

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

**PROMOTION ET PRÉVENTION EN SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC :
ANALYSE ET PISTES DE RÉFLEXION ÉTHIQUE**

MÉMOIRE DE RECHERCHE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI

comme exigence partielle

du programme de maîtrise en éthique

PAR

NATHALIE TESSIER

Juillet 2002

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'auteur autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteur conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.

À mes enfants, Alexandre et Hugo, pour la joie et l'affection dont ils m'ont comblée lors des rares moments familiaux qu'il nous restait et pour leur compréhension lors des multiples absences qu'a nécessitées la réalisation de ce projet.

À mon ami et compagnon de travail, Denis Ouellet, sans qui la conformité de ce mémoire au niveau de la mise en forme n'aurait pu voir le jour. Par sa minutie et son souci du détail, il a su apporter nombre de conseils pertinents. Sa patience et son calme ont aussi été des éléments de préservation de ma propre santé mentale lors de la finalisation de ce travail.

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je veux remercier M. Guy Giroux, professeur, qui a su déceler en moi l'aptitude pour le questionnement éthique, qui m'a incitée à actualiser celui-ci dans un cadre académique et qui m'a encouragée ultérieurement à poursuivre jusqu'au bout. Sans le savoir, il a contribué à une étape importante de ma vie, tant au niveau professionnel qu'au niveau personnel.

Le rapport de la présente étude n'aurait pu être complet sans l'appui spécial de M. Raymond Massé, chercheur. En effet, c'est à lui que nous devons la transmission de précieux renseignements à l'intérieur du présent rapport, sur les directions de santé publique et sur les perspectives d'avenir qui les attendent. Nous lui sommes donc reconnaissants pour sa contribution tout au long de notre cueillette de données proprement dite, de même que pour l'octroi de la bourse de recherche qui a permis l'obtention des conditions financières nécessaires à la réalisation des entrevues.

Nous remercions également toutes les personnes répondantes qui ont accepté de participer à une entrevue, de même que celles qui ont participé au *focus-groups* préalables. Le temps qu'elles auront consacré à cette fin, pour nous renseigner sur leurs interventions et nous donner les pistes de différents enjeux sous-jacents à la santé publique, permettra, du moins nous l'espérons, d'entreprendre une démarche éthique de réflexion sur la prévention et la promotion en santé mentale.

Au demeurant, nous ne saurions oublier de remercier M. Pierre-Paul Parent, qui, comme premier directeur de mémoire, fit montre d'une tolérance exemplaire, ainsi que tous les professeurs qui m'ont guidée dans certaines étapes de mon processus de rédaction, dont Mme Monique Dumais, M. Bruno Boulianne et Mme Marie Beaulieu, qui ont accepté d'aller au-delà du cadre pédagogique habituel. Enfin, nous voudrions souligner la disponibilité et l'ouverture d'esprit de Mme Ginette Pagé, Ph.D. qui a accepté le défi de soutenir la finalisation de ce mémoire après presque deux ans d'arrêt et n'a pas ménagé ses encouragements et son enthousiasme.

Enfin, un mot de remerciement pour mes employeurs de PLAIDD-BF, qui ont su comprendre l'importance de ce projet au niveau personnel et qui ont permis que je prenne le temps nécessaire. De même qu'à Sylvie Ouellet, qui a complété le processus de correction au niveau syntaxique pour la version finale.

AVANT-PROPOS

En tant qu'intervenante dans un contexte communautaire et ayant constamment à sensibiliser les instances en lien avec le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie, il me semble important de dégager quelques enjeux éthiques dans le mandat détenu par les autorités publiques en matière de santé.

Certains dérapages récents dans la réforme de la santé ou de l'éducation démontrent qu'il ne faut pas que les responsabilités administratives deviennent inopérantes à cause d'une logique de gestion strictement axée sur la productivité et l'efficacité. La perte de plusieurs acquis sociaux et la restructuration des services ont amené une «fragilisation» de la santé mentale. En effet, j'ai pu constater dans ma pratique, l'ampleur au quotidien de cette fragilisation généralisée, autant chez la clientèle que chez les personnes intervenantes du réseau de la santé ou du milieu communautaire.

Malgré que le cheval de bataille des ressources alternatives en santé mentale et des groupes de défense des droits, avec lesquels je travaille, est d'inclure une conception élargie de la prévention et de la promotion au cœur de toutes pratiques sociales dans un souci de globalité de l'être humain et de respect de ses droits, je ne semblais pas constater de réels progrès ou investissements dans ce domaine. C'est pourquoi la prévention et la promotion de la santé mentale ont suscité mon intérêt depuis déjà plusieurs années.

RÉSUMÉ

Le domaine de l'intervention en santé mentale traverse actuellement une période de profonde remise en question sous l'effet conjugué du «mal de vivre» éprouvé par un nombre croissant de personnes; des réformes entreprises dans la perspective du virage ambulatoire; de la transformation de services en santé mentale; et, de la pénurie de ressources pour assurer la prise en charge des personnes en milieu communautaire. Cette remise en question en amène plusieurs à vouloir atténuer les répercussions sur la santé mentale de la population en misant sur des pratiques préventives et promotionnelles.

Force est de constater, après le bilan négatif de la Politique de Santé Mentale, de même qu'en consultant les multiples avis, recommandations et suivis du Groupe d'appui aux transformations dans le réseau de la santé et du Comité de Santé Mentale du Québec (CSMQ), que la mise en place des pratiques préventives et promotionnelles n'en est qu'à ses balbutiements. En effet, les CLSCs priorisent surtout les interventions ponctuelles de crises psychosociales et le communautaire ne peut pallier la pénurie d'alternatives au réseau de soins. Donc, bien qu'il existe quelques balises en prévention et en promotion de la santé mentale, elles ne peuvent se concrétiser dans les pratiques des personnes intervenantes, qui nous parlent de leur impuissance à les actualiser, des *résistances* ressenties et d'un certain *immobilisme* de la santé publique dans ce domaine.

Nous avons choisi de questionner la dynamique éthique¹ d'un échantillon de treize personnes professionnelles des directions de santé publique oeuvrant en prévention/promotion de la santé mentale, au Québec. Pour circonscrire le «matériau de base» des interventions préventives et promotionnelles, nous avons procédé à une analyse éthicologique de leurs propos, permettant d'en dégager les pratiques, les légitimations, les régulations et les valeurs.

Les enjeux éthiques cernés, sont liés principalement aux interrelations entre les valeurs prônées et les légitimations soutenant les valeurs de référence pour la promotion de la santé. La discussion de ces enjeux se termine par la formulation de pistes d'action : l'adoption d'un modèle écologique de la santé mentale et la reconnaissance d'un statut formel à la promotion de la santé mentale. Enfin, l'éthique liée à la promotion de la santé mentale, ressortant de l'étude, incite au développement d'une pensée éthique faisant appel à l'engagement personnel des personnes intervenantes, afin d'actualiser l'interpellation à la solidarité et à l'*empowerment* de chacun face à la santé.

¹ La **dynamique** particulière animant un discours ne peut être catégorisée qu'après analyse comme étant éthique ou morale. Dans cette étude, nous la qualifions.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	III
AVANT-PROPOS	V
RÉSUMÉ	VI
TABLE DES MATIÈRES	VII
LISTE DES APPENDICES	X
LISTE DES ILLUSTRATIONS	XI
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	XII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER	
LA PROBLÉMATIQUE	5
1.1 But et objectifs de la recherche	11
1.2 Le cadre de référence	12
1.2.1 Prémisses de l'étude	12
1.2.2 La grille d'analyse	16
CHAPITRE 2	
LA RÉCENSION DES ÉCRITS	18
2.1 Les concepts de l'éthique et de la santé	37
2.2 Quelques fondements de la santé mentale, de la santé publique et la spécificité des pratiques préventives et promotionnelles en santé mentale	38
2.2.1 La réforme sociosanitaire au Québec et au Canada	44
2.2.2 La spécificité de la prévention et de la promotion dans le domaine de la santé mentale	48
2.2.3 La structure de la santé publique et ses orientations	51
2.2.4 Les fondements actuels de la santé publique	52
CHAPITRE 3	
LA MÉTHODE	56
3.1 Le type d'étude	56
3.2 L'échantillon de l'étude	57
3.3 La méthode éthicologique	59
3.4 Le déroulement de la recherche	62
3.5 Les éléments de l'instrument de recherche	64
3.6 Les limites de la recherche	66

CHAPITRE 4

LECTURE ÉTHICOLOGIQUE DU DISCOURS DES PERSONNES PARTICIPANTES	67
4.1 Les pratiques préventives et promotionnelles dans le domaine de la santé mentale	69
4.1.1 Les éléments contextuels	69
4.1.2 Les éléments de pratiques	73
4.2 Les régulations	85
4.3 Les légitimations	93
4.4 L'identification des valeurs et les principaux conflits de valeurs	107
4.5 Éléments perçus comme des enjeux par les personnes professionnelles des directions de santé publique	119
4.5.1 Enjeux organisationnels	121
• <i>Structuration des équipes</i>	121
• <i>Choix des dossiers</i>	122
• <i>Incohérence des plans</i>	123
• <i>La bureaucratisation</i>	123
• <i>Manque d'espace de discussion</i>	124
4.5.2 L'emphase mise sur l'organisation de services : la priorisation des services curatifs, la discontinuité des services, la priorisation de mode de pratiques de soins et les critères de sélection	127
4.5.3 La sélection des clientèles	131
4.5.4 La priorisation de problématiques	135
4.5.5 La priorisation de la clientèle jeunesse en santé publique	136
4.5.6 L'allocation des ressources rares et allocation budgétaire	138
4.5.7 L'immobilisme de la santé publique	142
• <i>L'intérêt mitigé pour la santé mentale et les problèmes sociaux en général</i>	143
• <i>La non-utilisation des leviers politiques et sociaux</i>	145
• <i>Le manque de connaissances</i>	146
4.5.8 La normalisation	148
4.5.9 La non-légitimité légale en santé mentale au travail	152
4.5.10 La reconnaissance des pratiques préventives et promotionnelles	152
4.5.11 Autres enjeux liés à l'intervention	153
4.5.12 Autres questionnements sociaux	156
4.6 Pistes d'actions	156
• Incitatifs à la responsabilisation, solidarisation, partage du temps de travail	157
• Reconnaissance de l'apport des familles par une révision des politiques	158
• Valorisation de l'estime de soi des jeunes et démystification de la santé mentale	158
• Engagement personnel face à la santé mentale	158
• Modification de la loi sur la santé et la sécurité au travail	159

CHAPITRE 5

DISCUSSION ET ÉLARGISSEMENT DES TOPIQUES	160
5.1 Les enjeux éthiques soulevés	164
5.1.1 Au niveau des valeurs	164
5.1.2 Au niveau des pratiques	167
5.1.3 Au niveau des régulations	168
<i>L'efficience et l'efficacité</i>	169
5.1.4 Au niveau des légitimations	171
<i>La responsabilisation individuelle et la culpabilisation de la victime</i>	173
<i>Le danger de la normalisation, de l'évaluation quantitative et statistique</i>	177
<i>La santé publique en tant qu'agent moral</i>	181
5.2 Risques de la prévention	185
5.2.1 Le dépistage	186
5.2.2 Les concepts de facteurs de risque	187
5.3 Les enjeux de la promotion	192
5.3.1 Le partenariat	197
5.3.2 <i>L'empowerment</i> et l'advocacy	199
5.3.3 La solidarisation et le développement social	203
5.4 Les implications	206
5.4.1 Adoption par l'État d'un modèle écologique de la santé faisant consensus	206
5.4.2 Renforcement de la promotion	209
5.4.3 Reconnaissance d'un statut formel à la promotion de la santé mentale	209
La coordination des divers niveaux d'activités en promotion	211
Le financement et l'adoption de critères de priorisation et de sélection pour le financement des projets de promotion	211
5.5 Développement d'une pensée éthique	215
5.6 Pistes de réflexions d'éthique sociale	218
La mystification et l'intolérance face à toutes expressions de la colère	219
La condition masculine en santé mentale	221
La santé mentale comme continuum de la maturation et du vieillissement des individus	221
La responsabilité collective de la santé mentale	223
CONCLUSION	226
BIBLIOGRAPHIE	230
APPENDICES	250

LISTE DES APPENDICES

Appendice 1	Modèles explicatifs de différentes conceptions de l'éthique	251
Appendice 2	Évolution historique du concept de la maladie à celui de la santé mentale	258
Appendice 3	Mandat légal des DSP	260
Appendice 4	Méthode éthicologique	261
Appendice 5a	Canevas d'entrevue	262
Appendice 5b	Prétest : plan de la journée	268
Appendice 6	Profil sociodémographique des personnes répondantes	270
Appendice 7	Tableau I: Codification des verbatims Tableau II: Enjeux éthiques perçus et soulevés	273
Appendice 8	Dossiers	275
Appendice 9	Analyse des principales législations mentionnées par les personnes participantes	278
Appendice 10	Illustration du regard du système sociosanitaire sur la population	281
Appendice 11	Questions d'éthique sociale soulevées par certaines personnes répondantes	282
Appendice 12	Valeurs des RRSSS	285
Appendice 13	Éléments sur l'autorégulation	288
Appendice 14	Intervention en santé mentale vue sous l'angle du contrôle social	289
Appendice 15	Illustration de la moralité de la santé publique	290
Appendice 16	Principes de la bioéthique	291
Appendice 17	Population health promotion model	294
Appendice 18	Pistes d'actions pour le renforcement de la promotion (OMS, 1999)	303

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1.1	Définition de l'enjeu éthique	15
Tableau 1.2	Définitions des instances	17
Tableau 2.1	Principaux constats relevés dans la littérature en santé publique (Selon Massé et Saint-Arnaud, 1997)	26
Tableau 2.2	Conception d'origine de la prévention	31
<i>Figure 2.1</i>	<i>Continuum de la santé mentale</i>	33
Tableau 2.3	Distinction des pratiques préventives et promotionnelles	34
Tableau 2.4	Implications de modèles de santé mentale	39
Tableau 2.5	Définitions contemporaines de la santé mentale	41
Tableau 2.6	Faits marquants aux niveaux historique et social	44
Tableau 4.1	Valeurs nommées par les personnes répondantes	114
Tableau 4.2	Sources de conflits de valeurs	116
Tableau 4.3	Catégories liées aux éléments éthiques	126
Tableau 5.1	Analyse des interrelations entre les instances	162
Tableau 5.2	Description du «Population Health Promotion Model»	208
Tableau 5.5	Présomptions des personnes répondantes à soumettre à la réflexion éthique	225

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

A.C.F.A.S.	Association canadienne-française pour l'avancement des sciences
A.C.S.P.	Association canadienne de santé publique
A.H.Q.	Association des hôpitaux du Québec
A.S.C.M.	Association canadienne pour la santé mentale
A.S.P.Q.	Association pour la santé publique du Québec
C.C.D.S.	Conseil canadien de développement social
CLSC	Centre local de services communautaires
C.P.H.A.	Canadian Public Health Association
C.Q.R.S.	Conseil québécois de la recherche sociale
C.RRSSSQ.	Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec
C.S.B.E.	Conseil de la santé et du bien-être
C.S.M.Q.	Comité de la santé mentale du Québec
C.S.N.	Confédération des syndicats nationaux
C.S.S.T.	Commission de santé et sécurité au travail
D.R.S.P.	Direction régionale de la santé publique
DSC	Département de santé communautaire
D.S.M.	Diagnostic and statistical manual
DSP	Direction de la santé publique

ENT-##	Entrevue numéro ##
F.C.A.R.	Formation de chercheurs et aide à la recherche
M.S.S.S.	Ministère de la santé et des services sociaux
N.H.R.D.P.	National health research and development program
O.M.S.	Organisation mondiale de la santé
P.R.O.S.	Programme régional d'organisation des services
P.S.B.E.	Politique de la santé et du bien-être
P.U.F.	Presses universitaires de France
P.U.L.	Presses de l'Université Laval
P.U.M.	Presses de l'Université de Montréal
P.U.Q.	Presses de l'Université du Québec
R.A.M.Q.	Régie de l'assurance maladie du Québec
R.I.O.C.M.	Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal
R.R.A.S.M.Q.	Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
S.A.C.A.	Secrétariat à l'action communautaire autonome

INTRODUCTION²

Dans le Bilan d'implantation de la politique de santé mentale, les auteurs mentionnent que : «[...] la promotion de la santé et la prévention soient encore embryonnaires» (Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS], 1997a, p. 121). Cependant, il n'en demeure pas moins que la promotion de la santé mentale continue d'éveiller bien des espoirs. C'est précisément à cause de l'intérêt croissant et de cet engouement envers la promotion et la prévention en santé mentale qu'il faut structurer la réflexion éthique, en mettant en lumière certains enjeux éthiques et en développant des pistes d'actions.

Notre intention est donc d'initier une discussion explicite des enjeux éthiques soulevés par les pratiques préventives et promotionnelles par les personnes professionnelles de la santé publique qui conceptualisent ou implantent des programmes de prévention et de promotion en santé mentale. Puisque le consensus et la mobilisation nécessaires à l'amélioration de la santé mentale des Québécois sont loin d'être atteints, et que plusieurs enjeux n'ont pas été pris en compte dans la Politique de santé mentale (MSSS, 1989), il est urgent d'entreprendre une telle réflexion éthique sur les pratiques de santé publique relativement à la santé mentale.

² Nous nous excusons auprès des lectrices d'avoir utilisé l'usage discutable de la prédominance du genre masculin dans le but d'alléger le texte.

Cette réflexion nous permettra peut-être de saisir en quoi les résistances, s'exprimant entre autre face à la priorisation persistante de certains modes de pratiques en santé mentale dans le réseau de la santé et des services sociaux au détriment de la prévention et de la promotion, peuvent être attribuables à des conflits de valeurs. Notre projet a donc pour but de repérer les problèmes éthiques en santé publique (en ce qui concerne tout particulièrement les dossiers en santé mentale), qui sont inscrits dans les discours des personnes professionnelles des directions de santé publique qui ont été interrogées.

Cela nous incite à un triple objectif : 1) répertorier les interventions préventives et promotionnelles en santé mentale qui relèvent des directions de santé publique; 2) dégager des discours des personnes professionnelles (responsables des dossiers de santé mentale) les valeurs, les légitimations et les régulations soutenant leurs interventions, en portant une attention particulière aux enjeux éthiques en présence; 3) proposer des pistes de réflexion éthique sur les implications au niveau des pratiques préventives et promotionnelles en santé mentale.

Dans la foulée des réflexions actuelles en éthique, ce mémoire vise aussi à repenser la responsabilité sociale des personnes professionnelles en santé publique (et des décideurs) face aux impacts sociaux de leur pratique dans le contexte qui est le leur. Les écrits sur le sujet étant rares, nous tentons donc de questionner les perceptions de personnes professionnelles des directions de santé publique (DSP) au Québec.

Dans le chapitre 1, nous décrivons quels sont les buts poursuivis par cette étude et quelles sont nos questions de recherche. Notre cadre de référence est décrit, ainsi que la grille d'analyse propre à la démarche que nous avons utilisée.

Dans le chapitre 2, une revue de littérature est proposée afin de mettre en contexte les fondements de la santé mentale, de la santé publique et de la spécificité des pratiques préventives et promotionnelles auxquelles s'appliquera notre analyse éthique. Nous y discutons entre autres, du concept de la santé mentale, de la réforme sociosanitaire ayant eu cours au Québec, pour ensuite situer la structure actuelle de la santé publique, ses orientations et les principes proposés récemment au niveau législatif, le tout dans le contexte de la politique de santé mentale et de ses suites³.

Dans le chapitre 3, nous présentons l'échantillon de l'étude, la méthodologie éthicologique, en incluant la description du déroulement de la recherche ainsi que des éléments de l'instrument de recherche. Nous concluons cette section en exposant quelques limites à la recherche.

³ Entendons par «suites», les documents suivants : Défis de la reconfiguration des services en Santé Mentale (sm); Bilan d'implantation de la politique de sm; Orientations pour la transformation des services de sm; Accentuer la transformation des services de sm; Transformation des services de sm.

Dans le chapitre 4, nous procédons à l'application de la grille de lecture éthicologique et nous explorons la dynamique des discours des personnes participantes en regardant chacune des instances. Nous présentons quelques éléments organisationnels pour ensuite dresser une liste des dossiers sous la responsabilité des personnes répondantes et élaborer au sujet des pratiques préventives et promotionnelles au sein des directions de santé publique. L'univers des régulations est dévoilé ensuite, en faisant une brève incursion dans quelques législations québécoises. Puis, les légitimations des personnes participantes sont présentées, d'où nous avons finalement pu faire jaillir les valeurs en présence et la répulsion qui existe entre quelques-unes. Nous présentons ensuite quelques éléments éthiques et pistes d'actions énoncés par les personnes répondantes.

Dans le chapitre 5, nous reprenons ces enjeux dans un contexte élargi, où nous situons alors les discordances entre les instances et leurs interrelations. Différents axes de réflexion sont discutés et des implications sont mises en lumière. En conclusion, nous élargissons la réflexion sur une éthique sociale propice au développement de la santé mentale individuelle et collective.

CHAPITRE PREMIER

LA PROBLÉMATIQUE

En ce début de millénaire, il est de plus en plus question de l'éthique dans plusieurs secteurs ayant trait à l'organisation de la vie en société : santé, éducation, structure municipale et même dans le domaine des affaires (Fortin, 1995; Giroux, 1997b; Legault, 1994). Mais on pourrait se demander à juste titre si cette «demande éthique» (Fortin (1995); Giroux, 1997b) est fonction d'une mode, de l'institution de nouvelles normes ou plutôt d'une volonté réelle de réflexion sur un certain nombre de pratiques sociales.

En effet, selon certains auteurs, l'éthique sera soit l'instrument de maintien d'un «statu quo» au profit des détenteurs du pouvoir ou, au contraire, le catalyseur qui provoquera un changement social vers une plus grande autonomie des individus. Ces deux tendances, au sein des changements sociopolitiques ayant cours au Québec, sont caractérisées, selon Giroux (1997b) par : « la conjonction de trois phénomènes presque simultanés : la remise en question de l'État providence; le retour d'un certain moralisme (*political correctness*) et une importante mutation culturelle ».

Ainsi parmi les multiples transformations du réseau de la santé et des services sociaux, le gouvernement a institué une «régulation» de l'éthique par le biais, entre autres, de l'obligation d'élaboration de «codes d'éthique» pour les établissements du réseau (Québec, Province de, 1993) et la plupart des instances gouvernementales. Ce mouvement a été suivi par l'institution de comités d'éthique clinique et par une inclusion plus formelle d'un regard sur l'aspect éthique, dans les critères de financement de projets de recherche.

Par contre, le gouvernement québécois instaure aussi des instances démocratiques de participation décentralisées dont font partie, entre autres, les Régies Régionales de la santé et des services sociaux, les Comités des usagers au sein des institutions et, plus récemment, des Comités aviseurs incluant des usagers du réseau de services en santé mentale (ex : Groupe d'Appui aux transformations du réseau). De plus, il semble collaborer à l'instauration d'un Secrétariat à l'Action Communautaire Autonome (S.A.C.A.), visant à la reconnaissance des organismes communautaires, et ce, malgré que ceux-ci aient historiquement revendiqué leur droit à l'autonomie d'action et à la participation de la communauté dans la transformation des mentalités en remettant en question l'État. On peut se demander si c'est par une volonté politique ou dans une tolérance face à l'*autorégulation*, à ce droit à l'autodétermination revendiqué par plusieurs citoyens.

Ces deux tendances semblent néanmoins avoir incité divers acteurs du domaine de la santé à «une démarche éthique collective» davantage visible, et à se questionner sur la place

de l'éthique dans leurs propres pratiques. En effet, bien qu'elles ne soient pas impliquées directement par cette législation, les personnes professionnelles de la santé publique semblent ne pas avoir échappé à cette attirance, à cette *demande éthique*.

L'Association pour la Santé Publique du Québec (ASPQ) soulignait que :

La question de l'éthique est de plus en plus présente chez les membres [...]. L'éthique est au cœur du rapport entre la vision populationniste de la santé publique et la vision des droits et libertés [...]. De façon pragmatique, la santé publique renvoie à l'intervention auprès de la population. Et ces interventions posent des problèmes d'éthique plus ou moins complexes, constituant ainsi des objets de débats (ASPQ, 1997, p.4).

L'éthique détermine une manière de juger et d'exister. Elle peut être définie comme «un ensemble de valeurs personnelles, collectives ou organisationnelles, servant à orienter l'action et, par conséquent, à donner un sens aux activités des individus, des regroupements de personnes ou des établissements dans une perspective d'autorégulation» (Giroux, 1995). L'éthique est donc plus qu'une manière d'agir selon des normes : elle se situe au-delà de la déontologie.

C'est pourquoi, malgré les codes de déontologie, les lois, les règlements de régie interne, il demeure des interrogations quant à la façon d'agir; d'autant plus, lorsque notre mandat est de déterminer l'agir collectivement «bon» pour la santé de tous. Les débats suscités pour déterminer la vision de la santé en tant que bien collectif sont le fait d'une multitude d'acteurs, dont les personnes professionnelles de la santé publique. Comme les

pratiques préventives et promotionnelles découlent de ce que nous appelions autrefois l'hygiène publique, nous avons orienté nos efforts de compréhension vers les personnes professionnelles en santé publique, qui les ont défendues, promues et développées.

L'éthique peut avantageusement éclairer la mise en place de l'agir en prévention et promotion de la santé mentale, puisqu'en santé publique, les personnes intervenantes ont à interagir avec les exigences de la conciliation entre la qualité de vie en société et les libertés individuelles, plaçant la santé individuelle dans le domaine de la gestion publique. Étant donné notre conception de la réalité-régulatrice orientée vers le bien-être de la société avant tout, il se pourrait que l'importance relative des choix individuels et de la santé publique ne soit pas aujourd'hui, remise en question outre mesure, tout comme ne l'était pas « [...] jusqu'à l'époque d'Alembert, la question de savoir si la vaccination, pratiquée dans un souci de santé publique constituait une violation des droits individuels ...» (Foucault cité par Dreyfuss & Rabinow, 1984, p. 366).

Quant à la santé mentale, en tant que champ d'application de prévention/promotion, elle a aussi été la cible de plusieurs controverses de par la difficulté à la définir de façon consensuelle, à l'évaluer et à la promouvoir au sein de la société. De tout ce contexte de changements et de restructuration, tant organisationnels que sociétaux, nous nous serions attendue à ce que des réflexions éthiques soient effectivement au cœur de la pratique des personnes professionnelles responsables de dossiers de santé mentale en santé publique.

Mais, force est de constater que l'éthique dans le domaine de la santé mentale n'y est pas abordée spécifiquement, du moins dans les écrits.

De plus, bien que les polémiques soient nombreuses dans le domaine préventif devant les différentes conceptions de la santé, surtout face à la difficulté d'enrayer les causes des maladies mentales et que la promotion de la santé ait fait l'objet de critiques, principalement face à sa mise en application, à sa «rentabilité» et à sa légitimité au niveau scientifique, peu des réflexions ont été axées sur les enjeux éthiques en cause. D'ailleurs, en général, les secteurs de la prévention de la maladie et de la promotion de la santé semblent à l'abri de tout questionnement éthique en vertu de leurs objectifs mêmes. Les questionnements éthiques face aux interventions préventives et promotionnelles en santé mentale demeurent donc lettre morte même au sein de la santé publique.

Notre étude s'appuyant sur le postulat de l'existence d'une telle compétence éthique au sein du milieu même de l'intervention, il s'agissait alors d'aller valider sur le terrain la réalité actuelle de la compétence éthique au sein des Directions de santé publique. Le présupposé fondamental de l'éthique, c'est le sujet agissant, pris individuellement. Mais la perspective de l'autorégulation expliquerait mieux ce qui intervient au niveau social d'une éthique liée à un type d'intervention.

L'idée d'autorégulation suggère que les valeurs avec lesquelles elle est en lien sont de l'ordre de l'acquiescement volontaire, plutôt que d'être subies par les individus ou imposées de l'extérieur. Dans cette optique, le professionnel est d'abord guidé, surveillé et stimulé par sa propre conscience. Puis, sur une base volontaire à la faveur de consensus, de compromis parfois fragiles ou à d'autres moments plus assurés, cette éthique peut se propager ensuite sur le plan social ou organisationnel (Legault, 1991, p. 37).

Voilà pourquoi, malgré la rareté de réflexions dans la littérature consultée et de débats pour instituer des repères éthiques en prévention et en promotion, nous croyons que les personnes professionnelles des directions de santé publique oeuvrant en santé mentale, sont à même d'amorcer une réflexion. D'où la nécessité que notre processus d'analyse éthicologique tire son origine, au premier chef, de la conscience individuelle de chacun.

En regardant leurs pratiques, leurs légitimations et leurs valeurs nous pouvons connaître quelles sont les dilemmes vécus par ces personnes professionnelles oeuvrant en prévention et promotion de la santé mentale. Nous pouvons aussi vérifier si les valeurs soutenues par les personnes professionnelles des directions de la santé publique oeuvrant dans ce domaine particulier⁴ sont en conflit ou ne peuvent s'articuler dans les pratiques à cause de la présence d'enjeux éthiques.

Peut-être pouvons-nous alors proposer aux personnes intervenantes quelques pistes de réflexions d'ordre éthique liées au domaine de la santé mentale et répondre au

⁴ L'application de la notion de santé mentale prends le sens élargie de problèmes psychosociaux.

questionnement suivant : Est-ce que l'impression d'absence de préoccupation d'ordre éthique dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé mentale est un constat ou bien est-ce que les véritables malaises vécus n'ont pas encore trouvé de tribune pour s'exprimer collectivement et s'articuler dans un questionnement éthique, qui a été mis à jour par notre étude?

1.1 But et objectifs de la recherche

But : Cerner les enjeux éthiques rencontrés en santé publique au Québec dans le domaine de la santé mentale.

Objectifs :

- Inventorier les principales interventions de santé publique ayant trait à la prévention et à la promotion en santé mentale et les pratiques en lien avec cette prévention et promotion de la santé mentale;
- Nommer les régulations structurant ces pratiques;
- Dégager les légitimations (justifications) à la base des pratiques;
- Expliciter les éléments axiologiques (les valeurs) au cœur de la dynamique des discours des personnes professionnelles de directions de santé publique oeuvrant en santé mentale et les principaux «conflits de valeurs»;
- Présenter les principaux enjeux éthiques qui sont soulevés dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé mentale;
- Proposer des pistes de réflexion ou d'actions sur certains enjeux éthiques en présence.

1.2 Le cadre de référence

Avant de parler d'enjeu éthique, il faut d'abord bien distinguer les principaux termes utilisés concernant le domaine très complexe qu'est l'éthique. Nous proposons uniquement quelques définitions succinctes des principaux termes utilisés. Nous énonçons la particularité de la bioéthique de même que la définition que nous donnons de l'enjeu éthique.

1.2.1 Prémisses de l'étude

- Morale: Normes, règles auxquelles on ne doit pas déroger et qui peuvent faire référence à des institutions (religieuses ou autres).
- Éthique: Théorie raisonnée, réflexion, questionnement, quête de sens, juste place pour toute chose.
- Déontologie: Orientation des pratiques par des normes (Ce qu'il faut faire), particulièrement au plan des pratiques professionnelles.
- Bioéthique: Englobant, mais dépassant l'éthique médicale, elle s'intéresse à l'ensemble des problèmes suscités par les avancées de la bio médecine, qu'ils aient ou non une visée thérapeutique, tout en incluant les dimensions sociopolitiques.
- Dynamique morale: Expression, concept synonyme de «fait moral», désignant l'objet de l'éthicologie, c'est-à-dire le fonctionnement du discours qui l'anime, un jeu de langage et de clair-obscur. Elle repose sur l'articulation entre quatre instances (Fortin, 1995,p.77). Après analyse, les principaux éléments de la

dynamique qui anime un discours permet de le qualifier de «moral» ou «éthique».

- Discours moral : On peut dégager de la nature du discours moral sept caractéristiques (Idem,p.107-108). dont, entre autres, un dogmatisme où prévaut la loi, la norme, la règle, le précepte qui guident et orientent, encadrent l'action individuelle et collective. L'obligation d'être fidèle à ses devoirs est présentée comme allant de soi. La distinction entre le Bien et le Mal y est rigide et bien tranchée dans un cadre dualiste ou manichéen. Les valeurs morales proposées entrent souvent en conflit avec d'autres «valeurs» que le locuteur rejette. Elles forment une constellation axiologique dans laquelle une valeur particulière joue un rôle prépondérant par rapport à d'autres valeurs qui gravitent autour d'elle (Idem,p.52-53).
- Discours éthique : Il s'articule principalement au plan des légitimations et des valeurs. Il assouplit ou nuance la prescription et soulève la question des fondements de l'obligation qui en découle. Il met l'accent sur la critique des éléments en cause dans la régulation, l'évaluation et la justification de l'action (Idem,p.55-56).

La morale tient du discours du bien et du mal. Elle renvoie à la règle, à la norme. Elle véhicule des lignes de conduite et suscite un devoir, un devoir-faire, implicite ou explicite (Notes personnelles, UQAR). De plus, « Elle prend son sens et son orientation dans une forme de règles pré données par la tradition, des concepts reçus. On touche alors un domaine sacré, un réseau d'obligations, de désirabilité, une barrière mystérieuse» (Bernard, 1990, p. 200).

L'éthique émet un discours critique, une appréciation. L'éthique questionne et est d'abord un lieu de réflexion sur le sens de nos actions. Elle s'intéresse à l'agir humain et aux critères de décision qui orientent les choix. Elle a souvent pour objet les valeurs qui nous inspirent en vue d'agir.

Comme nous le verrons dans la recension des écrits, plusieurs courants de pensée ont des définitions différentes de l'éthique et de l'enjeu éthique. Le phénomène éthique est complexe et comporte plusieurs facettes. Nous ne saurions passer sous silence quelques constats concernant la bioéthique. En effet, comme le mentionne Bernard (1994, p. 9), « l'importance des questions liées au développement de la biologie a fait que, par une extension contestable, les termes éthique et bioéthique sont devenus, dans le langage courant, des mots presque synonymes ». D'ailleurs, lors des *focus-groups*, nous avons pu constater que la majorité des personnes participantes confondaient ces deux termes.

Pour notre part, nous considérons la bioéthique comme une éthique sectorielle, qui se distingue non pas tant par sa définition, que par la démarche qu'elle emploie. Dans une visée prescriptive, elle procède souvent par analyse de cas. Adoptant la démarche d'éthique appliquée, la réflexion éthique est alors souvent adaptée en regard à des situations précises et met l'accent sur la résolution pratique. L'importance est donnée au contexte, à l'analyse des conséquences et à la prise de décision (Canto-Sperber, 1996). Cette pratique effective et rigoureuse de l'éthique dans la pratique sociale et professionnelle est un apport

considérable, mais elle ne saurait remplacer néanmoins une réflexion éthique axée sur des choix de société et sur une certaine universalité (éthique substantielle). Donc, il ne faudrait pas restreindre ou confondre l'éthique avec son application sectorielle, comme c'est le cas de la déontologie ou de la bioéthique, qui sont des champs d'investigation très précis et limités à certaines situations.

Voilà pourquoi, à l'instar de Legault (1991), cette méthode de réflexion éthique nous pose problème : premièrement, elle n'intègre pas de réflexion sur l'éthique en cause. Deuxièmement, son champ d'investigation semble être restreint à l'avortement, l'acharnement thérapeutique, la manipulation génétique et l'euthanasie. Mais la techno science n'est pas l'unique source des réflexions sur «le contrôle de la personne humaine», car bien des sources de gestion de l'humain ne nécessitent aucune technologie. Par exemple, le contrôle social de la folie par le biais de la psychiatrie continue de nourrir les réflexions de penseurs et de militants dans les mouvements de défenses des droits des psychiatisés et ex-psychiatisés et touchant de près la promotion de la santé mentale. Afin de bien cerner les résultats de notre étude, il importe donc de définir un enjeu éthique ainsi que le questionnement qui s'y rattache.

Tableau 1.1 Définition de l'enjeu éthique

<p>Relations entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) l'application des lois, normes ou règles à des interventions particulières d'ordre professionnel ou social; b) l'articulation d'un certain nombre de valeurs qui sont véhiculées dans ces lois, normes ou règles et qui inspirent cette réglementation;

- c) la référence de ces valeurs à des conceptions de la personne, de l'acte, de l'organisation dans laquelle on travaille et de la société; conceptions qui légitiment ou justifient cette réglementation, en plus de donner un contenu spécifique aux valeurs qui l'inspirent et une signification particulière à des interventions professionnelles et sociales (Fortin, 1995, p.98).

1.2.2 La grille d'analyse

Pour décomposer et rechercher ce qui est en cause dans la dynamique des discours des personnes participantes, nous appliquerons essentiellement *la grille d'analyse* du moment trois de la démarche éthicologique (Décrite au Chapitre 3). Cette grille est constituée d'un quadruple questionnement qui permet de dégager les traces de la présence des quatre instances en cause dans toute dynamique, (qu'elle soit morale ou éthique): praxis, système de légitimation, principes régulateurs, valeurs (voir Tableau 1.2).

