces derniers. Même lorsqu'elles sont implantées au sein de collectivités vulnérables ou défavorisées, ces initiatives ne considèrent pas les personnes comme des victimes, mais comme des participants à part entière dans une société qu'ils doivent bâtir eux-mêmes. L'essence, les connaissances et le savoir-faire liés aux pratiques et aux projets communautaires de PSMP forment la base de toute action visant à promouvoir la santé mentale des populations. Les retombées des projets communautaires de PSMP constituent une source inestimable d'information, de développement et de prospérité. Elles doivent être reconnues au sein des collectivités et diffusées à l'intérieur de celles-ci et dans le reste du monde.

L'efficacité de la PSMP

Selon le nouveau paradigme proposé, l'efficacité des décisions et des actions relatives à la PSMP est garantie par le fait même qu'elles reflètent et favorisent la santé mentale, les ressources et la capacité de transformation des individus et des collectivités. Des circonstances de vie difficiles peuvent temporairement masquer ou diminuer cette capacité, mais elle ne disparaît jamais. Si on reconnaît son existence et qu'on la soutient de manière adéquate, elle peut connaître un second souffle. Les actions ou pratiques ainsi que les projets de PSMP peuvent profiter et être appliqués à tout le monde, dans n'importe quel contexte. Non seulement renforcent-elles la santé mentale, les ressources individuelles et les aptitudes à la vie quotidienne^{12, 35}, mais ce faisant, elles permettent de prévenir les problèmes de santé mentale au lieu de s'y attaquer après leur apparition (prévention primaire)^{35, 36}. Elles accroissent également l'efficacité des services de soins primaires^{37, 38}, du traitement clinique³⁹, de la réadaptation et du rétablissement^{40, 41, 42, 43}. Dans l'ensemble, les pratiques de PSMP peuvent améliorer considérablement la qualité et l'efficacité des soins de santé si elles sont utilisées correctement (dans le but de promouvoir la santé mentale), et non confondues avec des activités de prévention ou de traitement de la maladie.

Depuis les dix dernières années, on assiste au Canada et ailleurs dans le monde à une augmentation du nombre d'articles et de rapports, de conférences, de réseaux et d'initiatives concernant les pratiques, la recherche, les politiques et les programmes relatifs à la promotion de la santé mentale. On s'efforce aussi d'évaluer l'efficacité d'initiatives mises sur pied dans ce domaine^{35, 44, 45, 46}. Bien que ce regain d'intérêt pour la PSMP ait été fort attendu, il a entraîné une certaine confusion et des complications. Par exemple, de nombreux programmes, projets et pratiques inclus dans les rapports officiels sur la « promotion de la santé mentale » sont centrés sur les problèmes et les maladies des individus et des collectivités. Il s'agit donc d'activités de prévention secondaire ou tertiaire (c'est-à-dire, une intervention ou un traitement précoce) plutôt que de promotion de la santé mentale^{35, 44, 45, 46}. En plus de causer de la confusion, cette situation nuit aux efforts visant à comprendre et à évaluer l'efficacité de la promotion de la santé mentale.

Afin que notre travail et nos activités de PSMP progressent réellement et puissent être appréciés, nous devons nous entendre sur une définition claire de la nature de la PSMP ainsi que sur la manière dont nous souhaitons la mettre en place. Un tel consensus pourrait être établi simplement en s'entendant sur les éléments essentiels de la PSMP (voir le tableau 1, Éléments essentiels et principes directeurs de la PSMP). Par exemple, toutes les définitions et les modèles de santé mentale « positive » décrits dans la documentation actuelle reconnaissent la résilience et la capacité des individus et des collectivités à maintenir une bonne santé mentale⁴⁷. La documentation souligne également l'importance capitale d'environnements favorables pour soutenir la santé

mentale. Par conséquent, nous pouvons affirmer que l'appui des ressources et de la capacité des individus et des collectivités à maintenir une bonne santé mentale ainsi que la création des ressources dans les environnements (R+R) sont des éléments essentiels de la PSMP.

Un autre élément essentiel de la PSMP réside dans la participation et la contribution directes des individus et des collectivités. Un trop grand nombre des initiatives nationales et mondiales actuelles résultent d'un processus descendant et sont principalement élaborées par des professionnels, des chercheurs, des administrateurs et des responsables de l'élaboration des politiques. Si nous souhaitons accomplir quoi que ce soit par nos initiatives de promotion de la santé mentale des populations, nous devons comprendre que les individus et les collectivités représentent les premières ressources et sources de santé mentale et de bien-être. Par conséquent, ceux-ci s'avèrent des partenaires essentiels dans la PSMP, et non simplement les bénéficiaires de programmes ou de services et de politiques.

Un nouveau partenariat pour la PSMP

Il est clair que le succès de la PSMP dépendra de notre capacité à rassembler toutes les ressources dont nous disposons et à optimiser leur utilisation. Un nouveau partenariat pour la PSMP requiert une collaboration authentique et équitable entre les collectivités, les gouvernements et les professionnels du domaine. Une telle collaboration repose sur une vision ou un paradigme communs ainsi que sur des valeurs (p. ex. confiance, ouverture, connexité et ressources individuelles) et des objectifs communs; sur la reconnaissance des atouts, du rôle et des responsabilités de chaque partenaire; et sur un appui mutuel et un engagement à long terme. Peut-être que la reconnaissance de la valeur, de l'étendue et de la pertinence d'une telle collaboration constituerait-il déjà un pas important et bénéfique dans la bonne direction. Comme il a été mentionné précédemment, les individus et les collectivités détiennent une part importante des connaissances et des pratiques de PSMP. Ainsi, leur participation est essentielle au développement d'outils et de processus de PSMP (indicateurs, enquêtes, recherches, politiques et formation).

Par ailleurs, les professionnels de la PSMP jouent aussi un rôle important, non seulement à titre de décideurs, de chercheurs, de praticiens et d'administrateurs, mais aussi en tant que responsables du processus par lequel la contribution des collectivités sera pleinement reconnue, validée et mise à profit (voir la section La formation sur la PSMP). Cette étroite collaboration entre les experts et les collectivités pourrait grandement aider à clarifier les actions nécessaires à la promotion de la santé mentale des populations. Elle devrait mener par la suite à une meilleure défense des intérêts des collectivités et à un soutien accru de la part du gouvernement et des organismes.

