

Le rétablissement en santé mentale publique : Première partie

La santé publique, de révolution en révolution

OU

Avec le rétablissement en santé mentale, serions-nous à l'aube de la quatrième révolution de la santé publique?

Le texte qui suit est le premier d'une série de trois écrits traitant des résultats de recherches de monsieur Jean-François Pelletier. Monsieur Pelletier a obtenu un doctorat en sciences politiques de l'Université du Québec à Montréal. Ayant reçu une bourse pour des études postuniversitaires, il est actuellement inscrit au programme sur le rétablissement et la santé communautaire, Yale University School of Medicine, Connecticut (USA). Ses intérêts de recherche portent sur la transformation des systèmes et politiques de santé mentale vers une plus grande participation citoyenne des personnes en rétablissement.

Jean-François Pelletier, Ph. D

En matière de santé publique, jusqu'à maintenant il y a eu au moins trois révolutions (Breslow, 1999). La première révolution consistait à contrôler les maladies qui s'attrapent, qui sont contagieuses. Il s'agissait par exemple de prévenir les maladies et leur propagation par l'intervention sanitaire sur les conditions d'hygiène des populations. Un certain John Snow est devenu célèbre en retirant le manche d'une pompe à eau dont il soupçonnait qu'elle soit la source de l'épidé-

« La première révolution consistait à contrôler les maladies qui s'attrapent, qui sont contagieuses. Il s'agissait par exemple de prévenir les maladies et leur propagation par l'intervention sanitaire sur les conditions d'hygiène des populations. »

mie de choléra qui sévissait alors à Londres. Pour trouver la source de l'épidémie de 1854 il a utilisé une carte avec la densité des cas sur plusieurs périodes. Il a ainsi cru remarquer que plusieurs d'entre eux se situaient autour de la pompe à eau du district de Soho, que les touristes peuvent encore photographier de nos jours. La santé publique était née.

Le début de la seconde révolution de la santé publique se situe aux alentours des années 1950. Il s'agissait cette fois-ci de s'attaquer aux maladies chroniques, non transmissibles

« [...] la seconde révolution de la santé publique [...] Il s'agissait cette fois-ci de s'attaquer aux maladies chroniques, non transmissibles aux personnes, mais plutôt acquises, souvent à travers certaines habitudes néfastes à la santé. »

aux personnes, mais plutôt acquises, souvent à travers certaines habitudes néfastes à la santé. On voulait ainsi prévenir par l'intervention sur l'individu. Sachant qu'en incitant les gens à adopter une meilleure alimentation, à faire de l'exercice ou à arrêter de fumer on pouvait réduire la morbidité et la mortalité, il s'agissait de leur faire prendre conscience des risques qu'ils encouraient. Ces avertissements étaient cependant parfois culpabilisants, laissant plus ou moins inconsciemment sous-entendre que les personnes sont alors responsables de leur condition.

« [...] la troisième révolution de la santé publique consiste cette fois quant à elle à faire la promotion de la santé et du bien-être, et non seulement qu'à guérir ou prévenir des maladies. »

Selon Breslow, la troisième révolution de la santé publique consiste quant à elle à faire la promotion de la santé et du bien-être, et non seulement à guérir ou prévenir des maladies. Les collectivités et les individus pourraient ainsi apprendre à exercer leur propre contrôle sur leur santé (*empowerment*), et ce dans une optique positive plutôt que simplement axée sur la prévention des maladies ou le changement de comportements dangereux. C'est à Ottawa, en 1986, que fut donné le coup d'envoi à la promotion de la santé notamment en termes de mouvement social, et ce avec l'adoption de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit en effet que : "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." (OMS, 2010). Toutefois, à l'occasion du 20^e anniversaire de l'adoption de la Charte d'Ottawa,

plusieurs n'ont pu que constater que la santé mentale reste plutôt à la marge de la promotion de la santé comme champ scientifique et d'intervention (ex. : Ilona Kickbush, 2005). Le rétablissement pourrait-il contribuer à combler ce fossé ?

La promotion de la santé et du rétablissement : cinq niveaux d'action et d'analyse

C'est bien connu : comment une personne se sent et ce qu'elle pense peut avoir un impact déterminant sur son style de vie et ses habitudes face à la santé, qu'elle soit mentale ou physique. On entend souvent dire qu'*il n'y a pas de santé sans santé mentale* (Prince et coll. 2005), tandis qu'une mauvaise santé mentale vient souvent avec des problèmes de santé physique très importants, et inversement (Agence de santé publique du Canada, 2010).