Tableau 1.2 Définitions des instances

<p>Instance pratique : L'instance pratique, c'est l'action individuelle ou collective louée ou blâmée, permise ou défendue, selon qu'elle est qualifiée de morale ou d'immorale. C'est aussi l'attitude, l'état d'esprit ou le comportement apprécié à partir d'une règle ou d'un ensemble de règles morales. L'action, comme tout ce que l'on retrouve dans l'instance pratique, acquiert une signification particulière en référence à un réservoir de sens qui permet de justifier ultimement la régulation et l'évaluation qui l'affectent.</p>
<p>Instance régulatrice : L'instance régulatrice réfère au principe moral ou à un ensemble de principes moraux, à une règle ou à un ensemble de règles morales qui commande, permet ou défend une action. Ce qui revient à dire que la règle morale peut être injonctive, permissive ou prohibitive, selon qu'une action est exigée, permise ou défendue. Le principe ou la règle permet d'opérationnaliser une ou plusieurs valeurs morales. En effet, pour qu'une valeur ou un ensemble de valeurs ait un impact réel sur l'action, le moraliste estime que la valeur doit être enchâssée dans un principe ou une règle qui commande l'action. La régulation peut être énoncée comme un ordre, une prescription, une exhortation; elle peut aussi être formulée sous la forme d'un avis, d'une recommandation, d'un encouragement ou d'un conseil.</p>
<p>Instance légitimatrice : L'instance légitimatrice renvoie à un réservoir de sens, c'est-à-dire à un ensemble – quelquefois un système – plus ou moins articulé de croyances, d'opinions, de convictions, de certitudes concernant l'être humain, la condition humaine, la société, l'histoire, les relations interpersonnelles, les pratiques professionnelles, les institutions sociales, politiques et religieuses, etc. Ce réservoir de sens permet de justifier la valeur et la prescription et finalement la pratique morale. L'instance légitimatrice peut aussi être formulée dans la proposition d'un idéal ou d'une utopie.</p>
<p>Instance axiologique : L'instance axiologique renvoie à la valeur ou à un ensemble de valeurs morales qui inspire l'action. La valeur apparaît comme une référence parce qu'elle suscite et colore l'action. Elle apparaît aussi comme une préférence parce qu'elle renvoie à un vouloir.</p>

Tiré de : FORTIN, 1995, p. 100, 116-117.

CHAPITRE 2

LA RECENSION DES ÉCRITS

Tout d'abord, nous tenons à faire part de deux des choix que nous avons faits, et qui doivent être connus du lecteur. Premièrement, les connaissances disponibles concernant les problèmes de santé mentale et les problèmes psychosociaux des enfants, des adolescents et des familles, ainsi que celles des éléments relatifs au processus et au contexte d'apparition de ces problèmes, ont rapidement augmenté depuis la Politique de Santé Mentale. La clientèle enfance-jeunesse (0 à 5 ans et 6 à 18 ans) a souvent été la priorité en santé publique.

Étant donné qu'administrativement, dans les Directions de santé publique (et même ailleurs dans le réseau de la santé), il y a une distinction entre les équipes du secteur «Enfance-Jeunesse-Famille» et les équipes du secteur «Santé Mentale» (qui est considérée en terme d'intervention auprès de la clientèle adulte), nous avons choisi de respecter cette délimitation du secteur « dit de la santé mentale», autant dans notre recension des écrits et notre échantillonnage que dans notre analyse. Effectivement, concernant les pratiques préventives et promotionnelles auprès de la clientèle adulte, nous avons bien peu de repères dans la littérature actuelle; ce qui a motivé aussi notre intérêt.

Deuxièmement, comme notre étude concerne les enjeux éthiques de la prévention et de la promotion dans la vision de la santé publique du Québec, notre attention s'est portée presque exclusivement sur la législation provinciale. Quelques publications majeures⁵ provenant de différents ministères et organismes gouvernementaux québécois liés à la santé, ainsi que celles du Comité de Santé Mentale du Québec (CSMQ) ont été les sources de référence. Nous sommes consciente néanmoins que les réflexions sur la prévention et la promotion en santé mentale dépassent évidemment les divisions territoriales : il est très probable que les légitimations énoncées par les personnes professionnelles en santé publique trouvent leur source autant auprès des influences canadiennes que provinciales, puisque le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial chevauchent dans le domaine de la santé.

Nous allons vous présenter notre recension des écrits en mettant d'abord l'accent sur l'éthique et ses liens avec la santé mentale, la santé publique et la prévention/promotion en santé mentale. La dernière partie regroupe des écrits pertinents au niveau de la définition de concepts et de l'articulation des pratiques préventives et promotionnelles dans le contexte socio-politico-historique Québécois.

Malgré que le champ de recherche et d'intervention en santé mentale soit en constante croissance depuis 1960, nous n'avons trouvé que quelques ouvrages répertoriés avec les

⁵ Ces documents sont soulignés et leurs titres sont abrégés dans le texte pour alléger la lecture.

descripteurs MENTAL HEALTH et ETHICS. De plus, la plupart des écrits traitant directement ou indirectement de l'éthique en santé mentale le font dans un contexte clinique. De cette tendance, nous avons pu dégager les constats suivants: les questionnements éthiques concernent : la dignité humaine devant la médicalisation de la folie et face au réductionnisme biologisant, les jeux de pouvoir sous-jacents à la relation thérapeutique, les dangers reliés à certaines pratiques de soins en psychiatrie dont le consentement aux soins, l'hospitalisation involontaire et l'utilisation de mesures de contention.

Nous aurions pu consulter les écrits que nous avons recensés sur l'éthique médicale, la théologie médicale, la sociologie médicale afin de compléter cet aperçu mais, considérant notre cadre conceptuel et après un survol de leurs contenus, nous avons choisi de nous concentrer sur la spécificité du contexte de la santé publique, soit une approche populationniste avec un accent sur la prévention et la promotion.

Donc, notre recherche d'écrits sur **les enjeux éthiques de la prévention et de la promotion en santé mentale** nous a amenée à découvrir un seul ouvrage, soit celui de Trickett, Levin et Hess (1990). D'ailleurs, Trickett, Levin et Hess écrivent que, jusqu'en 1990 aux États-Unis, très peu de travaux ont porté sur les enjeux éthiques de la prévention en santé mentale. Certains auteurs mentionnent que parmi 800 publications concernant la prévention primaire en santé mentale, répertoriées entre 1960 et 1983, aucune n'aborde

l'éthique (Buckner, Trickett et Corse, 1985) et aucune ligne de conduite n'a été proposée (Trickett, Levin et Hess, 1990, p.6). Il est intrigant de constater une rareté de littérature, à la juxtaposition des thèmes «éthique», «santé mentale» et «prévention», même à ce jour au Québec.

Les auteurs suggèrent plusieurs explications quant au fait que l'expansion du champ de la prévention primaire en santé mentale n'a pas été accompagnée du degré d'attention requis aux enjeux éthiques impliqués dans la recherche et la pratique, comme le manque de reconnaissance même des paradigmes et des prémisses sous-jacents aux différentes approches préventives. Selon eux, des prémisses et des hypothèses différentes font ressortir des enjeux éthiques différents, et le processus même de l'élaboration de ces paradigmes nécessite un examen à long terme des implications des interventions préventives. Nous verrons si cette vision peut s'appliquer au domaine particulier de la prévention et de la promotion en santé mentale au Québec.

Trickett, Levin et Hess (1990) ont émis l'hypothèse que la confrontation de prémisses à la base des deux approches différenciées de prévention et de promotion font naître certains conflits de valeurs. Ces deux perspectives étant: les approches basées sur les concepts de «facteurs de risques» et celles basées sur la «prise de pouvoir sur sa santé» (Traduction libre de *empowerment*).

Trickett, Levin et Hess disaient déjà en 1990 qu'il était temps, selon eux, pour des personnes professionnelles responsables, d'entreprendre une réflexion éthique sur le domaine et de confronter les prémisses et les implications de leurs interventions, même si le développement d'un code d'éthique pour ce champ d'intervention était considéré comme prématuré à cause du manque de partage d'identité et de standards d'intervention.

Nous avons analysé un ou deux ouvrages supplémentaires contenus dans la bibliographie de l'ouvrage étudié, pour en conclure qu'ils faisaient référence à une pratique de psychologie communautaire, telle qu'établie aux États-Unis, où les interventions des «préventionnistes» demeurent dans le contexte de l'approche individuelle. Les questionnements éthiques en résultant se situant davantage au niveau de la relation d'aide. D'où une vision de l'éthique où la déduction sert à déterminer si les actions correspondent ou non aux principes établis par les codes déontologiques de la profession en cause. Les principes éthiques alors proposés par les auteurs, pour guider les pratiques, relèvent des principes connus comme étant ceux de l'éthique médicale ou de la «bioéthique» soit : bienfaisance, non-malfaisance, équité et justice (Appendice 16).

En faisant abstraction du domaine de la santé mentale, les écrits traitant de la **prévention** sous un angle éthique sont alors beaucoup plus nombreux. Les perspectives qui sont énoncées dans ces articles relèvent aussi, pour la plupart, d'une conception éthique sectorielle (bioéthique). On traite alors la prévention selon les mêmes principes que les

pratiques curatives. D'autres écrits répertoriés concernaient des analyses de cas s'appuyant sur ces principes. Considérant notre cadre d'analyse, un seul auteur de cette catégorie, Kelman (1995), a retenu notre attention puisque la présentation qu'il fait de l'éthique n'est pas destinée qu'aux «préventionnistes» selon lui, mais précède le domaine de la prévention. Les idées émises dans son ouvrage résument bien l'ensemble des écrits au sujet de l'éthique de la prévention.

En incluant le domaine plus large des sciences sociales, cet auteur met l'emphase sur les valeurs implicites et la nécessité pour les personnes intervenant en sciences sociales d'être imputables des ramifications de leurs travaux. Alors qu'il positionne une tension inhérente entre les libertés individuelles et le bien de la société, il mentionne que «la science sociale est une valeur en soi» dont les implications politiques ne sont pas neutres. Kelman (1995) fait référence à plusieurs auteurs (Redlich and Pope, 1990; Pope, Tabachnick & Keith-Spiegel, 1987; Borys & Pope, 1989); lesquels suggèrent d'appliquer les sept principes qui se retrouvent fondamentalement dans la plupart des codes d'éthique de services ou de diverses professions:

- 1- Avant tout, ne pas nuire
- 2- Pratiquer seulement avec compétence
- 3- Ne pas exploiter
- 4- Traiter les gens avec respect pour leur dignité d'être humain
- 5- Protéger la confidentialité
- 6- Agir, excepté dans les instances extrêmes
- 7- Pratiquer, tant que possible, à l'intérieur du contexte social d'équité et de justice.

(Les deux derniers ne font pas encore l'unanimité)

Kelman (1995) indique concernant la non-malfaisance, que l'essentiel de ce principe demande de s'assurer que tous les moyens raisonnables ont été utilisés pour identifier la nuisance cachée, imprévue et non-intentionnelle, autant directe qu'indirecte, pouvant être le résultat d'une action particulière ou de l'inaction. Selon lui, il est important de voir que même si le but de l'intervention est atteint, le "mal" peut être le coût ou les effets secondaires. Il réfère de plus à quatre principes légaux pouvant venir nous éclairer quant à la façon dont une intervention préventive peut être jugée préjudiciable à quelqu'un (implication légale). Ceux-ci sont:

- 1- La responsabilité de l'intervention (*duty of care*)
- 2- Ne pas s'être conformé à des standards de pratiques
- 3- Il y a un lien entre la conduite de l'intervenant et la blessure du plaignant (*injury*)
- 4- Le plaignant reconnaît légalement avoir subi des dommages (Kleeton et al., 1984).

Nous verrons ultérieurement que ces principes ont été peu abordés directement par nos personnes répondantes. Mais nous les avons mentionnés pour les inclure dans de futures réflexions.

Si l'on se resitue dans le contexte de **santé publique**, les écrits portant sur des questions éthiques liées à la santé publique montrent qu'une réflexion est amorcée à propos de certaines problématiques concernant les vaccinations massives, la notification des porteurs du virus du sida, le dépistage génétique et la recherche en général. Une brève recension des écrits a permis de constater que nous pouvons nous baser sur deux auteurs

récents pour dégager l'essentiel de ces questionnements, malgré que leur conception de l'éthique en cause diffère de notre cadre de référence.

Effectivement, Massé (1995, 1999) et Saint-Arnaud (1997, 1999) ont fait un tour d'horizon de la situation de la santé publique d'un point de vue éthique, préalablement à l'amorce de leur recherche sur le sujet (Massé & Saint-Arnaud, 1997). Cette revue de littérature leur a permis de conclure que si certaines équipes sont confrontées à des enjeux éthiques importants (Tableau 2.3), il n'en va pas nécessairement de même pour les équipes dont le travail s'inscrit dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé. Parmi ces constats, notons principalement que les enjeux éthiques des interventions préventives n'ont pas été suffisamment discutés (Svensson et Sandlung 1990; Trickett et Levin, 1990).

Ceci est encore plus vrai des programmes de promotion de la santé. D'une part, de récentes études au Royaume Uni (Family Heart Study Group, 1994 et Imperial Cancer Research Fund Oxcheck Study Group 1994) ont démontré que des interventions dans ce domaine n'ont qu'un effet négligeable sur les facteurs de risque et si on veut promouvoir une meilleure santé (lorsque ce mot n'est pas encore clair), nos exhortations doivent être basées sur une solide évidence de l'efficacité des actions ou comportements promus (Last 1990).

Tableau 2.1 Principaux constats relevés dans la littérature en santé publique (Selon Massé et Saint-Arnaud, 1997)

Au niveau de :	
Santé publique	<p>La santé publique, son mandat et ses buts ont fait l'objet de plusieurs controverses face à leur définition. D'ailleurs, les auteurs rapportent que, le terme "santé publique" est ambigu (Frenk, 1993), de même que sa mission (Lévy et Laporte, 1996). Face à la définition traditionnelle en terme d'efforts communautaires visant la prévention de la maladie et la promotion de la santé (Desrosiers, 1996) centrée sur le bien-être individuel, une nouvelle conception de la santé publique a émergé. Elle est liée à un niveau spécifique d'analyse qui est celui de la population comme champ de recherche et d'action (Frenk, 1993). Selon cette nouvelle conception, les sciences biologiques, sociales et comportementales sont impliquées dans l'étude du phénomène de la santé. Dans cette optique, deux principaux objets d'analyse se présentent en santé publique: les besoins de santé en terme de fréquence, de distribution et de déterminants des besoins (recherche épidémiologique), d'une part, et la réponse sociale aux conditions de santé et de maladie de la population en termes d'efficacité, de qualité et de coûts des services (recherche sur les systèmes de santé), d'autre part. Cette approche nécessite une intégration des différentes disciplines et l'établissement de liens étroits entre les chercheurs et les décideurs.</p> <p>Kelly et Charlton (1992) reprochent à la santé publique de vouloir justifier son mandat. Selon eux, faute d'assises scientifiques et éthiques, elle ne le ferait pas toujours de manière appropriée, étant influencée par les attentes de la population, elle-même manipulée par les médias et par les instances gouvernementales qui veulent éviter une trop grande anxiété dans la population et une perte de la confiance populaire (Charlton, 1993).</p>
Prévention	<p>Il semble évident, pour certains, que les interventions préventives sont bonnes en soi (Gillon 1990, McCormick, 1994) qu'elles n'ont pas d'effets négatifs dans la répartition des ressources rares (Gillon, 1990), que ce type d'intervention est supérieur à l'intervention de type curatif (Svensson et Sandlung 1990), que la santé est préférable au plaisir suscité par certaines habitudes de vie à risque (Svensson et Sandlung, 1990) et que la volonté d'atteindre les buts visés, même s'ils ne sont pas atteints constituent une justification scientifiquement et moralement suffisante pour justifier les coûts individuels et sociaux de telles interventions. Il y a toujours un prix à payer pour la prévention (Charlton, 1993). Pour chaque amélioration de la santé du groupe, il existe des coûts individuels en termes financiers et en terme d'effets secondaires néfastes. K.G. Marshall (1996c, p.169) relève les préjudices psychologiques et sociaux suivants liés à la prévention: «l'inconfort anticipé ou la perception d'effets indésirables d'interventions préventives, des interactions désagréables avec des travailleurs de la santé, le temps nécessaire aux programme de prévention, la sensibilisation globale excessive à la santé».</p>

<p>Notion de risques et leur évaluation</p>	<p>En prévention, la notion de risque est mal définie (Svensson et Sandlung 1990) et peu de données empiriques appuient la reconnaissance de l'existence de risques psychologiques et sociaux (Marshall 1996c). Quand une intervention préventive s'adresse à l'ensemble de la population, mais qu'elle n'implique que peu ou pas de risques évidents comme c'est le cas en promotion de la santé, peu de voix s'élèvent pour l'imposition de normes éthiques. Cependant, de sérieuses réserves sont émises quant à l'efficacité de certains programmes qui comportent des effets secondaires importants (...) (Horner 1992, Sasco 1994, Marshall 1996a,b,c). De même, des études ont démontré que ceux qui bénéficient le plus des campagnes et des mesures préventives, au sens où ils opèrent une modification de leur comportement dans le sens souhaité, sont de jeunes adultes, plus instruits et plus riches que la moyenne, alors que ceux qui sont les plus malades et moins en santé sont les individus des milieux défavorisés, diminuant ainsi la possibilité de mobilisation de ceux-ci (Svensson et Sandlung, 1990, Old et Montgomery 1992, Eyles 1993, Starzomski 1995). Les enjeux éthiques mis en évidence dans les écrits en santé publique sont liés plus ou moins directement à l'évaluation des risques, quel que soit le type d'intervention.</p>
<p>Évaluation de l'intervention préventive et promotionnelle</p>	<p>Il faut clairement définir les buts à atteindre. Selon Frenk (1993) et Sasco (1994), les mesures préventives, pour être efficaces, devraient baisser les taux de mortalité et de morbidité. Selon Fries (1988, 1989 cité par Massé, 1999), la prévention, y inclus la promotion de la santé, viserait plutôt à retarder le moment où débutent les maladies chroniques symptomatiques de façon à ce que l'espérance de vie en santé augmente. Dans cette perspective, c'est la qualité de vie (réduction de la morbidité) qui est surtout visée et non une prolongation de la vie (réduction du taux de mortalité) qui, pour certains (Horner, 1992), n'est pas nécessairement souhaitable. Pour atteindre un tel but, une approche bio psychosociale est appropriée et par là, c'est la définition et la mission de la santé publique qui s'en trouvent modifiées.</p> <p>Marshall (1996b), démontre comment les méthodes d'évaluations et d'information quant aux bénéfices d'interventions préventives peuvent donner lieu à des interprétations fautives quant au ratio bénéfices/torts de ces interventions. Parmi les dix pièges à éviter se retrouvent la partialité des publications et le fait que l'on cite de préférence des études qui indiquent des effets bénéfiques.</p>
<p>Obtention du consentement/principes cliniques</p>	<p>Quoi qu'il en soit, si l'efficacité de certaines interventions préventives n'est pas démontrée, elles doivent être considérées comme expérimentales et la population et les individus qui participent devraient en être avertis. Des auteurs comme Skrabaneck (1991) souhaitent la création de lignes directrices en expérimentation sur les populations comme il en existe en expérimentation sur les individus, notamment à propos de l'obtention du consentement éclairé pour la participation à une recherche (Horner 1992; Bréart, Fargot-Largeault, Hemno et al., 1994).</p>

	<p>En fait, dans plusieurs des écrits cités par Massé et Saint-Arnaud, les discussions portant sur les questions d'éthique en santé publique se réfèrent aux principes cliniques de bienfaisance, de non-malfaisance et du respect de l'autonomie de la personne et insistent pour que ces principes soient appliqués comme tels en santé publique (Last, 1990 ; Sasco, 1994 ; Marshall 1996d). Ainsi, on insiste sur la nécessité d'obtenir le consentement éclairé avant l'application de mesures préventives risquées (Marshall, 1996d), avant l'application de toute mesure préventive dont l'efficacité n'a pas été démontrée (Skrabaneck, 1996d; Gillon 1990 et Sasco 1994) et même avant l'application de toute mesure préventive (Horner, 1992 ; Charlton, 1993 ; Sasco, 1994). Or, ces conditions s'appliquent mal aux enquêtes de type longitudinal (Westrin et Nilstun, 1996) et les auteurs questionnent la pertinence de l'obtention du consentement libre et éclairé dans les différents secteurs de la santé publique.</p>
Les valeurs	<p>Les conflits de valeurs en question n'évoluent pas qu'entre personnes professionnelles (Lussier 1995), mais peut-être, d'abord entre les valeurs proposées par les personnes professionnelles de la santé, où la santé tient lieu de valeur dominante (Scheper-Hughes, 1994) et celles partagées par les populations ciblées. Une question fondamentale devient donc celle de l'universalité des normes et des valeurs qui sous-tendent les choix éthiques (Kleinman, 1995). Certains spécialistes des analyses transculturelles vont jusqu'à poser qu' «une éthique valide pour toutes les cultures est pure illusion et que tout code d'éthique relève d'une forme d'impérialisme intellectuel» (Triandis, 1996). Les visions épidémiologiques et populaires de la notion de risque relèvent, par exemple, de logiques divergentes: approche probabiliste des épidémiologistes versus dichotomique populaire (oui/non), postulat d'une volonté naturelle d'éviter les risques versus le fait que des populations à risque considèrent plutôt le risque comme un choix (Douglas 1992a), comme le fondement du sens à la vie (Le Breton 1995) ou encore comme moyen de symboliser l'identité (homosexuelle par exemple) (Frankenberg, 1993).</p>
Promotion	<p>La promotion est ainsi faite que l'individu est tenu responsable de sa condition de santé, sans que ne soient pris en compte les facteurs génétiques ou environnementaux. Les individus qui ne changent pas leur comportement ou qui le changent sans résultats se culpabilisent de leur état de santé (Svensson et Sandlung, 1990). Ainsi, ceux qui fument ou qui sont obèses, en arrivent à se considérer et à être considérés comme des coupables ou des déviants (McCormick 1994), et certains (Kluge, 1994 Trafford, 1995) sont d'avis qu'ils ne devraient pas être soignés au même titre que les autres malades. McCormick (1994) considère même que cette culpabilisation conduit à l'émergence de névroses et d'hypocondries. La promotion de la santé, pas plus que la prévention des maladies, ne serait exempte de risques iatrogènes.</p>

Massé et Saint-Arnaud (1997) formulent les questions suivantes: La santé publique réduit-elle la maladie à une simple conséquence de l'irrationalité des comportements et la prévention à une croisade contre l'irrationalité? L'éthique doit-elle être fondée sur le respect de rationalités divergentes (Massé, 1996) et transcender la logique économiste coût-bénéfices des choix rationnels (Douglas 1992b)? Ils questionnent aussi la place réservée au respect des pluralités des valeurs et des rationalités dans la planification et la mise en oeuvre des programmes de santé publique et l'analyse des modes de gestion des conflits de valeurs entre personnes professionnelles et populations cibles (ex:groupes ethniques, pauvres) inévitables dans tout programme visant à modifier des comportements et des attitudes ancrées dans les sous-cultures de ces populations.

Enfin, les auteurs s'interrogent à savoir si la santé publique doit - et peut - répondre d'une éthique spécifique qui se démarque de l'éthique biomédicale puisqu'elle est axée sur le bien-être du plus grand nombre, privilégiant les droits collectifs aux dépens des droits individuels. Dans quelle mesure doit-elle respecter les valeurs et rationalités des diverses sous-cultures? Leurs questionnements rejoignent alors le nôtre, à savoir : «quels seraient alors les fondements, principes et balises d'une éthique en santé publique en santé mentale?»

Plusieurs écrits visent à décrire les concepts de la prévention et de la promotion. Plusieurs de ces publications sont issues de la santé publique. Certaines directions de santé

publiques ont fait la recension des écrits, la recension des pratiques préventives et promotionnelles existantes ou l'analyse de celles-ci sur leur territoire en terme d'efficacité. Les aspects éthiques n'y sont pas considérés et, rarement, quelques enjeux généraux sont nommés. Parmi les écrits portant plus spécifiquement sur les pratiques préventives et promotionnelles en santé mentale, nous avons retrouvé des recensions et des études portant sur l'évaluation de programmes préventifs, la plupart auprès d'enfants et d'adolescents, ainsi que des descriptions de programmes préventifs visant la mise en application.

Deux ouvrages nous ont servi de référence plus particulièrement concernant la mise en contexte historique et conceptuelle de la **prévention et de la promotion de la santé mentale** (Blanchet et al., 1994; CSMQ, 1995). Effectivement, Blanchet, Laurendeau, et Saucier (1994, p.5 à 11) sont les auteurs d'un important ouvrage qui analyse divers concepts de prévention et de promotion de la santé mentale. Les auteurs rappellent que les concepts de prévention et de promotion en santé mentale véhiculent encore beaucoup d'imprécision. Leurs définitions, tout comme celles de la santé mentale, ne créent pas nécessairement un consensus. Vers la fin des années 40, deux médecins de santé publique des universités Harvard et Columbia aux États-Unis, les docteurs Leavell et Clark, ont grandement contribué à la conceptualisation de la prévention en trois domaines distincts - les préventions primaire, secondaire et tertiaire. Cette typologie définit chacune des trois grandes catégories d'interventions selon le moment d'applicabilité dans le processus pathologique (Leavell et Clark, 1965, p. 20).

Tableau 2.2 Conception d'origine de la prévention

La prévention primaire doit être implantée au cours de “ la période qui précède la mise en marche du processus pathogénétique ”	La prévention secondaire intervient “ dès qu'on peut détecter la maladie ”. On parle ici de dépistage et d'intervention précoce.	La prévention tertiaire entre en jeu “ lorsque la déficience et l'invalidité se sont installées ”. Nous sommes ici dans la sphère du traitement et de la réadaptation.
--	---	---

De nombreux auteurs (Bloom, 1982; Cowen, 1983; Kessler et Albee, 1975) pensent par ailleurs qu'en plus de la confusion engendrée par cette conceptualisation tripartite de la prévention, les notions de prévention, les notions de prévention secondaire et tertiaire «retardent l'essor de la véritable prévention, la primaire». Le National Institute of Mental Health américain a d'ailleurs montré la voie, en affirmant «l'existence d'un besoin de signification uniforme, pour le terme de prévention » et en précisant que, désormais, celui-ci «ne devrait désigner que les actions qui : 1) anticipent un désordre ou 2) favorisent une santé optimale»(Klein et Golston, 1977, p.27, dans Lafortune et Kiely, 1989).

Quant aux auteurs, ils soulignent, en ce qui concerne les trois types de prévention, que seule la prévention primaire est véritablement axée sur la prévention. La prévention secondaire empiète fréquemment sur le traitement des symptômes, et la prévention tertiaire correspond pratiquement à la réadaptation. Ils ont aussi trouvé nécessaire de rappeler que ce champ accusait à l'époque un retard considérable quant à son financement public, comparé à ceux du traitement et de la réadaptation, ce qui est probablement encore vrai aujourd'hui.

Quant à la promotion, il s'agit d'un terme relativement nouveau, qui recouvre plusieurs types d'activités ou d'interventions qui, elles, ne sont pas forcément nouvelles. Selon les auteurs, la **promotion** de la santé mentale ferait partie intégrante de la **prévention** des symptômes et des maladies mentales. Malgré son émergence récente, le champ de la promotion comporte déjà ses propres fondements théoriques et pratiques.

Au moins deux grandes «écoles» coexistent :

La position américaine, contenue dans le document *Healthy People* (Surgeon's General's Report, 1979), met l'accent sur le **développement** et le **maintien de saines habitudes de vie** et la **création d'environnements sains**. L'action prend alors pour cibles les comportements individuels et l'environnement, **dans la mesure où celui-ci influe** sur les comportements individuels.

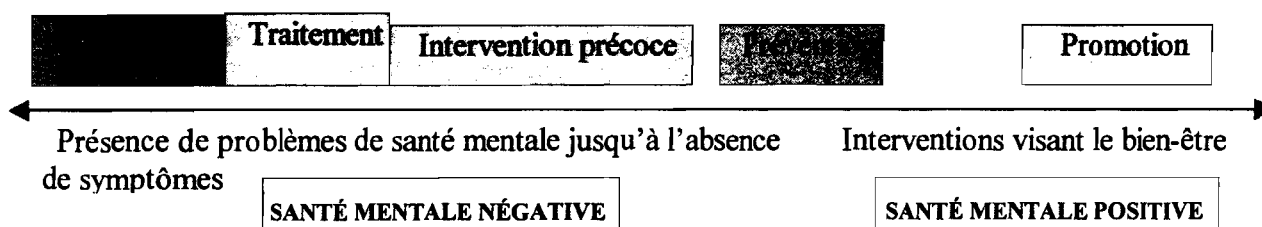
Par ailleurs, l'OMS (Bureau de l'Europe) privilégie la **qualité de vie** et **l'équité dans l'accès à la santé**. L'action sur l'environnement est déterminante dans la mesure où elle contribue **globalement** au bien-être et à **l'égalité des chances** en matière de santé.

Le Comité de la santé mentale du Québec (1995) s'est attardé longuement à délimiter ces deux notions et à voir en quoi leurs caractéristiques communes les amènent à les regrouper dans un même champ, en les définissant ainsi :

- La prévention vise la réduction de l'incidence des problèmes de santé mentale en s'attaquant aux facteurs de risque et aux conditions pathogènes. Elle s'adresse à la population générale ou à certains groupes particuliers exposés à de tels facteurs ou conditions.
- La promotion vise l'accroissement du bien-être personnel et collectif en développant les facteurs de robustesse et les conditions favorables à la santé mentale. Son action porte sur les déterminants de la santé plutôt que sur les facteurs de risque, et vise la population générale ou des sous-groupes particuliers.

À la lumière des clarifications conceptuelles qui précèdent, les auteurs proposent de remplacer la définition tripartite de la prévention (Caplan, 1964; Leavelle et Clark, 1965) par une typologie plus claire de la gamme des interventions applicables au domaine de la santé mentale. La conception en deux continuums de la santé et du trouble mental émerge des travaux du ministère de la Santé et du Bien-être social, (1988) ainsi que des concepts chers à l’OMS, Bureau de l’Europe, soit ceux de **santé positive** et **négative**. Ces concepts ajoutent une nuance intéressante en regard de l’objectif respectif des activités de prévention et de promotion : prévenir l’apparition des symptômes et accroître le bien-être.

Figure 2.1 Continuum de la santé mentale



Sur un premier continuum, donc, dit “ de la santé mentale négative”, on sera en mesure de situer les champs respectifs de la réadaptation et du traitement, de l’intervention précoce et de la prévention. Pour bien situer le champ connexe de la promotion, on fera appel à un deuxième continuum, dit “ de la santé mentale positive ”, où les interventions se produisent en tout temps, indépendamment de la présence ou de l’absence de problèmes. Ultérieurement, un des membres du Comité, Blanchet (1998, p. 28), a publié un guide pour la promotion où il illustre les distinctions de la façon suivante. Le tableau ci-dessous

démontre aussi que les stratégies (citées dans la politique québécoise) sont considérées autant en promotion qu'en prévention primaire.

Tableau 2.3 Distinction des pratiques préventives et promotionnelles

	PRÉVENTION Tertiaire	PROMOTION
OBJECTIFS	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire les problèmes de santé mentale et les facteurs de risque - Protéger les individus et les groupes 	<ul style="list-style-type: none"> - Agir sur les déterminants de la santé mentale - Développer des conditions favorables à la santé mentale
CIBLES	<ul style="list-style-type: none"> - Individus à risque - Groupes à risque 	<ul style="list-style-type: none"> - Population générale incluant des groupes particuliers - Conditions fondamentales qui influencent la santé mentale
MODÈLES	<ul style="list-style-type: none"> - Santé publique : action dirigée vers les facteurs de risque - Clinique : action dirigée vers l'éradication des problèmes 	<ul style="list-style-type: none"> - Écologique : Action dirigée vers des systèmes multiples et interdépendants - Socioculturel : action dirigée vers les processus culturels et sociaux d'amélioration de la santé mentale
STRATÉGIES	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement - Réadaptation - Prévention des rechutes 	<ul style="list-style-type: none"> - Éducation - Marketing social - Organisation communautaire - Communication - Action politique
RÔLE DES PERSONNES INTERVENANTES	<ul style="list-style-type: none"> - Prévenir, traiter et réadapter Importance de la compétence 	<ul style="list-style-type: none"> - Redéfinition du rôle des personnes intervenantes - Partage des rôles et des responsabilités entre les personnes intervenantes et la communauté - Pouvoir d'action des individus et de la communauté

D'autres écrits particulièrement éclairants pour notre étude sont quelques articles de O'Neill (1994a et b) dans lesquels lui-même et certaines autres personnes intervenantes (Cardinal, 1994; Pederson et Rootman, 1994) ont fait état de leurs questionnements quant à la promotion de la santé. Dans ces textes, les auteurs : 1) veulent montrer d'abord que même si la place qu'occupe la promotion de la santé au Québec n'est pas évidente, cette province jouit d'une longue et solide tradition en matière d'éducation pour la santé; 2) ils discutent du manque d'intérêt du réseau de la santé pour la promotion de la santé depuis 1986; 3) ils analysent certaines raisons pour lesquelles la promotion de la santé n'y a jamais vraiment été populaire; 4) ils évaluent les conséquences de cette tiédeur pour la promotion de la santé.

Selon eux, l'emploi de l'expression «promotion de la santé» pour désigner cette idéologie porte à **confusion**. Cet emploi a eu, selon eux, pour effet que les personnes professionnelles de la santé ont rejeté, par la même occasion, ce qui constitue l'essentiel de la promotion de la santé : l'ensemble précis d'interventions visant à modifier les comportements reliés à la santé.

Les auteurs mentionnent donc que pour nommer de manière appropriée cette dimension idéologique ou philosophique, il convient de parler de «nouvelle santé publique» (Aston et coll. 1989 ; Frenk, 1993, Martin et McQueen, 1989) ou de "santé publique écologique" (Kickbush, 1989), et qu'il faut cesser d'employer à son égard

l'expression «promotion de la santé». Ils soutiennent ainsi que ce qui constitue la spécificité des interventions en promotion de la santé, ce sont les pratiques requises pour favoriser les modifications voulues aux comportements liés à la santé, qu'ils s'agissent des comportements individuels ou de la dimension environnementale et collective du comportement, les deux aspects étant évidemment reliés. Cette vision de la promotion est partagée entre autres par Green et Kreuter (1991) dans leur fameux livre : Health promotion planning.

Mais à vrai dire, les auteurs ne pensent pas que l'idéologie de la promotion de la santé soit originale. Comme l'ont soutenu à juste titre Statchenko et Jenicek (1990), par exemple, il s'agit simplement d'une reformulation moderne d'une ancienne approche qui avait vu le jour au XIXe siècle et qui a pris, depuis, diverses formes et appellations telles que la "santé communautaire" (Conill et O'Neill, 1984 cités par O'Neill et al., 1994).

Dans la littérature gouvernementale, nous avons constaté que, dans un document sur les enjeux éthiques dans le secteur de la santé et du bien-être (Conseil de la Santé et du bien-être, 1997a), il n'est traité que du dépistage génétique par rapport à la santé publique et les questions de santé mentale sont complètement absentes. Malgré le respect de l'individu, la crainte de voir apparaître des politiques à tendance eugénique, la stigmatisation des populations et le développement de comportements discriminatoires sont autant de facteurs qui auraient pu être pertinents à la réflexion sur les pratiques en santé mentale.

Dans le document *Priorités de santé publique 1997-2002* (MSSS, 1997), la santé mentale n'est traitée que de façon partielle et implicite, sous l'angle du développement et de l'adaptation sociale des enfants et des jeunes et de celui de la prévention du suicide. Quelques principes directeurs et les priorités y sont énoncés. À propos de ce document, Jean-Pierre Bélanger, membre du bureau de direction de l'ASPQ, souligne que: «[...] le consensus n'est ni évident, ni facile en matière de santé publique. Que ce soit au niveau des visions, des concepts, ou plus prosaïquement des intérêts en cause, il y avait [...] des divergences importantes à régler», ce qui, selon lui, ne semble pas vraiment avoir été fait au sein de ce document. «Il ne s'agit pas d'une politique mobilisatrice en matière de santé publique qui rallierait tous les acteurs dans une direction commune» (A.S.P.Q., 1997, p.7).

2.1 Les concepts de l'éthique et de la santé

Avec le retour du questionnement éthique de la dernière décennie, on assiste à un foisonnement de discussions, rendant encore plus difficile sa définition. Pour faire comprendre les principaux débats et les différents courants de pensée en **éthique**, nous nous sommes basée sur une analyse de Legault (1994) dont nous ne reprendrons pas les propos, considérant que notre cadre de référence présente la définition de l'éthique que nous privilégions (Appendice 1).

Quant au concept de **santé**, nous nous sommes restreinte aux écrits nous permettant de mieux comprendre la progression et les changements marquants au niveau du concept de santé en lien avec la santé publique, comprenant des écrits au niveau historique (Duplessis, 1989; Guérard, 1996), au niveau des définitions théoriques (Dufresne, 1985), en lien avec la pratique préventive (CQSM, 1995) et au niveau d'enjeux (Lemieux, 1994; Kervasdoué et al., 1981; Lamontagne, 1988). Cette revue nous a permis d'élaborer la présentation de l'évolution sociohistorique du concept de la maladie à celui de la santé mentale, en terme de santé globale (Appendice 2).

2.2 Quelques fondements de la santé mentale, de la santé publique et la spécificité des pratiques préventives et promotionnelles en santé mentale

La perspective de la santé publique se distingue du domaine curatif, en partie en regard des conceptions qu'elle priorise face à la maladie et à la santé mentale, mais surtout à cause de ses pratiques et de sa vision qui s'orientent vers la population. C'est pourquoi nous allons aborder quelques-uns de ses fondements et sa particularité en terme de prévention et de promotion de la santé mentale. En effet, les interventions préventives et promotionnelles se rapportent, de façon implicite ou explicite, à des modèles théoriques distincts.

En fait, les modèles théoriques ayant le plus influencé le développement des pratiques promotionnelles et préventives en santé publique sont: le modèle clinique et le modèle de santé publique, reposant sur le principe qu'un problème peut être résolu si on élimine les facteurs de risque spécifiques qui sont à sa source; ainsi que le modèle socioculturel et le modèle écologique, lesquels reposent sur le postulat que la santé mentale est déterminée par des conditions multiples qui interagissent les unes avec les autres (Tableau 2.4). Cette constatation nous a permis d'orienter notre présentation des différentes positions existantes en santé mentale en nous orientant principalement sur les modèles socioculturels et écologiques. Après avoir brièvement mentionné des implications liées à ces modèles nous permettant de mieux comprendre la santé mentale, nous allons explorer quelques-unes des définitions contemporaines prévalant dans le domaine de la prévention-promotion en santé mentale.