Indicateurs et enquêtes sur la PSMP

Comme le démontre le rapport de l'ICIS, la plupart des indicateurs utilisés pour lesdites enquêtes sur la santé mentale au Canada et ailleurs dans le monde mesurent en réalité les problèmes et les maladies, non la santé mentale elle-même¹². Ces indicateurs et échelles élaborés par des psychiatres, des épidémiologistes, des psychologues cliniciens et des chercheurs sont fondés sur un modèle clinique et une définition de la maladie mentale qui leur sont propres. Ces enquêtes ont malheureusement généré beaucoup de données alarmantes sans proposer de solutions appropriées. En fait, il s'agit d'une situation épineuse : puisque le nombre de personnes faisant l'objet d'un diagnostic de maladie mentale ne cesse d'augmenter, nous faisons face à une surcharge et donc, la capacité des services publics à offrir à ces personnes les ressources et le soutien dont elles ont besoin se trouve réduite. Il n'a jamais été aussi crucial de trouver d'autres manières d'améliorer et de renforcer la santé mentale des populations. Comme l'a écrit Albert Einstein : « Le monde que nous avons créé est le résultat de notre niveau de réflexion, mais les problèmes qu'il engendre ne sauraient être résolus à ce même niveau. »

Selon le nouveau paradigme et la nouvelle vision de la PSMP, l'élaboration d'indicateurs de PSMP consiste en la recherche et la description de ce qui nourrit les ressources individuelles, collectives et sociétales et de ce qui aide à maintenir une bonne santé mentale. Il s'agit d'une démarche fondamentalement différente de celle qui ne se préoccupe que des facteurs de risque et des causes de la maladie mentale. Le changement de paradigme requiert une ouverture d'esprit et une approche novatrice dans notre manière de faire les choses, que ce soit dans le cas d'enquêtes statistiques ou qualitatives et quantitatives ou dans le contexte général de la recherche et de l'élaboration des politiques.

Les indicateurs de PSMP peuvent servir à de nombreuses fins : mener des enquêtes sur la santé mentale, évaluer les pratiques et les projets des collectivités ou assurer le suivi et l'évaluation des politiques (voir les figures 5a, 5b et 5c). Le contenu de ces indicateurs est fondé sur le savoir personnel et collectif des populations ainsi que sur la pratique et l'expérience, au quotidien, de ce qui contribue au bien-être et à la santé mentale. Cette information est donc universelle et accessible partout, dans toutes les collectivités. Elle reflète la manière dont les personnes conçoivent leur réalité, sans se limiter aux modèles théoriques élaborés par des experts.

Il existe des exemples d'indicateurs de santé mentale « positive » ou des échelles de bien-être psychologique qui ont été créés suivant la validation de contenu authentique. Ces indicateurs positifs tiennent compte de facteurs liés à la force et au bien-être cognitif, émotionnel, social et spirituel ainsi qu'à des concepts associés à une vie agréable, constructive et bien remplie^{12, 48}. L'avènement de la théorie du « flow »⁴⁹ et de la psychologie positive⁵⁰ a suscité

un intérêt renouvelé pour l'étude des qualités humaines positives. En 2004, Peterson et Seligman⁵¹ ont publié un manuel et une classification des forces humaines dans l'intention de compléter le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) et le manuel CIM de la Classification statistique internationale des maladies. Leurs recherches démontrent que les forces telles que la sagesse et le savoir, le courage, l'humanité, la justice, la modération (p. ex. l'indulgence et l'humilité) et la transcendance (p. ex. l'espérance et la spiritualité) sont liées dans toutes les cultures à un plus grand bien-être et à une plus grande joie de vivre. Les indicateurs personnels ou collectifs de santé mentale et de ressources ou de résilience ne sont peut-être pas encore très nombreux, mais ils constituent certainement un domaine de recherche prometteur et en pleine croissance.

En outre, nous devons relever, analyser et évaluer les différentes conditions et les divers facteurs, sociaux ou physiques, qui pourraient servir de ressources de soutien à la santé mentale à l'échelle individuelle ou collective. Ce sont là les véritables déterminants de la santé mentale. Nous disposons déjà d'échelles mesurant les différentes dimensions de soutien social, mais nous devons approfondir nos connaissances à propos d'autres facteurs comme l'esprit de communauté, la cohésion, la résilience et l'autonomisation, l'équité et la justice sociale ainsi que l'inclusion sociale.

La majorité des échelles en matière de santé mentale (comme une part importante de la recherche dans ce domaine) est axée sur les différences et les disparités entre les individus et les collectivités. Ces différences sont souvent décrites d'une manière qui divise et stigmatise les individus et les collectivités (p. ex. en relevant les problèmes personnels, le diagnostic, l'indice des problèmes sociaux, les populations à risque et les collectivités défavorisées). On oublie donc que derrière ces différences se cache quelque chose de bien plus puissant : notre humanité commune ou nos ressemblances (p. ex. l'amour, la confiance, la générosité, le courage, la patience, l'ouverture et les ressources individuelles). En fait, une fois que cette humanité commune est reconnue, les différences entre les individus et les collectivités partout au pays et ailleurs dans le monde se révèlent n'être que les nombreuses facettes d'une même humanité. Nous devons tenir compte de cette humanité commune et apprendre à mieux la connaître afin d'évaluer et de soutenir son épanouissement plus efficacement.

L'importance des enquêtes est indéniable, que ce soit en tant qu'outils informatifs ou qu'éléments essentiels pour motiver le financement de la recherche et l'élaboration des politiques. À l'aide d'indicateurs fondés sur l'expérience de vie et les ressources des individus et des collectivités, les enquêtes sur la PSMP auront l'avantage de fournir des renseignements exacts concernant la santé mentale des populations et les déterminants sociaux, culturels, économiques et environnementaux favorisant la santé mentale. En outre, elles faciliteront la transformation des renseignements sur la PSMP en politiques et en plans d'action grâce auxquels on pourra assurer les ressources

nécessaires à la santé mentale des individus et des collectivités. Surtout, soulignons qu'il est bien plus simple et rentable de décider de mesures à mettre en place pour soutenir la santé mentale des populations que de tenter de régler ou de pallier les problèmes après coup.

