Document generated on 08/04/2025 9:08 p.m.

Développement Humain, Handicap et Changement Social
Human Development, Disability, and Social Change

Éditorial

Myreille St-Onge

Volume 20, Number 2, December 2012

Les conceptions du rétablissement en santé mentale : recherches identitaires, interdépendances et changements sociaux
Recovery Concepts and Models in Mental Health: Quests for Identity, Interdependences, and Social Changes

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1086710ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1086710ar

See table of contents

Publisher(s)

Réseau International sur le Processus de Production du Handicap

ISSN

1499-5549 (print)
2562-6574 (digital)

Explore this journal

Cite this document

St-Onge, M. (2012). Éditorial. *Développement Humain, Handicap et Changement Social / Human Development, Disability, and Social Change*, *20*(2), 3–5. https://doi.org/10.7202/1086710ar

Tous droits réservés © Réseau International sur le Processus de Production du Handicap, 2012

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Revue Développement humain, handicap et changement social, 2012, **(20)**, 2, p. 3-7.
Journal of Human Development, Disability, and Social Change

Éditorial

À l'instar du mouvement d'émancipation sociopolitique des personnes ayant des limitations fonctionnelles, le mouvement de rétablissement des personnes ayant un vécu psychiatrique a connu un essor considérable dans les pays occidentaux depuis que l'on a décrété, aux États-Unis, les années 1990 comme la décennie du rétablissement (Anthony, 2002). Ainsi on retrouve un vaste corpus théorique et expérientiel relatif au rétablissement. Il s'agit par ailleurs d'un concept touchant à plusieurs dimensions de la vie des personnes : la diminution des symptômes (le volet psychiatrique), la motivation, le désir de changement et la résilience (le volet psychologique), la restauration des rôles sociaux (le volet social), le rétablissement du système de soins (le volet organisationnel) et enfin l'exercice de la pleine citoyenneté des personnes (le volet sociopolitique). Il existe une certaine confusion dans les écrits lorsque l'on traite en particulier des volets clinique, psychologique et social, car on a souvent tendance à les traiter de façon interchangeable. Par ailleurs, l'intérêt d'étudier les interrelations et les interinfluences de l'ensemble de ces composantes pour comprendre l'exclusion sociale à laquelle sont confrontées les personnes ayant un trouble mental demeure au cœur de nos préoccupations. Bien que la notion du handicap implique de façon *sine qua non* la prise en compte de ces interrelations dans la compréhension des situations d'exclusion sociale ou de réduction de l'exercice des droits des personnes dans le modèle du développement humain et du processus de production du handicap, la conception que le handicap est associé de manière systématique à la personne (Fougeyrollas, 2010, p. 13) est malheureusement encore répandue dans le réseau de la santé mentale au Québec, et probablement ailleurs dans le monde. Cela provoque une résistance à recourir à ce modèle pour comprendre les situations d'exclusion vécues par les personnes composant avec les conséquences sociales d'un trouble mental, comme la stigmatisation, la discrimination, la pauvreté, etc.

Ce numéro thématique de la revue *Développement humain, handicap et changement social* consacré aux « conceptions du rétablissement en santé mentale : recherches identitaires, interdépendances et changements sociaux » met l'accent plus particulièrement sur les interrelations de certaines de ces dimensions du rétablissement. Pour favoriser la participation sociopolitique des personnes, *Pelletier, Le Cardinal, Roelandt et Rowe* traitent de l'initiative française des conseils locaux de santé mentale ainsi que des forums citoyens mis sur pied aux États-Unis et au Québec. Ces instances permettent aux personnes directement concernées par les services et leur entourage de faire réellement partie de la communauté en participant entre autres activement à la recherche, à la planification et au développement des services. Ces auteurs placent au cœur du rétablissement civique les interrelations entre les volets psychiatrique et sociopolitique pour que les personnes fassent « la transition de la marginalisation sociale et psychologique à l'inclusion comme membre à part entière de la collectivité » (p. 16).

L'approche capacitaire de Sen dont traite *Hopper* est étroitement liée à la notion d'aptitudes du modèle de Fougeyrollas; notion qui renvoie à la capacité optimale d'un individu à accomplir une activité physique ou mentale (Fougeyrollas, 2010, p. 157). Dans le modèle de Sen, ces aspects capacitaires ou « aptitudes » renvoient plus particulièrement à l'exercice de l'auto-détermination des personnes qui « place un accent marqué sur une participation sociale active [des personnes] à l'intérieur d'une conversation culturelle continue » (Hopper, p. 26). Hopper situe cette approche capacitaire dans le cadre d'une première crise psychotique en vue d'interrompre le processus de handicap au tout début en misant sur les interinfluences entre les ressources externes, les capacités internes, l'expérience et un environnement socioculturel soutenant de la personne.