Tableau 2.4 Implications de modèles de santé mentale

<p>Le modèle clinique suscite des interrogations quant à la conception biologisante de la maladie en général. Ces remises en question ont fait naître dans un premier temps, une conception de la santé, qui n'étant plus qu'absence de maladie, a modelé le concept de la santé mentale. Loin de faire consensus, ce concept sème la controverse chez bon nombre d'experts psychiatriques. Certains médecins et psychiatres justifient ce phénomène comme une réaction à la tendance de la banalisation de la maladie mentale. Mais peut-on supposer, qu'au-delà d'un légitime souci humanitaire, d'autres intérêts sont en jeu, ces arguments provenant presque uniquement des cliniciens de la santé dont la profession dépend de l'expertise requise, reconnue traditionnellement, pour s'occuper de ces troubles.</p>
<p>Le modèle de santé publique met l'accent sur les facteurs de risques génétiques et physiologiques de la maladie mentale, tentant de lui reconnaître des critères objectifs, acceptables universellement.</p>
<p>Le modèle socioculturel quant à lui tient compte du fait que la santé mentale paraît n'avoir de sens qu'à l'intérieur d'un système socioculturel donné et qu'à travers certaines conceptions de l'existence qui prévalent à un moment donné. L'étude des différentes</p>

sociétés montre bien que ce qui peut être considéré comme normal varie considérablement. Il n'existe donc pas de modèle du normal pour tous les milieux, comme d'ailleurs pour toutes les époques. Certaines définitions de la santé mentale la résumaient à sa dimension psychologique ou à un processus d'adaptation à son milieu.

Assez tôt, on réalisa cependant le danger de «normalisation» ou de «responsabilisation» que ces conceptions sous-tendaient. La nature même du concept implique presque nécessairement un jugement de valeur. Trois critères semblent se distinguer de la littérature: absence de maladie mentale, équation avec le normal et assimilation à certains états de bien-être ou de satisfaction (Cloutier, 1968). Pour plusieurs, le bonheur représente une espèce d'équilibre entre les besoins instinctuels et ce que la vie peut offrir, compte tenu des contraintes sociales et du milieu. C'est restreindre le sens du mot bonheur, mais c'est peut-être aussi lui donner une valeur plus grande en tant que critère.

Grâce à l'apport des sciences sociales et sous l'influence de divers mouvements sociaux (développement de la santé mentale communautaire, mouvement antipsychiatrique, mouvement des femmes, etc.), des nouvelles définitions de la santé mentale ont commencé à s'affirmer dans la pratique. Elles s'apparentent à ce que l'on pourrait nommer le modèle «écologique». Cette vision **écologique** tient davantage compte des interactions entre l'individu et son environnement social, culturel, économique ou politique. Elle comporte aussi plusieurs définitions. Chacune de ces définitions comporte cependant ses propres nuances, lesquelles influent à leur tour sur les perspectives de développement des services, notamment en ce qui a trait à la prévention et à la promotion.

Il n'est pas facile de circonscrire le concept de santé mentale. Pourtant, les définitions ne manquent pas. La plupart du temps, ces tentatives ne sont guère satisfaisantes. Nous nous sommes basée principalement sur les multiples publications du Comité de la santé mentale du Québec, étant donné la rigueur à laquelle ce comité s'est astreint pour tenter de faire émerger une définition de la santé mentale et d'amener un consensus dans ce domaine.

Parmi les conceptions qui font encore partie des débats, le Comité de la Santé Mentale du Québec en identifie trois : la définition présentée dans la Politique de santé mentale provinciale, celle qui fut promue par le gouvernement fédéral et enfin, la leur.

Tableau 2.5 Définitions contemporaines de la santé mentale

<p>La première définition contemporaine de la santé mentale à retenir sert de fondement à la <u>Politique de Santé Mentale du Québec</u> (MSSS, 1989) : La santé mentale comporte trois dimensions : un axe biologique qui a trait aux composantes génétiques et physiologiques; un axe psychodéveloppemental qui met l'accent sur les aspects affectif, cognitif et relationnel; un axe contextuel qui fait référence à l'insertion de l'individu dans un environnement et à ses relations avec son milieu.</p>	<p>Selon le CSMQ, dans cette définition, c'est l'aspect du psychodéveloppement qui caractériserait le mieux l'état de santé mentale. Les approches collectives et les interventions en santé mentale communautaire n'émergent pas spontanément d'une telle définition. En mettant l'accent sur les dimensions individuelles et psychologiques, plutôt que sur les dimensions interactives et contextuelles, la politique de santé mentale semble prescrire davantage des activités de traitement et de réadaptation, et offre une perspective plutôt limitée de la prévention et de la promotion (Blanchet [et al.], 1993, p. 7).</p>
<p><u>La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre</u> (Ministère de la santé et du bien-être social, 1988) fournit une définition de la santé mentale, qui fut qualifiée d'innovatrice à l'époque : La santé mentale est la capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, au développement et à l'emploi optimum des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), à la réalisation de buts individuels et collectifs justes et à la création d'égalité fondamentale</p>	<p>Il s'agit donc d'une définition interactive et dynamique de la santé mentale qui "témoigne de la nature intrinsèquement sociale de l'expérience humaine, avec une inclusion de certaines valeurs sociétales telles que l'égalité et la justice." (Santé et Bien-Être social Canada, 1988, p. 7) Une telle définition ouvre la voie aux actions communautaires et aux interventions auprès des populations qui caractérisent mieux les activités de prévention et de promotion (Blanchet [et al.], 1993, p. 7).</p>

Le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) a lui-même proposé sa propre définition à la lumière de ses différents travaux effectués dans une perspective de prévention et de promotion. (Arrêtée par le CSMQ à sa réunion du 14 décembre 1989).

La santé mentale, définie brièvement comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie, entre autre, à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres : des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne.

La santé mentale est liée tant aux valeurs collectives dominantes dans un milieu donné qu'aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. Toute condition qui nuit à l'adaptation réciproque entre la personne et son milieu, comme par exemple la pauvreté, la pollution ou la discrimination, constitue un obstacle à la santé mentale. À l'inverse, toute condition qui facilite cette adaptation réciproque, comme par exemple, la distribution équitable de la richesse collective, l'accès à une éducation de qualité ou à un environnement sain, favorise et soutient la santé mentale. Dans cette perspective, la santé mentale peut également être considérée comme une ressource collective, à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes considérées individuellement. (Blanchet et al., 1993, p. 7-8).

Comme la précédente, cette dernière définition élargit la notion de santé mentale. En mettant ici l'accent sur " la dynamique des interactions entre les individus et leurs contextes de vie ", cette définition a aussi l'avantage de proposer une conception complexe de l'étiologie des problèmes de santé mentale. On ne considère plus l'individu seul, avec son hérédité, son histoire ou ses traits de caractère personnels. Sans nier ces caractéristiques individuelles, on se centre ici sur les interactions entre l'individu et son environnement, là où se tissent, se nouent et se dénouent les enjeux multiples et souvent contradictoires d'ordre affectif, social, économique, spirituel et politique, qui façonnent la santé mentale des individus et des collectivités. C'est ce que certains qualifient de modèle «écologique» de la santé mentale.

(C)es deux dernières définitions sont davantage compatibles avec les activités de prévention et de promotion en santé mentale, puisqu'elles ouvrent toute grande la porte aux dimensions collectives et à la responsabilité sociale en matière de santé mentale. Rappelons ici, avec plusieurs autres défenseurs de la prévention (Albee, 1982, 1985; Bloom, 1981; Bloom, 1986; Goldston, 1990; Justice, 1982; Lorion, 1990; Pransky, 1991), une évidence criante : l'intervention individuelle est essentielle, mais on doit se rendre compte qu'elle ne suffira jamais complètement à la tâche. Tout en reconnaissant la nécessité et l'apport indispensable des approches individuelles, il faut également viser à accroître la capacité des collectivités à identifier et à analyser les facteurs qui favorisent ou compromettent la santé mentale de leurs membres (Blanchet et al., 1994).

Quoi qu'il en soit, chacune des définitions et conceptions citées peut servir à légitimer des pratiques différentes, autant en curatif qu'en prévention/promotion. Néanmoins, mentionnons que puisque le gouvernement du Québec a adopté une définition qui met l'accent sur l'aspect psychodéveloppemental de la santé mentale, il justifie ainsi un mode de pratique davantage axée sur les interventions individuelles. Il est donc difficile pour un professionnel en santé publique se restreignant à celle-ci, d'agir autrement que sur le mode de la prévention qui, même si elle agit sur une collectivité, a pour objectif sous-jacent néanmoins un changement de comportement individuel.

2.2.1 La réforme sociosanitaire au Québec et au Canada

Tableau 2.6 Faits marquants aux niveaux historique et social

	Politique	Social
Avant 1945		La conceptualisation de la prévention en trois domaines distincts répondait alors au besoin du domaine de la santé publique d'élargir ses préoccupations traditionnelles de maîtrise des maladies infectieuses aux aspects plus globaux de la prestation et du financement des services de santé.
1945		Première définition de la santé mentale par la National Health, incluant un aspect individuel et aussi environnemental.
1970	Rapport de la Commission Castonguay-Neveu au Québec	<p>Un ensemble de groupes, ainsi que de nombreuses études se mettent à révéler les biais sexistes et de classe des diagnostics et des thérapies médicales, à dénoncer la médicalisation croissante des problèmes sociaux, à contester la technicisation et la déshumanisation des soins, à dénoncer la perte d'autonomie et l'étiquetage abrutissant qu'entraîne la professionnalisation de la prise en charge, à souligner l'incapacité de la médecine moderne, malgré des investissements toujours plus considérables, à guérir les gens des principales maladies qui les tuent, et à remettre en cause les fondements scientifiques et idéologiques de la pensée étiologique de la médecine.</p> <p>Or, à tout le moins en Amérique du Nord, un mouvement de fond commence à prendre forme afin de remettre en question la légitimité même de la médecine. On trouve trop limitative la perception médicale des causes de la maladie et du bien-être physique et mental, trop technicistes les thérapies et l'approche de la maladie, et trop biaisés les valeurs et les modèles de comportement que la médecine véhicule. C'est donc dans cette marmite idéologique que la Commission Castonguay-Neveu dépose son</p>

		<p>rapport.</p> <p>Paradoxalement, alors que le Québec avait été la province la plus hésitante à introduire les programmes fédéraux et avait eu la réputation d'être une des plus réactionnaires quant à la mise en oeuvre de politiques redistributives, c'est le gouvernement du Québec qui occupera le devant de la scène au cours des années 1970 et qui sera perçu comme le plus avant-gardiste en matière de réforme du domaine sociosanitaire.</p>
1973	<p>Un groupe de travail canadien sous la présidence du docteur John Corbett McDonald innova en proposant comme but du système de santé le maintien d'un état de santé optimal de la population et de la prévention des maladies. Les stratégies utilisées seront la fonction épidémiologique, le contrôle de l'environnement au sens large, les actions <i>sur le plan individuel</i>, l'administration et la coordination des activités et programmes dans le domaine de la santé (ce qui sera repris plus tard sous le vocable d'intersectorialité). (Duplessis et al.,1989,p. 251).</p>	<p>Alors que rien ne permettait de le prévoir, voilà que l'apparition de ces nouveaux mouvements sociaux donne aux recommandations de la Commission et aux réformes subséquentes, une signification différente de celle que les réformateurs avaient en tête. Alors que ceux-ci voulaient essentiellement rationaliser l'appareil de services en fonction de quelques grands principes, le contexte idéologique fit en sorte que leur concept de «médecine globale» et en particulier la question de la «prévention», en vint à avoir une prégnance sociale que nul n'avait prévue.</p>
1977	<p>Le Ministère de la santé et du bien-être du Canada publiait <u>Nouvelles perspectives de santé des Canadiens</u>.</p>	<p>Ces travaux, sous la signature de l'honorable Marc Lalonde, présentaient « l'initiative d'une analyse descriptive des grands problèmes de santé en arrimant celle-ci à quatre déterminants de la santé. » (Groupe de recherche et d'intervention en psychologie communautaire, 1982). Ce qui était sous-jacent au célèbre rapport Lalonde (1977) "Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens", c'était la volonté d'élargir le modèle étiologique dominant de la maladie. On voulait qu'il comprenne non seulement des variables métaboliques internes, mais à la fois des variables environnementales exogènes.</p> <p>Pendant ce temps, au Québec, Rochon a écrit que "la santé</p>

		<p>communautaire peut se définir comme l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, de prévenir la maladie et de promouvoir l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts communautaires". Inspirée de Winslow et adaptée au contexte du Québec, cette définition venait solliciter "l'ensemble des forces vives d'une communauté à la prise en charge de sa propre santé." (Duplessis et al., 1989, p. 254).</p> <p>Les perspectives dégagées permettaient d'arrêter des priorités, qui avaient cependant la limite que, tout en introduisant comme élément nouveau la responsabilisation individuelle, elles ne tenaient pas encore en compte l'approche de population (Mahler, 1988).</p>
1986	Politique de la santé et du Bien-être Canada	
1987 à 1989	Multiplés avis du CSMQ	
1988	Publication de la politique fédérale : La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre	
1989	<u>La politique de santé mentale québécoise</u> ne fut promulguée qu'après le rapport Harnois (1987)	<p>Avant ces deux dernières politiques, les interventions au niveau de la santé mentale collective étaient parcellaires. La santé publique, tout en ayant instauré l'hygiène mentale, oeuvrait plutôt au niveau des individus et mettait l'accent sur les facteurs endogènes et biologiques. Duplessis et al. (1989, p.265) affirment d'ailleurs qu'au Québec, les problèmes de santé mentale et d'environnement sont restés longtemps sans recevoir toute l'attention qu'ils méritaient en santé publique; et il reste encore aujourd'hui du chemin à faire.</p>
1991	Réforme centrée sur le client de la santé et des services sociaux	<p>Alors que la Commission Castonguay-Neveu de 1970 et les mouvements sociaux qui la soutenaient parlaient de "risques" pour dire qu'il fallait s'en protéger par des politiques de solidarité collective, voilà que le contexte idéologique de la Réforme de la Santé et des services sociaux de</p>

		1991 et les contraintes financières de l'État semblent avoir donné à cette notion le sens de "facteur de risque", souvent pour en imputer moralement la responsabilité aux individus, c'est-à-dire, comme disent certains sociologues américains, pour culpabiliser la victime. Notons qu'au-delà des enjeux politiques de cette réforme, se retrouvaient plusieurs enjeux éthiques importants tels que le respect de la dignité des usagers du système de soins et les inégalités sociales face à la santé. Nous verrons, lors de notre analyse, si des enjeux éthiques étaient perçus par les personnes professionnelles en santé publique à ces niveaux.
Avril 1992	Cadre de référence pour l'élaboration du programme de santé publique et pour l'organisation du réseau de santé publique. (M.S.S.S., 1992).	
1993	Réorganisation du réseau de santé publique en regroupant les DSP aux RRSSS.	<p>En 1993, plusieurs propositions de groupes d'experts (Laporte et al., 1993) furent recueillies par la Direction générale de la santé publique (nouvellement créée) afin de procéder à des consultations auprès de ses partenaires et à la seconde étape, en collaboration avec les Directions de santé publique de chacune des Régions Régionales, de sélectionner les objectifs et les actions qu'elle jugera prioritaire pour constituer le «Programme de santé publique» proprement dit. Les domaines d'interventions en santé publique y furent traités distinctement par thématique, dont la santé mentale. Dans ce document, l'intervention promotionnelle et préventive dans le domaine de la santé mentale s'articule autour de trois grandes stratégies :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Renforcement des habiletés personnelles 2) Amélioration des milieux de vie 3) Influence sur l'environnement social.
1997	Priorités de santé publique 1997-2002 (M.S.S.S., 1997).	Plutôt qu'un programme de santé publique, ce document regroupe uniquement des orientations. Pour les personnes professionnelles en santé publique oeuvrant en prévention et en promotion de la santé mentale, cet exercice révèle déjà les lacunes de la planification nationale : la santé mentale adulte n'y est pas vraiment abordée.
2000	Santé pour tous d'ici l'an 2000 (O.M.S., 1981)	Ce mouvement concrétise l'approche de population.

2.2.2 La spécificité de la prévention et de la promotion dans le domaine de la santé mentale

Comme nous l'avons vu, la notion de prévention est empruntée au domaine de l'hygiène publique. La prévention suppose que l'on puisse contrôler l'apparition et l'évolution d'une maladie. Nous sommes donc amenée à distinguer différents niveaux de prévention suivant les buts recherchés. À ce niveau, plusieurs débats ont eu cours et seuls les personnes professionnelles de la santé publique pourraient nous éclairer sur la pertinence de ces débats et l'impact sur leurs pratiques.

Comme mentionné, la prévention primaire est forcément étiologique. Elle suppose que les causes de la maladie sont connues et qu'il existe des moyens permettant d'agir efficacement sur elles. Une des conceptions en présence veut que nous pratiquions une prévention dite secondaire si la maladie une fois déclarée, nous mettons tout en œuvre pour la traiter de façon à ce qu'elle dure le moins longtemps possible. La prévention secondaire se fonde donc essentiellement sur le diagnostic et le traitement précoce. La prévention tertiaire consiste à prévenir les séquelles et à favoriser le retour à la vie normale. La prévention tertiaire comprend toutes les mesures destinées à empêcher le passage à la chronicité et à lutter contre l'incapacité fonctionnelle. La conséquence d'une telle vision au niveau de la santé mentale est que des mesures sociales sont surtout mises en place dans les préventions primaire et tertiaire.

En effet, si la prévention n'apparaît qu'au moment où les facteurs déclencheurs des maladies mentales commencent à être connus, elle n'acquiert une véritable importance que lorsque les progrès thérapeutiques permettent d'intervenir avec un succès grandissant. La prévention est donc indissociable du traitement. En santé mentale, le traitement a une acceptation beaucoup plus étendue qu'autrefois alors qu'il se ramenait souvent à l'administration de médicaments.

Cependant, les difficultés conceptuelles énoncées précédemment, mais surtout l'évolution mitigée du système de soins à cet égard, nous font présager les écueils actuels de la prévention en santé mentale. L'analyse de O'Neill et Cardinal (1994), de même que les constats du CSMQ (1993) nous incitent à nous questionner quant à la pertinence d'une distinction. Soulignons que dans les pays industrialisés, les milieux de la santé publique semblent s'entendre pour intégrer la prévention dans la promotion de la santé, alors que les personnes intervenantes en santé mentale se montreraient plus sensibles à la notion de prévention; ces dernières auraient tendance à y englober les activités préventives et les activités promotionnelles (Houde et al., CSMQ, 1985, cités dans Blanchet et al., 1993, p. 14). Nous verrons quelle conception sera promue dans les discours des personnes participantes à notre étude.

Quant à la promotion de la santé mentale, il est parfois difficile de saisir de façon claire en quoi elle se distingue de la prévention. Malgré que la promotion de la santé soit de plus en plus présente dans le réseau de la santé et au sein des ressources communautaires, la diversité et la singularité de ces réalisations traduisent les difficultés à définir le champ spécifique de la promotion de la santé et des concepts correspondants. (Hill & Mucci, 1996). Considérons pour l'instant que la promotion vise l'accroissement du bien-être personnel et collectif en développant les facteurs de robustesse et les conditions favorables à la santé mentale. Son action porte sur les déterminants de la santé plutôt que sur les facteurs de risque, et vise la population générale ou des sous-groupes particuliers.

Cela dit, la distinction entre ces deux types d'interventions n'est pas selon nous, superflue. Elle a, au contraire, des implications importantes sur le plan théorique et sur le plan des politiques publiques (Lorion, 1990 cité par Blanchet et Gauthier, 1995). Sur le plan théorique, Dunst et coll. (1990, cité par Blanchet et Gauthier, 1995) rapportent des études montrant que l'absence de problème ou de fonctionnement négatif, qui est le but de la prévention, n'implique pas nécessairement la présence d'un fonctionnement positif. En extrapolant à partir de ces études, on peut penser que la prévention de problèmes particuliers ne résulte pas nécessairement en la promotion d'un fonctionnement adéquat. Inversement, les activités de promotion ne vont pas automatiquement entraîner des effets préventifs (Ferguson, 1984 ; Price et coll., 1980 cité dans Blanchet et al., 1993).

L'idéologie courante en matière de promotion de la santé consiste en une vision de la santé et de ses déterminants, ainsi que de la pluralité des facteurs qui la favorisent ou la menacent. Tout comme le mentionnait Lorion, (1990 cité par Blanchet et Gauthier, 1995), les nuances entre ces deux concepts ne sont pas qu'une question de langage; elles reflètent des conceptions de la santé mentale et des philosophies d'action très différentes (O'Neill et Cardinal, 1994). Par rapport aux politiques publiques, la reconnaissance ou non de ces distinctions servira à établir la légitimité des deux types d'interventions quant à leur concordance avec les valeurs que l'on veut mettre de l'avant en tant que société. En santé mentale, la lutte à la discrimination devient un enjeu important de promotion.

2.2.3 La structure de la santé publique et ses orientations

La santé communautaire au Québec n'est pas seulement l'apanage des directions de santé publique. L'orientation fondamentale du système de santé publique qui caractérise davantage le Québec, c'est que, mis à part certains services bien spécifiques en santé et sécurité du travail ou en maladies infectieuses, les directions n'offrent pas de services directs à la population. Toutes les activités de première ligne en santé publique (visites à domicile, cours prénataux, l'hygiène et la prévention en milieu scolaire) ont été transférées aux CLSC. Depuis plusieurs années, ils sont engagés dans divers milieux, soutenant des réalisations qui visent la mobilisation des individus et des communautés ainsi que l'amélioration de leur santé et de leur bien-être (ex: Villes et Villages en santé, mise en place de ressources communautaires telles les cuisines collectives, etc.).

Parallèlement, en santé publique, l'expertise s'est consolidée en épidémiologie, en évaluation, en méthodologie de la recherche. «Le risque pour celle-ci est la perte de pouvoir, la marginalisation dans un système où la reconnaissance du statut est liée à la taille du budget et où la justification est aussi liée au caractère essentiel des services offerts» (Ketting & Keel, 1995, p. 255).

2.2.4 Les fondements actuels de la santé publique

L'intervention actuelle de santé publique est définie comme: «l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être au niveau de la population et des systèmes qui la régissent»⁶. Ces déterminants sont divisés en cinq catégories:

- les facteurs endogènes ou biologiques;
- les habitudes de vie;
- l'environnement physique;
- l'environnement social: milieux de vie (famille, école, travail) et conditions de vie (revenu, scolarité, logement, emploi, événements stressants);
- l'organisation du système de soins et de services.

⁶ L'évolution de la santé publique, ses fonctions et l'ensemble de son champ d'action sont décrits plus en détails dans le *Cadre de référence pour l'élaboration du programme de santé publique et pour l'organisation du réseau de santé publique*. M.S.S.S., avril 1992.

Dans la réalité, l'état de santé et de bien-être de la population résulte de la conjonction de ces nombreux déterminants et de leurs multiples interrelations. Les interventions de la santé publique reposent sur quatre fonctions:

- la connaissance et la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population;
- la promotion de la santé et du bien-être;
- la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux;
- la protection de la santé publique.

Ces fonctions de la santé publique sont principalement régies par quatre lois: la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4-2), la Loi sur la protection de la santé publique, la Loi sur la santé et la sécurité au travail et la Loi sur la qualité de l'environnement. Enfin, en terme de structure, c'est la Direction générale de santé publique du Ministère de la Santé et des Services sociaux qui a la responsabilité de coordonner le programme de santé publique (art. 431.8) et d'assurer la protection de la santé publique (art. 431.8). Elle a aussi le mandat de mettre à jour et de promouvoir les connaissances relatives à l'état de santé et au bien-être de la population, ainsi que les stratégies sectorielles et intersectorielles ayant trait à la promotion de la santé et du bien-être et à la prévention des problèmes sociaux et de santé (Appendice 3). Pour ce faire, il y a délégation à chacune des directions de santé publique régionale à travers le Québec (18 directions).

Les stratégies et les méthodes d'interventions utilisées en santé publique sont très diversifiées. Il existe plusieurs classifications des stratégies utilisées dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé. Selon la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986), il existe cinq grands principes en vue de guider l'intervention en promotion de la santé. La Politique de la santé et du bien-être du gouvernement du Québec (MSSS, 1987) retient quant à elle six stratégies d'ensemble pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population québécoise : 1) Éducation sanitaire; 2) Marketing social; 3) Développement communautaire; 4) Communication; 5) Action politique ; 6) Changement organisationnel.

À défaut de retrouver des principes spécifiques à l'intervention de la santé publique en santé mentale, voyons donc quels sont les principes mis de l'avant par les auteurs de Priorités nationales de santé publique (1997-2002) . Selon les auteurs, ces «principes indiquent les axes à partir desquels les actions sont accomplies et le sens qui leur est donné, et doivent donc se refléter dans ces actions» (M.S.S.S., 1997, p.25). :

- Agir et comprendre;
- S'engager davantage (nous soulignons) auprès des communautés
- S'engager davantage dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être
- Intervenir de façon concertée et coordonnée

En quoi ces derniers principes sont-ils conciliables avec les principes directeurs mentionnés précédemment? Quelles sont les valeurs sous-tendant les principes directeurs en santé publique? Enfin, quels sont, de ces principes, ceux qui font sens pour les personnes professionnelles de la santé publique dans leurs pratiques de prévention et de promotion en santé mentale et quels seraient, s'il y a lieu, les autres principes pouvant être énoncés suite à l'analyse des valeurs et des légitimations sous-tendant leurs pratiques? Voilà des interrogations qui ont trouvé certaines réponses lors de notre analyse éthique ultérieure.

Dans ce chapitre consacré à l'ethos entourant les domaines de la prévention, de la promotion, de la santé mentale et de la santé publique, nous avons pu constater que la jonction entre ces domaines, en tant que champ de réflexion éthique, est clairesmée que de quelques acteurs et écrits. Malgré des critiques et des questionnements relativement à leurs champs respectifs, les personnes intéressées par la réflexion éthique sur la prévention et la promotion en santé mentale feront, comme nous, office de pionniers dans le domaine.

CHAPITRE 3

LA MÉTHODE

3.1 Le type d'étude

Notre étude est principalement de type exploratoire. Dans une perspective de changement social, cette analyse éthique tiendrait donc de l'intervention psychosociologique dont parlent respectivement George Lapassade et François Petit comme «une recherche qui vise à éclairer la réflexion et la prise de décision, mais sans s'engager dans le processus proprement dit de la détermination de choix ou des orientations qui seraient susceptibles d'en découler» (cités par Giroux, 1997a, p. 3).

Cette étude qualitative tentera de «soulever des interrogations pertinentes, situer les enjeux et les conséquences anticipées de telle action ou même de l'inaction» (Lefrançois, 1992, p. 44). Dans cette perspective, le matériau utilisé est le langage. Notre étude puise à même ce matériel. Il s'agit de «prendre le discours tel qu'il est, éclaté et partagé, et aider à la prise en compte de ses paradoxes» (Barus-Michel, 1987, p.155). En effet, «(...)la parole est(...) non seulement privilégiée, mais seule reconnue, en définitive, comme lieu exact de (...)sa pratique» (Lapassade, 1974, p.69).

La préoccupation étant fixée sur le discours des personnes professionnelles en santé publique, et non sur la théorie, cette optique revêt une importance d'autant plus cruciale, puisqu'il s'agit de libérer ou de susciter des forces jusque-là inexistantes ou potentielles, parfois bloquées, en vue d'un changement souhaité au niveau de la prévention et de la promotion de la santé mentale au Québec.

3.2 L'échantillon de l'étude

Parmi les personnes intervenantes dans le domaine de la santé publique (médecins de première ligne, personnes intervenantes des Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC) et personnes professionnelles des DSP), nous avons ciblé uniquement les personnes professionnelles qui oeuvrent dans des DSP. Ces dernières sont mandatées pour l'élaboration, la planification et l'évaluation des programmes de prévention et de promotion. De plus, les DSP constituent le principal lieu de prise de décision quant à la cohérence et la coordination des différents programmes de santé mentale.

Du côté administratif, la santé publique a distingué les équipes «Enfance-Jeunesse-Familles» des équipes de «Santé mentale» (qui semble être considérée comme l'appellation regroupant les interventions auprès de la clientèle adulte). Nous avons choisi de respecter cette typologie et de considérer comme personnes répondantes principalement les personnes professionnelles et professionnelles oeuvrant auprès de la population adulte.

Cette étude a été effectuée auprès de 20 personnes professionnelles de la santé publique rattachées aux DSP du Québec et sélectionnées par convenance, de façon non probabiliste, dont la délimitation était faite sur une base volontaire : dans un premier temps, à partir d'un bottin des ressources humaines des DSP selon leur domaine d'intervention, et dans un deuxième temps, par le biais de référence des personnes impliquées en santé publique. Celles-ci devaient s'identifier comme oeuvrant effectivement en «santé mentale» et être disponibles pour une entrevue, dans les délais prévus pour la réalisation de la collecte de données. Nous n'avons posé aucune restriction quant à ce que désignait l'appellation «santé mentale». Nous avons plutôt accepté la perception des personnes professionnelles qui se sentaient concernées par le sujet à l'étude, suite à notre préambule de départ. Une seule personne a décliné notre invitation à participer à l'étude puisqu'elle venait d'être transférée de domaine depuis quelques mois.

Six personnes participantes ont été rencontrées personnellement dans leur milieu de travail et quatorze autres personnes ont participé par entrevue téléphonique (N= 20). Le verbatim de 13 sujets a été retenu pour l'analyse car trois entrevues n'avaient pas la qualité d'enregistrement requise pour discerner les propos. Trois autres sujets ayant participé au pré-test ont été exclus de l'analyse. Un dernier sujet fut exclu parce que la personne répondante a mentionné seulement en fin d'entrevue qu'elle relevait de la Régie Régionale et non de la santé publique (N= 13).

3.3 La méthode éthicologique

Nous faisons ici une brève parenthèse pour définir la méthode éthicologique, puisque nous utiliserons la grille d'analyse et la démarche se reportant à celle-ci (Appendice 4). L'éthicologie n'est pas normative comme l'est la morale, ni inductrice de valeurs et d'une visée finale comme peut l'être l'éthique. Elle s'en tient à scruter les discours des morales et des éthiques pour en déceler les conditions de production et d'influence, sans s'impliquer dans une démarche particulière. «L'objectif poursuivi dans cette démarche consiste à dégager les principaux éléments de la dynamique présente dans un discours moral ou éthique» (Fortin, 1995, p. 87). Pour certains, il s'agit plutôt d'une démarche, d'un cheminement en cinq étapes qui permet d'analyser des discours.

L'étape 1 : La présentation des conditions de la rencontre de l'objet;

L'étape 2 : La construction de l'objet et ses topiques environnants;

L'étape 3 : L'application de la grille éthicologique;

L'étape 4 : L'élargissement des topiques de l'objet;

L'étape 5 : Le retour critique sur l'ensemble de la démarche.

À l'étape 1, on se préoccupe de faire la lumière sur les conditions de rencontre avec l'objet, c'est-à-dire, de circonscrire le lieu d'où l'on parle, de préciser comment on entend parler et de spécifier les objectifs poursuivis. À l'étape 2, on précise son objet d'étude et tous les éléments indispensables à son observation et à sa compréhension.

Parmi ces éléments, Fortin (1995) cite entre autres, le locuteur et le destinataire. Comme nous devions analyser des discours éclatés et disparates, nous avons omis à l'étape 2 de distinguer les destinataires du discours, ceux-ci étant difficilement identifiables considérant que, dans le nombre de discours à analyser, les destinataires variaient en fonction du rôle plus spécifique à chacune des personnes répondantes.

À l'étape 3, on soumet l'objet à un quadruple questionnement, «(l)'application de la grille permet de dégager chacun des éléments d'un enjeu moral ou éthique pour mieux comprendre comment fonctionne la dynamique qui l'anime» (Fortin, 1995, p. 101). À l'étape 4, on interroge le contexte pour mieux comprendre le texte, entre autres, en recourant au passé pour découvrir l'évolution du réservoir de sens en cause dans la dynamique des discours analysés.

La discussion et les réflexions issues de l'analyse des entrevues sont enrichies d'un regard sur certains documents officiels, dont entre autres, la Politique de Santé mentale, la Politique de santé et Bien-être, la Politique de santé mentale canadienne et les Priorités Nationales de santé publiques. À l'étape 5, on revoit le chemin parcouru depuis le début de la démarche, à la lumière des données obtenues, pour évaluer la justesse de ses hypothèses en reprenant la formulation des principales questions qui sont à l'origine de l'étude.

S'il y a lieu, nous pourrions donc déroger légèrement de la méthode éthicologique pour nous positionner comme éthicienne à la fin de l'analyse. Pour mettre en place une discussion et articuler une réflexion collective sur les pistes d'actions qui seront proposées ou les principes qui seront privilégiés, plusieurs conditions sont requises.

Cette prise de position présuppose que nos propos pourront s'inscrire dans l'argumentation, du moment que la proposition de stratégies d'actions ne soit en aucun cas normative. Effectivement, à l'encontre de l'éthique normative, la méthode que nous avons choisie ne part pas de «jugements moraux portés par des hommes d'expérience et de raison, en tentant de les intégrer dans un système cohérent (qui partant de ces principes moraux) puisse éclairer et éventuellement corriger nos convictions» (Höffe et al., 1993, p. 214).

Plutôt que de postuler au départ que les diverses représentations de nos personnes répondantes se fondent sur des principes semblables, cette façon de faire surgir la ou les éthiques en présence, donne la possibilité de nous poser au cœur de l'arbitrage nécessaire à l'atteinte d'un consensus au niveau de valeurs plurielles communes qui seront mises en évidences. Suite à une telle prise de conscience, les personnes oeuvrant en prévention et promotion de la santé mentale pourront affirmer ou non leur adhésion à ces valeurs et leur souci de prendre en compte les enjeux éthiques résultants.

3.4 Le déroulement de la recherche

La démarche de construction du canevas d'entrevue (Appendice 5a) s'est réalisée parallèlement à l'observation de rencontres de type *focus-groups* (Appendice 5b), impliquant de huit à douze personnes professionnelles de la santé publique ayant à s'exprimer sur la thématique large des enjeux éthiques qu'elles percevaient dans les dossiers dont elles avaient la charge (Massé et Saint-Arnaud, 1997). L'observation s'est réalisée auprès de trois sous-groupes, reliés aux thématiques suivantes : Écologie humaine et sociale, Organisation et évaluation des services et une équipe mixte, provenant de trois régions différentes⁷. Certaines personnes professionnelles ayant participé à un *focus-group* et s'étant identifiées comme oeuvrant en santé mentale, ont été rejointes ultérieurement pour procéder à une entrevue individuelle. Les autres personnes répondantes ont été sélectionnées à partir du répertoire des ressources humaines des DSP ou de références interposées.

Suite à ces rencontres et à la revue de littérature, les questions du canevas d'entrevue ont été ajustées en fonction de la réalité pratique. Le questionnaire a été soumis à trois personnes professionnelles (pré-test) pour recueillir leurs commentaires sur la clarté, la compréhension des questions et pour s'assurer de la congruence des réponses. Le verbatim de celles-ci n'a pas été retenu pour l'étude.

⁷ 1)Montréal, Laval, Laurentides, Montérégie, 2)Québec, Chaudière/Appalaches, 3) Gaspésie, Côte-Nord, Bas Saint-Laurent, Saguenay, Nord-Ouest.

Les entrevues individuelles ont été réalisées à partir de ce questionnaire semi-structuré (N=17 entrevues). Le verbatim obtenu des enregistrements a été retranscrit sur disquette à l'aide d'un transcripteur et du logiciel de traitement de texte Word. Pour découvrir la signification du message étudié, soit les verbatims des entrevues, nous avons d'abord défini des unités de texte regroupant les idées énoncées. Plusieurs méthodes d'analyse qualitative de contenu auraient pu être privilégiées, mais nous nous sommes servie de la codification (par le biais du logiciel Nud-ist) rattachée à l'analyse de contenu par catégorisation.

Pour la codification, nous avons, en premier lieu, procédé à partir des catégories prédéterminées reliées à la méthode éthicologique, soit les quatre instances. Après une lecture préliminaire et afin d'en faire ressortir différentes caractéristiques pour mieux comprendre le sens précis, tel que décrit par Deslauriers (1987, p.50), nous avons poursuivi par l'établissement d'une liste d'énoncés au sein de ces quatre catégories (modèle mixte de catégorisation, Deslauriers, 1987, p.59). Après quoi, nous avons réalisé la codification en tant que telle, en catégorisant et en classifiant les unités de texte des propos des personnes répondantes. Le contenu manifeste, tout autant que le contenu latent, ont été pris en compte. Le sens voilé des phrases et le non dit furent aussi évalués; l'essence de la signification résidant dans la nature même des contenus du matériel analysé. En dernier lieu, nous avons procédé à l'analyse et à l'interprétation des résultats.

3.5 Les éléments de l'instrument de recherche

L'instrument (canevas d'entrevue) a été construit pour la présente étude. Les entrevues de type semi-structurées comprenaient surtout des questions ouvertes. Comme nous l'avons introduit, nous avons procédé à l'élaboration d'un questionnaire dont la trame se référait à la grille éthicologique, les questions sont donc orientées en fonction de retrouver dans les discours les quatre instances. Dans un deuxième temps, nous avons adapté ces questions, en lien avec les pratiques préventives et promotionnelles en santé mentale et avec les éléments de discussion abordés lors des *focus-groups* par les personnes participantes, ce qui a permis d'obtenir une certaine validité nominale et une fidélité minimale. Plusieurs questions ont été scindées puisque au départ, elles regroupaient plus d'un élément possible de réponse et d'autres furent ajoutées afin de mieux déterminer la dynamique du discours des personnes répondantes et de les amener à détailler davantage aux niveaux des régulations et des justifications de leur pratique.