La recherche et l'évaluation de la PSMP

Au cours des cent dernières années, le savoir et la recherche en santé mentale ont été dominés par le modèle médical centré sur la maladie. Par exemple, bon nombre des instituts de recherche en santé mentale créés au cours des dernières décennies au Canada sont situés en milieu hospitalier et concentrent leurs activités sur la recherche clinique^{52, 53, 54, 55, 56, 57}. L'institut de recherche en santé mentale des Instituts de recherche en santé du Canada – l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMT) – appuie la recherche sur le fonctionnement et les troubles du cerveau, le fardeau économique des maladies et les personnes atteintes de maladies et de troubles mentaux⁵⁸. Il est évident que nous devons créer un nouveau domaine de recherche et de collecte de données en santé mentale « positive » dans le but de découvrir son étendue et son importance dans le maintien de la santé mentale des populations. Mais avant tout, nous devons nous ouvrir à toutes les possibilités de l'être humain, au-delà de ce que nous définissons comme étant nos déficiences, nos incapacités et nos limites. Rappelons que la résilience individuelle et collective ou la capacité de se transformer et de croître dans des circonstances de vie difficiles ou de sortir grandi d'une épreuve personnelle sont des sources impressionnantes de pratiques fondées sur l'expérience desquelles nous pouvons apprendre et profiter.

Tout processus de recherche ou de collecte d'information en PSMP est, par définition, de la recherche participative et sur le terrain. Au départ, cela consiste à déterminer ce qui, dans la manière d'être et de faire des gens au quotidien, favorise la santé mentale et l'utilisation des ressources personnelles ainsi que les facteurs externes ou les déterminants qui y contribuent. Cela signifie que la recherche en PSMP, qu'elle soit quantitative (p. ex. la recherche par enquête) ou qualitative (p. ex. la recherche par action communautaire), est menée par des professionnels en collaboration avec la population dans différents milieux. Il existe de nombreux modèles et méthodes de recherche pouvant facilement être adaptés à l'exploration, à l'investigation et à l'évaluation de la santé mentale, des ressources et de la résilience des individus et des collectivités, notamment la recherche participative fondée sur la communauté^{59, 60} et le développement communautaire basé sur les acquis (DCBA)⁶¹.

La participation d'individus et de collectivités n'œuvrant pas dans le domaine de la PSMP présente bon nombre d'avantages. Comme il a été mentionné précédemment, elle permet d'assurer l'authenticité et l'exactitude des nouvelles connaissances et des nouveaux indicateurs élaborés pour les enquêtes sur la PSMP. Ces indicateurs serviront ensuite à évaluer l'efficacité des divers projets

communautaires de PSMP et les répercussions des politiques. L'approche participative facilite également le processus d'évaluation sans en altérer la rigueur. En effet, puisqu'elles en font partie, les personnes ne se sentent pas détachées du processus et profitent vraiment des rétroactions obtenues.

L'un des aspects particuliers aux outils et aux processus de PSMP, tels que l'élaboration d'indicateurs, la recherche et les politiques, est l'interrelation qui les unit. En effet, ceux-ci ne sont pas isolés les uns des autres, mais au contraire, se complètent (voir les figures 5a, 5b et 5c). Cette interrelation est rendue possible principalement par le fait que tous ces outils axent leurs efforts sur les ressources et les points communs des collectivités et des individus dans un contexte de vie quotidienne, plutôt que de concentrer leurs activités sur des maladies précises et des populations ou échantillons cliniques différents. En d'autres mots, tous les outils, les processus et les connaissances en matière de PSMP ont pour but de refléter, de servir et de soutenir la santé mentale, les ressources et la qualité de vie des populations – et non simplement de faire progresser un domaine d'étude.

Les politiques en matière de PSMP

Les politiques concernant la PSMP sont assez différentes des politiques en matière de santé mentale habituelles. En général, ces dernières ne concernent pas la santé mentale comme telle, mais plutôt les maladies mentales et la prestation de traitements et de services aux personnes atteintes de maladie mentale. Elles traitent également des droits des consommateurs et des questions liées à la discrimination et à la stigmatisation. Conformément au nouveau paradigme et à la nouvelle vision de la santé mentale, et dans la même veine que l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé⁶², les politiques en matière de PSMP portent réellement sur la santé mentale, sur la promotion de la santé mentale de l'ensemble de la population et sur la création d'environnements favorisant la santé mentale.

L'élaboration de politiques conventionnelles en matière de santé mentale est conduite par des experts et commence par l'identification d'un problème, d'une population à risque ou atteinte de ce problème et des diverses solutions possibles. À l'opposé, les politiques en matière de PSMP sont axées sur la capacité des individus et des collectivités à maintenir une bonne santé mentale, à établir des priorités et des actions et à participer au processus d'élaboration des politiques. Elles ont pour objectif de reconnaître, de renforcer et de soutenir des résultats positifs, plutôt que d'éviter des effets négatifs. Dans l'ensemble, une politique en matière de PSMP est un plan d'action ou une stratégie qui éclaire les décisions et produit des résultats tangibles et positifs en ce qui concerne la santé mentale des populations (c'est-à-dire, les ressources individuelles et les ressources du milieu, R + R). La participation des individus et des collectivités à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques en garantit la

légitimité, la pertinence, la validité, l'utilité et l'efficacité⁶³ (voir la section Qu'est-ce que la promotion de la santé mentale des populations?).

Le processus dynamique grâce auquel sont créées les politiques en matière de PSMP fournit un autre excellent exemple des diverses interrelations entre les secteurs d'activités de PSMP et de la nature cyclique de ces interrelations. Il s'agit également d'un exemple probant de véritable transfert de connaissances. Les figures 5a, 5b et 5c montrent la manière dont les indicateurs, les enquêtes, la recherche et les projets communautaires de PSMP s'avèrent une importante source d'information, tant les uns pour les autres que pour l'élaboration des politiques. Par ailleurs, les répercussions des politiques ainsi produites peuvent ensuite être suivies et évaluées d'après les résultats des enquêtes et l'efficacité des projets communautaires.