Pour que la santé mentale puisse être dynamiquement liée à la promotion de la santé, nous suggérons ici de voir comment celle-ci pourrait également soutenir le déploiement du rétablissement en tant que stratégie de transformation en santé mentale (Commission de la santé mentale du Canada, 2009). Ces deux courants partagent plusieurs valeurs, ayant d'ailleurs débuté à peu près à la même époque (ex. : Deegan, 1988).

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé propose cinq stratégies d'action (OMS, 1986).

La première stratégie consiste à élaborer des politiques publiques saines. Deuxièmement il

s'agit de créer des milieux favorables, et troisièmement de renforcer l'action communautaire. En quatrième lieu il s'agit d'acquiescer des aptitudes individuelles, et cinquièmement de réorienter les services de santé.

Pour simplifier, disons que les cinq stratégies d'action de la promotion de la santé — que nous ne pouvons détailler davantage ici — se sont amalgamées au sein du modèle écologique de santé publique. Cette modélisation est dite écologique en ce qu'elle identifie cinq niveaux d'intervention socio-sanitaire qui peuvent se combiner ou se superposer de diverses manières (Richard et coll. 1996). Il s'agit des niveaux individuel, interpersonnel, organisationnel, communautaire et politique.

Toutefois, le modèle écologique original ne propose aucune intervention qui partirait des individus, actions qui ne sont jamais initiées que depuis l'un des quatre autres niveaux vers n'importe quel autre, de sorte que les individus n'y figurent jamais que comme cibles d'intervention potentielle.

Quant à lui, le modèle global de santé menta-

un contour en pointillé qui en symbolise la perméabilité.

À un extrême du continuum ainsi formé, la couche supranationale représente en quelque sorte le droit international et l'humanité dans son ensemble, dont le contour également en pointillé permet une éventuelle ouverture transcendante sur le respect de la personne en tant qu'entité indivisible et inaliénable. À l'autre extrémité, au plan psychique le pointillé représente la nécessité d'être réciproquement ouvert sur soi, sur autrui et sur son environnement, le tout en s'appuyant sur ses forces personnelles et sur les droits de la personne. Le modèle peut donc se recroqueviller sur lui-même, faisant en sorte que l'individuel rejoigne l'universel et réciproquement (globalité), tandis que les flèches d'un niveau à l'autre sont en tous les cas bi-directionnelles.

Avec l'individu à la base et au centre de tout ce dispositif, le rétablissement représente alors une voie de passage privilégiée vers l'exercice d'une citoyenneté pleine et entière (Vallée et Pelletier, 2008). Il s'agit d'un prin-

« Avec l'individu à la base et au centre de tout ce dispositif, le rétablissement représente alors une voie de passage privilégiée vers l'exercice d'une citoyenneté pleine et entière (Vallée et Pelletier, 2008). »

le publique (Figure 1) introduit l'individu comme agent de changement, de qui nombre d'actions peuvent émaner. Aux cinq niveaux d'action mentionnés correspondent autant de dimensions du rétablissement qui peuvent faire l'objet d'analyses particulières : politique, socio-économique, culturelle, interpersonnelle et intra-personnelle (psychique). Chacune de ces dimensions est délimitée par