Les questions de 1 à 5 nous introduisent aux pratiques, à l'attitude, à l'état d'esprit qui découlent des conceptions en présence : nous pouvons ainsi définir les caractéristiques ou les critères de qualité d'une intervention préventive ou promotionnelle de la santé mentale en santé publique. Les questions 6 et 7 interrogent les personnes répondantes sur leur propre conception et perception d'enjeux éthiques liés à leur pratique, sans les limiter dans l'interprétation du concept même de l'enjeu éthique ou de l'éthique en cause.

À partir des questions 8 à 14, nous questionnons le réservoir de sens de l'intervention en santé mentale (soit les différentes conceptions de l'être humain et de ses relations à la maladie et à la santé). Dans le contexte de cette étude, ce questionnement peut se traduire comme suit : connaître les conceptions de la santé mentale et de la prévention ou de la promotion modelant les interventions des personnes professionnelles en santé publique étant en lien avec les valeurs. Il s'agit alors des justifications données par les personnes répondantes comme base de leurs pratiques.

C'est alors à partir des questions 15 à 25, que nous interrogeons sur les valeurs qui sont promues ou rejetées explicitement ou implicitement. Quant aux questions 26 et suivantes, elles ont pour but d'interroger sur les règles, explicites ou implicites guidant ou régissant les interventions des personnes répondantes. Une ouverture vers des balises qui pourraient être ajoutées sert de conclusion avec la question 31.

3.6 Les limites de la recherche

Le fait que l'instrument ayant servi à l'étude ait été construit pour les fins de celle-ci, et qu'il n'ait pas fait l'objet d'une investigation en profondeur au niveau méthodologique, constitue une limite quant à la possibilité de généralisation. Les autres limites intrinsèques de notre étude peuvent être reliées : à l'échantillon limité de personnes intervenantes, au choix de la sélection de l'échantillon et à la restriction de la collecte de données au niveau des DSP uniquement. En effet, l'occultation de tout le champ du communautaire, très présent en matière de prévention et promotion de la santé mentale et étant souvent même le précurseur de ce type de pratiques, est en soi une limite importante dans la transposition des résultats. Malgré ces limites, les implications de la recherche offrent une possibilité de réflexion éthique importante.

CHAPITRE 2

LA RECENSION DES ÉCRITS

Tout d'abord, nous tenons à faire part de deux des choix que nous avons faits, et qui doivent être connus du lecteur. Premièrement, les connaissances disponibles concernant les problèmes de santé mentale et les problèmes psychosociaux des enfants, des adolescents et des familles, ainsi que celles des éléments relatifs au processus et au contexte d'apparition de ces problèmes, ont rapidement augmenté depuis la Politique de Santé Mentale. La clientèle enfance-jeunesse (0 à 5 ans et 6 à 18 ans) a souvent été la priorité en santé publique.

Étant donné qu'administrativement, dans les Directions de santé publique (et même ailleurs dans le réseau de la santé), il y a une distinction entre les équipes du secteur «Enfance-Jeunesse-Famille» et les équipes du secteur «Santé Mentale» (qui est considérée en terme d'intervention auprès de la clientèle adulte), nous avons choisi de respecter cette délimitation du secteur « dit de la santé mentale», autant dans notre recension des écrits et notre échantillonnage que dans notre analyse. Effectivement, concernant les pratiques préventives et promotionnelles auprès de la clientèle adulte, nous avons bien peu de repères dans la littérature actuelle; ce qui a motivé aussi notre intérêt.

CHAPITRE 4

LECTURE ÉTHICOLOGIQUE DU DISCOURS DES PERSONNES PARTICIPANTES

Le profil sociodémographique montre que les personnes répondantes ont sensiblement un profil homogène au niveau de l'âge (avec une moyenne de 45,9 ans) et du nombre d'années de pratique en santé mentale (Appendice 6 – Graphique 1 et 3). Il est intéressant de noter que la plupart (7/13) des personnes professionnelles de santé publique interrogées ont plus de 11 années d'expérience en santé publique et que plusieurs ont travaillé sur des dossiers de santé mentale depuis le même nombre d'années (Graphique 3). Nous avons analysé treize transcriptions d'enregistrement de personnes professionnelles en santé publique provenant de 11 régions administratives du Québec (Graphique 4). Selon nos estimations, cela constitue le tiers des ressources humaines affectées à des équipes de santé mentale ou de prévention/promotion au sein des DSP du Québec⁸. Les personnes répondantes de sexe féminin étaient au nombre de 7.

Par le biais de l'application de la grille éthicologique aux discours des personnes participantes, nous avons analysé les quatre aspects de leur dynamique. Dans un premier

⁸ Cette estimation peut être faite en se référant au bottin des ressources humaines des directions de santé publique du Québec

temps, nous questionnerons les pratiques, l'attitude, l'état d'esprit qui sont liés aux actions posées dans le quotidien : définir les critères de qualité d'une intervention préventive ou promotionnelle de la santé mentale en santé publique. Ensuite, nous verrons les aspects régulateurs se référant au « faire » et leurs conceptions de la clientèle, du rôle de l'État, de la santé publique et de la prévention/promotion. Enfin, nous pourrions faire surgir les éléments axiologiques, soit les valeurs, se référant à l'idéal et à un vouloir faire.

Étant donné notre cadre conceptuel éthicologique, qui est une approche spécifique aux discours à teneur éthique, la codification fut réalisée en deux temps, de façon mixte, c'est-à-dire en utilisant des catégories déterminées a priori par ce cadre soit: la praxis(ou pratique), les légitimations(ou justifications), les régulations et les valeurs (ou axiologie) et des sous-catégories établies par regroupement d'idées. Aucune quantification comparative n'a donc été effectuée, l'accent étant mis sur le qualitatif. Trente-quatre (34) sous-catégories d'enjeux éthiques ont été construites lors de la codification (Appendice 7,Tableau II). Les regroupements en principales thématiques seront présentés dans notre discussion au Chapitre 5.

4.1 Les pratiques préventives et promotionnelles dans le domaine de la santé mentale

4.1.1 Les éléments contextuels

Il est important de reprendre quelques éléments du contexte organisationnel propre à la santé publique, particulièrement à cause de l'évolution du contexte social depuis les cinq dernières années. En effet, ces éléments combinés ont eu sans doute un impact sur les pratiques «traditionnelles» en santé publique des deux dernières décennies. Cela nous permettra de mieux saisir le contexte des pratiques des personnes répondantes, de même que de différencier les enjeux organisationnels des enjeux éthiques vécus par les personnes participantes.

Un des éléments du contexte des pratiques en santé publique est associé à deux transformations majeures qu'a subies la structure administrative dans laquelle ont été intégrées les personnes participantes des directions de santé depuis une quinzaine d'années. Ce sont : la transformation des départements de santé publique de chaque hôpital à des directions de santé communautaire (DSC) rattachées aux territoires de CLSC et le passage de direction de santé communautaire à l'intégration dans les Régies Régionales de la Santé et des Services Sociaux (RRSSS) créées vers 1990.

Dans les DSC, l'échange d'expertise et la mise en commun des constats sectoriels ont été vécus plutôt comme un enrichissement; entre autres, ce serait alors que s'amorça la création des équipes oeuvrant en promotion. Les personnes participantes soulignent qu'à l'époque, cela avait été un virage au niveau des pratiques. Rappelons cependant que l'influence du social sur différentes problématiques de santé mentale (et même certaines maladies physiques) avait été démontrée lors des années 80 et avait fait émerger la «nouvelle santé publique» et ce, bien avant les changements de structure. Quant à la dernière «fusion» avec les RRSSS, il semble que cette intégration ait entraîné des changements fondamentaux dans la définition de l'identité professionnelle même des personnes participantes.

Lorsqu'elles décrivent leurs pratiques, les personnes participantes prennent soin de mentionner qu'avec la dernière transformation, soit la fusion avec les RRSSS, certaines ont été obligées de modifier leurs pratiques pour faire davantage de l'administration et de la planification. Les mots utilisés dans certains propos témoignent de l'impact de certains éléments, pouvant être considérés par les personnes participantes, comme des enjeux organisationnels significatifs. Pour un, c'est un virage total, passant d'un «niveau de projets autour des déterminants de la santé avec des personnes participantes affectées sur les projets [...] au niveau décisionnel avec les directeurs». C'est un changement d'approche «beaucoup plus coopérative [...] à une approche de trancher la compétition et de faire exécuter une décision» (ENT-14).

Les personnes répondantes ont donc à vivre une adaptation due aux modifications de l'organisation du travail provoquées par le démantèlement de leur structure d'origine et la fusion avec des Régies nouvellement instaurées et en quête d'identité. Cela provoque certains changements dans leurs pratiques, comme entre autres, la gestion et l'octroi de budget, s'ajoutant aux tâches antérieures et venant parfois subjuguer les autres fonctions. Les préoccupations soulevées par cette déstabilisation professionnelle sèment même des doutes quant à la poursuite d'un travail au sein de la santé publique et engendrent des considérations syndicales et des choix de société à mettre en relief. Ce fut un «choc professionnel», exprimé par les propos de cette personne répondante :

C'est partout que cette préoccupation est présente (au niveau syndical) (...). Par exemple, moi je suis psychologue de formation. Je travaille sur des dossiers qui me tiennent à cœur, avec une orientation communautaire. Alors si je deviens un gestionnaire de budgets de la régie, pour moi c'est un problème. Je ne vois pas ce que j'ai à faire là-dedans, ça m'a jamais intéressé de gérer le budget, puis si je fais ça, je ne fais pas ce dans quoi je suis bon (ENT-16).

Une autre personne participante souligne les écueils de ces transformations comme étant «[...]typiquement québécois, dans tous les domaines, on a de la difficulté à s'enraciner comme peuple, [...] on est en perpétuel changement mais [...]c'est de l'activisme [...] et ça déstabilise les gens et les empêche de poursuivre leur action» (ENT-16). Cette autre note qu'avec la fusion avec la régie, elle a «été noyée dans une direction de planification-programmation» (ENT-10). Il y a alors une «certaine incompréhension inter

directions ou programme santé mentale» (ENT-10). Les façons de faire sont effectivement différentes comme l'explique cette autre personne répondante :

En santé publique, on va commencer par regarder c'est quoi l'objectif qu'on vise, ce que les gens veulent travailler ou améliorer et on va partir de cela d'abord. Alors que souvent, si je m'en vais avec une équipe d'organisation de services, ils vont partir des services qu'ils ont ou qu'ils pensent avoir, puis c'est quoi les budgets qu'on a à mettre, et après ils feront un document et ils s'enlignent là-dedans. C'est deux façons différentes de voir la chose (ENT-10).

Même si l'adaptation à une nouvelle organisation du travail, de par le changement de structure, n'est pas spécifique aux personnes professionnelles en santé publique oeuvrant en santé mentale, on pourrait supposer que la confrontation entre les logiques d'intervention en prévention et en promotion et celle de gestion est accentuée de par la nature de leurs pratiques. Les personnes participantes, avec l'intégration aux RRSSS, se sont retrouvées à travailler avec de nouveaux collègues affectés auparavant au secteur santé mentale à la RRSSS. Cela peut signifier une négociation quotidienne et un obstacle supplémentaire pour faire valoir l'implantation du partenariat et la mobilisation communautaire qui semblent être des pratiques valorisées par les personnes répondantes dans leurs interventions en santé publique.

Effectivement, selon les personnes participantes, cette adaptation nuit davantage aux pratiques préventives et promotionnelles en santé mentale, d'autant plus que les ressources humaines affectées à ces dossiers sont moindres que celles des autres secteurs de la santé

publique. Ces enjeux organisationnels une fois mentionnés, nous rappelons qu'ils ne seront pas inclus en tant qu'enjeux éthiques en prévention-promotion, à moins bien sûr que les éléments mentionnés se retrouvent au sein des légitimations, des valeurs ou des régulations dont les interrelations soulèveraient des considérations éthiques.

4.1.2 Les éléments de pratiques

L'agir décrit ici, soit les éléments de pratiques, concerne autant l'action, qu'une certaine façon d'être professionnel en santé publique. Selon les personnes participantes interrogées, la santé mentale a été rarement considérée comme une problématique de santé publique. Jusqu'à tout récemment, la pratique semble s'être restreinte à l'évaluation de la situation actuelle (prévalence des maladies mentales, taux de fréquentation en psychiatrie, taux d'hospitalisations, etc.) et la documentation des pratiques actuelles et de celles reconnues efficaces auprès des clientèles ayant un problème de santé mentale.

Ce ne serait que depuis 5 ans que des budgets sont dégagés pour de l'intervention en prévention et promotion de la santé mentale ou de l'évaluation de programmes. Pour étayer cela, nous avons recensé que parmi les projets de recherche et/ou projets de publications financés par le FCAR entre 1984 à 1997, seulement 34 étaient en santé mentale (Direction générale de la santé publique, 1985/1997).

Nous avons dressé, à partir des discours des personnes répondantes, une liste des dossiers qui sont actuellement sous leurs responsabilités et pouvant être considérés dans le domaine de la santé mentale (Appendice 8). Certains dossiers se retrouvent d'une direction de santé publique à l'autre et vous sont présentés selon les grandes fonctions de la santé publique:

- **CONNAISSANCE-SURVEILLANCE** : Les principaux dossiers en cours concernent soit : la détermination de la prévalence, en tentant d'adapter les méthodes de collecte de données, l'échelle utilisée ; l'amélioration de la connaissance des habitudes de vie et des caractéristiques de clientèles à risques ou étant identifiées comme souffrant de maladies mentales; la documentation de la détresse psychologique chez les jeunes.
- **ORGANISATION DES SERVICES** : Les dossiers pouvant entrer dans l'objectif de prévention sont : l'implantation de services accessibles de première ligne; le développement d'un continuum de services; la documentation des impacts du virage ambulatoire ou de la désinstitutionalisation auprès de la clientèle ayant des troubles sévères et persistants; le listage de critères de sélection des services de soins ou d'hébergement et l'impact en terme d'accessibilité.
- **SOUTIEN AUX ORGANISMES/ÉVALUATION** : Le dossier concertation locale est présent dans presque toutes les directions et accapare une bonne partie du temps : participation à des tables de concertation en santé mentale ou autres problématiques reliées; en planification des formations avec les organismes communautaires, en documentant certaines pratiques; collaboration à

l'élaboration d'un protocole d'évaluation des services ou de leur impact sur la santé mentale.

- **SOUTIEN À LA COMMUNAUTÉ :** Certains dossiers visent l'éducation populaire ou l'information pour la population en général, entre autres, par rapport au lien entre la pauvreté et la santé mentale. Ces dossiers vont de la réalisation d'émissions de télévision à la conception d'une brochure explicative sur l'étape de la fin de vie; la mobilisation pour l'implantation de groupe d'entraide ou de mesures de répit dépannage aux aidants naturels; l'organisation des forums sur le développement social et à des activités pour la semaine de la santé mentale; l'élaboration de recommandations pour la mise à jour de la politique de santé mentale.
- **ENFANCE-JEUNESSE :** Ces derniers dossiers sont considérés comme relevant davantage de la «promotion» : la mise en place et l'évaluation de programmes d'entraide pour les jeunes à l'école (ENTRE AMIS), d'amélioration de l'estime de soi (FLOPPY), de programmes de prévention des abus sexuels, de la toxicomanie, et de la violence chez les jeunes; et, les programmes plus spécifiques à la prévention du suicide. D'autres concernent le lien parent-enfant : programme sur les habiletés parentales, programme Y'A.P.P. (Y'A Personne de Parfait). Un des dossiers poursuivi au niveau provincial est l'instauration du programme ÉCOLE EN SANTÉ.

L'ampleur et la variété des dossiers peuvent soulever des questionnements quant à ce qui relève de l'intervention de la santé publique en santé mentale, ainsi qu'en ce qui a trait à la définition du domaine « santé mentale ». Comme cette partie est destinée aux éléments de la pratique, les définitions de la santé mentale selon les personnes participantes ne seront

traitées qu'à la partie des légitimations. Pour l'instant, rappelons-nous que nous sommes basés sur leurs pratiques.

La plupart des personnes participantes ont établi au départ que la mission spécifique de la santé publique face à la santé mentale était, pour elles, la prévention et la promotion de celle-ci. Rappelons une des particularités de la pratique des personnes participantes: elles sont rarement les personnes intervenantes sur le terrain: ce sont principalement des planificateurs ou des gestionnaires.

Les extraits de discours suivants nous offrent une image assez précise de certaines caractéristiques de la pratique des personnes participantes, telles que : «de dresser des portraits (des problématiques, des populations, etc.), donc **connaissance-surveillance**.[...] être à la fine pointe des meilleures stratégies, des meilleures interventions qui vont avoir un meilleur impact sur le développement ou le maintien de la santé mentale de la population» (ENT-10). Une des personnes participantes mentionne d'ailleurs : « C'est des dossiers tellement jeunes, on en est au plan d'action seulement, (pour) faire des stratégies reconnues et universelles. On en est à **la mobilisation** des acteurs et à **la coordination**. On en est seulement à **la documentation** (des problèmes)» (ENT-13). Une autre mentionne : « On est à l'étape de connaissance du milieu et en train de constituer des comités de travail pour **se concerter** autour de concepts-clés. On n'est pas à faire des interventions encore» (ENT-14).

Voilà qui semble corroborer qu'une grande partie du travail répond à la fonction connaissance-surveillance, c'est-à-dire connaître la prévalence des problèmes de santé mentale, les problématiques les plus répandues, les besoins des clientèles du territoire dont on a la responsabilité, les services disponibles, les liens entre ces services, les mécanismes de référence et les stratégies reconnues efficaces ou existantes dans d'autres milieux par rapport aux besoins identifiés. Un seul répondant a mentionné que son rôle visait à connaître les causes de la maladie mentale ou l'efficacité du dépistage précoce (ENT-10).

Mais encore, qu'est-ce donc qu'une intervention en santé mentale au niveau d'une direction de santé publique? Si nous leur demandons de donner une brève description de leurs interventions en santé mentale, plusieurs mentionnent «la concertation». Lorsqu'ils élaborent sur celle-ci, certains répondent qu'il s'agit, après avoir fait l'état de la situation d'une région, de planifier une mesure reconnue efficace et d'inciter les partenaires à s'entendre sur la façon de l'appliquer. Mais cette description est loin d'être partagée par tous. Voici des réalités différentes pouvant s'appliquer à la façon de faire de la «concertation»:

Je ne pense pas juste à la programmation puis au but final, mais je pense aussi aux partenaires avec lesquels je travaille. (Moins de mur à mur). Les gens sont assez autonomes sur ce qu'ils font, mais au lieu de dire : « c'est là qu'on s'en va et arrangez-vous pour y aller! », je vais être plus attentive à voir ce qui leur manque pour arriver là où l'on s'en va et je vais être plus attentive à leur fournir et à faire en sorte qu'ils identifient qu'ils ont des manques, qu'ils ont des besoins pour

arriver là où on désirerait ultimement arriver : besoin de formation pour mieux comprendre, d'abord le concept de promotion en santé mentale, mieux connaître les stratégies disponibles, pas toujours utiliser les mêmes. Moi je veux travailler pour essayer de les supporter, pour les aider à acquérir une plus grande compétence dans ce domaine-là, pour qu'on arrive ensemble à atteindre de façon plus intéressante les objectifs qu'on s'est fixés (ENT-8).

Donc, pour la plupart, **la concertation** consiste plutôt à **mobiliser** le milieu, dès l'établissement de la situation, pour **s'entendre** sur les moyens à utiliser et de les **outiller** par une évaluation (où ils sont partenaires des moyens utilisés dans leur région) ou en leur faisant connaître des stratégies ayant été reconnues efficaces ailleurs. Par exemple, « si c'est en réadaptation, c'est de voir qui sont les personnes intervenantes, ce qui est en jeu: est-ce de développer plus la concertation ou les liens entre les établissements?» (ENT-10).

La concertation décrite ainsi est une pratique faisant partie d'un ensemble de pratique que la santé publique nomme «stratégie d'action». Lorsque nous avons demandé aux personnes participantes oeuvrant en santé mentale, si les «stratégies» utilisées dans leurs pratiques étaient différentes de leurs collègues oeuvrant sur d'autres problématiques de santé publique, les réponses étaient partagées. Plusieurs disent pratiquer les mêmes stratégies, soit principalement, l'action communautaire, le changement organisationnel, le marketing social et d'action politique. À leur instar, la seule personne professionnelle interrogée oeuvrant en santé mentale au travail allègue:

La santé au travail est un microcosme de la société. C'est la même réalité. Exemple avec les exclus qui doivent se mobiliser, on fonctionne avec des comités de santé-sécurité, qui est un comité comme de quartier, on fonctionne avec des consultations auprès des travailleurs, on doit faire des stratégies de marketing, de mobilisation politique dans l'entreprise, souvent avec les syndicats et les employeurs. C'est cette dynamique de politique sociale qu'il faut utiliser. Le capital social en entreprise se retrouve aussi : la solidarité, la vitalité. La santé doit adapter ces leviers en entreprise (ENT-6).

Pour d'autres, idéalement, on devrait utiliser les mêmes stratégies en santé mentale mais, en fait, ce n'est pas le cas. Nous avons pu constater une convergence assez marquée par rapport au fait que le lobbying politique (ENT-13) et le marketing social étaient peu utilisés en santé publique pour la promotion de la santé mentale, mais devraient l'être. Parce que «c'est une question de choix des directeurs de santé publique en gros, et du ministère aussi évidemment. [...] le lobbying, c'est souvent une action à long terme qu'on doit mener parallèlement à des actions plus spécifiques, plus précises» (ENT-16).

Fondamentalement, ce sont les mêmes stratégies mais je dirais à l'expérience des dix dernières années particulièrement, je pense que la stratégie de lobby politique s'avère absolument essentielle en santé mentale parce que c'est un dossier, [...], qui est plus facilement sur la touche ou en péril que d'autres et s'il n'y a pas des promoteurs acharnés [...] de ce dossier-là, il y a toujours le risque qu'il soit mis de côté, [...] quels que soient les ministres, quels que soient les gouvernements ou les structures politiques, qu'il y ait du monde pour défendre le dossier de la santé mentale. Parce qu'il est l'objet de tous les préjugés qu'on retrouve dans la population en général et que quelle que soit la fonction qu'on occupe dans notre organisation, ça ne nous enlève pas nos préjugés à l'égard de la folie et des problèmes de santé mentale et ça s'applique autant au monde politique qu'au monde des intervenants. C'est pour ça que je maintiens que c'est une stratégie à privilégier, c'est une sensibilisation continue à l'importance du dossier et à la déstigmatisation des gens qui souffrent d'un problème mental (ENT-15).

Par contre, pour certains, il est clair que leur pratique nécessite une **priorisation** différente des stratégies utilisées, parce «qu'on est amené à travailler plus dans la communauté, alors [...] soutien dans la communauté, développement des compétences, renforcement du tissu social pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale : CLSC, service de base, mise sur pied d'un service de crise... Le grand objectif fixé, c'est d'éviter le recours à l'hospitalisation donc, [...] beaucoup d'action sociale et de renforcement des milieux de vie» (ENT-10).

En fait, selon les propos recueillis, on peut comprendre que presque toutes les stratégies sont pratiquées dans le domaine de la santé mentale, au même titre que dans les autres domaines des directions de santé publique, selon des proportions différentes. Elles sont complémentaires et non opposées. Une des personnes professionnelles précise : «[...]. Les différentes stratégies sont des stratégies qui s'appliquent autant. Une chose qu'on sait, c'est qu'une seule stratégie, ça ne marche pas, ce n'est pas efficace surtout en intervention sociale» (ENT-17).

Au-delà des stratégies, des pratiques particulières, qui semblent issues du «virage» prévention-promotion en santé mentale qui s'est amorcé il y a une dizaine d'années, émergent du discours. Plusieurs personnes répondantes semblent être instigatrices en partie de ce virage, car «à ce moment-là, on ne parlait pas de déterminants, mais d'aspects positifs. [...] nous avons identifié qu'il y a des facteurs de risque et que si on essayait de

travailler autrement, pour [...] encourager les gens à maintenir une bonne santé mentale» (ENT-8).

Cette autre personne participante précise une particularité de la pratique en prévention/promotion de la santé mentale, c'est-à-dire : **l'intervention en «amont»** du problème de santé, nécessitant une vision élargie de l'amélioration à apporter à la santé et à la qualité de vie. Une personne participante ajoute : «il faut influencer au niveau de la prévention-promotion et faire en sorte qu'on en fasse un véritable virage en amont des problèmes» (ENT-10). Ces discours laissent à penser que ce «virage» n'a pas été pris par toutes les personnes professionnelles oeuvrant en santé mentale, certaines demeurant dans les interventions plus liées à la prévention. Mais en fait, ce virage s'est d'abord initié par un changement dans les mentalités, ce qui sera probablement explicité dans la section 4.3 analysant les légitimations.

En approfondissant notre analyse des pratiques, nous nous apercevons que pour certaines des personnes participantes interrogées, faire de **la promotion** a comme conséquence que la pratique devient semblable, peu importe la problématique. Car la réelle promotion, pour eux, c'est d'intervenir à la base du développement des personnes, avant même que ne surviennent les problèmes. Comme le mentionne cette personne professionnelle, la séparation santé mentale - santé physique s'estompe au niveau des pratiques, « parce que lorsque l'on vient en amont des problèmes, la différence ne joue

plus.» (ENT-13). En fait, l'intervention devient alors, selon les termes d'une personne répondante «matricielle, : c'est-à-dire qu'on [...] a des dossiers [...] de clientèles, puis on a [...] des dossiers de problématiques. Je pense qu'on a des liens très importants à faire avec la toxicomanie, avec la violence, on fait des liens avec les problématiques clientèles jeunes- personnes âgées» (ENT-8).

Tout en disant qu'elles sont complémentaires, plusieurs privilégient un type de pratique plus que l'autre.⁹ Pour nos personnes répondantes oeuvrant en santé mentale, les pratiques de **promotion** se distingueraient très peu des pratiques de **prévention**. En abordant les légitimations qui donnent le sens à l'action promotionnelle et à l'action préventive, nous pourrions probablement encore mieux saisir les distinctions entre ces deux types de pratiques du point de vue des personnes professionnelles en santé publique oeuvrant en santé mentale.

Enfin, certaines personnes participantes collaborent ou participent, au sein de leur pratique, à l'**élaboration de politiques**. Dans le cas d'une de ces personnes participantes, il semble que cet aspect de sa pratique soit déterminant :

⁹ Les distinctions théoriques ont été faites au chapitre 1 et les confrontations ne semblent pas être en terme de moyens ou de pratiques, mais plus en terme des légitimations et de valeurs sous-jacentes, nous regarderons plus en avant quelles sont les conceptions des personnes répondantes dans la section sur les légitimations.

Quand on parle d'une politique publique nationale, on parle de quelque chose qui a des impacts considérables sur beaucoup de monde, sur les usagers, sur la population en général et sur tout le monde de l'intervention, sur l'organisation des services, sur les priorités à mettre, sur la prévention plutôt que sur le curatif. Là, on commence à s'approcher des grandes questions. Derrière tout ça, il y a la question des allocations budgétaires qui est cruciale et qui fait qu'on peut voir les vraies couleurs ou les vraies tendances d'un gouvernement ou d'une direction générale (de santé publique) (ENT-15).

La pratique actuelle, en santé publique, des personnes participantes oeuvrant en santé mentale se résume donc en «**faire avec**», **être un collaborateur** en opposition avec la mentalité de «**faire pour**», être un **expert** qui recommande ou qui tranche. Cette façon de faire colore effectivement le discours de presque toutes les personnes répondantes. Certaines personnes participantes mentionnent, en contre partie, qu'elles sentent une pression de plus en plus forte, suite à la fusion avec les RRSSS, vers certains modes de pratique incompatibles avec les leurs.

Il semble que leur mandat se résume à faire appliquer les orientations ou les plans ministériels; ce qui se confronte à une «vision régionale» consistant à «connecter le régional, terrain avec le ministère, être plus des intermédiaires». Selon cette personne répondante, on serait «supposé amener la nourriture d'en haut par en bas et celle d'en bas par en haut, et entre les régions aussi. On devrait être la personne ressource qui connaît les projets, les programmes qui seraient les plus recommandables pour tel type de besoins, etc., contribuer à donner des recommandations» (ENT-13).

En résumé, l'un des constats est que: les personnes participantes sont confrontées par une pratique de **gestion** qui semble remettre en question toute leur conception de la «santé globale» et de la «santé mentale». En santé mentale, le choc entre les deux types de pratiques est d'autant plus confrontant que la plupart des directions de santé publique adoptent en santé mentale l'approche privilégiée des RRSSS, soit la prévention dans son sens large, incluant donc la prévention secondaire et tertiaire (et intégrant la prévention dans la promotion de la santé, comme relaté par le CSMQ).

En ce qui concerne la promotion et la prévention de la santé mentale au sein des directions de santé publique, certaines pratiques (dont une vue d'ensemble est donnée à l'Appendice 7, Tableau I) sont ressorties fréquemment, des propos des personnes professionnelles interrogées, comme se côtoyant :

- Renforcement du tissu social;
- Faire avec (concertation, renforcement des milieux de vie);
- Émergence du milieu pour l'établissement des problèmes et des solutions;
- Évaluation participative des programmes;
- Renforcement des habiletés personnelles;
- Promouvoir la santé de façon globale.

Tandis que certaines autres pratiques, appartenant à leurs partenaires, à leurs collègues, à leur direction ou à la régie régionale qui les chapeaute maintenant, se confrontaient aux leurs, telles que:

- Application de mesures universelles;
- L'établissement de priorités entre les problématiques;
- Faire pour des personnes intervenantes-terrain ou la population cible;
- Prévention de la maladie ou des rechutes; dépistage précoce;
- Allocation-gestion des budgets;
- Faire faire (s'assurer que les partenaires subventionnés atteignent les objectifs fixés);
- Consultation faite sur une planification stratégique déjà élaborée.

4.2 Les régulations

Nous poussons plus loin l'analyse de la dynamique du discours, en tentant de retracer la présence de principes régulateurs d'où découlent les pratiques et dont nous pourrions dégager une constellation axiologique. Qu'entend-on par principe régulateur? C'est ce à partir de quoi on propose ou impose une action, une attitude, un état d'esprit ou un comportement, de façon à témoigner d'une ou de quelques valeurs privilégiées. Une loi, une règle, une norme, un principe moral peuvent être considérés comme autant de principes régulateurs. Quelquefois, il peut s'agir d'une proposition, d'un encouragement ou d'une opinion. Ce questionnement devrait nous permettre d'identifier ultérieurement comment nous dégageons, d'une ou d'un certain nombre de règles de conduite, une valeur précise ou un ensemble de valeurs et les enjeux éthiques possibles.

Parmi les régulations officielles (lois ou politiques), sept (7) des personnes participantes mentionnaient qu'elles s'inspiraient de la Politique de Santé et Bien-être, alors que deux (2) disaient qu'elle n'avait pas eu l'impact voulu (Appendice 9). Quatre (4) trouvent intéressante la Politique de santé mentale, tout en mentionnant qu'elle possède de grands manques au niveau de la prévention et promotion. Quatre (4) tentent de suivre les Priorités Nationales tout en trouvant que la santé mentale «y est diluée». Plusieurs personnes participantes ont situé les publications et avis du CSMQ dans la liste des documents les «inspirant». Enfin, pour ceux travaillant dans des dossiers en lien avec les équipes «Enfance-Jeunesse-Famille», le Rapport Bouchard sur les enfants fait «office de référence» (ENT-10).

Mentionnons que pour une (1) personne répondante, les P.R.O.S. régionaux constituent «sa bible» (ENT-10), alors qu'à l'opposé, une autre personne participante mentionne que ceux-ci n'offrent pas de résultats (ENT-7). De même, une personne participante mentionne que, la RRSSS qui est une instance régulatrice de par son pouvoir décisionnel, n'arrive pas à faire en sorte que les P.R.O.S. régionaux servent de lieu pouvant donner davantage de normes ou d'incitatifs aux pratiques promotionnelles et préventives. Selon elle, la preuve est que les P.R.O.S. ont donné des résultats à peu près nuls quant à la réorganisation des services. «Certaines Régies font davantage un contrôle de gestion et ne se préoccupent pas des indicateurs de suivi [...]. Le mandat actuel est davantage de concertation, mais l'expertise requise ne s'est pas développée» (ENT-18). Ceci illustre bien

les disparités régionales, souvent déplorées et semblant persister, malgré la réforme sociosanitaire, et accentuées, selon les personnes répondantes, par la régionalisation.

Voici d'ailleurs, selon une des personnes participantes, quelques raisons qui ont fait que la Politique de Santé Mentale du Québec ne soit pas LA régulation par rapport aux activités préventives et promotionnelles. Premièrement, «c'est une politique d'une soixantaine de pages, dans laquelle on retrouve une page sur la prévention et la promotion et elle contient surtout des recommandations pour les services» (ENT-15). Deuxièmement, plutôt qu'une mise à jour de la Politique, le bilan effectué par le ministère (Gouvernement du Québec, 1997a) a donné lieu à un document de transformations des services (Gouvernement du Québec, 1997b). Cette même personne répondante explique quels étaient les enjeux de ce choix, auquel la majorité du C.S.M.Q. a consenti :

[...] il y a un enjeu très important. [...]un milliard et quelques millions qui sont consacrés à la santé mentale, si on exclut la partie RAMQ et autres ministères, et une bonne partie est consacrée aux services et aux hospitalisations. Si on ne change pas ce rapport-là, ça change rien d'écrire les plus belles politiques du monde. Ça reste des phrases sur papier et la réalité, c'est que le monde du curatif s'approprie à sa manière, avec ses pratiques, l'ensemble des budgets de la santé mentale [...]il y a du monde qui ont pensé que ça ne donnerait rien d'écrire ça. Alors, ils ont donc réussi à convaincre les instances décisionnelles au ministère que c'était la voie à suivre et [...] au lieu d'une mise à jour, on a produit un document de transformation des services. Jusqu'au mois de décembre 1997, on avait quand même un comité de mise à jour de la Politique, [...] un chapitre sur la promotion et [...] (l') espoir qu'on ferait une politique de santé mentale, qui au lieu d'être strictement une politique de services, deviendrait une véritable politique [...] incluant des éléments sur la prévention et la promotion. [...] on se retrouve en santé publique à assumer l'entièreté de la responsabilité et des budgets afférents aux activités de prévention-promotion (ENT-15).

Un consensus se dégage, quand les personnes participantes parlent des suites de la Politique de Santé Mentale, à savoir que ces directives ont apporté quelques éléments en faveur d'un changement de pratiques au sein du réseau de la santé, en modifiant radicalement les règles d'attribution de budgets. Pour certains, cela est venu transformer leur rôle de soutien aux communautés, mais malheureusement, pas assez selon eux, puisque tous les efforts de transformations des services demeurent orientés sur les personnes qui présentent spécifiquement des problèmes aigus de santé mentale, et sur l'organisation de service, et ce même si, «[...] le rapport Lalonde avait bien dit que l'organisation des services n'est qu'un faible déterminant (de la santé mentale)» (ENT-4).

En effet, les Orientations pour la transformation des services en santé mentale comporte le virage communauté, plus compatible avec les pratiques préventive et promotionnelle, mais il n'en demeure pas moins, selon les propos d'une personne participante, qu'en terme de promotion et de prévention, « le reste (des stratégies) a été évacué» (ENT-14).

C'est probablement pourquoi les personnes participantes mentionnent que les politiques les guident, les orientent mais qu'elles doivent surtout travailler avec les opportunités et selon «les budgets octroyés» (ENT-6). Il ressort de leur discours, qu'elles sont dans un contexte d'autorégulation, où leurs pratiques découlent davantage de valeurs et de légitimations que de régulations. Les principales politiques et/ou orientations

mentionnées ont été comparées afin d'en dégager quelques valeurs (Appendice 9) (et de pouvoir mieux situer ultérieurement les enjeux éthiques pouvant être soulevés de par cette autorégulation prévalant en prévention-promotion de la santé mentale).

Il fut mention aussi de certaines « règles implicites » de respect des processus tout en apportant un leadership (ENT 12). Ces exigences implicites sont imprégnées de la notion de respect des gens, des partenaires, des rythmes, de la démocratie, mais aussi de la bureaucratie. Celles-ci semblent rattachées à la notion de renforcement des communautés et d'utilisation des forces vives d'un milieu et de l'«*empowerment*» de l'individu; d'où découlent certaines valeurs que nous dégagerons dans la section suivante.

Il s'ensuit que certaines personnes participantes notent qu'elles doivent se respecter elles-mêmes dans leur engagement, se mettre des limites. Sur ce thème, certaines personnes participantes ont mentionné trois autres politiques ou orientations ayant un impact sur leur pratique, ce qui amène une notion de surcharge, de trop grande demande : ce qui amène que «les gens ne veulent pas en faire plus» (ENT-14). En effet, le ministère a sorti trois politiques importantes à implanter, avec des comptes à rendre en même temps (suicide, autisme, et dernièrement, la santé mentale des femmes). Cette soudaine « mode » de la santé mentale au niveau ministériel fait que « ce n'est pas équilibré à la base dans les demandes » (ENT-14) et que certaines personnes professionnelles en santé publique prévoient même démissionner, à cause de l'irréalisme des demandes.

Certaines personnes participantes font référence aussi à une obligation explicite d'être fondées sur des connaissances reconnues efficaces, faire consensus et utiliser la concertation pour que les gens se conforment aux balises qui ont été proposées par le gouvernement (ENT-8). Elles mentionnent aussi la notion «d'imputabilité» comme « attente » face à elles, en tant qu'organisation de direction de santé publique.

L'obligation morale c'est d'essayer de faire le plus possible ce qui est en faveur du bien-être de la population. Et ça c'est compliqué, parce qu'il y a plusieurs aspects là-dessus. S'il faut faire du politique, je pense que si des gens souffrent, il y a de l'amélioration à faire mais même ça, il y a des limites. On doit être imputable. Mais on a un rôle très large, un peu de gardien, les chiens de garde de la santé, que ce soit au niveau de l'organisation des services de santé ou des mesures les plus efficaces pour prévenir les problèmes (ENT-4).