La formation en PSMP

La prévalence du modèle médical et l'assimilation de la maladie mentale à la santé mentale affectent également la profession en santé mentale. La grande majorité desdits professionnels de la santé mentale (p. ex. les psychiatres, les psychologues cliniques, les travailleurs sociaux cliniques et les infirmières psychiatriques) se spécialisent dans le traitement des maladies et des troubles mentaux, non dans la promotion de la santé mentale. La formation universitaire offerte dans ces domaines est principalement axée sur les pratiques cliniques et est prodiguée dans des hôpitaux d'enseignement généraux ou psychiatriques. L'investissement dans d'autres manières d'améliorer et de renforcer la santé mentale des populations, tel que le préconise la PSMP, nécessitera la création de nouveaux programmes d'enseignement et de formation inspirés par le nouveau paradigme, fondés sur les processus et les activités de PSMP (voir la figure 5c) et visant à favoriser la santé mentale à l'échelle individuelle et collective dans la vie de tous les jours. Ces programmes présenteront une nouvelle vision de la santé mentale en tant que ressource collective offrant des possibilités de transformation illimitées en matière de santé mentale et de bien-être. Les étudiants et les participants apprendront à améliorer la santé mentale et le bien-être des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées provenant de divers contextes socioculturels, dans une multitude d'environnements. Ils seront formés en tant que chercheurs, travailleurs sociaux, responsables de l'élaboration des politiques, administrateurs, conseillers et éducateurs en matière de PSMP et bien plus encore. En outre, tous partageront la même confiance et la même foi en les ressources des individus et des collectivités.

À ma connaissance, il n'existe au monde qu'un seul programme universitaire enseignant la promotion de la santé mentale : celui créé par John Raeburn à l'École de santé mentale des populations, de l'Université d'Auckland, en Nouvelle-Zélande⁶⁴. Au Canada, rares sont les activités de formation en

promotion de la santé mentale⁶⁵. Cela dit, les discussions et la collaboration entreprises entre l'École de santé mentale des populations, en Nouvelle-Zélande, et l'Institut de recherche en santé mentale de l'Université d'Ottawa permettront, espérons-le, la création d'un programme international en PSMP d'ici quelques années.

La prochaine génération de professionnels et de travailleurs sociaux formés en PSMP, que ce soit au Canada ou ailleurs, fera partie d'une nouvelle communauté mondiale que nous voyons déjà émerger. Ils connaîtront parfaitement notre humanité commune et sauront en tirer parti. Ils se sentiront liés aux individus et aux collectivités plutôt que séparés d'eux. Ils partageront le désir d'une vie meilleure et croiront en leurs ressources individuelles et en leur capacité d'atteindre cet objectif. Plutôt que de combattre des maux, ils investiront temps et efforts dans ce que les autres et eux-mêmes souhaitent créer ou changer. Ils travailleront à titre d'agents de PSMP et établiront des ponts entre les divers secteurs de la société qui veulent changer les choses dans l'intérêt de tous.

Conclusion

Le monde change. Et il change parce que nous changeons. Nous changeons parce que de plus en plus, nous prenons conscience que nous ne sommes pas seulement des observateurs passifs ou des « victimes » du monde. Notre réalité et notre expérience de la vie n'arrivent pas d'elles-mêmes, elles ne nous sont pas imposées non plus. Ce sont des situations que nous créons à l'échelle individuelle et collective.

Comme nous l'ont appris les physiciens quantiques au cours du siècle dernier, aucune réalité n'existe indépendamment de notre propre conscience. John Wheeler^{66, 67}, physicien américain et collègue d'Albert Einstein à Princeton, a affirmé qu'à la base même de notre univers se trouvent des actes d'« observation-participation ». Le simple fait de concentrer son attention ou sa conscience sur quelque chose est un acte de création en soi. En d'autres mots, notre réalité ou notre expérience de la vie dépend beaucoup plus d'un processus de l'intérieur vers l'extérieur que nous ne le pensions depuis des siècles. Elles sont faites de pensées et de croyances que nous projetons sur le monde. Elles sont formées par ce que nous pensons et ce que nous croyons à propos de nous et du monde.

Quand nous croyons qu'une chose est réelle ou vraie, cela devient notre expérience de cette chose. Cela devient ce que nous voyons. S'il est impossible de ne pas croire ce que l'on voit, il s'avère tout aussi impossible de voir ce à quoi l'on ne croit pas. Croire c'est voir! Alors, comme le suggère William James, si nous n'aimons pas ce que nous voyons dans le monde, si nous n'aimons pas notre expérience de la vie, si cela ne nous apporte pas la qualité de vie que nous souhaitons avoir, pourquoi ne pas changer nos croyances? Libérons-nous du

vieux paradigme de la peur. Nous pouvons voir comment l'insécurité, la dépression, la séparation, les conflits et la misère créés par la peur causent une souffrance immense et, en fin de compte, nous isolent et nous appauvrissent tous. Tant et aussi longtemps que la peur dominera nos pensées, nos actions et nos vies, elle nuira aux efforts que nous faisons pour changer et améliorer nos circonstances de vie.

Au Canada et ailleurs dans le monde, on constate un ardent désir de réduire la misère humaine et on assiste à l'acceptation croissante du besoin de s'ouvrir à de nouvelles façons de faire pour y arriver. On arrive au même consensus en ce qui a trait à la promotion de la santé mentale de populations entières. Dans les deux cas, pour réaliser nos aspirations, on doit d'abord accomplir un changement de paradigme et accepter une nouvelle vision de ce que nous sommes vraiment, au-delà de la peur. Nous devons adopter une conception de la santé mentale qui ne se limite pas à la maladie mentale. C'est précisément l'objectif de la PSMP. Tout parent sait que la meilleure façon de veiller au bon développement d'un enfant est de concentrer sa confiance, son attention et son soutien sur les talents et les réalisations de celui-ci, non de s'attarder à ses limites et à ses déficiences. Le même raisonnement s'applique à la PSMP. Il apparaît impossible de réussir à promouvoir la santé mentale des populations en adhérant à un paradigme et à une vision centrés sur nos problèmes et nos incapacités. Cela n'exclut pas pour autant la possibilité de redéfinir la prévention et les traitements selon le nouveau paradigme. En fait, personne n'arrive à guérir ou à entreprendre un processus de rémission sans avoir confiance en ses ressources personnelles et en sa capacité de recouvrer la santé.

