

UNE PRÉSENCE NÉCESSAIRE— UNE CONTRIBUTION ESSENTIELLE: LES 25 ANS DE LA *REVUE CANADIENNE DE SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE*

CÉLINE MERCIER

Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

Ah! Les sympathiques “anciens combattants” des années 80! Ceux et celles qui se souviennent du temps où on traitait d’affirmation étonnante la proposition que les problèmes de santé mentale devaient être compris non seulement en référence aux caractéristiques individuelles des personnes, mais aussi en tenant compte de leurs conditions de vie et de leur milieu; où prétendre que la santé (et encore plus la maladie) mentale n’était pas qu’une affaire personnelle soulevait la discussion; où l’on commençait à prendre au sérieux les propositions suggérant la pertinence et la nécessité de développer des interventions à caractère collectif (groupe, réseaux) ou centrées sur les communautés, en complément des interventions cliniques.

COUP D’ŒIL SUR LE PASSÉ

Au cours des décennies suivantes, ces propositions ont gagné en notoriété. Le rapport Epp (1986), la Charte d’Ottawa (Organisation mondiale de la Santé, 1986), mais surtout les travaux des chercheurs réunis à l’initiative de l’Institut canadien de recherches avancées (ICRA) légitiment, à partir de données probantes, les notions de « santé des populations » et de « déterminants de la santé » (Evans, Barer, & Marmar, 1996; Evans & Stoddard, 1990). Ces documents ont une influence majeure sur les politiques de santé subséquentes (Legowski & McKay, 2000). À l’échelle internationale, la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF; Organisation mondiale de la Santé, 2001) marque une rupture d’avec le modèle médical de la santé et reconnaît l’impact des facteurs environnementaux sur l’état de santé. Deux publications récentes de l’OMS sur la prévention et la promotion en santé mentale (Organisation mondiale de la Santé, 2002, 2004) se fondent sur ces mêmes principes, désormais considérés comme des évidences. Bref, depuis la parution du premier numéro de la *Revue canadienne de santé mentale communautaire* (RCSMC) en 1982, l’« environnement conceptuel » a radicalement changé.

La Revue a participé à ces changements de perspective; elle a contribué à leur développement et à leur diffusion. De nombreux articles parus dans la Revue et plusieurs numéros thématiques font écho aux neuf déterminants de la santé reconnus dans ces documents.¹ Déjà, le premier supplément spécial (1983) portait sur « Les répercussions psychosociales de la mise en valeur des richesses naturelles au Canada ». Puis vinrent les numéros thématiques sur: « Politique publique, développement économique

et social et pouvoir des idées » (1989); « Travail, vie privée et santé mentale: le rôle nouveau du communautaire » (1992); « Le pouvoir, l'oppression et la santé mentale » (1996) jusqu'au numéro récent sur « La mondialisation et la santé mentale communautaire » (2004).

Au cours de ces années, la Revue a aussi permis l'émergence du champ de la réadaptation psychosociale pour les personnes avec des troubles mentaux graves, domaine avec lequel je suis plus familière. Elle a largement rendu compte des programmes de ce type, lesquels sont maintenant considérés comme des approches « courantes », de base (Phillips et al., 2001) et reconnus en tant que « bonnes pratiques ». Ainsi, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a fait paraître une série de sept rapports sur les pratiques exemplaires, dont ceux portant respectivement sur le logement, le suivi intensif dans la communauté, les services de crise, la participation et les initiatives des usagers et usagères, le soutien aux familles et leur implication, la réadaptation psychosociale et le rétablissement, et les services aux malades hospitalisés et externes (British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 2002). Là encore, on peut reconnaître la contribution de la Revue à la constitution d'un corpus de connaissances suffisamment important pour faire l'objet d'une analyse par la Cochrane Collaboration. Ainsi, le numéro spécial sur « Les services de santé mentale communautaire pour les personnes atteintes de troubles mentaux chroniques » (1987) aussi bien que de nombreux articles font écho aux recensions effectuées par la Cochrane Collaboration sur le *case management* (Marshall, Gray, Lockwood, & Green, 1998) ou le suivi intensif dans la communauté (Marshall & Lockwood, 1998).