Elles ciblent leurs devoirs comme étant : d'être sensible aux gens qui sont le plus près de l'offre de services, le communautaire (ENT-14) et de s'assurer de l'accessibilité à une réponse rapide et adaptée aux besoins de la clientèle (ENT-14). Une des personnes répondantes mentionne la responsabilité de la santé publique envers la population, qui n'est cependant pas coordonnée avec la **législation** dans le domaine du travail :

Il a une responsabilité générale de santé de la population d'un territoire donné et il arrive que sur ce territoire-là, il y ait des travailleurs. Ce n'est pas parce que ces travailleurs sont indemnisés qu'ils ne sont pas malades. [...]. La santé publique dit que si l'individu a une atteinte à sa santé mentale, ce n'est pas parce que c'est la RAMQ, la CSST ou la compagnie d'assurance privée qui est impliquée, ça n'a pas rapport, car nous, on est intéressé à identifier le problème et les stratégies

reconnues efficaces pour corriger les problèmes , évaluer et faire un suivi, tout en respectant une approche de population et en impliquant des gens dans la connaissance qu'ils ont de la détermination d'un problème et de la solution à mettre en place» (ENT-6).

Face à la législation, les personnes participantes ont mentionné qu'elles n'iraient pas jusqu'à réclamer des mesures coercitives, comme par exemple de «demander à une adolescente toxicomane de se faire avorter » (ENT-9). De même, dans leurs pratiques, elles tentent plutôt d'influencer, de multiples façons, surtout les décideurs pour améliorer la qualité des services (ENT-14). Quant à la communauté, il semble que l'imposition, parfois utilisée en prévention dans d'autres secteurs, ne soit pas utilisée, ni valorisée par eux, dans le domaine de la santé mentale, au niveau individuel.

Par contre, une certaine régulation, par des changements de la loi, pourrait être envisagée comme par exemple, par rapport aux effectifs médicaux (médecins, psychiatres), à la législation en santé et sécurité au travail. En fait, concernant principalement les «dispensateurs de services [...] entre autre par rapport aux effectifs médicaux (médecins, psychiatres), ça serait aidant, si (on avait) tant de médecins par population. Il y a aussi au niveau des entreprises ou les municipalités, qui sont résistantes, par opposition ou indifférence, à l'amélioration de la qualité de vie [...], en lien avec le bien-être et la santé» (ENT-2).

Enfin, certaines personnes participantes dénoncent une règle implicite qui persiste, soit la disproportion entre l'importance accordée au médical, une sorte de préséance sur les autres positions, ce qui mine la liberté d'expression des personnes professionnelles en santé publique n'étant pas de cette allégeance. Cela peut avoir comme impact une démotivation importante, une perte de sens. « Cette règle-là, elle est irritante et ça empêche d'avancer dans notre société. Tant qu'on va en rester là, je trouve que mon travail est vide de sens, je ne peux pas bâtir » (ENT-7). En fait, cela est en lien assez direct avec le fait que plusieurs des règles organisationnelles soulevaient des enjeux, de même que la tendance de priorisation des dossiers de santé physique à ceux en santé mentale.

Au niveau des régulations, nous pouvons donc constater que la législation actuelle en matière de santé mentale ne semble pas donner de balises claires auxquelles se référeraient obligatoirement nos personnes répondantes. Les quelques règles implicites dégagées sont plutôt des obstacles à leur pratique. Est-ce à dire que l'autorégulation semble davantage être au centre de leur pratique? Si c'est le cas, ce serait plutôt l'adhésion à des valeurs et à des éléments de légitimations précis qui orienterait la pratique. Voyons donc ce qu'il en est des légitimations soutenant leurs pratiques.

4.3 Les légitimations

Rappelons ce que nous entendons par légitimation : c'est une manière particulière de penser la vie, le monde, l'histoire, l'être humain et d'exprimer ces réalités au moyen d'images ou de concepts plus ou moins élaborés. Nous avons tenté de recueillir tout ce qui permet de signaler la présence des éléments qui relèvent de ce réservoir de sens que constitue l'instance de légitimation dans le discours des personnes participantes. Ces éléments traduisent leur façon d'appréhender la santé, la prévention, la promotion, etc. Un certain consensus entre les personnes répondantes décrit l'approche de «santé publique» comme étant axée sur une action «en amont des problèmes». Il y a une évolution dans les perspectives qui sont différentes : «approche populationniste, approche santé globale, plus holistique et plus de mobilisation communautaire». Ce qui semble résulter en «une certaine incompréhension» entre les différentes directions de santé publique ou entre les autres programmes et celui de santé mentale (ENT-10).

Lors de notre collecte de données, nous avons été à même de constater que certaines légitimations sont sous-jacentes aux appellations différentes dans les directions de santé publique soit : santé sociale, prévention-promotion, écologie humaine et sociale, santé au travail, prévention du suicide, prévention des toxicomanies, organisation de services, planification, jeunesse... En effet, la façon dont une problématique est définie influence les choix de structuration des équipes et des appellations par les directions de santé publique

auxquelles sont rattachées les personnes participantes interrogées et, même la constitution des équipes de travail en terme de ressources humaines résulte de cette catégorisation. Cela illustre combien la légitimation influence la pratique et son contexte.

Certains propos des personnes participantes illustrent que, derrière les appellations, se retrouvent certaines conceptions de la santé mentale, qu'elles ne partagent pas toujours. «Les divisions sont discutables; mais si vous entrez les autres catégories, la santé mentale a été divisée autrement. Il y a encore des préjugés face à la santé mentale et c'est peut-être pour ça qu'ils l'ont fait.» (ENT-13). Une des personnes professionnelles mentionne qu'on a même utilisé un nouveau terme dans sa régie, celui de « santé sociale » qui, selon elle, n'est même pas issu d'une conception spécifique de la santé. «Toutes les personnes professionnelles sont en santé sociale sauf deux : tabac et école en santé. Santé sociale est, dans le fond, de l'organisation de service rattaché à la régie» (ENT-14).

En fait, les personnes professionnelles oeuvrant en santé mentale semblent s'accorder pour dire que l'appellation «santé mentale» au niveau de la santé publique semble encore signifier que l'on tente d'améliorer uniquement la santé mentale des adultes. Ce constat nous ramène aux croyances et perceptions rattachées aux notions de maladie, de santé mentale et de santé globale, déjà ébauchées au chapitre 2. Pour certains, la conception leur servant de légitimation se base sur des références en terme de politique. Par exemple, cette personne répondante mentionne qu'elle se « guide sur la définition de la santé mentale des

canadiens : vers un juste équilibre» (ENT-14), venant ainsi entremêler la légitimation et la régulation de leur pratique, en donnant préséance à la première, pour les raisons décrites dans la section précédente.

La majorité des personnes professionnelles interrogées adhéraient à la définition du Comité de la Santé Mentale du Québec. Comme nous l'avons démontré au Chapitre 2, cette définition ajoute un élément supplémentaire à la conception de la santé mentale, soit le caractère évolutif dans le temps, donc, suivant les différentes étapes de vie telles que la jeunesse, l'adolescence, l'âge adulte, la parentalité, la retraite, la vieillesse, l'approche de la mort, etc. Pour certains, cette définition de la santé mentale devient en fait, une conceptualisation de la santé, dans un sens global et complet. D'où une compréhension des problématiques et de l'action à entreprendre basée sur les facteurs de robustesse et l'acquisition de bonnes habitudes de vie à la base. «Pour moi, elle devrait être semblable au concept Kino-Québec - prévention primaire, promotion de la santé intégrée sur les différents déterminants de la santé, pas juste santé mentale» (ENT-14). Pour d'autres, la conception provient aussi de croyances personnelles et de certaines intuitions.

C'est peut-être pourquoi certains émettent des réserves quant à la légitimation des pratiques en se basant sur la conception de «problèmes» de santé mentale. En effet, le changement de terme crée un «paradoxe [...] dans une vision positive, tu ne mets pas de négatifs comme des problèmes de santé mentale, il y a une négation de la maladie mentale,

et même chez les gens qui ont la maladie mentale » (ENT-17). Une autre indique que «c'est un problème éthique à l'envers, où l'on peut cacher la réalité [...] (malgré que) ça touche un enfant sur cinq [...] (ENT-15).

À part ces réserves, les personnes répondantes parlent très peu de maladies mentales, et ce, même lorsque la question de la différenciation entre maladie mentale et santé mentale leur fut posée. Parmi les conceptions revenant les plus fréquemment dans leur discours, nous retrouvons la conception de la santé en tant que vision globalisante (ENT-8, ENT-5, ENT-10). Cette conception va au-delà de la vision holistique de la santé, car elle inclut autant le social et l'environnement que les facteurs individuels, bio-psychologiques ou comportementaux, d'où une concordance avec la vision écologique prônée par le CSMQ.

Étant donné que nous retrouvons un certain consensus parmi les discours des personnes répondantes concernant la vision de la santé mentale, nous ne mentionnerons que quelques nuances. Cet élargissement de la conception de la maladie semble être en fait la principale légitimation des pratiques promotionnelles en santé mentale et en détermine la raison d'être. Celle-ci donne la possibilité d'intervenir sur une population, et non plus uniquement sur des facteurs de risques individuels ou sur des comportements à risque, en mettant en place les conditions favorables au développement des individus et des facteurs de robustesse qui leur permettent de maintenir une bonne santé mentale. Bref, c'est la prise en compte de tous les déterminants de la santé (ENT-8, ENT-10).

Cette conception englobe toutes les références en une croyance en la capacité de l'individu et en l'existence de facteurs de robustesse pouvant être développés chez les individus par de l'éducation : l'actualisation du potentiel des individus mais aussi des collectivités (ENT-10, ENT-5), la reconnaissance de l'influence de l'environnement sur la santé (ENT-5) et de la possibilité de créer la santé d'une population en s'assurant d'une meilleure qualité d'environnement au travail et en général (ENT-13). Notons que plusieurs des personnes répondantes ont été parmi les premières «à sensibiliser les directeurs de santé communautaires à parler des aspects positifs de la santé mentale» (ENT 8).

En se rappelant que la conception de l'intervention est fonction du type de compréhension des problématiques, pour la majorité des personnes professionnelles interrogées, l'intégration des facteurs psychosociaux à l'explication du processus pathologique est primordiale (ENT-15). Cela justifie une pratique axée davantage sur l'environnement et la collectivité, soit le renforcement du tissu social, l'écoute du milieu pour l'établissement des problèmes et des solutions, le support des gens dans leur *empowerment* et la prise en charge de leurs conditions de vie (ENT 16).

[...] on n'a pas beaucoup fait au niveau de l'environnement dans lequel il vit, qui va soutenir ses comportements et ses habiletés, puis qui vont lui permettre de se développer. Je ne pourrais pas dire que c'est la raison d'être de l'intervenant en santé publique, mais c'est la mienne. [...]. Je dirais que le fait d'arriver dans le dossier de la santé mentale, ça m'a amené à l'importance [...] qu'il ait des outils dans la communauté pour se développer[...] Ce n'était pas présent avant. [...] c'est ma marotte, c'est mon fil conducteur (ENT 5).

En fait, tel que vu dans la littérature de la santé publique, plusieurs modèles et courants théoriques sont présents. Mais nous nous sommes limitée à ceux mentionnés par les personnes participantes à l'étude. Nous porterons une attention particulière au modèle écologique, tel que décrit par ce répondant :

[...] notre modèle est plus écologique, on essaie de voir un petit peu plus loin que le corps humain. Il y a de la psychologie en dessous de ça puis y'a des événements sociaux qui influencent les personnes, y'a tout l'environnement. Mais on a tendance encore quand même à avoir une approche assez individuelle, par rapport à pousser davantage le modèle systémique, dans des approches qui soient plus (quand je dis individuelle, c'est pas le mot, je veux dire au niveau de l'individu même si on travaille en groupe, exemple l'estime de soi), moi je parle collective. On commence à parler de la famille, mais si on élargit encore le modèle, on va aller au niveau du travail, on va être dans le méso, mais il faut aller dans le macro aussi, ce qui est plus global[...]. Mais cette culture-là, d'un modèle plus écologique, est très différente du modèle médical (ENT-2).

En fait, nous retrouvons dans le discours des références au modèle de la santé publique par rapport aux déterminants de la santé, mais aussi une vision macro sociale du système sociosanitaire (Appendice 10). Selon certains propos cependant, celle-ci n'est pas autant reconnue par les personnes professionnelles en santé publique oeuvrant dans d'autres secteurs, les directeurs ou les RRSSS; mais, « il y a un effet de sensibilisation graduelle,[...] tout à coup, ça devient quelque chose d'admis en santé publique» (ENT 16).

En fait, ces propos exposent certaines prémisses à la base d'approches théoriques.

Elles furent nommées par une personne participante :

Il y a deux grandes catégories d'approches : Approche-comportementale: une approche populationniste, modèle de Hasel-Fichbang où tu vas trouver les comportements et tu vas agir dessus... Exemple : port du condom, seringue propre, adaptation à son travail. C'est un abus de l'attitude adéquate. (Il y a) dissonance cognitive, ce n'est pas échosintone. Ce serait très subtil en santé mentale, (comme d')accorder du temps aux enfants en tant que parents. [...] Par exemple : Programme PACT - Approche intensive et invasive avec les troubles sévères et persistants, (c'est un) programme démontré efficace d'intervention personnalisée, mais interventionniste. Versus le case-manager, qui a l'obligation de te répondre quand tu en as besoin. Ce n'est pas facile, car ça peut être paternaliste,[...](et aussi l') approche-politique: Agir au niveau des organisations, s'assurer de la continuité, (faire du) lobbying pour la santé mentale (ENT-13).

On mentionne aussi « l'importance d'agir, de diversifier les interventions » (ENT-5).

Mais ce n'est pas nécessairement spécifique à la santé mentale. Voilà qui nous amène à présenter la perception des personnes répondantes quant à la prévention et à la promotion. Les définitions de la prévention et de la promotion ont joué un rôle déterminant pour établir la légitimité des pratiques décrites en première partie. Une tendance qui semble se dégager des discours, c'est que les conceptions priorisées de la prévention ou de la promotion ne font pas consensus.

Malgré tout, une convergence semble se faire sur la notion de promotion comme englobant la prévention, avant le marqueur, c'est-à-dire en amont. Ce qui est en opposition à une autre conception du domaine de la santé mentale où « (...) les psychiatres disent que

quand ils traitent, ils font de la prévention tertiaire» (ENT-7). Par contre, pour cette personne professionnelle, «ce modèle (n')est applicable (que) sous l'égide de spécialiste en santé mentale. [...] le traitement et la réadaptation, ce n'est plus notre affaire. Tout ce qui se fait avant le marqueur, c'est notre job: le dépistage est inclus, mais [...] il faudrait le faire avant, car le marqueur bien souvent est le problème» (ENT-7).

C'est pourquoi cette autre personne répondante ajoute : «De plus en plus on en est venu à distinguer promotion de prévention. Et moi, très rapidement, j'ai travaillé dans ce sens-là». (ENT-8). Une autre personne répondante a approfondi la réflexion. Elle s'est posé des questions intéressantes récemment au sujet de cette distinction entre prévention-promotion; la question étant : « Dans une éventuelle politique de Santé mentale faut-il les regrouper ou les distinguer? Y'a des gens qui soutiennent que le secteur est tellement faible, ce n'est pas la peine de le sous-diluer. On serait mieux de garder prévention et promotion sous un même chapitre». Elle poursuit :

Alors là ça deviendrait clair que quand on parle de prévention, on parle de prévention des maladies et des troubles. Quand on parlerait de promotion, on parle de quelque chose beaucoup plus large [...]qui fait appel à tout un ensemble de politiques sociales qui seraient favorables à la santé mentale et même à d'autres façons de faire qui dépassent largement le contexte d'intervention habituel du réseau de la santé et des services sociaux. Ça mérite une place à part, d'après moi parce que c'est un objet à part (ENT-15).

Une autre souligne qu'il faudrait un changement de conception afin d'arriver à faire émerger la prévention. (ENT-5). Une autre personne complète qu'il « faut influencer au niveau de la prévention-promotion et de faire en sorte qu'on en fasse un véritable virage en amont des problèmes. Sinon c'est sûr qu'en santé mentale, il y a tellement d'éléments d'interventions, curatives surtout, d'éléments de crise, etc. On pourrait facilement oublier la prévention, dans la gamme de services offerts à la population» (ENT-10). Une personne répondante ajoute que pour « arriver à prévenir à ce qu'ils (les gens) en viennent là (au suicide), il faudrait peut-être intervenir aussi avant» (ENT-8).

Une autre conception relativement partagée par toutes les personnes participantes, c'est celle des besoins et de l'établissement des priorités ou des problématiques sur lesquelles on devrait agir en priorité. Pour elles, les gens sont compétents à établir leur besoin et doivent être consultés et responsabilisés dans l'établissement des problématiques vécues dans leur communauté.

C'est de partir avec eux, où ils sont dans leur compréhension de cette problématique-là, comment ils la définissent, comment ils l'expliquent et ce qu'ils font actuellement pour faire face à cette réalité-là. Une bonne intervention, c'est une intervention qui implique les acteurs dans leurs milieux où ils peuvent avoir un pouvoir et faire quelque chose (ENT-12).

Par rapport à l'éducation pour la santé, certaines personnes répondantes ont acquis la conviction que, probablement en faisant référence à la théorie du changement planifié, certaines interventions ne marchent pas pour les raisons suivantes :

Les gens qui ont plus d'expérience en santé publique se requestionnent devant les échecs, ont assoupli leurs façons de faire et se sont ouverts, et ont requestionné leurs propres valeurs pour plusieurs. Je pense qu'il y a une question de temps dans ça, et je ne suis pas sûr que les choses ont beaucoup évolué dans les pratiques, parce que ce sont des changements très profonds là. Ça questionne ton image de soi comme professionnel, ton pouvoir par rapport à ça, jusqu'où tes valeurs en tant qu'individu sont proches de celles de l'organisation, jusqu'où toi, comme individu, tu as le droit de dire à quelqu'un d'autre de faire quelque chose (ENT-7).

Peut-être parce que les gens n'acceptent pas de changer comme cela. Il faut comprendre pourquoi les gens voudraient changer. Ce n'est pas parce que tu leur dis, qu'ils vont changer. Il faut qu'il y ait une confiance qui se développe d'abord, avant qu'ils acceptent de changer ou de modifier même leurs comportements. Il y a donc eu un questionnement relatif, suite à l'échec de d'autres dossiers ou types d'interventions (préventives) (ENT-16).

Cette conception est intéressante à mentionner. Pour la plupart des personnes répondantes, l'écoute des partenaires, des communautés, des personnes souffrantes résulte en une croyance en la richesse de la diversité et en un apport réciproque en terme de connaissances.

[...] le discours de santé publique, c'est un discours normalisant. La santé publique met une norme de ce qui est la bonne santé, de ce qu'il faut faire pour être en bonne santé. Par rapport à mon dossier santé mentale, je vois aller ça, je me dis c'est contre-performant. C'est la diversité qui va être créatrice et non la normalisation. C'est là que ça se joue. (ENT-5).

Quant à la conception rattachée à leur rôle, nous pouvons voir une convergence en opposition à celui de l'expert qui analyse le milieu et détermine les solutions à apporter. En effet, une des personnes répondantes, nouvellement amenée à travailler en santé publique,

mentionne que, comme médecin, sa perception du milieu communautaire était biaisée car elle y a vu beaucoup plus de dynamisme que ce qu'elle s'attendait à voir (ENT-9). Elle était encore dans la conception du rôle d'expert décrit précédemment et avec la vision que le communautaire (soit les principaux partenaires) n'avait aucune expertise en prévention et promotion de la santé mentale.

La plupart des personnes professionnelles interrogées pratiquent depuis plusieurs années et développent leurs actions dans le domaine de la santé mentale par intérêt. Certaines ont mentionné qu'il y avait des priorités au niveau régional, mais très peu les ont nommées comme étant leur source de référence, ni en terme de régulation ni de légitimation. D'ailleurs, une des personnes professionnelles mentionne clairement qu'elle est contre le mandat qu'on voudrait lui déléguer.

Notre mandat n'est plus de faire pour, ce n'est même plus faire avec, c'est désormais faire faire. Il me semble que c'est de plus en plus ainsi; on s'assure que les orientations du ministère soient implantées. La consultation est de plus en plus à la mode (ENT-13).

Comme nous l'avons vu au niveau des pratiques, la conception de leur rôle est aussi différente de ce que la RRSSS s'attend d'elles :

[...] on est encore entre les deux. On est encore des personnes-ressources avec une expertise combinée, donc agent de programmation (mettre sur pied des programmes pour des organismes dans l'implantation de projets), mais on est aussi

de plus en plus sollicités pour être des «régisseurs», du personnel de la régie qui administre des allocations. Et ça c'est un choc professionnel dont on n'est pas sorti et je ne sais pas si ça se fera (ENT-16).

Une autre personne répondante, quant à elle, voit quand même se profiler un changement correspondant davantage au consensus que les personnes professionnelles ont autour de la définition de leur rôle comme en étant un de personne-ressource.

Le discours ne donne pas les poignées, mais le Ministère est plus sensibilisé à faire en sorte que les régions et les plus petites communautés, en regardant le potentiel de la base et en donnant des moyens aux gens d'actualiser leur propre potentiel. Avant, on devait plus implanter des programmes déjà pensés. (Maintenant) on donne des enlignements en faisant plus confiance aux intervenants et à nos communautés (ENT-10).

Une autre illustre son rôle ainsi : «J'ai un coffre d'outils qui a beaucoup d'outils: je suis un chef d'orchestre et (j'essaie de) m'assurer que ce puzzle s'en va vers quelque chose qui va s'améliorer. Au niveau organisationnel, (j'essaie de) trouver un compromis entre les compétences» (ENT-9).

Une des personnes participantes mentionne par contre qu'elle a de la difficulté à faire valoir la légitimité des pratiques préventives et promotionnelles en santé mentale, par rapport au fait qu'elles sont submergées par la réadaptation et le curatif, qu' il n'y en a plus de raison d'être. De plus, «la promotion, le soutien social (ne sont plus valorisés). Actuellement, c'est l'aspect de la troisième ligne qui est priorisé» (ENT-14).

Mais en fait, cela nous amène à préciser la conception du rôle de l'État pour les personnes professionnelles, de même que leur conception face aux orientations ministérielles, telles que les priorités régionales ou la politique de santé mentale versus les besoins exprimés par la base. Une personne répondante identifie que la principale tendance (ou conception des décideurs) face à la santé mentale est :

(une) tendance à dire, en santé mentale, que les argents sont pour les services. La prévention ça concerne d'autres sous, un autre champ. Ça va toucher, par exemple, le champ de l'adaptation sociale. Ce qui fait qu'on n'investit pas en prévention et on va demander à un autre champ d'investir pour la prévention, par exemple: jeunesse, périnatalité, famille, personne âgées. (ENT-5).

L'État semble donc être absent comme soutien de leurs actions malgré que les personnes répondantes voient que la promotion nécessite une certaine imputabilité politique. Enfin, nous ne pourrions passer sous silence un des écueils inhérents au domaine de la santé mentale qui influence la pratique des personnes professionnelles en santé publique qui veulent faire de la promotion. Pour les personnes professionnelles privilégiant le partenariat, les préjugés et les réticences de la communauté et surtout des personnes visées par les programmes deviennent des éléments importants à considérer dans l'intervention. «Pour les gens qui en sont à leur premier contact, il faut comprendre que leur désir de changer l'appellation vise peut-être surtout à changer les réalités qui sont là-dessous» (ENT-15).

Comme nous l'avons vu cependant, en changeant les appellations, comme en enlevant le mot mental, nous perdons «le sens de solidarité, d'entraide et d'appartenance pour les ex-psychiatisés. Mais même les gens stigmatisés refusent l'étiquette. [...]il ne faut pas faire par exprès pour froisser les gens ou leur faire dire que ce n'est pas pour eux autres» (ENT-15). Dus à la présence tenace des préjugés face à la santé mentale, les porteurs de dossier santé mentale, il y a toujours cet effort supplémentaire pour combattre les préjugés.

L'étiquette, à chaque fois qu'on utilise le mot mental, ça éveille quelque chose chez une grande majorité de gens; [...] c'est toujours cette profonde peur de la folie qui nous habite tous. [...] Il y en a partout, chez les administrateurs, les personnes intervenantes, les politiciens et même chez les gens qui souffrent de maladie mentale et chez leurs proches. [...] par exemple dans certaines régies régionales, de tenter de faire disparaître le dossier de santé mentale au profit d'une appellation « psychosociale»... Je comprends ça quand on n'a pas beaucoup de ressources, mais si c'est pour tenter de faire disparaître cette réalité en cachant son appellation, moi je ne vois pas de progrès là-dedans, je ne vois pas ce qui fait avancer les préjugés (Exemple les dossiers jeunesse où l'on ne parle que de développement normal du jeune). Si c'est dans une stratégie de faciliter la participation, je ne donnerais pas mon absolution là-dessus, je crois qu'il y a d'autres moyens. (ENT-15)

En conclusion au niveau des légitimations, mentionnons quelques éléments que nous avons rencontrés : une conception globalisante et écologique de la santé, un rôle de personne-ressource, de médiateur, voire même de défenseur, une conception des potentialités des partenaires et des clientèles, une tendance indifférenciée envers la promotion de la santé mentale.

4.4 L'identification des valeurs et les principaux conflits de valeurs

Dans cette partie, nous allons présenter tout ce qui a trait aux valeurs, autant celles nommées par les personnes répondantes relativement aux questions posées, que celles que nous avons déduites des discours. On y met en évidence les valeurs principales et les valeurs satellites qui constituent la trame de la dynamique en cause dans les discours: nous pouvons alors identifier les valeurs que les membres établissent en priorité comme plus importantes à promouvoir.

La valeur se situe de l'ordre de l'agir supérieure à laquelle on aspire ou dont on s'inspire. On peut dire que la valeur s'inscrit d'une double manière dans la réalité: elle se présente comme un idéal qui appelle l'adhésion ou qui invite au respect; elle se manifeste dans des choses ou des conduites qui l'expriment d'une manière concrète ou d'une manière symbolique. Elle implique un élément «dynamique», c'est-à-dire qu'au fur et à mesure de nos expériences de vie, elle se consolide ou encore elle se transforme (Paquette, 1982, p.213). Elle possède cependant un aspect objectif ou «statique» (caractère social, traditionnel ou universellement humain de la valeur, par exemple de la culture, de l'honnêteté, de la fidélité, etc.).

Lavelle (cité par Pucella et Morazain, 1988, p.9) s'est appliqué à définir les valeurs selon quelques critères qui rejoignent de très près les huit critères de Paquette (1982, p.213), pouvant servir à identifier une valeur pour complète :

- Elle est un choix pour l'individu;
- L'individu a une connaissance des conséquences du choix de cette valeur;
- Elle est observable dans les gestes quotidiens;
- Elle donne un sens, une direction à son existence;
- L'individu y est attaché;
- L'individu l'affirme publiquement;
- L'individu s'implique publiquement dans des activités qui en font la promotion;
- Pour l'individu, il y a une forte interaction entre sa vie professionnelle et personnelle.

En rappelant que l'action, résultant de la réflexion éthique, n'est donc pas uniquement une préférence de valeur, mais un choix de moyens concrets et appropriés me permettant de réaliser cette préférence. C'est pourquoi nous pouvons distinguer, à l'instar de Paquette (1982, p. 213), valeur de préférence et valeur de référence :

- **Les valeurs de préférence** (aspirations) sont souvent de l'ordre du discours. Il est souvent facile d'établir une argumentation pour expliciter les raisons qui nous poussent à vouloir faire la promotion de telle valeur plutôt que de telle autre. Cette argumentation, si logique soit-elle, n'entraîne pas l'intégration de ces mêmes valeurs dans la vie de tous les jours. Elles demeurent de l'ordre de l'idéal.

- La **valeur de référence** est celle qui est intégrée à notre personnalité. Elle est intérieure et elle inspire nos gestes et nos décisions. C'est là la dimension essentielle d'une valeur, c'est-à-dire qu'elle soit une référence pour la conduite d'une vie. Dans cette perspective, elle nous nomme, elle nous traduit, elle nous inspire. Elle a plus de profondeur qu'une valeur/préférence en ce sens qu'elle fait partie de nous-mêmes. Il n'est pas dit qu'il ne puisse y avoir une adéquation, une cohérence entre la valeur/préférence et la valeur/référence, mais nous observons habituellement que les préférences sont beaucoup plus larges et généreuses que ce que nous assumons dans nos gestes quotidiens. Ici, la référence n'est donc pas dictée de l'extérieur, comme le définissent certaines théories.

En reprenant les principales instances (pratiques, régulations et légitimations) relatées dans les sections précédentes, nous avons dégagé ces valeurs. Même si une étude de la valeur doit porter prioritairement sur son rapport à la réalité (sur les valeurs de référence), elle s'intéressera en même temps à la découverte des valeurs idéalisées, soit les valeurs de préférence (Paquette, 1982).

Au niveau des valeurs énoncées plus explicitement, on peut constater une convergence vers les trois valeurs suivantes : la participation, le respect et l'engagement personnel, la dernière étant cependant une valeur de préférence. Après analyse des discours, nous constatons qu'il s'agit plus précisément de la participation des membres de la communauté, d'où l'affiliation avec les notions d'*empowerment*, d'autonomie et de partage du vécu (dans le sens de reconnaissance du vécu expérientiel).

Une des personnes répondantes résume bien ce qu'est l'*empowerment* pour elle :

Il y a une notion qui est rendue à la mode, mais que j'utilisais en '70 dans les quartiers, en communautaire : la notion d'*empowerment*. [...] De redonner du pouvoir aux gens sur leur vie et l'emprise sur leurs conditions de vie pour qu'ils aient le sentiment d'avoir du pouvoir sur leur vie, de prendre des décisions, de faire des choix éclairés, de savoir où ils s'en vont, puis ça s'applique à tout le monde quel que soit leur sexe, leur âge. [...] Je trouve qu'on a mis du temps d'ailleurs à la nommer et à la circonscrire et à en faire la promotion. Pour moi c'est une notion fondamentale avec laquelle je vis depuis une trentaine d'années (ENT-15).

Cette même personne professionnelle fait la nuance avec la valeur participation¹⁰, qui semble davantage une emprise collective.

L'autre valeur, [...] inclut ce qu'on appelle participation des intéressés, autant dans la définition des problèmes que la recherche de solution. Ça veut dire, au niveau de la santé publique, de donner la parole aux jeunes s'il s'agit d'un programme pour les jeunes ou aux psychiatisés, ça me semble une notion fondamentale de la santé publique, qui ne lui est pas exclusive, mais qu'il faut absolument que la santé publique passe par là (ENT-15).

Plusieurs personnes professionnelles tiennent des propos affirmant que c'est la reconnaissance du potentiel des gens et de la communauté, sur le plan individuel et sur le plan communautaire, qui fait qu'une intervention peut réussir. «C'est de reconnaître ce potentiel qui est là, même s'ils sont en situation de difficulté, c'est de partir de là». (ENT-5)

¹⁰ Cette valeur fut citée par : Entrevues 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 16 et 17.

Les croyances rattachées à cette valeur peuvent s'exprimer ainsi: «[...] je suis pro-intégration sociale dans le sens où c'est vraiment la personne qui identifie les services dont elle a besoin (en terme de groupes vulnérables)» (ENT-17). «Ils (les gens) ont la solution; ils savent comment l'appliquer mais ils n'ont pas les moyens de le faire. Notre rôle est de rendre possible concrètement des projets de vie adaptée à son milieu» (ENT-11). C'est, en fait, «supporter les gens dans leur *empowerment*, une prise en charge de leurs conditions de vie» (ENT-16).

Nous retrouvons aussi un lien entre l'*empowerment* des individus¹¹ et la reconnaissance du potentiel (ENT-6), avec la valeur qui fut nommée par une personne répondante comme étant la démocratie, c'est-à-dire, « le plus possible essayer de travailler pour faire en sorte que les gens concernés participent à l'analyse et à la détermination des solutions» (ENT-12). Mais ce n'est pas toujours possible, comme l'exprime cette personne répondante, parce que dans la bureaucratie, «c'est parachuté et il y a des gens pas toujours contents. Alors, j'essaie de rendre les choses plus faciles, d'arrondir les angles, que les gens se sentent le plus à l'aise possible et soient vraiment partenaires; pas seulement des récipients ou des exécutants» (ENT-16).

¹¹ Cette valeur fut citée par : Entrevues 5, 6, 11, 13, 15, 16 et 17.

Malgré que d'autres personnes professionnelles aient nommé le respect¹² comme étant leur valeur de référence, force est de constater que leur conception du respect converge énormément vers la notion d'*empowerment* nommée ci-haut. Tandis que le respect s'exprime ainsi pour ces autres personnes répondantes : «Respect des personnes quels que soient leurs problèmes et leurs misères et (la) croyance qu'elles ont quelque chose à apporter» (ENT-12). «Si une personne a des troubles sévères, pour le respecter, je dois lui donner des services de qualité, quand elle en a besoin. Respect aussi de mon réseau: troisième ligne, gens dévoués et des organismes communautaires» (ENT-9); respect des différences (ENT-6).

Plusieurs autres valeurs nommées, prises dans leur contexte, se lient à toute la notion de participation, telle que la collaboration¹³, la communication¹⁴, la transparence (ENT-8 et 9), la franchise (ENT-9 et 16), la valorisation d'autrui, l'engagement personnel. En effet, un constat peut être fait : pour appuyer la valeur de participation (*empowerment*) chez autrui, il devient prioritaire de mettre en pratique l'engagement de soi comme professionnel. La valeur de l'engagement personnel¹⁵ peut alors regrouper l'intensité de l'action, l'humanisme, l'écoute, l'ouverture aux autres, la souplesse et l'intensité.

¹² Cette valeur fut citée par : Entrevues 1, 6, 8, 9, 10, 12, 13 et 16.

¹³ Cette valeur fut citée par : Entrevues 2, 5, 8, 9, 13, et 14.

¹⁴ Cette valeur fut citée par : Entrevues 2, 8, 9, et 16.

¹⁵ Cette valeur fut déduite de : Entrevues 2, 4, 7, 9, 11 et 17.

Pour ce qui est de l'équité¹⁶, nous pouvons voir que selon la définition qu'en donne cette personne professionnelle, il ne s'agit pas que d'une équité dans la répartition des budgets ou selon la définition semblant prévaloir dans le domaine de la santé publique en général, soit : équité entre des régions. Cette conception de l'équité confronte plusieurs des personnes répondantes, dont une qui se dit même «désillusionnée[...] Même avec les partenaires, je ne trouve pas ça équitable, ça me confronte dans mes valeurs. Je ne peux pas leur accorder l'écoute ou la coopération réelle. Je ne suis pas dans un milieu pour exploiter ça » (ENT-14).

Par contre, pour cette autre, l'équité ressemble davantage à ce que valorisent nos personnes répondantes, c'est-à-dire : «travailler le plus possible, donner une chance dès le départ pour un meilleur départ dans la vie. Une chance égale aux parents» (ENT-10). Par exemple, pour plusieurs personnes répondantes, l'investissement envers le 80% de personnes dont la santé mentale est à risque devait être, pour être équitable, proportionnel à l'investissement réalisé auprès des 20% de la population dont la santé mentale est perturbée ou à risque de l'être. Cela est loin de la réalité.

D'où une certaine incohérence avec la conception qu'ils semblent avoir de l'équité. Des liens sont fait avec une politique redistributive et cela rejoint une certaine notion de la justice sociale préconisée par plusieurs des partenaires communautaires travaillant avec la

¹⁶ Cette valeur fut déduite de : Entrevues 1, 9, 10, 14, 17.

santé publique. Nous résumons les valeurs énumérées ou qui ont pu être dégagées des propos des personnes intervenantes dans le tableau suivant.

Tableau 4.1 Valeurs nommées par les personnes répondantes
(#) = Nombre d'unité de texte citant cette valeur

Valeurs déduites	Valeurs privilégiées (référence)	Valeurs idéalisées (préférence)	Valeurs marginales pour les personnes participantes
Agir à tout prix (3)	Qualité de l'intervention (1)	Intensité de l'action (1)	S'abstenir plutôt qu'agir (prudence)
Justice sociale (5) Équité (5)	Respect (14) Reconnaissance du potentiel (2) Participation (10) Démocratie (2) Mobilisation des communautés (3)	<i>Empowerment</i> (7)	Intégration sociale (normalisation)
Santé	Écoute (2) Ouverture (2) Souplesse (2) Franchise (2) Transparence (2)	Coopération réelle (5) Bien-être (2)	Efficacité Rentabilité
Précocité de l'action (6)	Communication (5) Compréhension des processus humains (1)	Engagement personnel (10)	Prévention des risques (vigilance ou risque zéro) Expertise scientifique

Selon le cadre de Paquette (1982, p. 12), les valeurs de préférence sont des manifestations de l'adoption «rationnelle» de telle valeur chez les personnes intervenantes, mais dont elles ne peuvent concrètement mettre en application dans leur pratique. Par exemple, de façon implicite, plusieurs personnes professionnelles démontraient que le bien-être était une

valeur plus importante que la valeur santé, mais sans jamais la nommer en tant que valeur. Malgré cette omission, nous l'avons mentionné comme valeur de préférence.

Les valeurs semblant prédominantes dans le discours sont : le respect, la participation, l'*empowerment* et l'engagement personnel. La participation et le respect étant des valeurs de référence, elles sont actualisées plus facilement et intégrées dans les pratiques et certaines légitimations. Quant à l'*empowerment* et l'engagement personnel, nous verrons les obstacles et les enjeux pouvant expliquer les difficultés de leur actualisation.

Les personnes professionnelles en santé publique ont aussi dénoncé certaines valeurs, nous laissant croire alors qu'il s'agit de valeurs en opposition aux leurs. Par extrapolation, nous avons fait la déduction qu'ils adhéraient alors à une valeur opposée, que nous avons traduite. Sans qu'elles eurent été nommées, nous pouvons donc offrir quelques hypothèses de valeurs pouvant être en cause dans les conflits de valeurs mentionnés par les personnes répondantes (Tableau 4.2).