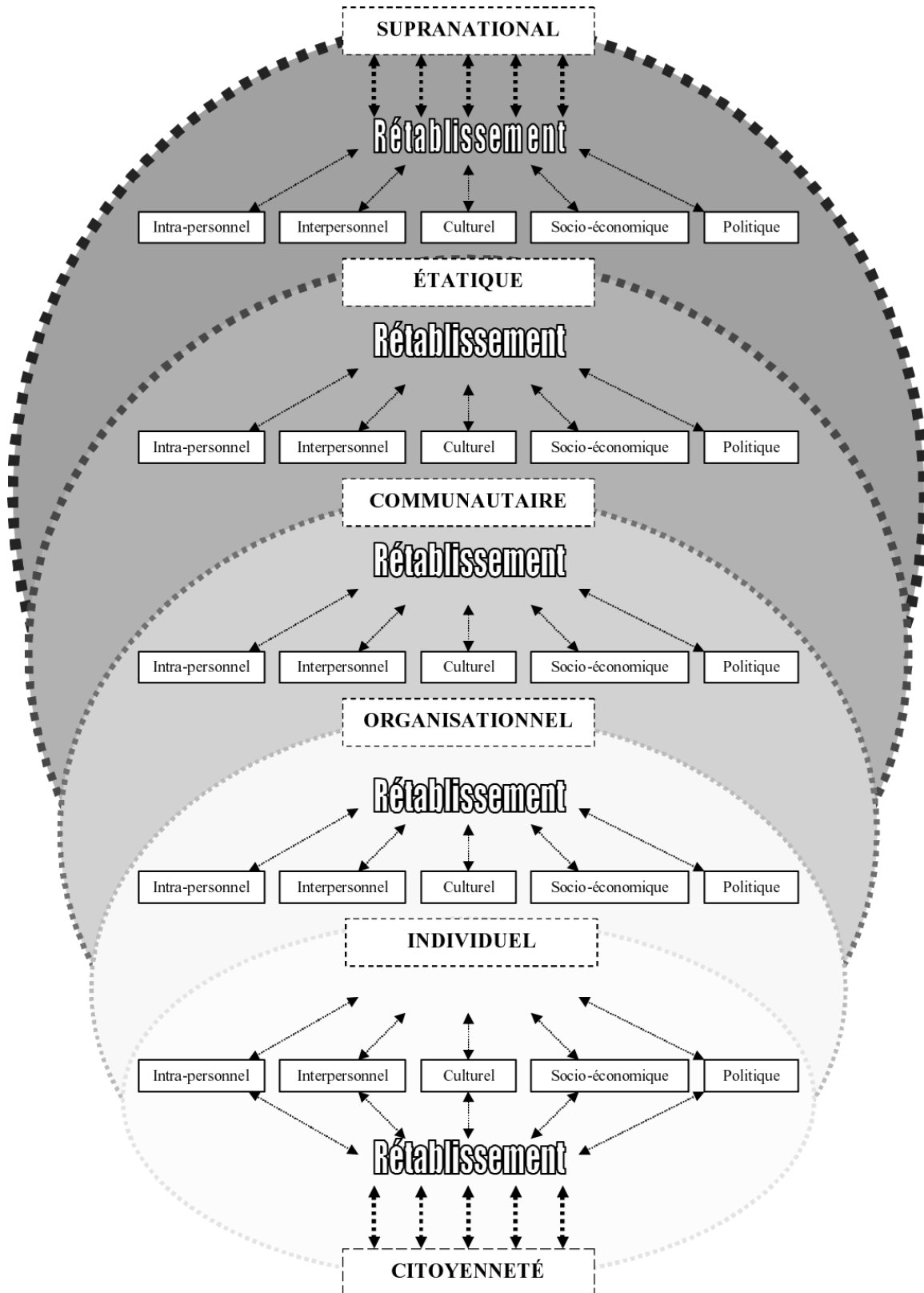
cipe d'action, d'un *principe directeur* (Gouvernement du Québec, 2005) qui sollicite explicitement la participation des personnes à l'élaboration des politiques, des programmes, à la prise en charge de leur destin personnel et collectif, etc. Et ce principe peut également s'appliquer à la recherche sur les systèmes et services de santé mentale, tel que la suite de ce propos le suggèrera.

Avec le rétablissement en santé mentale, serions-nous à l'aube de la quatrième révolution de la santé publique?

À surveiller...Le rétablissement en santé mentale publique : Deuxième partie.

« Le modèle global et la recherche participative centrée sur la personne en rétablissement ».

Figure 1 : Modèle global de santé mentale publique



Références

- ◆ Agence de la santé publique du Canada (2010) Rapport sur les maladies mentales au Canada. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/chap_1-fra.php
- ◆ Breslow, L. (1999) From Disease Prevention to Health Promotion, *Journal of the American Medical Association*, 281:1030-1033.
- ◆ Commission de la santé mentale du Canada (2009) Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada, URL : http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/boarddocs/15507_MHCC_FR_final.pdf
- ◆ Deegan, P. (1988) Recovery: The lived experience of rehabilitation, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 4, 11-19.
- ◆ Kickbush I. (2005) The dynamics of health promotion: from Ottawa to Bangkok. In: *Reviews of Health Promotion and Education Online*.
- ◆ Organisation mondiale de la santé (1986) Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=French
- ◆ Organisation mondiale de la santé (2010) Santé mentale: un état de bien-être. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/index.html
- ◆ Pelletier, JF, Piat, M., Côté, S. et Dorvil, H. (Eds) (2009) *Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale : Pourquoi et comment faire évoluer les pratiques*, Presses de l'Université du Québec, coll. Problèmes sociaux et intervention sociale.
- ◆ Prince, M., V . Patel , S . Saxena , M . Maj , J . Maselko , M . Phillips, et A . Rahman (2005) No health without mental health, *The Lancet*, Volume 370 , Issue 9590 , Pages 859 – 877
- ◆ Richard, L., Potvin, L., Kishchuk, N., Prlic, H. Green, W. (1996), “Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs”, *American Journal of Health Promotion*, Vol. 10, No. (4), pp. 318-328.
- ◆ Vallée, C. et Pelletier, JF (2008) Pour donner du sens aux mots citoyenneté et rétablissement, *Le Partenaire*.

.....