Si l'on ajoute à cela les résultats de l'analyse de contenu réalisée à l'occasion du 25^e anniversaire de la Revue, on peut croire que la santé mentale communautaire est arrivée à bon port et que la RSCMC a rempli sa mission. En effet, on peut voir dans les statistiques présentées dans cette analyse plusieurs signes qui témoignent de sa maturité. En fait, on voit l'équilibre auquel on est parvenu depuis les 5 dernières années entre les genres, le recours aux méthodes qualitatives et quantitatives dans les recherches publiées, la représentation proportionnelle des articles écrits en anglais et en français. La diversification des sources et la diversité des contenus constituent un autre signe de cette maturité. En ce qui a trait à la diversification, quel plaisir de constater que les auteurs proviennent d'un nombre sans cesse grandissant d'universités et d'organisations. Les numéros spéciaux traduisent l'étendue des objets d'intérêt pour le champ de la santé mentale communautaire, alors que les articles publiés témoignent de la diversité des pratiques cliniques et organisationnelles. À ce titre, il est impressionnant de voir combien la Revue arrive à aborder, dans ses numéros thématiques, aussi bien les préoccupations émergentes, telles que la santé mentale chez les minorités sexuelles (2003) et la mondialisation (2004), que les problématiques reconnues telles que le vieillissement et la santé mentale (2005).

Les avancées des dernières années constituent autant de points d'appui pour l'affirmation de l'approche communautaire en santé mentale. Le domaine de la santé publique a nettement gagné en importance, et l'approche de la santé des populations a donné un certain essor à la promotion et à la prévention en santé. La pertinence des partenariats et des actions intersectorielles est de plus en plus reconnue. La réduction des inégalités de santé et l'accessibilité des soins de santé aux populations vulnérables reprennent des thématiques chères à la santé mentale communautaire.

REGARDS VERS L'AVENIR

Mission accomplie, donc? Pas si sûre. Les anciens combattants ont besoin d'une relève. En 25 ans, ce n'est pas que la perspective communautaire en santé mentale qui a progressé. Les neurosciences, la génétique, aussi. De même que le souci pour la mobilisation des connaissances, la prise de décision fondée sur les données probantes, l'implantation de programmes d'intervention efficaces et efficaces. Ces développements invitent les tenants et tenantes de la santé mentale communautaire à un repositionnement face aux enjeux qu'ils soulèvent.

Les exemples sont nombreux qui militent en faveur d'une affirmation forte, mais surtout fortement documentée, des principes de la santé mentale communautaire. L'un de mes favoris a trait à la prévention des problèmes de santé mentale et de comportement chez les enfants et les adolescents et adolescentes. Des études génétiques, physiologiques et longitudinales ont permis d'établir de façon rigoureuse des facteurs de risque (ou de vulnérabilité) quant à l'apparition de certains de ces problèmes. Suite à ces études, des programmes de prévention ont été mis en place à l'intention d'enfants ciblés dès leur plus jeune âge du fait qu'ils présentent ces facteurs de risque. Ces programmes ont été évalués et les résultats ont démontré que le niveau d'atteinte des objectifs visés (apprentissage d'habiletés, par exemple) auprès des enfants et de leurs parents était suffisant pour conclure à leur efficacité.

Ce type de démonstration est beaucoup plus difficile à mettre en place dans le cadre d'une approche en prévention de type écologique. Lorsque les objectifs consistent à enrichir le milieu de vie des tout-petits et toute-petites, à développer l'entraide entre les parents, à favoriser les liens de voisinage et la vie de quartier, les indicateurs et les critères de réussite sont beaucoup plus difficiles à établir. Au jeu des données probantes, de l'efficacité et de l'efficience, les programmes complexes et compréhensifs sont désavantagés de par leur caractère intégré aux autres forces du milieu, aussi bien que par leur sensibilité aux facteurs délétères aussi présents dans ce même milieu.