Dans le discours, on pouvait dénoter plusieurs allusions aux valeurs prônées en santé publique soit l'efficacité¹⁷, l'expertise scientifique¹⁸ et équité¹⁹ (en terme d'allocation de ressource). Nous avons mentionné celles-ci comme faisant partie de l'univers des personnes répondantes, tout en étant marginales, puisqu'elles les remettaient en question.

¹⁷ Nommée comme contre-valeur dans toutes les entrevues.

¹⁸ Nommée comme contre-valeur dans les entrevues : 1, 2, 4, 7, 13, 15 et 16.

Par contre, la mobilisation (des communautés), l'*empowerment* (des personnes) et le respect (des différences culturelles et ethniques) semblaient être des valeurs quand même communes aux directions dans lesquelles elles travaillent.

Donc, au-delà des conflits de valeur ou d'une priorisation différente des valeurs au sein de leur organisation permettant quand même de concilier le tout, les personnes professionnelles nous rapportent vivre des tensions avec certains partenaires, communautés ou groupes d'individus dans la population auprès desquels elles planifient et coordonnent les programmes de promotion et de prévention de la santé mentale.

Tableau 4.2 Sources de conflits de valeurs

Source /Nombre de fois identifiée	Hypothèse sur les valeurs en conflit
les RRSSS (8)	mobilisation versus expertise scientifique
les DSP (3)	participation versus efficacité
le MSSS (3)	engagement versus responsabilité partenariale ou imputabilité organisationnelle
les employeurs (3)	santé versus productivité
C.S.S.T.	amélioration des conditions versus prévention des risques ou réadaptation
les psychiatres (3)	<i>empowerment</i> versus paternalisme
les organismes sur le terrain (3)	planification versus action

¹⁹ Nommée comme valeur avec cette conception dans les entrevues : 1, 8, 16 et 17.

les CLSC (2)	promotion versus prévention
les collègues (2)	concertation versus imposition
des personnes intervenantes militantes (1)	
la clientèle (1)	santé versus plaisir, abus
les municipalités	santé versus rentabilité
la société en général	bien-être versus réussite professionnelle, performance, beauté

Ces différents conflits de valeurs, qui semblent se dessiner, seront discutés de façon plus approfondie dans le chapitre 5. Voici néanmoins ce qui fut énoncé par les personnes répondantes face aux conflits de valeurs qu'elles pouvaient vivre dans leur pratique. Nous débuterons par un conflit de valeur qui se profilait tout au long de notre analyse, autant au niveau des pratiques que des légitimations, soit celui avec les RRSSS. Les personnes répondantes n'ont pas identifié les valeurs les confrontant. Les valeurs pouvant être induites des propos sont : imputabilité, équité d'allocation des ressources, efficacité, et expertise.

Un autre conflit de valeur sur lequel nous voudrions attirer l'attention, non pas parce qu'il fut nommé fréquemment, mais plutôt pour l'ampleur des réflexions et enjeux éthiques qui pourraient en résulter, est celui entre la promotion de la santé mentale au travail et les employeurs. Les valeurs de rentabilité, d'économie et de performance sont spontanément

déduites comme étant en opposition avec la santé et le bien-être. De même, la logique liée à l'indemnisation de lésions professionnelles fait en sorte que beaucoup de problématiques en milieu de travail sont occultées. Et dans ce secteur, c'est la CSST qui a le monopole pour la recherche, les indemnisations et les orientations. Ce qui résulte en des «des situations aberrantes, où il y a vraiment tyrannie ou harcèlement administratif avec des situations de conflits liés à un mode de gestion taylorisant, infantilisant» (ENT-6). Les conflits et les enjeux, au niveau de la santé mentale au travail, seront d'ailleurs regardés en terme de questions d'éthique sociale (Appendice 11).

Quant aux autres partenaires, les conflits semblaient moins marqués (ou marquants pour les personnes répondantes). Nous en mentionnerons tout de même quelques-uns. Par exemple, une personne répondante situe la difficulté avec certains psychiatres «comme au sujet de la connaissance ou du dogmatisme» (ENT-4). Concernant les organismes sur le terrain, les personnes répondantes identifient qu'en santé mentale, il y a tout le conflit entre des groupes dits d'approche traditionnelle et ceux qui préconisent l'approche alternative ou même anti-psychiatrique. «Parce qu'on est constamment dans le conflit, on n'est pas dans l'action. On est dans la confrontation d'approche, et non (dans le) comment ces deux approches-là pourraient être mises à profit pour aller plus loin» (ENT-5).

D'ailleurs au niveau du partenariat, il y a plusieurs malaises que les personnes intervenantes ont vécus «par rapport justement aux conflits de valeurs qu'il y avait par rapport à ce que la santé publique prône et ce que les partenaires prônent des valeurs qui

sont différentes» (ENT-2). Certains personnes professionnelles en santé publique privilégieraient l'expertise scientifique au détriment de la reconnaissance de l'apport du communautaire, ce qui fait que «[...] le communautaire est en train de perdre des plumes. Ils n'ont pas la même place, pas la même écoute à la Régie. Ils ont démissionné en bloc des comités de concertation, sans réaction de la Régie. Parce qu'on a une surcharge de travail qui nous oblige à prioriser l'institutionnel. [...]. Mais les organismes communautaires n'ont pas de poids politique à la régie. (ENT-14).

Une personne répondante indique sa difficulté avec les personnes intervenantes-militants, soit «les gens qui ont eu une maladie, comme ex-toxicomanes et qui sont désormais les porte-étendard. « Ils en font le centre de leur vie et j'ai plus de misère à dealer (*sic*) avec ça, parce qu'ils sont très volontaires et je dirais qu'ils manquent de souplesse pour relativiser leurs dossiers. C'est un extrême» (ENT-4).

4.5 Éléments perçus comme des enjeux par les personnes professionnelles des directions de santé publique

Plusieurs personnes professionnelles de la santé publique ont fait référence dans leurs discours à des enjeux politiques, économiques ou sociaux. Nous prenons soin de vous rappeler que si nous avons exclu certains de ces enjeux, ce n'est point dans le but de nier leur présence ou de minimiser leur importance, mais bien pour nous concentrer sur les

enjeux proprement éthiques que l'intervention préventive et promotionnelle en santé mentale soulève.

En effet, pour la santé publique, les questionnements face aux choix vont souvent orienter les conséquences, les impacts négatifs ou les effets pervers de ceux-ci. L'analyse éthicologique quant à elle se contente de faire ressortir la dynamique en place dans le discours, sans juger les conséquences des actions résultantes. Il appartiendra aux acteurs de poursuivre le questionnement et d'orienter leur choix par la suite. La spécificité de l'éthicologie, c'est qu'elle vient interroger en même temps le discours moral, les choix moraux actuels, qui ne sont peut-être pas remis en question. Ces évidences non débattues peuvent, en effet, susciter des enjeux éthiques aussi importants, sinon plus, du fait qu'ils ont été ignorés ou sous investis.

Il est important de rappeler que la santé publique au Québec s'inscrit dans une structure comme les directions de santé publique. Elle a donc subi certains soubresauts de la réforme du système de santé et du virage ambulatoire, mais dans une moindre proportion que la plupart de ses partenaires. Il nous a fallu néanmoins distinguer ce qui constituait des enjeux organisationnels pour les personnes participantes des autres enjeux éthiques mentionnés. Nous débiterons par ceux-ci :

4.5.1 Enjeux organisationnels

- *Structuration des équipes*

Il n'y a pas un modèle de santé publique qui semble dominant, il n'y a pas qu'une seule vision, il y en a plusieurs. Cette personne participante, qui était à la coordination d'équipes, décrit que «(ç)a conduit après un certain temps de tout mettre ça ensemble et de faire disparaître le module de prévention-promotion. Tous les aspects psychosociaux se sont dilués; on ne parle presque plus de santé mentale et on associe les habiletés personnelles et sociales. [...] voilà qu'on était dans une impasse»(ENT-17). Quand certains membres de l'équipe sont orientés vers l'espace qu'il y a dans la prévention pour se rapprocher d'un secteur plus normé, avec des modèles plus arrêtés d'actions démontrées efficaces, des moyens de contrôle au plan législatif, et que les stratégies qui sont privilégiées sont les mesures de régulation, les conflits de valeurs surviennent inmanquablement et nécessite une structuration différente des équipes.

De même, le fait qu'une certaine conception de la santé mentale prévale en santé publique, (voulant que celle-ci concerne surtout l'organisation de services), amène certaines personnes répondantes à se sentir divisées ou exclues d'un domaine où elles pensent qu'elles devraient intervenir; par exemple, «parce que les tables de santé mentale dans les MRC, normalement, c'est la clientèle adulte, [...]troubles de santé mentale », ce qui a comme conséquence que cette personne participante ne peut intervenir auprès des tables «Jeunesse» (ENT-3). Alors, que dans une autre DSP, cette autre est plutôt considérée

«Enfance-Jeunesse-Famille», parce que «ça dit plus le lieu d'intervention pour la santé mentale» (ENT-4). Comme mentionné précédemment, en santé mentale, il y a de la confusion car «on entend plus organisation de services pour les gens qui ont des maladies mentales. [...] Moi quand je dis que je suis en santé mentale, ben (la perception qu'on en a, c'est que) je suis en maladie mentale, pour les services» (ENT-5).

Enfin, une autre personne répondante nous mentionne que le besoin de relève, de nouveaux collègues d'horizons différents, se fait sentir en santé publique principalement en rapport avec la santé mentale, et pour lui cela constituait un enjeu quant au renouvellement des pratiques, «sinon il va y avoir une crise, et moi je trouve cela bien grave» (ENT-13). Un autre semble confirmer ce besoin: «C'est comme si la santé mentale était à la mode soudainement. C'est irréaliste comme demandes. Ce n'est pas trop encourageant de voir que c'est pareil dans les autres régions» (ENT-14).

- *Choix des dossiers*

Un autre aspect organisationnel est relatif au choix des dossiers. Certaines personnes répondantes ont mentionné qu'elles étaient davantage motivées lorsque les choix étaient en fonction de leurs intérêts, plutôt que conditionnés par une commande gouvernementale ou de la DSP. De plus, les changements rapides de dossiers sont parfois une source de désillusion sur leur capacité de faire une différence, d'avoir un «sens à leur action» (ENT-14). Quelquefois, certains dossiers sont traités ou des solutions sont étudiées ou proposées

pour des questions de valeurs, de culture, comme par exemple une crainte excessive face à une épidémie. Aucun exemple ne semblait se présenter en santé mentale cependant.

- *Incohérence des plans*

Certaines personnes répondantes ont mentionné aussi qu'il y avait une incohérence des plans, souvent au sein d'une même direction. Quelques fois, cependant, celle-ci provenait du ministère où, «(d)ans la hiérarchie des plans en santé mentale, chaque niveau a sa responsabilité, mais dans la cacophonie des plans, il y a une façon de nommer les choses de façon qu'on perde le sens. Il y a un clonage des idées, mais ce que ça traduit, c'est l'incohérence des changements du système» (ENT-17).

- *La bureaucratisation*

Parmi les autres obstacles à la pratique, mentionnons que, pour certains, c'est plutôt la bureaucratie associée à l'intégration dans les régions qui semble les empêcher de faire de l'intervention préventive et promotionnelle en santé mentale. Pour une personne répondante, il s'agit d'un «gouffre entre les politiques et l'action» (ENT-15). Pour une autre, c'est «une perte d'énergie énorme avec laquelle il faut composer, malgré la lourdeur» (ENT-16). Cette autre note même une contre-performance de la bureaucratie actuelle, devient «hyper bureaucratisé, procédures, longueur avant de passer à l'action. [...] Je ne suis pas contre l'efficacité, mais des fois il faut aller de l'avant avec l'innovation» (ENT-13).

- *Manque d'espace de discussion*

Certaines personnes participantes ont apprécié l'exercice relatif à la cueillette de données en mentionnant que cela les avait obligés à se questionner au niveau de l'éthique de leur intervention, et même au niveau de ce qu'est l'éthique. Comme disait cette personne répondante, «Avant même qu'on détermine et qu'on se fasse une image collective de ce qui est bien ou mal, il va falloir parler, il faudrait [...] commencer à en parler, puis après on verra ce que ça donne tout ça. Mais quand les décisions se prennent sans qu'on ait parlé de d'autres possibilités qui pourraient être meilleures, on a éludé quelque chose. Puis le plan des valeurs est malheureusement très souvent tout à fait escamoté (ENT-2)». D'ailleurs, elle a repris ce questionnement, en le mentionnant comme enjeu :

Il y a eu beaucoup de malaises, mais il n'y a pas eu comme d'espace pour discuter de tout ça. [...] Dans le fond, on est un peu des traîtres à requestionner l'autorité dans notre organisation. Il faudrait une force, arriver vingt pour dire que l'on veut parler. Puis c'est pas parce qu'on veut chicaner, c'est pas ça l'idée. C'est de voir qu'est-ce que l'autre y pense. Puis là, à quoi est-ce qu'il faut être loyal, à ce que nous on trouve le plus juste ou à ce que notre autorité nous demande de faire. Une organisation, ça ne peut pas aller avec les variables de chacun de ses membres, mais d'un autre côté, les membres ne peuvent pas toujours marcher sur leurs différences non plus. [...] Puis si cet espace de dialogue-là [...] pour s'entendre autrement pour arriver à un accord, on ne l'a pas, on n'est pas dans la démarche éthique des choses. (ENT-2).

Que les personnes répondantes nous aient nommé plusieurs enjeux organisationnels suit une certaine logique puisque, tel que démontré précédemment, il peut s'agir de conflits de valeurs à la base. Les valeurs d'efficacité et d'économie se confrontent littéralement

avec celles de la participation et de la reconnaissance des partenaires. La notion de pouvoir des décideurs (MSSS, RRSSS et DSP) est ici au cœur même de cet enjeu, démontrant que l'autorégulation des personnes répondantes est délimitée par le peu de législations officielles dans le domaine. De plus, comme nous l'avons vu lors des conflits de valeurs, d'autres enjeux quant à l'allocation de budget par le MSSS, la RRSSS ou les DSP ont aussi été abordés, surtout parce qu'ils constituent des obstacles aux pratiques. Nous aborderons ces aspects dans une section consacrée à la reconnaissance des pratiques préventives et promotionnelles.

Hormis ces quelques enjeux organisationnels, nous avons choisi de vous présenter la liste des principaux questionnements éthiques des personnes répondantes, en ne considérant que ceux ayant été nommés par plus de trois (3) personnes. Pour les autres, la liste complète des catégories figure à l'Appendice 7 (Tableau II), où nous avons déjà illustré le schéma de codification global.

Tableau 4.3 Catégories liées aux éléments éthiques

- **Discontinuité des services**
 - **Décentralisation des services**
 - **Compétition interservices**
- **Manque de connaissances**

- **Paternalisme**
 - **Reconnaissance des organismes communautaires**

- **Reconnaissance des pratiques préventives et promotionnelles**
 - **Réédition de la politique de santé mentale**
 - **Mise en place de mesures législatives pour modification des pratiques**
 - **Allocation de budgets**

- **Non-implication de la santé publique**
 - **Non-utilisation des leviers politiques rattachés à la santé mentale**
 - **Aucun leadership en santé mentale au travail**
 - **Intérêts mitigés pour les problèmes sociaux**

- **Priorisation du curatif et de mode de pratiques**
 - **Emphase sur l'organisation de services**

- **Priorisation clientèle jeunesse**
 - **Responsabilisation individuelle**
 - **Doit se positionner contre son environnement**
 - **Culpabilisation de la victime**

- **Sélection des clientèles**
 - **Justification de la non intervention : clientèle non motivée, production de malades**
 - **Critères d'exclusion rattachés aux diagnostics ou autres**
 - **Judiciarisation et réhospitalisation porte-tournante**
 - **Marginalisation**

- **Risques de la prévention**
 - **Contrôle social ou coercition : normalisation à tout prix, création de dépendance, infantilisation**
 - **Négligence du curatif**

- **Risques de la promotion**
 - **Emphase sur la santé parfaite**
 - **Réalité de la ténacité de la crainte**

4.5.2 L'emphase mise sur l'organisation de services : la priorisation des services curatifs, la discontinuité des services, la priorisation de mode de pratiques de soins et les critères de sélection

La santé publique ne peut exercer un certain leadership en santé mentale quant à l'aspect politique (*advocacy*) de la promotion et de la prévention. Quant aux organismes communautaires, ils tentent d'en faire au détriment, selon les personnes utilisatrices, de la considération de leurs besoins quotidiens et d'une approche plus personnalisée qu'elles sollicitent. Force est de constater que les enjeux de la priorisation du curatif, de l'organisation de services et d'approches individualisantes continuent d'exister.

En fait, l'un des enjeux mentionnés par presque toutes les personnes répondantes est qu'avec les dernières orientations ministérielles, qui incitent à mettre toutes les énergies sur l'organisation de services, plusieurs personnes participantes ont dû délaisser leur véritable raison d'être, d'où une perte de sens. Malgré l'intérêt du défi de transformations, certaines personnes participantes parlent de surcharge et surtout de contre-performance. Une personne participante se questionne en ces termes :

Faut-il mettre toutes nos billes dans le curatif? Autrement dit, faut-il s'adresser à la clientèle atteinte, souffrante qui est en besoin, en demande de service, puis, je crois qu'il faut s'y adresser, c'est clair. Mais est-ce qu'il faut y mettre toutes nos énergies, tous nos budgets et nos ressources humaines? Supposons que ce soit vrai que ça représente une personne sur cinq, [...] (i)l reste quand même 80 % de la population qui elle n'exprime pas ses besoins-là et comment faire en sorte pour que, parmi les personnes bien portantes et en bonne santé mentale, il n'y ait pas de

situations de risques ou de dérapage possible, y a-t-il quelque chose qu'on puisse faire avant que ça devienne un problème de santé mentale... Moi je pense qu'il y a énormément à faire, puis qu'on a de plus en plus de littérature qui le démontre. Et que c'est là-dedans que moi je préfère consacrer mes énergies (ENT-15).

Il y a alors un enjeu du développement de l'économie sociale et une «lutte au niveau de l'évaluation du communautaire pour une reconnaissance» (ENT-8) (ENT-17). Cette lutte, polarisée entre la psychiatrie et le communautaire, n'exclut cependant pas la santé publique. « Quand on était dans les CLSC, on était probablement plus proche de nos populations-cibles. Dans les régions, on est un peu menacé par les CLSC, par l'Institut de santé publique, par le communautaire qui trouve que la santé publique récupère beaucoup de leurs actions, comme (avec) l'action communautaire qui se faisait depuis longtemps» (ENT-15).

Certaines personnes répondantes mentionnent aussi que le risque pour les partenaires est de perdre espoir et foi en la promotion. De même, nous discuterons de l'émergence du «pater-nariat», expression communément utilisée dans ce secteur, pouvant décrire une sorte de paternalisme, actualiser par la prépondérance du pouvoir du réseau médical sur tous les autres secteurs, et l'utilisation de celui-ci pour influencer les choix au niveau politique de façon à ce que les autres partenaires n'aient pas la reconnaissance voulue en terme d'expertise en matière de santé mentale. Mais en fait, l'enjeu est beaucoup plus grand et ne concerne pas uniquement la reconnaissance des organismes communautaires, mais plutôt celle des interventions préventives.

Effectivement, des obstacles à l'implantation des pratiques promotionnelles demeurent. Parmi ces obstacles, réside le fait que certaines personnes participantes de santé publique continuent à privilégier la prévention tertiaire, par exemple, en contribuant, par le biais de l'organisation de services, à ce que les personnes ayant déjà des troubles sévères et persistants (maladies mentales) soient réintégrées dans la société ou en orientant leur recherche vers les facteurs de risque, plutôt que vers des facteurs de robustesse.

L'intervention en amont incite plusieurs à remettre en question la dichotomie persistante dans le réseau de la santé et des services sociaux, soit du physique et du mental. Cela explique peut-être pourquoi les avis étaient aussi partagés par rapport aux stratégies utilisées en santé mentale, parce que la distinction ne se fait pas pour ceux qui pratiquent en promotion, puisque à leur niveau, santé mentale devient «santé globale». Alors seuls les déterminants priorisés varient, le paradigme devenant commun, tandis que pour ceux oeuvrant en prévention de la santé mentale, les stratégies diffèrent par rapport à leurs collègues faisant de la prévention de maladies physiques.

Dans la poursuite de l'amélioration de la santé mentale de la population québécoise, les personnes participantes se sentent de plus en plus interpellées au niveau de la promotion en santé mentale, en particulier à cause des transformations dans le système de santé. Avant, elles mobilisaient les personnes intervenantes de CLSC et des organismes

communautaires. Maintenant, certaines sentent qu'elles doivent en assumer le leadership ou la relève.

Surtout depuis le glissement qui se fait dans les CLSC, pour la première ligne. Tout leur mandat de prévention et de promotion, il est là, dans les documents, mais ils ne le font plus, [...] pour toutes sortes de raisons. Il y a eu le virage et des pressions politiques, des subventions et des coupures, alors les seules places où les postes consacrés à la prévention primaire n'ont pas sauté, c'est en santé publique. [...] Alors, en santé mentale, si nous on n'est pas là pour dire que nous, on va consacrer de l'énergie et de l'argent à développer des programmes de prévention dans le système, [...] il n'y aura pas grand monde là (ENT-15).

L'enjeu mentionné peut être celui « de la fragilité du secteur de la santé mentale par rapport aux autres secteurs de santé publique. Autrement dit, il y a toujours le risque que ce secteur-là soit mis sur la touche et ça, pour moi, c'est un enjeu éthique parce qu'il n'y a pas beaucoup de représentations organisées du monde de la santé mentale qui peuvent se faire pour faire valoir ça. Alors si nous, les quelques intervenants de santé publique/santé mentale, [...] on ne tient pas la flamme, elle va s'éteindre» (ENT-15).

Une autre personne participante enchaîne : «Je dirais que notre spécificité, c'est d'arriver à faire émerger la prévention parce qu'en santé mentale, ce n'est pas évident que dans les budgets consentis au niveau [...], on va garder de l'argent pour faire de la prévention» (ENT-5). Elle est appuyée par une autre : «(Il) y a tellement d'éléments d'interventions, curatives surtout, d'éléments de crise, etc. on pourrait facilement oublier la prévention, dans la gamme de services offerts à la population» (ENT-10).

Ceci nous amène à aborder tous les enjeux mentionnés par les personnes participantes concernant la discontinuité des services dont la compétition inter services, soit «le manque de concertation et de continuité dans la gamme de services, affectant particulièrement les conditions de mise en application de la prévention, surtout si les actions ne sont pas concertées. Il faut que tout le monde soutienne une bonne organisation qui tend vers l'action (ENT-13). Par exemple, une personne participante mentionnait qu'elle avait perdu sa naïveté quand elle avait découvert la guerre et la compétition qui règne entre certains CLSCs et le communautaire (ENT-9).

Quant aux valeurs d'équité, de démocratie, de complémentarité et d'engagement, elles sont bien compromises par tous les critères d'exclusion rattachés aux diagnostics ou autres, provoquant judiciarisation et réhospitalisation (phénomène de la porte tournante). Les personnes participantes dénoncent ces enjeux, d'autant plus qu'elles n'ont pas de pouvoir légitime d'intervention à ce niveau. Il en est de même pour l'enjeu de la sélection de la clientèle.

4.5.3 La sélection des clientèles

Les personnes répondantes ont mentionné la sélection de clientèles selon la notion de facteur de risque comme un enjeu relevant des éléments suivants : «Il y a le risque aussi de la marginalisation, où par exemple, dans les programmes d'intervention sur le terrain, il y a des possibilités de stigmatisation des populations [...] où on court toujours le risque en

identifiant une population cible de stigmatiser plus que de normaliser» (ENT-15). Une autre ajoute : «C'est comment faire pour ne pas faire de stigmates» (ENT-5).

De plus, l'enjeu de la sélection par des critères limitant l'accès à certains services du réseau de la santé, s'apparente à l'enjeu de la priorisation de clientèles face à certains programme de prévention ou de promotion en santé mentale. En sélectionnant la clientèle, survient alors l'enjeu de la justification de la non-intervention. C'est cette tendance des personnes intervenantes à dire qu'une clientèle n'est pas rejointe soit parce qu'elle n'est pas motivée, pas encore assez souffrante ou pas prête. Alors qu'au contraire, on encouragera la production de malades en médicalisant des problèmes plus psychosociaux.

Comme l'énonce ce répondant, « c'est sûr que c'est des clientèles qui sont plus difficiles à rejoindre, qui nécessitent une intensité de services plus importante, [...] puis c'est souvent les clientèles qui sont les plus démunies, ce sont des clientèles qui peuvent être démotivées, ce sont des clientèles qui peuvent être achalantes qui reviennent tout le temps» (ENT-1). Une personne répondante résume bien ce qu'est l'enjeu de la discrimination subtile faite à partir de critères de sélections des clientèles, au sein du réseau de la santé, et pouvant mener à l'exclusion :

[...] il faut qu'elle soit motivée (la clientèle), quand on dit que les doubles problématiques on les exclut, je pense que c'est des éléments sur lesquels on doit toujours être vigilant [...] pourquoi on exclut les gens? Comment on fait les démarches d'orientation quand ils sont exclus? Est-ce qu'on s'assure qu'on a les clientèles qu'on vise? Parce que c'est toujours facile pour l'organisation de cibler

des clientèles moins difficiles alors, est-ce qu'on s'assure qu'on ne jugera pas la performance sur un élément qui va faire en sorte que d'emblée on va introduire un biais de sélection qui va exclure les clientèles qui sont difficiles? Les hôpitaux de jour visent les clientèles qui normalement, s'il n'existait pas d'hôpitaux de jour, devraient être hospitalisées. Va-t-on se retrouver avec une clientèle qui ne mériterait pas d'être hospitalisée en temps normal? Les liens entre les organisations, la complémentarité, la continuité, les gens qui sont entre deux chaises, est-ce qu'il y a quelqu'un qui se préoccupe des exclus ou des gens qu'on envoie ailleurs? (ENT-2)

Pour une autre personne répondante, l'enjeu se joue à l'encontre de la valeur de précocité où, lorsque des choix se font en terme de priorité, entre autres avec la clientèle jeunesse, la tendance est d'intervenir juste dans les milieux vulnérables. Selon elle, « si on va juste vers les clientèles très poquées, celles qui ne le sont pas encore peuvent risquer de le devenir. À cause de compressions, même si on est en prévention-promotion, on va toujours vers les clientèles qui crient le plus» (ENT-10).

[...] la notion de risque commence à causer des problèmes éthiques parce qu'on fait un lien avec le risque, une probabilité et la difficulté. Il faudrait agir en amont, mais si je mets plus d'argent en prévention, est-ce que je vais suivre le mouvement qui veut que j'investisse sur les personnes à risques, [...] en me rapprochant de plus en plus au sein de l'intervention [...] des jeunes qui sont dans la rue ou en faisant de la prévention-promotion à la base en ciblant l'ensemble de la population cible» (ENT-16).

Mais ce ne sont pas des choix faciles comme l'indique ce propos : « Un des enjeux, c'est de choisir entre une demande de répit-dépannage pour éviter l'épuisement des aidants naturels par exemple ou faire des actions en amont, qui sont antérieures au fait que les gens aient (besoin de) ça» (ENT-16). Une autre ajoute : «[...] dans le réseau, c'est qu'on ne s'en

va pas vers ces modes d'organisation de services-là. Ce qui est difficile, c'est à mon avis, que la raison pour laquelle on ne le fait pas est liée à des modes de pratiques qui se sont ancrés dans les habitudes comme telles» (ENT-1). Une autre personne répondante souligne :

L'autre enjeu, il est lié à ce qu'on vit un peu actuellement, le virage (ambulatoire). C'est quoi l'implication qu'il (le virage) peut avoir? Je pense que ce serait une erreur de penser que c'est des services psychosociaux, mettons de niveau individuel, qui peuvent résoudre un grand nombre de problèmes qui doivent être regardés de façon plus macro, et peut-être être répartis entre tantôt, [...]des interventions de nature préventive ou des politiques sociales, et l'évolution de nos valeurs sociales (ENT-1).

Sous des apparences de responsabilisation du citoyen et de partenariat avec les organismes communautaires, il y a une multiplication de ces critères d'exclusion des services psychosociaux ou de santé mentale du réseau. Nous nous référons ici à la valeur de l'engagement personnel visée par les personnes participantes. En effet, les personnes professionnelles veulent toujours bien faire et il semble qu'il y a un engagement envers les clientèles. Mais cet engagement est-il plus facile envers les clientèles plus faciles? Cet enjeu a été abordé dans la littérature. En effet, Lemieux et al.(1994) démontrent que le législateur a modulé sa rhétorique quant à la restriction du libre choix, selon une gradation subtile, en mentionnant la notion de "référence".

(L)es malades chroniques, les déficients et les mésadaptés ne sont admis que sur référence, alors que les malades réguliers, les toxicomanes et les alcooliques peuvent accessoirement être admis sans référence, bref à leur demande. (C'est là une discrimination selon le handicap, et il n'est pas clair qu'elle soit valide en

vertu de la Charte québécoise, sinon Canadienne). [...] il résulte aussi d'une certaine forme de déréglementation selon laquelle l'attribution d'un pouvoir contractuel aux établissements les habilite, sans les y obliger, à se lier par ententes avec d'autres établissements ou organismes pour compléter la gamme de services trop réduite qu'ils offrent intra muros. C'est la façon élégante qu'un législateur néo-libéral utilise pour privatiser un secteur sans en avoir l'air (Daintith, 1979 ; Macdonald, 1986), en rendant la prestation de services dépendante de la volonté d'établissement que la loi continue de désigner comme "public" en vertu de critères qui n'incluent pas l'exigibilité de services dont on se demande ce qui leur reste justement de public, sauf le financement (Lemieux et al., 1994, p. 135).

4.5.4 La priorisation de problématiques

Le fait que la santé mentale ne fasse pas vraiment partie des Priorités Nationales de santé publique actuelles est un certain enjeu dénotant cette «fragilité» du secteur de la santé mentale dans la santé publique.

Ça ne contraint pas le secteur de la santé mentale de s'occuper de la prévention-promotion, ça laisse la latitude aux services. Moi, je ne vois pas comment on pourrait développer autrement, surtout que la santé mentale à l'intérieur de la santé publique, c'est un dossier considéré mou. [...] Donc, on est minoritaire comme préoccupation à l'intérieur de la santé publique, dans une sphère ou dans une autre, on est marginaux, on est marginalisé (ENT-15).

En terme de régulation, cette «latitude» permise par l'absence de balise en définit en partie l'enjeu. Quand une personne professionnelle exerçant une activité clinique détient en même temps un pouvoir politique dans l'organisation des soins de santé et dans la définition des besoins prioritaires d'une région, le fait qu'il soit à la fois juge et partie peut constituer une atteinte flagrante aux intérêts d'individus vulnérables et presque sans recours. Par exemple, en lien avec la santé publique, il y a les médecins membres des

fameuses commissions médicales régionales et à qui il revient de décider des priorités de soins de santé.

4.5.5 La priorisation de la clientèle jeunesse en santé publique

Plusieurs personnes répondantes considéraient la priorisation de la clientèle «Enfance-Jeunesse» comme enjeu. Voici certains propos l'illustrant : «On pourrait se demander si c'est juste ou c'est quoi les critères qui font qu'on met tout sur les enfants. On peut même se demander si c'est vraiment là la solution, parce que la solution est peut-être plus au niveau des adultes qui se retrouvent délaissés quelque part, puis ce monde-là est vraiment entre les deux» (ENT-2). Une personne répondante était particulièrement préoccupée à ce propos :

De plus en plus, on s'aperçoit qu'on devra intervenir au primaire car les habitudes de vie et plein de facteurs de robustesse, après il est déjà trop tard, autant pour la violence, le tabac, le risque des grossesses précoces, etc. Si tous les gens étaient sensibilisés sur ce que c'est d'être prêt à vivre une relation, avoir un enfant, les relations malsaines, les patterns répétitifs, etc., on éviterait bien des problèmes en amont. [...] (Avec la clientèle adulte) (o)n est toujours pris avec la problématique de l'urgence de l'action : c'est donc le secondaire et le tertiaire qui priment. Le hic, c'est que les actions en prévention-promotion doivent être concentrées sur de l'intervention et à travers celle-ci, tu as peut-être à faire un peu d'éducation. L'être humain, souvent va changer quand il est accoter (sic) au pied du mur. Parce que quand on prend des habitudes de vie, un coup que c'est ancré, c'est plate à dire mais c'est souvent quand on se cogne le nez que l'on change. Donc, d'une manière, ce n'est peut-être pas si méchant de se servir du momentum d'une crise pour faire l'éducation, parce que la personne est alors peut-être réceptive à faire des changements.

Mais dans le fond, nous, on voudrait éviter tout ça et faire de l'éducation très de bonne heure pour que les personnes soient équipées pour faire face à la vie d'aujourd'hui et ne tombent pas dans cette série de problématique-là. Au niveau éthique, un point majeur est de ne pas empirer la situation et deuxièmement, c'est le respect des droits de la personne : le débat par exemple avec la personne qui veut se suicider, est-ce qu'on doit vraiment l'en empêcher (ENT-13).

Une autre personne l'est aussi mais à d'autres niveaux :

C'est sûr que, par exemple, avec le suicide... C'est un accord implicite (de miser sur les jeunes) pis en même temps, quand on dit qu'on veut éviter les problèmes ou qu'on veut minimiser l'impact des problèmes, il faut agir en amont et tôt. [...]. Avant que le problème s'installe, s'incruste et devienne quelque chose d'insoluble, faisons en sorte qu'on mette les conditions pour que tôt, ils soient équipés. Parce que faire une priorité, c'est pas exclure d'autres clientèles. Ça veut dire, à mon point de vue, mettre une emphase là, mais par exemple, au niveau de la population âgée, si je prends l'autre bout. C'est sûr qu'on est dans un contexte de vieillissement de population, on ne peut pas ne rien faire non plus (ENT-5).

La priorisation de la clientèle dite «Enfance-Jeunesse» pose donc un enjeu qui pourrait être situé au niveau de la conception de l'intervention en amont des problèmes, mais avec un glissement vers un certain réductionnisme de la vision écologique de la santé mentale, se perpétuant en continuum tout au long de la vie.

Une autre personne répondante ajoute qu'il y a un courant de pensée qui limite les interventions préventives ou promotionnelles auprès des adultes. Selon lui, la différence entre la clientèle captive de l'école, ce qui est plus difficile à obtenir au niveau des adultes. De plus, idéalement, il faut y aller le plus tôt, car les habiletés se développent en bas âge, l'apprentissage de rapports sociaux adéquats se développe, donc quand « tu arrives après, il est trop tard».

Un argument pour contrer ce courant est qu'au mieux, on peut faire en sorte que le travail n'en rajoute pas. Selon cette personne répondante, le travail peut peut-être réapprendre à des gens, autres choses. « Mais quand tu parles à des psychologues ou des psychiatres, ils disent qu'il est trop tard car tout est fixé après l'adolescence, sa structure est figée. Mais moi, je pense qu'au-delà d'une relation intime avec quelqu'un, il y a aussi une relation affective structurante avec le travail qui peut permettre à des gens de récupérer des choses qui n'ont pas pu se jouer à l'enfance et à l'adolescence. Du moins, on l'espère» (ENT-6).

Enfin, plusieurs dénoncent la banalisation des problèmes de santé mentale chez les jeunes qui peut légitimer la non-reconnaissance de la clientèle présentant des troubles sévères et persistants comme étant à *risque* et devant nécessiter des interventions préventives, malgré qu'à prime abord cela puisse être considéré comme de la prévention tertiaire. Certains, dont de nos personnes répondantes, n'y voient cependant qu'un argument de plus pour en arriver à psychiatriser davantage les problèmes psychosociaux des jeunes.

4.5.6 L'allocation des ressources rares et allocation budgétaire

L'allocation budgétaire semble être le nerf de la guerre, autant en prévention qu'en promotion de la santé mentale. Les personnes participantes s'entendent pour dire qu'il est plus difficile d'obtenir du financement pour la prévention/promotion en santé mentale. La rareté des ressources nécessite donc pour certaines que, dans leur pratique, elles incluent la

réalisation d'évaluations visant à faire reconnaître les programmes préventifs ou promotionnels en santé mentale auprès de leurs partenaires ou à démontrer la pertinence d'investir en santé mentale en améliorant les connaissances sur la situation actuelle dans la population, parce qu'on «a besoin dans la gamme de services par exemple de prévention et de promotion, dans les budgets garantis en santé mentale» (ENT-5).

Pour d'autres, la recherche de financement n'est pas dans leur pratique, mais l'insuffisance de fonds influence néanmoins leur pratique et fait en sorte qu'elles ne peuvent pas agir. Une des personnes participantes nous donne en exemple que, lorsqu'il y a de l'argent dégagé pour une problématique, cela peut influencer le choix de ne pas continuer à investiguer une autre problématique non priorisée. «Cela crée l'effet pervers où les gens dirigent leur champ d'intérêt où les fonds sont dégagés, en tentant de saisir les opportunités» (ENT-7). Une autre poursuit : «On a beau dire qu'il faut retourner plus dans la communauté, mais je trouve que c'est sous-financé. Et c'est criant quand on regarde qu'il y a de plus en plus de problèmes sociaux, de détérioration du tissu social, ça finit toujours par être une question d'argent. On ne travaille pas assez en prévention-promotion, c'est sûr» (ENT-10).

D'autres propos appuient l'idée qu'un écueil important réside dans le manque de financement des pratiques préventives et promotionnelles, et l'obligation de faire de l'évaluation des programmes ou des processus d'implantation pour avoir un financement

récurrent. Une personne répondante souligne qu'«on peut avoir la loi et, si tu n'as pas les finances qui vont avec, tu n'es pas plus avancé. Les différents sous-groupes continuent de se confronter sur leurs intérêts» (ENT-7). Cette contrainte budgétaire amène d'autres questionnements.