La deuxième étape vers la mise en œuvre de la PSMP est la « reconnaissance » et le soutien de tout ce que nous sommes, à l'échelle individuelle et collective, au-delà de la peur, des problèmes et de la maladie. J'ai suggéré que nulle part ailleurs ces qualités ne sont mieux mises en évidence que dans les pratiques quotidiennes des gens et les projets communautaires. Nos différentes façons d'être et d'agir dans la vie témoignent parfaitement de notre humanité et de nos ressources communes. Il existe, au Canada comme partout dans le monde, de nombreux exemples montrant l'utilisation des ressources individuelles et collectives et la capacité de transformer des conditions de vie difficiles en occasions de croissance. Voilà les situations dont nous devons apprendre et qu'il nous faut observer, publiciser, renforcer et mieux soutenir afin de promouvoir la santé mentale des populations.

La troisième étape vers l'établissement de la PSMP consiste en le développement d'un nouveau partenariat entre la collectivité et les professionnels. Elle comporte aussi la création de nouveaux outils et processus qui aideront à faire de notre vision de la PSMP une réalité. Nous avons brièvement décrit et discuté quelques outils de PSMP. Bien sûr, nous devons effectuer des recherches supplémentaires afin de créer des indicateurs de PSMP qui pourront mesurer les multiples dimensions, expressions et ressources en

matière de santé mentale des populations. Cela nécessitera le lancement d'un nouveau domaine de recherche en santé mentale qui étudiera les façons d'être et d'agir des individus et des collectivités menant à une bonne santé mentale ainsi que les déterminants sociaux et physiques la favorisant. Les résultats positifs observés serviront ensuite à éclairer l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé qui reconnaissent et appuient les ressources et la santé mentale à l'échelle individuelle, collective et sociétale. La création de programmes d'enseignement et de formation en PSMP représente une étape importante qui apportera identité, légitimité, expansion et diffusion aux activités de PSMP. En outre, cela assurera leur progression et leur viabilité.

Il y a enfin et surtout une recommandation concernant la vigilance et la détermination nécessaires pour développer et appliquer un nouveau paradigme et une nouvelle vision de la promotion de la santé mentale des populations : l'affaiblissement de la promotion de la santé au Canada est un excellent exemple de ce qui peut advenir d'une nouvelle vision lorsque l'action s'éloigne des principes fondateurs¹⁵. La forte pression exercée par le paradigme dominant cause facilement la confusion et augmente le risque de retomber dans d'anciens schèmes de pensée (c'est-à-dire, axés sur la maladie). Pour rester sur la bonne voie lors de la planification et de la mise en œuvre des processus, il peut s'avérer utile de constamment se référer aux éléments essentiels et aux principes directeurs de la PSMP (voir le tableau 1). Une fois la nature et l'efficacité de la PSMP bien établies et démontrées, le domaine d'activités entier devrait être en mesure de s'épanouir pleinement et de tenir toutes ses promesses.

Tout ce dont nous avons besoin pour changer le monde réside dans la grandeur de notre véritable « moi », au-delà de la peur.

Références

1. N. Joubert and J. Raeburn, *Mental Health Promotion: What Is It? What Can It Become?* Promoting Mental Health—Proceedings/Symposium of the Ayrshire International Mental Health Promotion Conference held in April 1997, M. K. Ross and C. Stark, editors (1998), pp. 303–311.
2. N. Joubert and J. Raeburn, “Mental Health Promotion: People, Power and Passion,” *International Journal of Mental Health Promotion, Inaugural Issue* (1998): pp. 15–22.
3. The World Commission on Global Consciousness & Spirituality, [online], cited 2008, from <<http://www.globalspirit.org/>>.
4. Kosmos Associates, Inc., *Kosmos Journal*, [online], cited 2008, from <<http://www.kosmosjournal.org/>>.
5. Institute for Global Ethics, [online], cited 2008, from <<http://www.globalethics.org/>>.
6. Health Canada, *A Report on Mental Illnesses in Canada* (Ottawa, Ont.: 2002) [online], cited 2008, from <<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/index-eng.php>>.
7. K.-L. Lim et al., “A New Population-Based Measure of the Economic Burden of Mental Illness in Canada,” *Chronic Diseases in Canada*, 28 (2008): pp. 92–98, [online], cited 2008, from <<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/28-3/pdf/cdic28-3-2eng.pdf>>.
8. World Health Organization, *Mental Health—Evidence and Research*, [online], cited 2008, from <http://www.who.int/mental_health/en/>.
9. K. GermAnn and P. Ardiles, *Toward Flourishing for All—Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention Policy Background Paper* (Alta.: Mental Health Commission of Canada, 2008).
10. European Network for Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention, [online], cited 2008, from <<http://www.gencat.net/salut/imhpa/Du32/html/en/Du32/index.html?id=9>>.
11. The Global Consortium for the Advancement of Promotion and Prevention in Mental Health, [online], cited 2008, from <<http://www.gcappmentalhealth.org/Home.asp>>.

12. Canadian Institute for Health Information, *Improving the Health of Canadians: Exploring Positive Mental Health* (Ottawa, Ont.: CIHI, 2009).

13. T. S. Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions, 3rd Edition* (Chicago, Illinois: University of Chicago Press, 1996).

14. W. James, *The Writings of William James: A Comprehensive Edition* (Chicago, Illinois: University of Chicago Press, 1978).

15. J. Raeburn and I. Rootman, "A New Appraisal of the Concept of Health," in *Health Promotion in Canada* (Toronto, Ont.: Canadian Scholars' Press Inc., 2007), pp.19–31.

16. Human Capital Institute, [online], cited 2008, from <http://www.hci.org/hci/tracks_social_responsibility.guid>.

17. Social Investment Organization, *The Canadian Association for Socially Responsible Investment*, [online], cited 2008, from <<http://www.socialinvestment.ca/>>.

18. M. Moore-Kubo, *More Than the Sum of Its Parts: Working With Few to Affect Many in Visitacion Valley, Final Evaluation Report of the Visitacion Valley Community Resiliency Project* (United States: VVCRP, 2004), [online], cited 2008, from <<http://www.pottruckfoundation.org/visvalley.html>>.

19. R. Mills, *Psychology of Mind-Health Realization: Summary of Clinical Prevention and Community Empowerment Applications Documented Outcomes* (Unpublished paper, 1997), [online], cited 2008, from <<http://mentalhealth.samhsa.gov/schoolviolence/part2chp2.asp>>.