Dans le même ordre d'idées, l'innovation se prête mal, dans ses stades émergents, au suivi systématique et à l'opérationnalisation de critères de succès. Ainsi, en même temps que la réadaptation psychosociale gagnait ses lettres de noblesse, les philosophies des programmes de ce type et leurs objectifs continuaient d'évoluer. Plusieurs entreprises d'économie sociale, tout en maintenant leur objectif d'offrir un milieu d'insertion socioprofessionnelle à leurs membres, visent aussi à contribuer à la qualité du milieu, en offrant des produits et des services à faible coût ou même en créant des emplois. De même, les programmes de soutien à la vie autonome s'interrogent sur les façons de soutenir l'exercice de la citoyenneté chez les personnes avec des incapacités et concourent ainsi au mouvement général en faveur de la démocratie participative. L'enjeu lié à ce type d'objectifs est qu'ils dépassent les résultats attendus de programmes de réadaptation et qu'ils risquent de ne pas être pris en compte dans l'évaluation de leur efficacité. En ce sens, les tenants et tenantes de la santé mentale communautaire, s'ils peuvent prendre appui sur une reconnaissance plus grande des principes fondamentaux de leur approche, doivent toujours militer pour inscrire les principes émergents dans les standards de reconnaissance et de légitimité. Tâche difficile, puisque les actions les plus novatrices sont finalement « hors cadre », « transversales », par rapport aux politiques et aux programmes existants.

Dans le contexte actuel, la recherche peut contribuer à la notoriété de ces nouvelles cibles de la santé mentale communautaire. Le changement de statut de la recherche pourrait être le plus important des progrès sensibles réalisés en matière de recherche ces dernières années. En devenant un acteur reconnu (parmi d'autres, il va de soit) dans la prise de décision, la recherche a vu son caractère politique accentué. L'épidémiologie, la recherche sur les services et l'évaluation de programmes sont particulièrement sollicités. De façon parallèle, des données de type qualitatif sont de plus en plus souvent mobilisées dans l'élaboration des conclusions. Les méthodes d'analyse du matériel qualitatif ont considérablement gagné en rigueur et en sophistication et leur usage n'est plus réservé aux phases exploratoires de la recherche. Pour les chercheurs, le défi est de mieux maîtriser ces nouvelles possibilités et de les utiliser pour soutenir l'émergence des approches novatrices face aux approches déjà bien validées.

Un autre défi consiste à intégrer les nouveaux courants en santé mentale communautaire dans les pratiques de recherche. Sur ce plan, les préoccupations sont de deux ordres. D'abord, comment respecter les principes d'appropriation du pouvoir et de citoyenneté dans les rapports avec les participants et les participantes à la recherche, surtout quand il s'agit de populations dites vulnérables? Cette préoccupation prend plusieurs formes: Comment traduire la « culture de la recherche » à des personnes qui en sont complètement éloignées? Comment faire en sorte que la participation à une étude ait aussi des retombées pour la personne sollicitée? Comment communiquer de façon à ce que la personne comprenne réellement le message? Toutes questions qui interrogent aussi la démarche fortement ritualisée visant à l'obtention d'un consentement libre et éclairé.

La deuxième préoccupation est reliée à la quête de modèles et d'espaces de transmission des résultats à des niveaux où ils peuvent faire du sens et éventuellement une différence. Ces dernières années, beaucoup de travaux ont été réalisés pour identifier des variables, des indicateurs et des mesures appropriés pour documenter des problématiques émergentes ou pour rendre compte des objectifs de programmes novateurs. Mais ce n'est là qu'une partie du travail, dans la mesure où les résultats issus de ces démarches concernent souvent différents paliers de gouvernement (local et régional) ou plus d'un secteur. À titre d'exemples de ce type de situation, on peut citer les initiatives de médiation entre les résidents et résidentes d'un quartier (palier municipal) et un organisme offrant du répit aux utilisateurs et utilisatrices de drogues injectables (secteurs des services sociaux, de la sécurité publique, de l'industrie); ou encore un programme d'aide aux devoirs destiné à réduire la solitude des aînés et aînées, assurer la transmission du patrimoine local et prévenir le décrochage scolaire (secteurs de l'éducation, du patrimoine, de la santé). Si l'intersectorialité semble une approche complémentaire à la santé mentale communautaire (White, Jobin, McCann, & Morin, 2002), il reste beaucoup à faire pour la traduire en un modèle de pratique, une forme de communication interorganisationnelle, sinon une méthode de recherche en tant que telle.