Je vais vouloir investir où je pense que ça va donner le plus d'impact à long terme. En plus, il va falloir que je le prouve. Avec moins d'argent, il va falloir qu'avec ce moins-là, je garde des sous pour démontrer que le petit peu que j'ai investi fonctionne. Ça nous met dans de drôles de situations. Puis l'intervenant lui souvent qui voit sur le terrain, que le petit peu d'argent qu'il met sur le terrain, ça donne des fruits, il le voit; il ne l'écrit pas dans un contexte structuré, structurant pour faire suite à la faille. Quand il nous voit débarquer et dire qu'on va garder tant de sous pour faire de l'évaluation, il nous dit : «Je le sais, je le vois». Mais ça ne marche pas ça pour le monde. Pour eux, les personnes intervenantes, l'évaluation les place dans une drôle de position par rapport à leur clientèle visée, parce que ce sont des services en moins à leur clientèle (ENT-5).

Quand une personne professionnelle nous a mentionné que, dans leur RRSSS, la santé publique avait réussi à faire émettre une règle d'attribution budgétaire concernant la prévention-promotion, nous nous sommes demandé si c'était des arguments éthiques qui avaient légitimé cette décision. Malheureusement, il ne semble pas que l'éthique ait été beaucoup en cause !

[...] c'est surtout en montrant que c'était efficace de faire de la prévention. 1\$ investi en rapporte au moins 7\$. Alors, ce n'est plus une dépense, c'est un investissement. Ça a changé la vision de la prévention. La définition d'une trentaine d'années (primaire-secondaire-tertiaire) a servi, mais le grand désavantage de cette définition, c'est qu'elle dit qu'on peut toujours prévenir que le pire arrive. Pis c'est vrai, sauf que pour faire ça, c'est plus que le 20% (du budget qu'il faudrait) Cette définition de la prévention fait balancer vers le curatif (ENT-17).

Par rapport à l'allocation budgétaire, cette règle du 20% du budget alloué pour la prévention/promotion semble être un idéal recommandé par plusieurs personnes répondantes à défaut de faire mieux. Mais les oppositions sont fortes et constituent quasiment une autre régulation.

Y'a du lobbying au niveau du ministère en santé mentale pour une équité régionale. Ici y'a eu une attaque frontale des psychiatres pour dire que tout l'argent devrait aller pour les services et rien en prévention, alors qu'il y a une règle ici dans nos régions que 20% des argents de développement vont à la prévention-promotion. Les psychiatres disaient que ce n'est pas scientifique la prévention et la promotion. Alors eux en ont fait un lobbying (ENT-17).

Une des personnes répondantes va cependant plus loin en mentionnant une mesure qui pourrait prévaloir tout au long du continuum de service allant de la prévention-traitement-réadaptation et promotion, soit l'idée d'une politique d'allocation budgétaire à l'utilisateur.

[...] une politique que l'argent soit rattaché à l'utilisateur et non pas à la structure de soins [...]. Je ne pense pas malheureusement qu'on va légiférer dans ce sens-là au Québec dans les prochaines années, je ne vois pas ça à l'horizon [...] de ce qui se passe au ministère. Ce n'est pas non plus dans nos traditions de procéder comme ça. [...] Comme personne préoccupée de la santé mentale de la population, je trouve qu'il faut influencer sur les autres domaines d'activités que la santé et les services sociaux et, pour moi, le seul avenir de la promotion, c'est là. [...] Il y a plus de monde qui vont écouter et qui sont prêts à entendre et achever ses idées-là qu'à l'intérieur du secteur des services de santé mentale, parce que là, c'est un discours qui ne passe pas (ENT-15).

Comme nous l'avons vu, certaines personnes participantes nous mentionnaient qu'en fait, la réflexion éthique concernant l'allocation de ressources incitait plutôt à des prises de décisions privilégiant plutôt les interventions curatives en santé physique. Mais aussi, les personnes participantes ont tenté de dénoncer une certaine stagnation, une résistance à développer les interventions promotionnelles et préventives qui semblaient relever d'éléments autres qu'uniquement l'allocation budgétaire: c'est ce qu'elles ont nommé «l'immobilisme de la santé publique».

4.5.7 L'immobilisme de la santé publique

Les dilemmes résultants créent un malaise allant même jusqu'à la frustration chez les personnes professionnelles de la santé publique tentant de négocier et de mettre de l'avant certaines pratiques préventives et promotionnelles et les valeurs particulières à ce type d'interventions.. Chez d'autres, le manque de reconnaissance face à la prévention/promotion et le manque de législations plus précises quant aux stratégies d'interventions dans la politique gouvernementale dans ce domaine, les amène à une certaine « pudeur » à utiliser la stratégie politique, à privilégier les stratégies de recherche des déterminants de la santé mentale (approche préventive) et, en quelque sorte, à opter pour la « non-intervention ». Par contre, pour d'autres, cet état de fait permet plutôt une ouverture à un univers des possibles et les incite à militer au sein des instances canadiennes ou mondiales.

- *L'intérêt mitigé pour la santé mentale et les problèmes sociaux en général*

Certains propos semblaient dénoncer un intérêt mitigé dans le domaine de la santé, mais aussi de la santé publique pour les problèmes sociaux en général :

Je dirais que l'interface santé publique - santé mentale est encore très timide à beaucoup d'endroits. Beaucoup d'autres milieux sont peu ou pas structurés: c'est comme si c'était hors du champ où les gens de la biomédecine se sentent à l'aise et on a beaucoup de misère à trouver un terrain de fonctionnement où on est à l'aise en santé publique, en particulier où les milieux qui sont encore contrôlés par des médecins un peu plus traditionnels alors leur conception de c'est quoi la santé et la maladie varie (ENT-7).

Y'a aussi les difficultés relationnelles (divorce, violence,...) des gens, il y a beaucoup de prévention qui pourrait être faite. Comment avoir des relations sociales intéressantes sans caler l'autre et dans un respect en étant confortable là-dedans et en ayant de l'harmonie dans ses relations-là ? Pour moi, c'est à la base de plusieurs problèmes (ENT-8).

Selon cette personne répondante, la prévention auprès des adultes n'est «plus de la responsabilité quotidienne des organismes, c'est plus des personnes qui ont connu un épisode de problèmes sociaux. Donc, en étant puriste, cela deviendrait de la prévention secondaire»(ENT-3). Une autre nuance : «ce n'est plus une question de moyens qui nous manquent pour aller rejoindre cette population-là. Je pense qu'un des gros problèmes en santé publique, c'est que les gros problèmes proviennent à des aspects sociaux de la vie et puis on n'a pas une grosse culture d'organisation sociale en santé publique. On est comme moins ferré là-dessus, mais on sent que c'est une orientation qu'il va falloir qu'on prenne» (ENT-8).

Des enjeux plus généraux ont été nommés comme étant des enjeux davantage sociaux, non exclusifs à la santé publique, mais plus particulièrement en regard de la santé mentale, dont entre autres, la lutte à la pauvreté. En fait, presque toutes les personnes participantes ont mentionné quelques éléments relativement à cet enjeu. Parce qu'«il y a un rôle et une place à délimiter pour l'intervention de la santé dans ça (lutte à la pauvreté) et de se positionner comme allier sur certains dossier est probablement la meilleure chose qu'on peut faire» (ENT-12). Étant donné que les inégalités sociales ont une répercussion importante sur la santé des gens, la santé publique se doit d'être partenaire dans les discussions, quitte à proposer certaines indications, sans nécessairement qu'elle soit le leader là-dedans. Une autre donne comme exemple, que si on veut « que les programmes de réinsertion sociale marchent, il faut travailler sur l'exclusion sociale et sur les stratégies d'adaptation à développer » (ENT-6). Un consensus se dégage quant à l'inclusion de la lutte à la pauvreté parmi les actions en santé publique, tout en apportant quelques précisions.

[...] ça fait vraiment partie intégrante, mais je pense qu'on doit être quand même un peu précis dans la façon qu'on définit les choses et que l'on doit être réaliste aussi: les trois quarts de ce qui explique les conditions socio-économiques québécoises aujourd'hui n'ont rien à voir avec ce qui se passe au Québec. Ce sont des décisions qui sont prises aux États-Unis et par les grandes entreprises transnationales et la santé publique ne peut y travailler qu'en s'alliant aux coalitions internationales qui travaillent là-dessus. Maintenant, au niveau local et régional, il y a des choses à faire, mais c'est très intersectoriel et ça devient très délicat de positionner la santé dans ça, on a l'impression que les docteurs veulent se mêler de tout et qu'ils ne connaissent rien là-dedans (ENT-13).

Ce n'est pas dans la cour des gens de la santé publique de régler la pauvreté en général, c'est dans la cour de la société, des partis politiques, etc. Mais, je pense qu'il y a des points d'entrée où les gens de la santé ont la légitimité. Ils ont des connaissances qui peuvent être utiles, alors ils devraient participer sur des entreprises plus larges: création d'emploi, etc., mais toujours en lien avec la santé, parce que c'est ça leur légitimité. Mais, si tu te mêles de tout puis tu ne connais rien, tu perds de la crédibilité. Alors il y a une place, mais pas toute (ENT-7).

Ce ne serait pas la position de la direction, mais moi, je pense qu'il faut [...]qu'on participe en tout cas à la discussion sur le sujet et à l'émergence des propositions pour réduire ce problème-là; comme l'entraide, le développement social, comme dans *Villes et Villages en santé*, (comme dans l') exemple des logements sociaux. (ENT-8).

- *La non-utilisation des leviers politiques et sociaux*

En santé mentale, les jeux de pouvoirs entre le curatif et le préventif amènent de multiples questionnements éthiques. Les personnes professionnelles en santé publique ont-ils avantage à utiliser les leviers à leur disposition pour initier les changements dans les pratiques des autres personnes professionnelles de la santé mentale, puisque des effets pervers d'une certaine organisation des services, par exemple, peuvent être démontrés?

Agir, dénoncer ce qui est défavorable à l'environnement, aux individus dans les choix politiques qui sont faits, influencer le contenu des politiques [...] surtout avec un impact social. [...] quand on regarde au niveau par exemple des choix qui sont faits en terme de sécurité du revenu, quand on regarde aussi les choix qui sont faits en terme d'éducation, de formation de la main-d'œuvre, les façons de faire, on a peut-être des choses à dire, mais je trouve que ça ne se fait pas suffisamment. Si on ne le fait pas au niveau de la santé publique, il n'y a pas beaucoup d'autres niveaux où ça va pouvoir se faire. Ça va pouvoir se faire au niveau du citoyen ou de regroupements de citoyens, mais on pourrait les soutenir. Moi je vois un rôle de la santé publique là (ENT-5).

Selon une personne répondante, il faut «arrêter de mettre ça sur l'éducation et agir sur la **réglementation**» (ENT-17). Lors de la présentation des pratiques, on se souviendra que les propos des personnes participantes établissaient clairement leur réticence à utiliser l'action politique, à mobiliser des groupes de pression ou à faire de l'*advocacy* pour la clientèle en santé mentale, sans qu'elle soit impliquée. Cette pudeur résulte en une sorte de mutisme ne permettant pas de mettre en lumière des problèmes dont la clientèle ne peut faire état par elle-même.

Quand tu vas au niveau de santé mentale perturbée ou menacée, tu dirais dans un premier temps, c'est pour les clientèles plus vulnérables d'être à même de faire éclater le problème, de le faire sortir du réseau sanitaire et de le ramener en fonction de ses multiples dimensions, qui vont plus nous ramener à [...] ces choix sociaux qui ont des effets pervers au niveau des clientèles qui sont démunies (ENT-1).

- *Le manque de connaissances*

Certains enjeux mentionnés se situaient au niveau de ce que nous avons catégorisé comme étant relié au manque de connaissance. Mais, en fait, il s'agit de la non-utilisation de méthodes reconnues efficaces ailleurs qu'au Québec, de la justification de la non-intervention due à un manque de connaissance que l'on cherche peu à combler ou à un désintérêt face à certains programmes promotionnels ou préventifs, parce qu'ils n'ont pas encore été reconnus scientifiquement efficaces, soit parce qu'ils n'ont pas été évalués ou parce que l'évaluation n'a pas démontré de résultats probants.

Selon les personnes répondantes, il n'y a pas de doute qu'il «faut qu'on mette de l'énergie aussi sur le développement des connaissances» sur l'intervention préventive et promotionnelle, malgré que «des adversaires très acharnés [...] reprochent justement à des discours comme ceux-là de manquer d'éthique parce qu'on ne s'occuperait pas suffisamment selon eux des personnes souffrantes, si on mettait des budgets dans la prévention» (ENT-15). Mais, comme disait cette autre personne répondante, «l'important, c'est de connaître et de comprendre pour agir et, à ce moment-là, l'action [...] dépend de la connaissance (ENT-6). Elle poursuit :

[...] il y a quand même des constantes qui commencent à émerger et qui sont en lien avec des problèmes importants de l'organisation du travail et qui passent par l'autonomie d'une part et la reconnaissance. Mais si on veut vraiment mettre en œuvre une stratégie d'intervention articulée efficace, il faut en santé mentale au travail, comme en santé mentale en général, comprendre quels sont les déterminants à l'origine de ces problèmes-là et lutter contre ces déterminants-là (ENT-6).

Les dangers qu'il peut y avoir, c'est d'y aller de façon trop rapide, sans connaître tout à fait l'environnement des personnes à qui l'on s'adresse. Je pense qu'un des gros problèmes en santé publique, c'est que les gros problèmes proviennent des aspects sociaux de la vie et puis, on n'a pas une grosse culture d'organisation sociale en santé publique... On est comme moins ferré là-dessus, mais on sent que c'est une orientation qu'il va falloir qu'on prenne. [...] ça correspond à des intuitions profondes des gens. C'est pas basé sur des connaissances scientifiques. Exemple, en milieu scolaire sur l'estime de soi, compétence sociale, compétence scolaire, les gens sont d'accord avec ça; il reste à l'appliquer et à le mesurer. On est supporté par le fait que ça a été démontré ailleurs (ENT-8).

4.5.8 La normalisation

À la section 4.1, lors de notre description des pratiques, l'émergence d'une tendance qui semble assez commune à la plupart des personnes participantes interrogées s'est dessinée, c'est-à-dire qu'elles se présentent à contre-courant de la normalisation et de l'application de programmes dits universels qui sont transposés d'une région à l'autre ou d'un pays à l'autre. Selon cette personne participante, «(la) santé publique met une norme de ce qui est la bonne santé, de ce qu'il faut faire pour être en bonne santé. [...] je vois aller ça, je me dis c'est contre-performant. C'est la diversité qui va être créatrice et non la normalisation» (ENT-5).

Comme nous l'avons vu, les personnes répondantes privilégient l'approche participative, comme l'exprime celle-ci : « J'ai pas tendance à aller vers les problèmes en me disant (que) j'apporte une solution, je vais vers les problèmes en disant : elle va émerger de la situation, la solution. Alors qu'en santé publique, on a tendance à dire, regardons les interventions efficaces et appliquons le mur à mur partout. Je ne suis pas certaine que c'est la bonne solution» (ENT-5). En effet, en terme de conflits de valeurs, nous pourrions citer que la souplesse, l'écoute de la communauté, la coopération réelle en tant que valeurs ne peuvent plus difficilement être actualisées.

Lorsqu'on a descendu une formule mur à mur dans l'ensemble du Québec pour rapprocher la prise de décision du terrain pour que les communautés décident à la base, [...] on descend quelque chose d'en haut, pour satisfaire l'en haut, puis c'est

contrôlé par en haut. C'est ce qui fait qu'on régionalise dans le discours de l'État sur les façons de faire, mais ça n'a pas toujours à voir avec comment la communauté aimerait le faire ou le continuer à leur façon. En santé mentale: (c'est) plus particulier ou (cela a plus) d'effets pervers. Cela a un impact sur les conditions de participation du monde, leur satisfaction à être dans leur communauté, à s'y impliquer, à se valoriser dedans. Ça joue là-dessus, ça joue sur les conditions favorables à ton bon développement, à la prise en charge par la communauté de ces problèmes-là (ENT-5).

Avec la normalisation, il y a éventuellement le risque de culpabiliser la victime, c'est-à-dire qu'à force de mettre l'emphase sur la santé parfaite, la personne se sent coupable de ne pouvoir atteindre cet état de bien-être permanent, et assume le poids que la société veut faire peser sur son état personnel. Comme le souligne cette personne participante :

Fondamentalement la promotion de la santé en général pose un enjeu majeur, parce [...] la stratégie du changement planifié, ça veut dire qu'il y a quelqu'un qui décide à quelque part, que quelqu'un d'autre n'est pas correct et que ce quelqu'un d'autre là doit changer, et qu'on s'organise pour qu'il change. Alors, [...] particulièrement ici, la santé publique qui est une organisation gouvernementale, basée sur la science comme logique de fonctionnement, en particulier l'épidémiologie (analyse des problèmes de santé, prévalence, sévérité, stratégies d'interventions efficaces), c'est donc des professionnels et des scientifiques, qui avec des techniques d'analyse assez reconnues dans ce domaine-là, en arrivent à dire : voilà le problème, les facteurs de risques de ce problème-là et si on est capable d'empêcher le problème de la prématurité en contrôlant le tabagisme par exemple, etc. On a là un problème très majeur d'éthique, que la plupart des gens ne reconnaissent même pas parce qu'ils trouvent que c'est correct, ...Les évidences avec des facteurs de risques moléculaires, c'était pas si pire, Mais avec des facteurs de risque comportementaux, c'est plus complexe (ENT-7).

De plus, certains enjeux éthiques sous-jacents au type d'intervention (changement comportemental), bien qu'ayant été surtout discutés à partir du contexte clinique, peuvent néanmoins susciter certaines pistes de réflexions en prévention surtout, malgré que la

plupart des personnes participantes semblent croire qu'en «santé mentale, il y a peu de risques de coercition, quoi que ce peut être que plus subtil»(ENT-9). Une personne répondante l'aborde sous cet angle :

[...] l'imposition de programmes ou de solutions à des gens qui ne demandent rien ou ne voient pas de problèmes est un enjeu très lié à celui de la normalisation ou du risque de glissement vers le contrôle social mentionné précédemment. De faire le débat est important parce que la logique de santé publique est coercitive d'une certaine manière. Si ce n'est que la science qui nous donne les connaissances pour dire ce qui est bien et ce qui est mal, on est en terrain extrêmement fragile, mais les professionnels de la santé ne reconnaissent pas beaucoup ça, ils perdent de vue les nuances de sous-groupes, les nuances de cultures et les nuances fondamentales d'éthique et de choix personnels. On fait ça au nom du bien commun puis, en théorie, le peuple veut ça, donc on est légitimé de le faire. C'est dans ce contexte-là que le problème éthique se pose et se pose réellement. Il est toujours présent mais, la plupart du temps, il est tu ou il est évacué, car c'est achalant de poser ces questions-là, puis tu ne peux te positionner contre ton boss (ENT-7).

Un autre aspect de la normalisation peut être au niveau d'un certain nivellement vers le bas des pratiques préventives et promotionnelles, une sorte de frein à la diversité créatrice et un obstacle au renouvellement des pratiques au sein des organismes communautaires et de la communauté elle-même. Les personnes répondantes sont conscientes que d'imposer peut être « pervers » (ENT-8) et qu'il y a des personnes professionnelles du secteur qui imposent leurs façons de voir, puis leur jargon, puis leur *empowerment* (ENT-15), ce qui résulte en un enjeu de pouvoir.

On ne peut pas forcer les gens à être en santé malgré eux. Ça, j'ai toujours pensé ça, et je le pense encore. Malheureusement, y'a beaucoup de gens en santé publique qui ne le pensent pas, ils pensent qu'ils ont la vérité. (Il ne faudrait pas oublier) que la vérité aussi, elle est changeante. La vérité médicale, elle change aux dix ans. Le discours change, mais c'est toujours présenté comme la vérité. Et,

ce qui est le mieux, c'est encore que les gens décident pour eux-mêmes. Mais ce n'est pas tout le monde qui est d'accord avec ça. Je pense que le plus de pouvoir qu'on peut avoir, c'est un pouvoir d'influence, comme dans la vie en général. On s'imagine qu'on peut changer les choses, mais tout ce qu'on a, c'est un pouvoir d'influencer. (ENT-16).

Voilà donc un enjeu majeur, que nous élaborerons davantage en regardant les enjeux du partenariat, puisqu'il y a des similitudes entre les enjeux à ce niveau. En mettant de l'avant les valeurs de solidarité, de participation et d'engagement personnel, la plupart des personnes répondantes se soustraient au rôle d'expert et laissent davantage d'espace pour la discussion sur les pouvoirs de chacun, dans le respect et la transparence. Une personne répondante énonce ses questionnements ainsi :

[...] autour du partenariat, on voyait que l'on pourrait arriver un peu comme des gens égaux à discuter de quelque chose, il y avait cette ouverture-là. [...] peut-être plus au niveau des intervenants qui sont sur le terrain, confrontés avec ce que les partenaires disent et, qu'eux trouvent aussi que ça a bien du bon sens dans le fond puis, en conflit avec les directions, qui elles, n'ont pas fait ces cheminements-là et qui disent qu'on ne peut faire ça car il faut mesurer ça, etc. on voit qu'il y a des intervenants qui sont prêts à prendre un peu de distance par rapport à leur rôle d'experts puis, de dire c'est quoi l'expertise des autres qui peut-être n'origine pas de la science, mais d'autre chose et qui ferait penser de façon différente ou d'un autre genre d'intervention qui pourrait être aussi efficace que ce que nous on propose (ENT-2).

Une des personnes répondantes souligne d'ailleurs que « si on fait l'évaluation, c'est la position qu'on occupe. Mais, si on fait l'évaluation, puis qu'on négocie ensemble les objectifs de l'évaluation, on va réaliser ensemble les résultats, puis il semble que ça va aller de soi les changements. On n'aurait pas à convaincre qu'il faut changer, les gens sont

parties prenantes du changement» (ENT-5). Une autre apporte un argument aussi en faveur de l'approche participative :

Si on utilise la stratégie participative, ce n'est pas certain que ce sera éthique, mais ça sera mis sur la table: par exemple, ce que sont les valeurs des uns et des autres, les jeux de pouvoir qui seront là, qu'on le veuille ou non. Mais, le risque que les gens soient mieux servis est probablement plus grand: ce n'est pas des voies simples et les organisations ne peuvent peut-être pas investir 100% de leur énergie là-dedans. Mais, si elles faisaient 10% de projets comme ça, ça serait beaucoup déjà (ENT-7).

4.5.9 La non-légitimité légale en santé mentale au travail

Selon une personne participante oeuvrant en santé au travail, la législation actuelle est basée sur une philosophie d'intervention très limitative. Cela peut-il dénoter à nouveau une décharge des responsabilités de l'état en matière de prévention et de promotion de la santé mentale sur les personnes aux prises avec la problématique, soit ici, les personnes travailleuses? En fait, cela nous amène à présenter, en dernier lieu, les arguments en faveur d'une reconnaissance des pratiques préventives et promotionnelles.

4.5.10 La reconnaissance des pratiques préventives et promotionnelles

Tel que nous l'avons souligné en abordant l'enjeu de l'allocation budgétaire et, comme le souligne cette personne interrogée, «si les difficultés sont mises en évidence particulièrement dans un contexte économique difficile, bien il faut travailler cela par un argument économique qui est d'aller chercher un %. » (ENT-8).

4.5.11 Autres enjeux liés à l'intervention

Certaines personnes répondantes ont souligné que l'on devrait soumettre l'intervention en prévention et en promotion de la santé mentale à la réflexion éthique. Les propos de cette personne répondante en illustrent la nécessité:

Ça doit faire dix ans que l'on nomme les enjeux éthiques de nos recherches, parce qu'on n'a pas le choix et que les subventionnaires veulent ça, mais il y a autant d'enjeux éthiques dans nos interventions. [...] c'est laissé un peu à la discrétion des uns et des autres [...] Mais l'intervention, [...] (elle) est regardée en terme des objectifs et de l'efficacité, mais pas sur les impacts, sur quoi ça s'appuie en terme de valeurs ou qu'est-ce qu'on pourrait en penser [...] on n'apprend pas tous les enjeux en discutant, mais on le fait sur le plan clinique. Tandis que la recherche, elle, va être disséquée sur le plan des valeurs par le comité d'éthique. Les gens qui travaillent en intervention, eux, n'ont pas trop de casse-tête, puis ceux qui travaillent en recherche, eux, s'y connaissant plus sur le plan éthique, ils ont des normes (ENT-2).

Outre les enjeux éthiques reliés à la recherche en santé mentale, l'expérimentation de programmes concernant des populations soulève le questionnement face au consentement. Certaines personnes répondantes ont mentionné que l'on devrait instaurer un consentement à l'intervention. Ces propos relèvent, selon nous, de l'analogie avec l'éthique clinique et démontrent la difficulté de sortir de cette logique quand nous abordons la santé publique. Nous retrouvons, au niveau de la littérature, un souci similaire concernant le consentement à l'intervention et les balises éthiques de l'intervention.

Toutes les expériences médicales réalisées avec des patients ou des volontaires sont maintenant soumises à des règles éthiques strictes alors qu'il n'existe souvent aucune protection similaire pour les populations qui sont soumises à des interventions médicales au nom de la médecine préventive ou de la promotion de la santé [...] De plus, comme l'intervention est souvent implantée auprès de personnes qui n'en ont pas fait la demande, il faudrait se poser la question de qui est le véritable bénéficiaire? (Trickett, Levin et Hess, p. 10).

Une illustration d'enjeu relié à la valeur de l'*empowerment*, de l'autonomie et de la mobilisation du social est la dépendance de la clientèle jeunesse, de son milieu scolaire ou familial. En effet, les valeurs prônées dans les programmes de promotion destinés à ces jeunes peuvent être bouleversantes pour ceux-ci, s'il doivent se positionner contre leur environnement. Un exemple nous est donné par une personne participante : « Le jeune peut aussi être pris entre ses parents mais je n'ai aucun droit sur le -jeune. » (ENT-4) C'est pourquoi elle mentionne la difficulté de travailler avec les enfants qui souffrent et qui sont dépendants d'adultes qui ne sont pas responsables. Selon elle, « il faut aider les deux, mais surtout les enfants parce qu'ils n'ont pas choisi, tandis que les adultes sont « plus calculateurs et qu'ils font des choix malgré tout » (ENT-4).

Une autre personne répondante a abordé cet enjeu sous l'angle qu'on peut « créer des problèmes parce que les parents, eux-mêmes, n'ont pas été conscientisés à ça. Puis les enfants, on va leur apprendre à exercer des comportements qu'ils ne sont pas à même d'exercer à la maison, parce que les milieux sont durs, la violence, le dur passé chez les parents qui fait en sorte qu'ils ne sont pas capables de recevoir ce que les enfants apportent

à la maison, et les enfants deviennent pratiquement comme les tuteurs de leurs parents» (ENT-8).

Pour notre part, pour les interventions préventives et promotionnelles, nous croyons qu'il serait avantageux d'explorer davantage la notion de « rapport volontaire » aux programmes ou à l'intervention ponctuelle. La transmission des informations telles que les objectifs visés, le fait que le programme serait expérimental, les moyens prévus, etc., dans un souci de transparence en seraient les pré-requis. L'adhérence, la mobilisation face à des valeurs communes étant à la base de l'*empowerment*, de même que l'implication des partenaires dès le départ, devraient être porteurs de cette affiliation libre. En effet, la liberté individuelle, demeurant de très près associée à la mise en application de l'intervention, les enjeux éthiques cités face à la prévention ou à la promotion de la santé mentale pourraient alors être transcendés ou, du moins, soumis à la réflexion commune du groupe cible, de même que les rapports de force en présence s'il y a lieu.

L'issue de la confidentialité peut aussi être soulevée. Les difficultés de mise en place sont d'autant plus grandes lorsque cela risque d'affecter la population qui n'est pas à risque. Comme s'interroge cette personne professionnelle «[...] comment expliquer à un parent qu'un groupe d'enfants dans une école (mais pas son enfant) sont à risque d'abus de drogues ou de délinquance? Devrait-il être mis au courant qu'une telle intervention est planifiée à l'école? »(ENT-4). De plus, est-ce que la prise de conscience résultant de

l'information donnée pour obtenir le consentement dans le cadre d'un programme de prévention ou de promotion peut inciter des personnes à devenir plus «fragiles», à refuser l'intervention qui aurait été bénéfique pour eux ou perturber les résultats à obtenir?

4.5.12 Autres questionnements sociaux

Certains éléments de réflexion étant marginaux et n'ayant été émis que par un ou deux personnes participantes, nous semblaient susciter des questionnements pouvant être pertinents en tant qu'enjeu social. Par contre, pour alléger notre discussion, nous avons placé à l'Appendice 11 les questionnements concernant la légalisation de l'aide au suicide et de l'euthanasie, de même que le dépistage prénatal et génétique. Ceux-ci ont malgré tout un lien avec la santé mentale, entre autres, en ce qui concerne le dépistage génétique de la schizophrénie, de la dépression, etc.

4.6 Pistes d'actions

Ce qui est intéressant, de par la réflexion éthique amorcée, c'est d'observer qu'au sein des personnes participantes, il existe un dynamisme, une motivation et, nous dirions même une passion pour la promotion et la prévention de la santé mentale et que cette vision « élargie » de celle-ci, en tant que santé globale, et même de bonheur (bien-être), fait en sorte que toute la société est visée comme terrain d'amélioration. Cette conception, avec les valeurs qu'elle promeut, est à même d'alimenter une sorte d'éthique sociétale. Nous

pourrions dire que la santé publique vise à prévenir non seulement les « maladies », mais aussi la détérioration du tissu social et la perte des valeurs.

Nous présentons l'énumération de quelques pistes d'actions proposées par les personnes répondantes et qui nous semblent prometteuses dans l'élaboration d'une constitution éthique propre à l'amélioration de la santé mentale des Québécois. Toutes ces pistes d'actions innovatrices ne relèvent pas de la santé publique, mais sont relatives à l'implication de partenaires de différents secteurs.

- Incitatifs à la responsabilisation, solidarisation, partage du temps de travail

Une personne répondante a énoncé plusieurs idées et exemples au niveau de l'emploi et de la solidarisation à l'intérieur d'une même communauté pour la «promotion de la santé par la facilitation plutôt que par la pénalisation».

Si des gens pouvaient amener la preuve qu'ils sont actifs, ils pourraient par exemple, être exemptés de payer l'assurance médicaments. [...] Si par exemple, les PAE payaient des abonnements au gym à la place des consultations psychologiques. Je trouve que tout le côté équilibre est évacué. Mais ce n'est pas là le débat actuellement : on traite les malades, (alors qu'on pourrait imposer l'équilibre. [...] (Un exemple lié à l') augmentation du niveau de l'emploi par l'abolition du temps supplémentaire [...] et en engageant des contractuels. Autre exemple : [...] une banque de biens pour les organismes communautaires. Les centrales syndicales pourraient aller voir pourquoi les personnes sont en burn-out et aller vers l'éducation physique. (ENT-14).

- Reconnaissance de l'apport des familles par une révision des politiques familiales

Je pense qu'au niveau des politiques, il y a déjà beaucoup qui s'est fait: congé de maternité pour le développement de la relation mère-enfant, [...]. Une loi sur la famille pourrait peut-être être plus encadrante au niveau des congés parentaux dans le secteur privé ou pourrait aider les gens par le biais de conditions, (de la modification de politiques sociales (à ce niveau) (ENT-8).

[...] pour le premier enfant. [...]il y a moyen d'offrir un support aux familles et qu'elles ne se sentent pas prises comme d'être dans un contexte de loi, où il y a une obligation de. Les communautés fortes, ça va faire en sorte que (la mère) n'ira pas perdre son bébé dans le bois. Le voisin va réagir ou, s'il ne se sent pas capable de poser le geste, va trouver quelqu'un qui va être capable de le faire. Développer les compétences, les habiletés, qu'ils sachent qu'est-ce que c'est un enfant, qu'est-ce qu'il faut faire pour développer un enfant et c'est quoi qu'ils ont autour d'eux comme outils pour les aider à le faire. Pour qu'ils ne soient pas en situation d'être tout seuls, puis penser qu'ils sont tous seuls à le faire. Que la municipalité pense famille, que le quartier, les décideurs aussi [...] quand ils mettent les plus pauvres dans une précarité encore plus grande dans les choix qu'ils font (ENT-5).

- Valorisation de l'estime de soi des jeunes

Moi, ça serait plus au niveau des compétences de base, commencer très jeune, travailler l'estime, l'affirmation par la porte du scolaire ou du sport, du travail d'équipe, des rôles sociaux. [...] Si tu commences plus tard à t'occuper de ta santé mentale, c'est souvent parce qu'il t'est arrivé un problème. Il n'est jamais trop tard, mais c'est d'apprendre par l'erreur et d'essayer de grandir et d'essayer de s'améliorer (ENT-13).

- Engagement personnel face à la santé mentale

En lien avec la valeur d'engagement personnel, une des personnes répondantes énonce une reprise en charge de cette problématique au niveau sociétal, par le questionnement de la responsabilité de chacun de nous envers la santé mentale.

On a des gens qui vivent des détresses incroyables, mais c'est pas pour rien que ces gens sont là et il faut arriver à se demander qu'est-ce que moi je fais pour faire que lui, il est là. C'est quoi ma responsabilité à moi devant ce jeune-là qui se suicide? J'en ai une, c'est sûr que tout le monde, on en a une. On ne peut pas toujours mettre ça sur son dos tout le temps [...] c'est bien plus gros comme enjeu de société. Puis, il faut à mon sens mettre cette question-là, mais là on déborde la santé publique, mais ça va être où ces recherches-là de société qu'on va faire? Ces questions-là de fond, qui va prendre ça puis dire qu'on a vraiment un problème et qu'on est tous responsables de ça et on s'en occupe? (ENT-4).

- Modification de la loi sur la santé et la sécurité au travail

Tel que mentionné, la législation actuelle véhicule une philosophie d'intervention limitative, pouvant bénéficier largement d'une révision.

On ne gère pas les programmes d'aide aux employés, qui d'ailleurs sont un masque de protection individuelle : quand on ne veut pas solutionner le problème à la source, vous faites porter le blâme ou le fardeau à ceux qui ne peuvent s'adapter (ENT-6).

Nous avons tenté de démontrer, lors de la présentation de notre cadre de référence (Chapitre1), que, selon que nous observons un objet d'étude du point de vue de l'éthicien, du point de vue du professionnel ou du point de vue du chercheur, la définition de l'éthique, de l'enjeu éthique et la méthodologie utilisée seront différentes. C'est pourquoi nous avons plutôt choisi de prendre en compte comme étant des questionnements éthiques, ce que les personnes professionnelles nommaient comme «enjeux éthiques» et de limiter cette première partie d'analyse à une présentation de leur point de vue sur l'éthique en cause dans leur domaine. Dans la partie suivante, nous allons approfondir notre réflexion éthique.

CHAPITRE 5

DISCUSSION ET ÉLARGISSEMENT DES TOPIQUES

Dans cette partie, nous irons au-delà des conflits de valeurs décrits par les personnes répondantes et des conflits de valeurs étant mis en relief. D'après notre cadre de référence, il y a enjeu éthique (Fortin et al., 1992, p.39). lorsqu'il y a confrontation entre :

- Le choix et l'application de normes particulières à des modes d'intervention et à des pratiques précises;
- Le choix de valeurs qui s'opérationnalisent dans ces normes et dans les politiques qui les déterminent;
- La hiérarchisation et/ou l'articulation de valeurs en termes de références et de préférences, à partir d'une certaine vision du monde (légitimations).

Ce serait en fait l'incongruence entre la pratique, les justifications et les valeurs (la régulation qu'en à elle étant quasi absente lorsqu'il s'agit d'éthique). Ce que nous avons présenté au chapitre 4 est un portrait de la dynamique qui anime les discours des personnes participantes œuvrant en prévention / promotion de la santé mentale au sein de la santé publique. Devant l'absence de régulations, et selon une emphase mise sur les valeurs, nous pouvons désormais évaluer que la dynamique des propos relève davantage de l'éthique. Pour en déceler les enjeux éthiques, il faut scruter plus attentivement les interrelations entre les différentes instances.

C'est pourquoi seule une étude approfondie nous permettra de décrire ce qui émerge des discours de ces personnes participantes et de conclure à une éthique spécifique en émergence, s'il y a lieu. En effet, il peut arriver que ceux-ci prônent les mêmes valeurs ou utilisent les mêmes stratégies que leurs collègues, que l'influence de la nouvelle santé publique qu'ils semblent pratiquer ne soit qu'une expression différente issue de la tradition de la santé publique dont elle suivrait les normes. Par contre, tel n'est pas le cas, car nous avons pu observer, au travers des discours des personnes participantes, plusieurs conflits étayés par des divergences d'opinions, des hésitations ou des remises en question de certaines pratiques, qui sont analysés ici.

Tableau 5.1 Analyse des interrelations entre les instances

Valeurs		Valeurs santé publique	Valeurs des personnes répondantes
Respect (1) Qualité Solidarité Transparence (2) Enthousiasme Humilité Intégrité Responsabilité Intégrité Calme Calme Responsabilité Qualité		Rationalité Efficience Expertise Précocité de l'action Accessibilité Prévenir plutôt que guérir	Équité Justice sociale Démocratie Bien-être Écoute Coopération réelle Efficacité Communication Franchise Transparence Respect de la clientèle, de ses droits, des personnes intervenantes-terrain, des processus interpersonnels Compréhension multisectorielle Compréhension humaine Intensité de l'action Engagement personnel Se mettre des limites Imputabilité Approfondissement des dossiers Participation, <i>empowerment</i> Solidarité, vitalité Partage du vécu Agir à tout prix Qualité de vie, des interventions et des personnes intervenantes Ouverture aux autres Souplesse

Légitimations		<p>Approche populationniste comportementale (Modèle de Hasel-Fichbang)</p> <p>Prévention</p>	<p>Modèle écologique Nouvelle santé publique <i>Empowerment</i> local</p> <p>Promotion</p>
Régulations		<p>Politique de santé mentale Québécoise Rapport Bouchard</p>	<p>Respect du processus démocratique Respect des droits Respect des philosophies des partenaires communautaires Politique Santé- Bien-être Canada</p>
Pratiques		<p>Pratiques remises en question</p> <p>Application de mesures universelles Être à la fine pointe des meilleures stratégies Établissement de priorités Intervention planifiée Le "faire pour" Planification, administration, gestion et allocation de budgets Faire faire (s'assurer que les partenaires subventionnés atteignent les objectifs fixés) Évaluation de programmes Mise en place d'intervention mur à mur</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement du tissu social, renforcement des milieux, du potentiel à la base - Le "faire avec" (concertation), coordination - Promotion de la santé comprise comme globale - Programmation des actions, orientations des partenaires - Écoute du milieu pour l'établissement des problèmes et des solutions - Mobilisation des acteurs - conseils et recommandations aux autres secteurs de santé publique - Documentation, évaluation

5.1 Les enjeux éthiques soulevés

5.1.1 Au niveau des valeurs

Au niveau des valeurs, nous avons pu identifier une constellation axiologique où certaines valeurs sont marginales chez nos personnes participantes ou même font partie des conflits de valeurs identifiés par la suite. Comme point de départ de la discussion, nous partirons donc de ces principaux conflits de valeurs et tenterons d'élaborer sur les éléments de réflexion éthiques qu'ils impliquent.