20. J. Pransky, *Modello: A Story of Hope for the Inner City and Beyond* (Cabot, Vermont: North East Health Realization Institute—NEHRI Publications, 1998).

21. J. Raeburn and I. Rootman, *People-Centred Health Promotion* (Chichester, England: Wiley, 1998), pp. 16–18.

22. E. Lahtinen et al., (2005) "Strategies for Promoting the Mental Health of Populations," in *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice, A Report From the World Health Organization*, (Chapter 17) (Geneva, Switzerland: WHO, 2005), [online], cited 2008, from <http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf>.

23. Canadian Mental Health Association, *Mental Health Promotion Tool Kit: A Practical Resource for Community Initiatives, Seniors' Medicine Wheel Project* (Toronto, Ont.: CMHA, 1999), [online], cited 2008, from <http://www.cmha.ca/mh_toolkit/part_one/seniors.htm>.

24. Resiliency Canada, (Calgary, Alta.), [online], cited 2008, from <<http://www.resiliencycanada.ca/>>.
25. Canadian Mental Health Association, *Mental Health Promotion Tool Kit: A Practical Resource for Community Initiatives, Helping Skills Project* (Toronto, Ont.: CMHA, 1999), [online], cited 2008, from <http://www.cmha.ca/mh_toolkit/part_one/helpskills.htm>.
26. CAP Santé Outaouais, *Le Projet Pacifique / Peaceful Project* (Gatineau, Que.), [online], cited 2008, from <<http://www.capsante-outaouais.org/ressources/publications/pacifique.htm>>.
27. Mental Health Foundation of New Zealand, *Meeting of the Minds*, [online], cited 2008, from <<http://www.mindnet.org.nz/article.php?issueno=12&articleno=120>>.
28. L. Campbell et al., *Life Is Do-able: Quality of Life Development in a Supportive Small Group Setting* (Auckland, New Zealand: Mental Health Foundation of New Zealand, 2002) [online], cited 2008, from <<http://www.mentalhealth.org.nz/resources/LID-Occ-final.pdf> >.
29. F. Handcock, J. Chilcott and Ka Mau Te Wero, *Glen Innes Ka Mau Te Wero Project*, Glen Innes Visioning Project (Auckland, New Zealand: Ka Mau Te Wero, 2005).
30. Projeto Axé Project, (Salvador de Bahia, Brazil), [online], cited 2008, from <<http://www.comminit.com/en/node/115330>>.
31. M. Zanchetta, et al., *Effectiveness of Community Health Agents' Actions in Situations of Social Vulnerability* (United Kingdom: Oxford University Press, Health Education Research, 2008).
32. Projeto Girassol Project (Brazil), [online], cited 2008, from <<https://www.petrobras.com.br/ResponsabilidadeSocial/portugues/PetrobrasFomeZero/ProjetoGirasol.asp>>.
33. Home-Start International (London, England), [online], cited 2008, from <<http://www.homestartinternational.org/>>.
34. JOBS Program (Michigan, United States), [online], cited 2008, from <<http://www.modelprograms.samhsa.gov/pdfs/model/jobs.pdf>>.
35. E. Jané-Llopis, "From Evidence to Practice: Mental Health Promotion Effectiveness," *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 5 (1) (2006), [online], cited 2008, from <<http://www.auseinet.com/journal/vol5iss1/janellopiseditorial.pdf>>.

36. J. Pransky, *Prevention From the Inside-Out* (Montpelier, Vermont: North East Health Realization Institute—NEHRI Publications, 2003).

37. E. Jané-Llopis and C. Hosman, *Integrating Mental Health Promotion Interventions Into Countries' Policies, Practice and Mental Health Care System*, (Final Report to the European Commission, 2005), [online], cited 2008, from <http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_16_en.pdf>.

38. M. Freer, *Mental Health Promotion in Primary Care* (England: National Institute of Mental Health, 2005), [online], 2008, from <<http://www.westmidlands.csip.org.uk/silo/files/mental-health-promotion-toolkit.pdf>>.

39. Center for Addiction and Mental Health, *Best Practices Guidelines for Mental Health Promotion Programs: Children and Youth* (Toronto, Ont.: 2008), [online], cited 2008, from <http://www.camh.net/About_CAMH/Health_Promotion>.

40. B. Pape and J.-P. Galipeault, *Mental Health Promotion for People With Mental Illness* (Ottawa, Ont.: Public Health Agency of Canada, 2002), [online], cited 2008, from <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/mh-sm/mhp02-psm02/pdf/mh_paper_02_e.pdf>.

41. Australian Network for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health, *What Is Mental Health Promotion for Consumers and Carers?* (Australia: Auseinet, 2007), [online], cited 2008, from <http://auseinet.flinders.edu.au/files/factsheets/cc_prom.pdf>.

42. S. G. Resnick and R. A. Rosenheck, "Recovery and Positive Psychology: Parallel Themes and Potential Synergies," *Psychiatric Services*, 57, (2006): pp. 120–122, [online], cited 2008, from <<http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/57/1/120>>.

43. G. Shepherd, J. Boardman and M. Slade, *Making Recovery a Reality* (England: Sainsbury Centre for Mental Health, 2008), [online], cited 2008, from <http://www.scmh.org.uk/pdfs/Making_recovery_a_reality_policy_paper.pdf>.

44. World Health Organization, *Mental Health Promotion: Case Studies From Countries* (Geneva, Switzerland: WHO, 2004).

45. International Union for Health Promotion and Education, "The Evidence of Mental Health Promotion Effectiveness: Strategies for Action," *Promotion and Education*, Suppl. 2 (2005), [online], cited 2008, from <http://www.gencat.net/salut/imhpa/Du32/html/en/dir1663/Dd12975/iuhpe_special_edition_no2.pdf>.