CONCLUSION

Depuis la parution des premiers numéros de la *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, plusieurs principes de base de l'approche communautaire en santé mentale ont été intégrés aux approches

courantes. Ce qui tenait beaucoup du « mouvement » est devenu un « modèle conceptuel » reconnu, actualisé dans des politiques centrées sur la santé des populations et les déterminants de la santé. Mais pendant cette même période, la scène et les règles du jeu ont aussi radicalement changé. Les connaissances dans le domaine des neurosciences et de la génétique se sont développées et occupent le devant de la scène depuis la « décennie du cerveau ». Les mécanismes de gestion en matière de santé mentale sont de plus en plus rationalisés dans le cadre de processus fondés sur l'imputabilité, l'efficacité et l'efficience. L'introduction de changements et d'innovations est désormais balisée en fonction de la prise en compte de données probantes et de standards de pratique, notions à peine évoquées dans les années 80.

La santé mentale communautaire a à relever le défi de se penser eu égard à cette nouvelle culture. En tant que principal véhicule de diffusion dans ce domaine au Canada, la Revue est appelée à jouer un rôle prédominant dans l'équilibre à établir entre la mise à profit des données probantes pour la validation des meilleures pratiques et la reconnaissance des forces d'innovation à l'œuvre dans les différents milieux. Comme elle a su le démontrer en consacrant un numéro spécial aux « Innovations positives en santé mentale » (1999) et un autre à « L'innovation en santé mentale communautaire: perspectives internationales » (2002), il lui faut continuer d'être à l'affût des changements dans son environnement, de l'émergence de nouvelles problématiques, de l'expérimentation sociale et communautaire. On souhaiterait surtout que la Revue puisse continuer à susciter la réflexion sur les valeurs et les bases conceptuelles propres à la santé mentale communautaire, qu'elle en demeure le porte-parole et le témoin. On voudrait aussi qu'elle demeure présente là où se discutent les grands enjeux que sont la réduction des inégalités de santé, l'accessibilité aux ressources pour les populations vulnérables, la participation sociale et l'accès à la citoyenneté et la promotion et la défense des droits.

NOTE

1. Ces déterminants sont: l'héritage biologique et génétique; les habitudes de vie et les capacités d'adaptation personnelle; le développement de la petite enfance; les réseaux de soutien social; l'éducation; l'emploi et les conditions de travail; le revenu et le statut social; l'environnement physique; les services de santé.

RÉFÉRENCES

- British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. (2002). *B.C.'s mental health reform: Best practices*. Victoria, BC: Auteur. Récupéré en ligne le 4 mars 2007 de: <http://www.healthservices.gov.bc.ca/mhd/bpelementsbc.html>
- Epp, J. (1986). *La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada.
- Evans, R.G., Barer, M., & Marmar, T.R. (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé: les déterminants de la santé des populations*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal/Paris: John Libbey Eurotext.
- Evans, R.G., & Stoddard, G.L. (1990). Producing health, consuming health care. *Social Science and Medicine*, 31(12), 1347-1363
- Legowski, B., & McKay, L. (2000). *Health beyond health care: Twenty-five years of federal policy development*. Ottawa: Canadian Policy Research Network.
- Marshall, M., & Lockwood, A. (1998). Assertive Community Treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art. No.: CD001089. DOI: 10.1002/14651858.CD001089.

- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., & Green, R. (1998). Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD000050. DOI: 10.1002/14651858.CD000050.
- Organisation mondiale de la santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa: Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique.
- Organisation mondiale de la santé. (2001). *CIF [Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé]: Introduction*. Genève: Auteur. Récupéré en ligne le 27 février 2007 de: <http://www3.who.int/icf/intros/CIF-Fre-Intro.pdf>
- Organisation mondiale de la santé. (2002). *Prevention and promotion in mental health*. Genève: Auteur.
- Organisation mondiale de la santé. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Genève: Auteur.
- Phillips, S.D., Burns, B.J., Edgar, E.R., Mueser, K.T., Linkins, K.W., Rosenheck, R.A., et al. (2001) Moving Assertive Community Treatment into standard practice. *Psychiatric Services*, 52(6), 771-779.
- White, D., Jobin, L., McCann, D., & Morin, P. (2002). *Pour sortir des sentiers battus: l'action intersectorielle en santé mentale*. Québec, QC: Les Publications du Québec.