Maamari et Pégon quant à eux traitent d'un dispositif de santé mentale soutenu par Handicap International auprès d'enfants palestiniens réfugiés au Liban. En raison des conditions de vie précaires et des situations d'exclusion dont sont victimes ces enfants, il n'est pas surprenant de constater qu'un nombre important d'entre eux soient atteints de troubles mentaux. Mais ces auteurs ont mis à contribution la « forte solidarité [qui] relie les membres de la communauté palestinienne vivant dans les camps » (p. 44) et ont misé sur les liens intra et interfamiliaux pour construire ce dispositif en étroite collaboration avec des travailleurs communautaires et les familles en mettant l'accent sur les échanges entre leurs savoirs respectifs pour favoriser la participation des jeunes enfants à la communauté.

Horgan et Krupa font ressortir dans leur article que le suivi intensif dans la communauté, modèle d'organisation des services largement répandu au Canada et au Québec, met davantage l'accent sur le volet clinique du rétablissement que sur ses autres dimensions. Les résultats de leur recherche indiquent que bien que les professionnels associés à cette pratique adhèrent aux valeurs de l'inclusion sociale et à une vision sociale du rétablissement, leur pratique de tous les jours est organisée autour d'une approche individuelle et médicale des soins. Ainsi, les personnes inscrites dans ce type de services seraient davantage *dans* la communauté que partie intégrante *de* la communauté.

Les gouvernements peuvent contribuer largement au rétablissement dans son aspect organisationnel en favorisant l'adoption de la mission et des valeurs du rétablissement dans les services de santé mentale. L'organisme fédéral SAMHSA dont traite *del Vecchio* a été créé aux États-Unis en 1992 en vue de soutenir le rétablissement dans les programmes venant en aide aux personnes présentant à la fois des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Pour ce faire, l'organisme a favorisé l'engagement de plusieurs acteurs autour de cette problématique dans une approche participative. Ces efforts ont conduit, entre autres, à une participation accrue de pairs leaders offrant leurs services dans des centres « par et pour » axés sur le bien-être et le rétablissement.

Maillard traite des orientations des politiques françaises dans le domaine de la pédopsychiatrie qui ont connu d'importantes transformations au cours des dernières décennies sous l'impulsion de deux réformes majeures. Dans une vision proche de l'approche capacitaire de Sen, cette auteure montre que dorénavant les politiques sociales sont passées d'une approche passive à une approche active visant « une mise en mouvement des destinataires de l'aide qui doivent désormais se faire les acteurs de leur propre insertion ». Devant les constats que les adolescents en souffrance ne vont pas chercher de l'aide ainsi que l'inadaptation du « face à face classiquement privilégié par les sciences du psychisme » (p. 94) en France, ces transformations ont mené les acteurs de la pédopsychiatrie à « faire avec » les adolescents sans demande ou avec leur entourage « plutôt que ne rien faire avec les adolescents ». On vise dans cette nouvelle façon de faire à « rapprocher les adolescents et leur entourage afin de les remettre en mouvement et de renforcer leurs capacités d'action » (p. 95)

Enfin, *Larivière* expose dans son article une comparaison sur le plan de la participation sociale de trois groupes de personnes ayant des troubles mentaux. Elle a eu recours à la mesure des habitudes de vie, la MHAVIE conceptualisée par Fougeyrollas, Noreau et leurs collègues. Cette auteure montre que l'utilisation de la MHAVIE dans le domaine des troubles mentaux permet de recueillir de riches informations sur la participation sociale (on pourrait dire le rétablissement social) des personnes composant avec ces troubles, mais aussi sur les prises de conscience qu'a provoquée l'auto-administration de cet outil chez les personnes interrogées dans le cadre de sa recherche.

Les auteurs de ce numéro thématique nous font prendre conscience du défi que nous avons à relever pour travailler réellement AVEC les personnes directement concernées par les services de santé mentale. Plusieurs

initiatives intéressantes recensées dans ces articles ont vu le jour et nous donne l'espoir de croire que dans un avenir plus ou moins rapproché ces personnes pourront développer une identité positive à l'intérieur d'une communauté accueillante à la diversité. Un autre défi à relever est une mise en commun des concepts associés au paradigme du rétablissement. Le modèle de Fougeyrollas (2010) pourrait être un outil de choix pour y arriver, étant donné sa grande richesse conceptuelle intégrant toutes les composantes de la vie humaine. Il faudrait, par ailleurs, l'adapter pour y inclure une étiologie des troubles mentaux, et pourquoi pas le rebaptiser « modèle de développement humain et processus de l'exclusion sociale » ? Ceci contribuerait probablement à favoriser une plus grande utilisation de ce modèle dans le domaine de la santé mentale.

Références

ANTHONY, W. (2002). Pour un système de santé axé sur le rétablissement. Douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services. *Santé mentale au Québec*, *vol. XXVII*(1), 102-113.

FOUGEYROLLAS, P. (2010). *Le funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap.* Les Presses de l'Université Laval, coll. « Sociétés, culture et santé », 315 p.

Myreille St-Onge, Ph.D.
Rédactrice invitée
Professeure titulaire
École de service social, Université Laval