46. D. McQueen and C. Jones, *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness* (New York, New York: Springer, 2007).
47. World Health Organization, *Promoting Mental Health—Concepts, Emerging Evidence and Practice* (Geneva, Switzerland: WHO, 2005), [online], cited 2008, from <http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf>.
48. R. Massé et al., “The Structure of Mental Health: Higher Order Confirmatory Factor Analyses of Psychological Distress and Well-Being Measures,” *Social Indicators Research*, 45, (1998): pp. 475–504.
49. M. Csikszentmihályi, *Finding Flow: The Psychology of Engagement With Everyday Life*, (New York, New York: Basic Books, 1998).
50. Positive Psychology Center, (University of Pennsylvania, United States, 2008), [online,] from <<http://www.ppc.sas.upenn.edu/>>.
51. C. Peterson and M. Seligman, *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification* (New York, New York: American Psychological Association and Oxford University Press, 2004).
52. University of Ottawa Institute of Mental Health Research (Ottawa, Ont.), [online], cited 2008, from <<http://www.imhr.ca>>.
53. Douglas Mental Health University Institute (Que.), [online], cited 2008, from <<http://www.douglasrecherche.qc.ca/accueil.asp?l=e>>.
54. Centre for Addiction and Mental Health (Ont.), [online], cited 2008, from <http://www.camh.net/About_CAMH/index.html>.
55. Centre de recherche Fernand-Seguin de l’Hôpital Louis-H. Lafontaine (Que.), [online], cited 2008, from <<http://www.hlhl.qc.ca/crfs/>>.
56. BC Mental Health and Addiction Research Institute (B.C.), [online], cited 2008, from <<http://www.bcmhas.ca/>>.
57. Center for Applied Research in Mental Health and Addiction (Ont.), [online], cited 2008, from <<http://www.carmha.ca/>>.
58. Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction (Ont.), [online], cited 2008, from <<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/8602.html>>.
59. United States Department of Health and Human Services, *Creating Partnership, Improving Health: The Role of Community-Based Participatory Research* (2003), [online], cited 2008, from

<<http://www.ahrq.gov/research/cbprrole.htm> >.

60. Agency for Healthcare Research and Quality, United States Department of Health and Human Services, *Community-Based Participatory Research: Assessing the Evidence*, (2004) [online], cited 2008, from <<http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/cbpr/cbpr.pdf> >.

61. The Asset-Based Community Development Institute (ABCD), Community Development Program at Northwestern University's Institute for Policy Research (United States), [online], cited 2008, from <<http://www.sesp.northwestern.edu/abcd/>>.

62. World Health Organization, *The Ottawa Charter for Health Promotion*, (1986) [online], cited 2008, from <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>.

63. Canadian Policy Research Networks (CPRN), *Citizen Engagement*, [online], cited 2008, from <<http://www.cprn.org/theme.cfm?theme=109&l=en>>.

64. Mental Health Studies at the School of Population Health, University of Auckland (New Zealand), [online], cited 2008, from <http://www.fmhs.auckland.ac.nz/soph/postgrad/_docs/Mental_Health_Pathways.pdf>.

65. Center for Health Promotion, University of Toronto, *14th Annual Ontario Health Promotion Summer School*, [online], cited 2008, from <<http://www.utoronto.ca/chp/hpss2007/generalinfo.html>>.

66. M. J. Gearhart, "Forum: John Wheeler: From the Big Bang to the Big Crunch," *Cosmic Search* 1, 4 (1979), [online], cited 2008, from <<http://www.bigear.org/vol1no4/wheeler.htm>>.

67. F. D. Peat, *Synchronicity: The Bridge Between Matter and Mind* (New York, New York: Bantam Books, 1987), p. 4.

Figure 1

La santé mentale : un processus continu de développement et de transformation à travers les hauts et les bas de la vie



N. Joubert et J. Raeburn, « Mental Health Promotion: People, Power and Passion », *International Journal of Mental Health Promotion*, numéro inaugural, 1998, p. 15-22.

Figure 2

VERS UN NOUVEAU PARADIGME

	PEUR	→	CONFIANCE
Pensées Croyances	Jugement		Ouverture
	Séparation		Cohésion
	Déficiences		Ressources
	Problèmes		Possibilités
Actions	Contrôle		Soutien
	Cause-EFFET		CAUSE-effet
	Court terme		Continuité

Figure 3

PSMP - Trois niveaux de décision et d'action

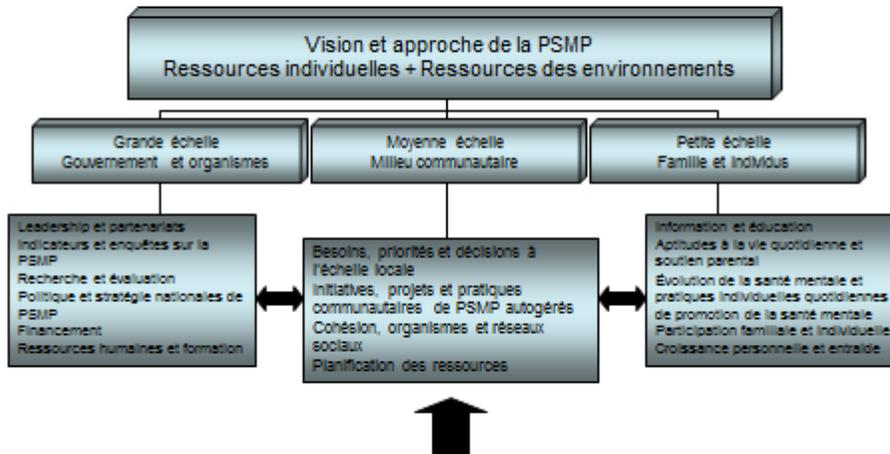


Figure 4

Le PEOPLE-system pour les projets communautaires de PSMP



Source :

J. Raeburn et I. Rootman, *People-Centred Health Promotion*, Chichester (Royaume-Uni), Wiley, 1998, p. 16-18.

Figure 5a

Processus participatifs et complémentaires de la PSMP

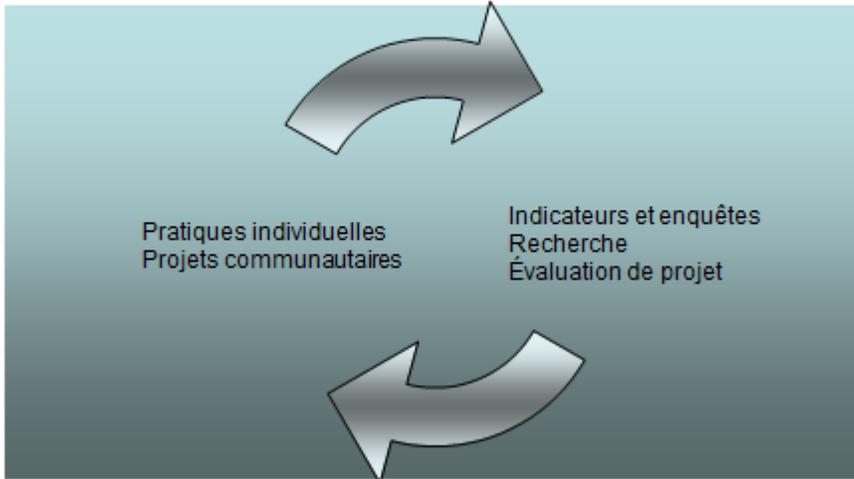


Figure 5b

Processus participatifs et complémentaires de la PSMP

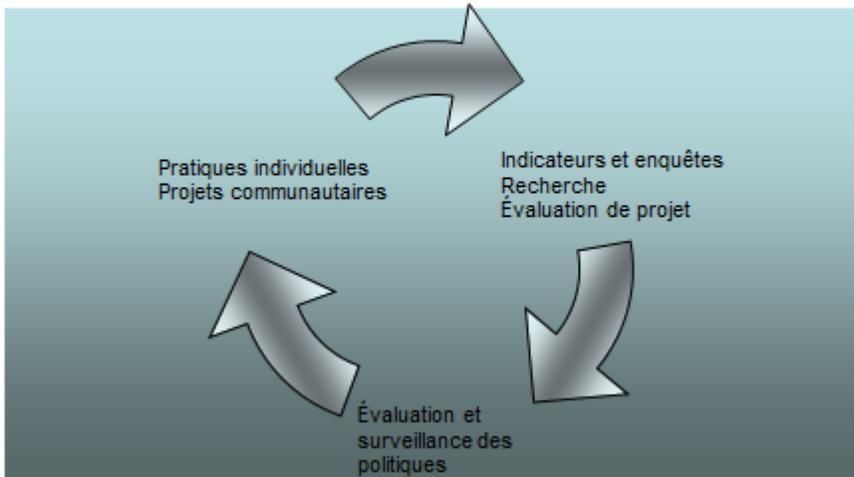


Figure 5c

Processus participatifs et complémentaires de la PSMP

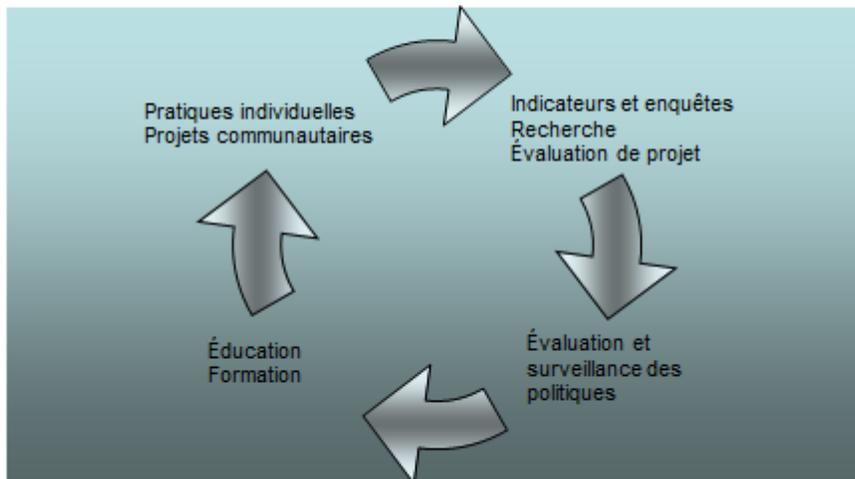


Tableau 1

Éléments essentiels et principes directeurs de la PSMP

- ✓ La PSMP se base sur un paradigme de confiance, non de peur (figure 2), et sur une vision positive de la santé mentale, perçue comme une ressource et une sagesse autant individuelle que collective.
Avec des principes directeurs, incluant :
 - la reconnaissance et la célébration de tout ce que nous sommes au-delà de la peur;
 - le choix de buts positifs (forces, résilience, qualité de vie, monde meilleur);
 - le respect, la dignité et la capacité de voir ce qu'il y a de meilleur en chacun;
 - la globalité, la cohésion, l'entraide et l'humanité commune.

- ✓ Les actions caractéristiques de la PSMP sont : 1) favoriser la santé mentale, les ressources et le bien-être des individus et des collectivités et 2) créer des environnements ou des milieux de vie favorables et de ressourcement (R + R), dans le contexte quotidien.
Avec des principes directeurs, incluant :
 - les expériences, la sagesse et les pratiques quotidiennes personnelles qui façonnent la santé mentale;
 - un processus de transformation qui procède de l'intérieur vers l'extérieur, la prise en charge de soi et le renforcement des capacités;
 - les collectivités comme premières ressources et premiers fournisseurs de soins de santé mentale;
 - une approche dynamique, holistique et écologique.

Tableau 1

Éléments essentiels et principes directeurs de la PSMP

✓ Les pratiques, les projets, les politiques et la recherche qui concernent la PSMP sont des éléments complémentaires et participatifs centrés sur ce qui permet d'exploiter les ressources des individus, des collectivités et des populations entières et les aide à maintenir une bonne santé mentale.

Avec des principes directeurs, incluant :

- une collaboration authentique entre les collectivités, les professionnels et le gouvernement;
- l'innovation et le développement des pratiques, de la recherche, des politiques et de la formation en PSMP;
- l'évaluation, des modèles de planification et des systèmes d'auto-optimisation durables;
- des professionnels formés pour faciliter la PSMP.

✓ Faire preuve de vigilance et de détermination pour ne pas s'écarter du nouveau paradigme.

Remarque : Les éléments essentiels sont forcément essentiels. Quant aux principes directeurs, il revient aux gens et aux collectivités d'adopter ceux qui leur correspondent le mieux et soutiennent leurs actions et leurs transformations. Les principes présentés ici ne sont donnés qu'à titre d'exemples.

Adapté de J. Raeburn, *Mental Health Promotion : A Magic Bullet for the 21st Century World*, World Mental Health Day Conference, Auckland (Nouvelle-Zélande), 2008.