Nous voulons, à ce stade, comparer les valeurs explicites de quelques RRSSS avec celles trouvées (Appendice 12). Pour l'une de ces RRSSS, les valeurs sont : transparence, honnêteté, intégrité, respect, responsabilisation, imputabilité, cohérence, collaboration, reconnaissance de l'autonomie et des différences des partenaires. Pour une autre, le respect, la qualité, la solidarité, la transparence et l'enthousiasme sont nommés. Nous pouvons donc voir qu'en général, les valeurs ne semblent pas si différentes. Qu'est-ce qui peut alors expliquer que les DSP affiliées ou, du moins, les personnes participantes à notre étude, vivent certains « tiraillements ? Ces malaises semblent davantage vécus dans les pratiques, puisque l'énoncé des valeurs montre quelques affinités entre elles, mais ne signifient pas qu'il y a une harmonisation des conceptions sous-jacentes, et encore moins des pratiques. C'est d'ailleurs ce que nous ont exprimé les personnes participantes par la mise en lumière de plusieurs enjeux organisationnels.

Quant au niveau gouvernemental, nous nous en tiendrons à une analyse très sommaire, résumée dans le tableau comparatif des principales législations (Appendice 9). Il est possible d'y observer les divergences de valeurs présentes entre les personnes répondantes, la santé publique des autres secteurs et les instances gouvernementales. Notons, entre autres, que la Politique de Santé Mentale semble inclure une notion de responsabilisation beaucoup plus apparentée à un « déchargement » des responsabilités de l'État qu'à un appel à la solidarisation et à la mobilisation de la communauté. Il en est de même pour la valeur du partenariat, qui est restreinte à une incitation du communautaire en vue de compléter l'offre de services du réseau. Quant à la concordance des valeurs avec celles énoncées par les personnes participantes, elle nous porte inmanquablement vers la Politique canadienne, ayant d'ailleurs été citée comme source de régulations ou de légitimations par plusieurs.

Notre base de référence à titre comparatif pour énoncer les valeurs organisationnelles en santé publique provient des Priorités Nationales en Santé Publique (juin 1997). En effet, bien que nous ayons souligné la «tradition» de la santé publique, celle-ci ne constitue pas notre question de recherche objet actuel n'étant pas l'observation d'un glissement de valeurs ou de changements dans la santé publique. Par contre, comme les personnes professionnelles oeuvrant en santé mentale ont en moyenne une carrière d'une dizaine d'années, nous croyons que cet élément contextuel à leur pratique peut éclairer notre discussion sur les enjeux présents.

Au niveau des principaux conflits de valeurs qui nous furent nommés, se retrouvait un conflit entre la rationalité, l'efficience et l'expertise et celles de la participation et de la reconnaissance des partenaires. La notion de pouvoir des décideurs (MSSS, RRSSS et DSP) est ici au cœur même de cet enjeu.

L'enjeu quant à l'allocation de budgets par le MSSS, la RRSSS ou les DSP a été aussi abordé, surtout parce qu'il un obstacle aux pratiques ou qu'il vient heurter la valeur d'équité. Les valeurs, promues autant au niveau du MSSS, de la RRSSS, de la DSP ou même de la société en général, viennent confronter les valeurs principales nommées par les personnes participantes, soit: la participation, l'*empowerment*, le respect et l'engagement personnel. En effet, Massé (1999, p.163.) mentionne qu'il est clair que la nouvelle santé publique, loin d'être neutre au plan des valeurs sur lesquelles elle s'appuie, s'inspire des valeurs de rationalité et d'efficience qui fondent l'intervention planifiée et justifient une technocratie du Savoir, tout en flirtant avec les mouvements idéologiques et sociaux qui les critiquent. Les notions d'efficacité et d'efficience occultent plusieurs aspects du système sociosanitaire à tous les niveaux (macrosocial, mésocial, microsocal), à tel point que nous avons choisi de les considérer comme une régulation, une règle dont nous pouvons difficilement se soustraire lorsque nous voulons concrétiser la prévention/promotion. Nous y reviendrons donc dans notre discussion sur la régulation.

5.1.2 Au niveau des pratiques

Les discours des personnes répondantes nous ont révélé des pratiques différentes telles que : le renforcement du tissu social ; le « faire avec », la promotion de la santé de façon globale et le renforcement des habiletés personnelles. Peu de propos ont fait allusion à la pratique de marketing social, de communication et d'éducation sanitaire, ce qui laisse croire que ces pratiques sont encore marginales, même si elles sont désirées. Certaines autres pratiques, appartenant à leurs partenaires, à leurs collègues, à leur direction ou à la régie régionale qui les chapeaute maintenant, se confrontaient à celles des personnes répondantes. Il s'agissait de : l'application de mesures universelles, l'établissement de priorités entre les problématiques, le « faire pour » des personnes intervenantes-terrain ou la population cible, la prévention de la maladie ou des rechutes, la planification-gestion des budgets, le « faire faire » (s'assurer que les partenaires subventionnés atteignent les objectifs fixés) et la consultation faite sur une planification stratégique déjà élaborée.

Un des thèmes qui nous semble alors pertinent d'aborder sous l'angle de la réflexion éthique est celui de partenariat. En effet, de quel type est la pratique du partenariat pour qu'elle soit cohérente avec les valeurs et les légitimations de nos personnes répondantes? Nous en discuterons dans la section relative aux enjeux de la promotion.

5.1.3 Au niveau des régulations

Le peu de législations officielles dans le domaine et l'absence de balises claires au niveau de la prévention et de la promotion et les discours des personnes répondantes démontrent que l'accent n'est pas mis sur la règle et qu'elles sont plutôt portées vers l'«autorégulation». Les politiques et orientations faisant office de référence pour l'action ne permettent pas d'opérationnaliser véritablement les valeurs liées à la promotion. À ce titre, les avis et recommandations du CSMQ répondaient davantage à ce critère jusqu'à ce que dernièrement (avec les Orientations), ils optent en faveur de se soumettre aux pressions quant à une priorisation de l'organisation des services de santé mentale liée à une ré-allocation des budgets. Ce qui semble démontrer que, tant au niveau des budgets alloués en prévention/promotion, qu'au niveau de la latitude qu'a le réseau par rapport à ces budgets et aux services auxquels il les alloue et en terme de ressources humaines, l'équité désirée est reliée aux objectifs à atteindre au niveau hospitalier.

Du point de vue des personnes professionnelles oeuvrant en promotion de la santé mentale, cela pose un problème majeur: les enjeux liés à l'allocation de ressources rares, quoi que n'étant pas exclusifs à ce domaine de pratique, sont néanmoins exacerbés à cause du monopole des institutions psychiatriques en terme de détention des ressources qui est encore très présent.

Aucune rétribution n'étant incluse dans la politique de santé mentale et ses suites, il est d'autant plus difficile d'arrimer les pratiques préventives et promotionnelles à ce cadre législatif. Donc, comme la Politique de la Santé Mentale n'a pas inclus l'aspect de promotion, certaines personnes se questionnent à savoir s'il est possible, car pour mettre en place les stratégies requises, cela nécessite que le gouvernement se positionne face aux tendances sociétales actuelles. Cela crée une sorte d'immobilisme de la santé publique. Par contre, l'écueil au niveau de la Politique semble se situer en fait au niveau de cette compréhension commune, d'où une référence se reportant davantage à la légitimation, que nous verrons plus loin.

Au niveau des régulations, nous avons déduit que cette autorégulation des personnes participantes était liée à quelques règles implicites, dont : le respect des processus démocratiques, des droits des gens et du respect des philosophies des partenaires communautaires. Mais, en contre partie, il y avait aussi une pression à se conformer à la règle de l'efficacité et de l'efficience prévalant dans la plupart des DSP.

L'efficience et l'efficacité

Dans notre univers culturel, ce sont des valeurs d'efficacité qui fondent la crédibilité et la légitimité d'une profession. Qui dit efficacité suppose que l'on peut mesurer cette efficacité à la production de quelque chose. «Or, la plus grande incertitude règne quant à l'identification du produit du social» (Ion et Tricart, 1984).

Tout au plus, peut-on penser que ce produit se situe au cœur de la relation entre l'individu et le professionnel de santé publique. Comme le démontre Bahuaud (1994), «il est difficile d'appliquer à cette manière d'intervenir, la notion objectiviste d'efficacité, de résultat mesurable :

Dans l'intervention de réseau, l'essentiel de la relation vise la mise en dynamique du réseau; ni le réseau, ni le professionnel ne maîtrisent totalement le sens de ce mouvement. Ayant repéré ses capacités, le réseau trouve ses propres solutions et peut réenclencher ce processus en cas de nécessité. Il rompt ainsi progressivement avec ses habitudes d'assistanat: c'est le chemin vers l'autonomie, mission première de l'*empowerment* collectif (p.54).

En faisant référence au contexte socio-politico-historique, il est possible de comprendre pourquoi, quasi soudainement, les problèmes de santé sont devenus des problèmes de gestion administrative et politique. Cette logique productiviste au sein du secteur de la santé se manifeste d'abord dans le vocabulaire administratif, qui a remplacé les mots "qualité des soins", "excellence" ou "dévouement" qui avaient dominé les époques antérieures, par ceux "d'objectifs", de "programmes" pour les atteindre et "d'évaluation" de ces programmes. Par un retournement de perspectives dont l'histoire a été maintes fois témoin, voilà que, ayant voulu rendre la société plus juste et plus égalitaire, des objectifs d'efficacité économique deviennent fondamentaux, au prix de la justice et de l'égalité (Duplessis et al., 1989, p.202).

Cherchant à absorber la société civile et les dynamismes sociaux qui s'y développent, l'État est intervenu avec complaisance, voire "narcissiquement", pour établir un nouvel équilibre du pouvoir de décision, pour soumettre l'organisation des soins à une logique productiviste et même, essayant de repousser les problèmes sur un autre terrain, «pour imposer de nouvelles normes et de nouvelles valeurs dans le rapport que les individus entretiennent avec leur corps » (Ketting et Keel, 1995, pp.180 et p.208).

Cette nouvelle logique "industrielle" entraîne inévitablement une recherche d'efficacité maximale (Ketting et Keel, 1995, p.180), qui n'est pas sans conséquence au niveau organisationnel, pour la santé publique, mais aussi et surtout, au niveau macro social, comme un enjeu majeur au niveau de la santé mentale de la population. Cette «règle implicite» peut faire que les changements de pratiques ne sont pas assujettis à une adhésion à des valeurs communes, mais plutôt à de simples impératifs d'efficacité et d'efficacité face au rationnel économique. Une crainte légitime de certaines personnes professionnelles se lie au questionnement de la littérature, à savoir si « le fait d'atteindre une plus grande efficacité économique du point de vue de la gestion de la santé n'engendre-t-il pas le risque d'une croissance des inégalités sociales » (Tanti-Hardouin, 1994) que l'on tente justement d'éliminer en santé publique?

5.1.4 Au niveau des légitimations

Au niveau des légitimations énoncées par les personnes répondantes, nous avons vu poindre des différences majeures, celles-ci faisant appel à quelques-uns des modèles

théoriques exposés précédemment. Comme les bases conceptuelles des personnes répondantes permettent alors de mieux situer leur appartenance et leur adhésion à certaines valeurs qui peuvent être déduites de ces modèles, une relecture de certains questionnements peut être faite afin d'en dégager des considérations éthiques.

Notons d'abord, que la Politique de santé mentale québécoise recommande le développement d'une compréhension commune, où l'État lui-même a priorisé une définition questionnable quant à sa possibilité d'actualisation de la véritable prévention et de la promotion. Il en résulte qu'au niveau de la prévention en santé mentale, ce serait plutôt l'autorégulation (Appendice 13) qui guiderait ces personnes professionnelles, d'où une possibilité de l'émergence d'une éthique propre à la prévention/promotion. Un certain consensus autour de valeurs communes fait que des pratiques novatrices et basées sur des légitimations reconnues ont émergées.

Malgré tout, il semble que beaucoup de valeurs demeurent idéalisées et que ces pratiques sont parcellaires, parfois ponctuelles ou à court terme, par manque de cohérence entre les différentes instances, les chercheurs, les intellectuels et les personnes professionnelles ayant à les promouvoir. Ainsi, la division entre tenants de valeurs opposées ou différentes n'est en réalité que l'envers de la solidarité qui se crée entre ceux qui adhèrent aux mêmes valeurs; la solidarité dans des valeurs partagées peut donc être en

même temps, une source d'unité sociale et, parce qu'elle engendre une telle unité, une source de conflits sociaux ou, à tout le moins, de diversité sociale.

Enfin, comme ce fut mentionné, la référence à une définition de la santé mentale restrictive incite les personnes professionnelles de la santé publique à soutenir les individus dont la santé mentale est menacée et non à faire en sorte qu'ils demeurent en bonne santé. C'est pourquoi il nous semble important de mettre en lumière cette inadéquation entre certaines légitimations à la base même de la Politique de Santé Mentale et qui peuvent difficilement s'accorder avec celles des personnes participantes à l'étude, ainsi que celles promues par le Comité de Santé Mentale du Québec, étant à nos yeux des experts pourtant avisés en la matière.

La responsabilisation individuelle et la culpabilisation de la victime

Nous allons aborder un enjeu nommé par les personnes répondantes, soit la responsabilisation individuelle. C'est à dire, qu'en s'appuyant sur une vision réductrice de la santé mentale, nous revenons à focaliser sur l'individu et à miser exclusivement sur ses capacités ou, plutôt, ses incapacités. Mais les milieux et les personnes qui reçoivent les services commencent à être organisés et disent non à ce type d'approche qui, en proposant de meilleures habitudes de vie, impose à l'individu la responsabilité de changer son mode de vie (Lalonde 1974).

La venue de maladies à l'apparence plus individuelles permet toujours de jeter la pierre à la victime et de laisser la notion de responsabilité individuelle s'installer au centre des politiques de santé. Cette notion de responsabilité, si elle n'est pas complètement nouvelle, prend ici un sens individualiste « qui aurait été auparavant incompatible avec le mal social qu'étaient les maladies infectieuses et l'insalubrité » (Ketting et Keel, 1995).

On pourrait alléguer que c'est aussi le cas de la Politique de Santé Mentale, où l'on fait porter le poids de la responsabilisation à la personne et à sa famille²⁰. Boudreau (1987) attribue même aux énoncés de politiques, la philosophie voulant que « la santé physique et la santé mentale doivent être considérées comme étant des questions de responsabilité individuelle, mais que la collectivité doit aider les citoyens à assumer cette responsabilité, ce qui se traduit entre autres par le soutien fourni par d'autres personnes vivant la même situation ».

La promotion de l'idée que les soins doivent d'abord et principalement s'adresser aux personnes vivant des troubles sévères de santé mentale amène une vision de la prévention comme parcellaire, associée principalement à une conception populationniste. Cette légitimation vient aussi renforcer la priorisation des dossiers d'organisation de services spécialisés et démobilise les efforts communautaires. Effectivement, il ne faut pas que sous des couvertures de « respect de la liberté d'autrui », se camoufle un aveu d'impuissance ou pire,

d'indifférence face au problème complexe du maintien de la santé mentale et surtout face aux revendications en terme politique. À force de vouloir n'être qu'accompagnateur, ne devenons-nous pas un peu déserteur?

D'un autre point de vue, l'interventionnisme et la prise en charge peuvent être questionnées en terme du contrôle social sous-jacent à ces pratiques. En effet, si les personnes professionnelles en santé publique édictent des règles d'hygiène auxquelles les individus doivent se soumettre, cette forme d'imposition devient un enjeu sociopolitique important: ceux qui la contrôlent s'assurent une notoriété et une emprise indiscutables puisque le sort de la population repose entre leurs mains (Ketting et Keel, 1995). C'est contre cet exercice d'un bio-pouvoir apparent que la plupart des personnes répondantes se sont prononcées. Ce qui est particulièrement inquiétant dans l'univers de la santé mentale, c'est que le contrôle social (Appendice 14) en est son épée de Damoclès. Encore de nos jours, l'individu doit, pour survivre, manifester la volonté de s'astreindre à des régimes de vie et à un emploi des loisirs qui font appel à sa responsabilité envers son propre corps et sa santé physique et mentale (Ketting et Keel. 1995, p. 180).

Certains enjeux éthiques sous-jacents au type d'intervention en lien avec le changement comportemental, bien qu'ayant été surtout discutés à partir du contexte clinique, appellent à la vigilance. La plupart des personnes répondantes semblent croire

²⁰ Les politiques gouvernementales ont assorti aux droits des usagers, la contrepartie des responsabilités.

qu'en santé mentale, il y a peu de coercition, mais n'est-ce pas que plus subtil? Pourtant, à ce chapitre, la santé publique a déjà eu des ratés. Alors qu'on voulait faire de la prévention un objectif de lutte collective contre la maladie, voilà qu'on a fait de la culpabilisation de la victime (Ketting et Kelle, 1995). Effectivement, dans les années 1926-1937, les prouesses en psychiatrie de l'École d'hygiène sociale appliquée étaient inquiétantes et semblaient tenir davantage d'une volonté de contrôle social que de la recherche désintéressée du bien-être des individus. Dans un mémoire préparé par l'École d'hygiène pour la Commission Parent en 1963, on indique qu'il faut dorénavant enseigner une « [...] conception de vie selon laquelle l'individu, s'il a droit à la santé, doit assumer ses responsabilités pour exercer activement ce droit » (Ketting et Keel, 1995, p180).

Les Comités d'usagers d'hôpitaux psychiatriques ou les groupes de défense des droits en santé mentale seraient sans doute à même d'élaborer sur les pratiques encore très en vigueur allant à l'encontre du libre choix de la personne en alléguant que "l'expert" connaît ce qui est le mieux pour la personne. La tendance à imposer l'hospitalisation versus un séjour en centre de crise ou toute autre alternative en est un exemple. Nous nous interrogeons à savoir si, avec des pratiques accrues de judiciarisation (psychiatrie légale), la venue de protocoles de soins dans des cliniques sans murs et la mise en place de protocoles socio-judiciaire en lien avec l'intervention de crise, il ne serait pas pertinent de raviver ces questionnements sur la responsabilisation des gens quant à leur état de santé et les risques de culpabilisation de la victime.

Le danger de la normalisation, de l'évaluation quantitative et statistique

Au chapitre 4, lors de notre description des pratiques, l'émergence d'une tendance qui semble assez commune à la plupart des personnes participantes interrogées s'est dessinée. C'est-à-dire qu'elles se présentent à contre-courant de la normalisation et de l'application de programmes dits universels qu'on transpose d'une région à l'autre ou d'un pays à l'autre. Ces pratiques questionnent en fait notre vision du «normal». Adopter l'aspect statistique de la norme reviendrait à prétendre que ce que la majorité des gens pense ou fait est nécessairement sain et que tout ce qui s'en écarte ne l'est pas ! La norme ne peut être déterminée que par une distribution mathématique, mais elle s'insère dans un certain système de valeurs (Cloutier, 1968, p.11). Pourtant, il est reconnu qu'il n'existe pas de modèle du normal pour tous les milieux, comme d'ailleurs pour toutes les époques.

D'ailleurs, en santé mentale, "la tendance à utiliser d'office les critères américains (DSM-IV) questionne aujourd'hui bon nombre d'anthropologues (Massé, 1999). Toute la symbolique particulière associée à la santé mentale/maladie mentale nous interpelle, particulièrement quant à la possibilité d'en établir une définition vraiment objective. De plus, même si nous nous entendons sur une définition « à titre fonctionnel » (dans le but de bien parler de la même chose au niveau d'une équipe multidisciplinaire par exemple), cet objet particulier qu'est la santé mentale continuera de soulever les passions, puisque cette

notion appelle toute la symbolique associée à l'étrangeté de l'être et peut nous ouvrir à des croyances, pouvant bien devenir, dans le futur, des convictions.

Les sciences dites exactes ont eu un tel impact dans l'évolution de l'humanité qu'elles ont pendant longtemps été et demeurent encore la référence pour un modèle de formation de la pensée, en favorisant largement l'utilisation de toutes nos qualités de rigueur, d'analyse, de logique, souvent au détriment de notre imaginaire et de notre intuition. Compte tenu de ces orientations, les analyses sont le plus souvent basées sur des principes tels que : la causalité, la linéarité (les mêmes causes produisent les mêmes effets), la séparation et la hiérarchisation des différents éléments d'une réalité pour sa meilleure compréhension. Il s'agit d'une conception assez statique des choses qui considère qu'il y a une réalité objectivable, immuable : c'est le monde de la maîtrise, de l'efficacité mesurable plus quantitativement que qualitativement.

Les traditions culturelles occidentales, et particulièrement le positivisme scientifique, ont surtout morcelé l'objet d'analyse en séparant l'individu de la société, le corps de l'esprit, les différentes parties du corps ou de l'environnement entre elles. Ces traditions ont notamment conduit la médecine à se concentrer sur la maladie comme entité isolable, observable et mesurable (Corin, 1985 ; Bibeau et al, 1992 cités par Lemieux, et al., 1994). C'est pour ces raisons, entre autres, que les principales statistiques servant à illustrer la

santé des populations demeurent celles sur la mortalité, la morbidité et les mesures de vie perdues, etc. (Lemieux et al., 1994)

Nous assistons cependant depuis peu à des développements méthodologiques importants visant à retrouver les caractéristiques essentielles de notre définition de la santé, soit son caractère global et son expression sous forme d'énergie ou de capacités individuelles ou encore d'action dans le milieu de vie. On assiste en effet à la construction d'indices de **santé globale** dont la principale fonction est de résumer à une seule valeur un ensemble assez vaste d'aspects, de dimensions ou d'activités humaines (Grogono et Woodgate, 1971 ; Bergner et al, 1976 ; Breslow, 1972 cités par Lemieux et al., 1994). Il y a aussi certaines formes d'appréciation extrêmement générale de la santé qui sont faites dans les enquêtes de population ; il s'agit, le plus souvent, de coter sa propre santé sur une échelle allant d'excellente à mauvaise (Levasseur, 1987).

On reconnaît enfin que, face à la batterie d'indicateurs disponibles sur la santé, il peut être nécessaire d'intégrer tous ces indicateurs sous la forme d'un profil ou d'un bilan global de santé (Hansluwa, 1985 ; Pampalon, 1985 ; Goldberg et al, 1979 cités par Lemieux et al., 1994). À l'occasion, ces profils de santé peuvent se doubler d'un profil de l'environnement, c'est-à-dire d'une analyse des conditions démographiques, géographiques, sociales et économiques rencontrées dans le milieu de vie (O'Neill et al., 1992 ; Rochette et Cardinal, 1986 cités par Lemieux et al., 1994).

Parallèlement à ces essais de globalisation, on s'efforce de mieux traduire les notions de bien-être, de vitalité, d'énergie individuelle. Cela peut passer par des examens cliniques, des tests psychologiques, des épreuves physiques, etc. ou encore par la mesure de la restriction des activités de la vie quotidienne (Péron et Strohmenger, 1985 cités par Lemieux et al., 1994).

Ce questionnement a un impact sur la santé publique, entre autre face à son mandat de connaissance/surveillance, qui peut, lui-aussi, être soumis à la réflexion éthique. En effet, le fait de diffuser à la collectivité des résultats d'études qui ne tiendraient pas compte de suffisamment de nuances quant aux critères pour évaluer l'état de santé mentale de la population peut, soit contribuer davantage à la banalisation des problèmes sévères et persistants, soit à créer chez la population une « anxiété » grandissante ou un sentiment d'impuissance et une démission (ou une résistance) face à la promotion de la santé visant à développer des facteurs de protection. Par contre, à la lumière de la valeur de transparence, une personne répondante nous fait réfléchir au fait que la transmission des connaissances est aussi une capacité qui permet aussi de donner des leviers.

On peut d'ailleurs, à la lumière de la notion de prise en compte de la clientèle dans le processus évaluatif, s'interroger quant à la méthodologie utilisée. Effectivement, plusieurs

des personnes professionnelles interrogées dans notre étude mentionnent qu'il faut faire davantage d'évaluations afin de faire reconnaître les pratiques préventives et promotionnelles. Ceci laisse supposer que ce sera la démonstration de l'obtention de résultats probants ou de certains critères d'efficacité qui établiront la légitimité de telles approches.

C'est pourquoi, les critères d'évaluation doivent être spécifiques à ce type d'intervention pour, entre autres, aller au-delà de la temporalité dans laquelle des résultats à court terme sont peu probable, comme de considérer que le processus de changement peut avoir été enclenché chez l'individu, mais être non complété lors de l'évaluation et inclure des éléments qualitatifs davantage propices à l'évaluation participative. De plus, une question peut être soulevée devant les contradictions apparentes entre les conclusions d'études ayant été réalisées sur la base des références conceptuelles différentes quant à l'évaluation de l'efficacité: un programme efficace est-il nécessairement éthique?

La santé publique en tant qu'agent moral

En santé publique, ce qui est particulier, c'est qu'au nom de la santé, on ne se contente pas de perpétuer les valeurs dominantes, on tente parfois de modifier celles-ci afin d'amorcer des processus de changement au sein des habitudes de vies ou des comportements des individus. En fait, dans une perspective socioéthique, la santé publique

peut se présenter comme un agent moral, régulateur et assurant le contrôle social. C'est qu'en fait, l'idéologie de la santé est devenue une morale particulière. Cependant, la santé comme valeur première est tout aussi valable que l'argent ou la réussite. C'est la non-reconnaissance ou la conformité aveugle à cette morale qui fait la mise en place de pratiques pouvant avoir des effets pervers pour la population en général et soulever des enjeux éthiques.

D'un point de vue éthicologique, si on tente de comprendre ce qui constitue le discours de base de la santé publique, on peut supposer qu'il s'agit d'un discours moral. Les principales caractéristiques d'un point de vue éthicologique étant : un cadre manichéen, et des règles de rétribution plus strictes, pouvant donner une illustration du bien et du mal assez précise (Appendice 15). Comme pour tout discours moral, il y a donc un risque de jugement de valeur non fondé sur des légitimations explicites et que la catégorisation de ce qui est bien ou mal y soit obligatoirement très rigide. D'ailleurs, l'usage de certains principes de bioéthique relève de cette tendance. En effet, les principes de bioéthique sont institués en "lois" et nous tentons de modeler nos pratiques à ces grands principes indiscutables. Il était donc pertinent de se demander si l'éthique légitimant les pratiques en santé publique relevait de ces principes bioéthiques (Appendice 16).

D'ailleurs, les valeurs de la santé publique en tant qu'organisation n'ont jamais été vraiment explicites et énoncées dans un code d'éthique ou autrement. Issue de la pratique

médicale que l'on pourrait nommer clinique, on peut supposer que la santé publique a été fortement conditionnée par ses origines médicales. De plus, il semble que la santé publique continue de véhiculer avec véhémence l'idéologie de la santé, plutôt que celle de bien-être promu par les personnes participantes de l'étude et, qu'une aura de pouvoir et de vérité continue d'inonder la sphère de la santé publique. Il semble que la santé publique continue de réclamer la même légitimité que la médecine, c'est-à-dire, celle d'une "nouvelle moralité" (Massé et Saint-Arnaud, 1997).

Postulant la priorité de la santé comme étant l'unique source de bonheur (et de salut), le credo de plusieurs professionnels de santé publique ressemble à un véritable acte de foi. En effet, qui peut réalistement affirmer que la prévention a des résultats assez probants pour justifier les mesures "hygiénistes". Rejeton tardif de la médecine, la santé publique n'a pas nécessairement fait la critique de la "tradition" dont elle est issue (Massé, 1997).

Mentionnons néanmoins que cette analyse ne vise pas à jeter la pierre à la santé publique ou à rejeter ses pratiques. Nous visons simplement à démontrer les éléments de comparaison entre les caractéristiques de toutes morales et ceux que nous avons cru déceler au sein de la santé publique. Par la suite, nous pouvons mieux comprendre comment s'articulent les questionnements et les remises en questions qui ont pu faire état de la naissance d'une éthique particulière aux personnes professionnelles de dossiers psychosociaux. Nous n'insisterons probablement jamais assez tout au long de ce texte pour rappeler que l'éthique sert aussi à faire surgir notre "acculturation humaine" en tant que personne intervenante. La prévalence de la raison instrumentale déjouant constamment la

démarche éthique, c'est pourquoi il est avantageux d'être attentif à ce processus. Que les personnes professionnelles de la santé publique elles-mêmes y soient conscientisées ne pourra être que profitable à notre démarche.

En effet, l'éthique naît de la morale, c'est à dire que des questionnements suscités par la morale établie. De ses failles jaillit souvent une éthique différente, basée sur des légitimations, des valeurs, et des règles différentes et faisant naître des pratiques qui se diversifient alors. Il n'y a pas nécessairement rupture d'avec la "morale mère", mais il y a certainement une digression qui est quelquefois subtile, mais qui peut être décryptée par une analyse éthicologique. Pour notre part, nous considérons l'éthique comme une réponse à ce questionnement et à un rejet de certains aspects de la morale appliquée dans un domaine C'est que souvent «(l)a richesse d'un groupe est faite de ses mutins et de ses mutants» (Morin, 1973).

Donc, ce que certains qualifient de "nouvelle santé publique²¹" et qu'ils attribuent comme étant désormais la "norme" en santé publique, n'est peut-être pas si commune ou consensuelle qu'elle en a l'air. En effet, les informations recueillies sur certains enjeux éthiques énoncés par les personnes répondantes ont permis d'amorcer une réflexion du type épistémologique sur la "morale" de la santé publique. Notre étude exploratoire nous permet

²¹ Se référant à O'NEILL (1995), nous utiliserons ce terme pour ne pas confondre davantage l lecteur(la lectrice) entre l'idéologie de la promotion de la santé et les pratiques en tant que telles.

de déceler qu'il y a, au sein du discours moral de la santé publique, bel et bien émergence d'un discours à caractère davantage éthique.²²

Probablement que les premiers *mutants* de la santé publique furent ceux qui adhèrent les premiers à la *nouvelle santé publique* et, que l'adhérence à la «nouvelle philosophie de santé publique» n'est sûrement pas étrangère à une prise de conscience des enjeux soulevés par les anciennes pratiques, comme nous l'ont mentionné certaines personnes répondantes qui étaient au début de ce courant. Ce qui fait de la promotion de la santé (ou nouvelle santé publique) une éthique chez les personnes répondantes, ce sont surtout les légitimations. Par contre, certaines nuances nous laissent croire qu'en fait, nous serions en présence d'éthiques, plutôt que d'une seule éthique. Nous présenterons les éléments de réflexions pouvant être à la base ou expliquer la mise en place d'une éthique différente.

5.2 Risques de la prévention

Selon la constellation axiologique dégagée et les conflits en résultant, nous aurions tendance à penser qu'une certaine tension existe parmi les tenants pour la prévention en santé mentale. Celle-ci serait liée à certains éléments de légitimations nommés de façon

²² Tel qu'établis par Pierre Fortin, certains éléments recueillis dénotent effectivement des caractéristiques propres à un discours éthique soit : un accent mis sur des valeurs bien établies.

marginale chez nos personnes répondantes. Malgré qu'elles ne semblent pas faire partie du quotidien de nos personnes répondantes, les pratiques préventives contiennent les risques inhérents à toutes pratique, et ayant été peu soumis à la réflexion éthique. Voici quelques enjeux qui ont à peine été soulevés, mais méritent néanmoins d'être présentés, d'autant plus qu'une certaine littérature s'y est consacrée.

5.2.1 Le dépistage

Le respect de l'individu, la crainte de voir apparaître des politiques à tendance eugénique, la stigmatisation des populations et le développement de comportements discriminatoires sont autant de facteurs qui préoccupent (CSBE, 1997a, p. 46). De même, le dépistage de maladies mentales au niveau de l'ensemble de la population peut comporter des torts individuels importants sur des personnes présumées en santé, sans que les bénéfices d'une telle action ne soient clairement démontrés (McCormick, 1994 cité par Saint-Arnaud, 1999a).

(L)a décision de procéder ou non à un dépistage doit faire l'objet d'une réflexion éthique s'appuyant sur des principes de justice, d'équité, de confidentialité, de bienveillance, de bienfaisance, de respect de la vie et de l'autodétermination de la personne (Mélançon, 1994, pp.92-93).

De plus, si nous dépistons, mais qu'il n'y a pas de référence ou de protocole d'intervention pour les gens suicidaires, nous ne ferions qu'offrir un faux espoir et identifier des besoins non comblés. Un autre enjeu est soulevé par une assomption du domaine de la santé mentale est que, bien souvent, les résultats de l'intervention ne se jugent pas qu'en

terme de bénéfices pour les personnes l'ayant demandée. Un dilemme éthique peut résulter de demandes de consultation ou de programmes où le client n'est pas celui qui en bénéficiera. «Qu'arrive-t-il si le demandeur n'est pas en accord avec le receveur? » (Trickett, Levin et Hess, 1990, p. 9). Ceci vient en lien avec la notion de facteurs de risque.

5.2.2 Les concepts de facteurs de risque

Les tenants de l'approche préventive basée sur les facteurs de risque ont à définir celui-ci par rapport à un trouble ou des troubles non encore apparents. Cette perspective sous-tend donc des questions éthiques telles que : «qui définit qui est à risque», «quel niveau de précision nos techniques d'évaluation du risque doivent-elles atteindre pour permettre, éthiquement parlant, que nous puissions intervenir? »²³et « quel consentement doit-on obtenir lorsqu'on implante un programme chez une population à risque? » (Trickett, Levin et Hess, 1990, p.8).

Il faut de plus considérer qu'en prévention, la notion de risque est mal définie (Svensson et Sandlung, 1990) et que peu de données empiriques appuient la reconnaissance de l'existence de risques psychologiques et sociaux (Marshall 1996c). La prévention, en ce qui concerne des groupes à risque, implique d'autres problèmes éthiques, notamment quant

²³ Traduction libre.

à la définition du critère de discrimination et quant aux raisons invoquées pour en justifier l'utilisation (Massé, 1997; Trickett et al., 1990). À cet égard, des restrictions budgétaires constituent-elles un critère de discrimination éthiquement acceptable face aux besoins de certains groupes à risque?

En ce sens, certains auteurs ont fait des mises en garde contre un risque flagrant lors de la définition de critères de bien-être, car il y a une tentation à confondre celui-ci avec ses composantes, risquant ainsi de n'être qu'un jugement de valeur de la part du *définisseur*.

Such confusion becomes dangerous when the definer holds power over others. The second problem, which has two coordinate parts, is even more serious. It arises out of the search for health-promoting factors. It pressures one to assume that a) what is functional, useful and positive for health is morally good; and b) what is morally good is functional for health. (And, of course, the converse assumptions about moral evils) (Antonovsky, 1995).

Comme autres éléments de réflexion, l'informatisation des données, la création de fichiers et de certains critères de détermination de population "à risques" sont particulièrement inacceptables: critères centrés sur la profession ou les conditions socio-économiques des parents (Bahuaud, 1993, p. 123.). De plus, à travers ce traitement informatique, la confidentialité des informations recueillies peut-elle être véritablement garantie?

Bons nombres de pistes de réflexions, rejoignant celles de nos participants, furent présentées à un atelier de conférence de l'ACFAS (en 1998) à laquelle nous assistions et où un représentant des « personnes utilisatrices de services en santé mentale » avait cerné comme enjeux, par rapport à la prévention:

- l'utilisation de grilles pré-établies, hiérarchisées où les besoins sont déjà catégorisés en fonction des services disponibles et où l'on se contente d'apparier les besoins exprimés avec l'offre actuelle pour procéder à l'évaluation des besoins et à la planification des services de santé mentale. Pourtant, ces besoins sont davantage pragmatiques et quotidiens car les usagers demandent des relations individuelles, mais elles sont non favorisées, en communautaire où l'on prétend le danger de dépendance;
- remettre un peu plus en cause le bien fondé et l'efficacité de certains services, en acceptant une véritable évaluation et en prenant un risque, en rétablissant les rôles des différents acteurs, en multipliant les espaces de parole et en les transformant en espace d'action, surtout pour viser l'amélioration de la vie quotidienne. Bref, déconstruire les modes d'organisations de travail et les savoirs experts;
- changer les pratiques en écoutant la longue histoire de marginalisation, la dépossession du rapport de la personne à elle-même et à la parole et en regardant toutes ses ramifications dans les moindres détails. Passer par-dessus ce qui a fait violence et rouvrir les espaces de travail ensemble afin de ne pas reprendre selon la grille de lecture idéologique et uniquement son angle de compétence professionnelle;

- les budgets demeurent rattachés encore à des structures déjà existantes, que ce soit du réseau ou du communautaire où le risque de dérives similaires au réseau existe. La peur de faire des précédents semble empêcher d'envisager un financement rattaché à l'utilisateur.

Un des enjeux majeur est l'incohérence entre les discours et les pratiques, qui s'exprime entre autres par le galvaudage de la notion d'*empowerment*, surtout lors de la sélection des clientèles et l'utilisation du PSI (qui est un programme adapté aux gens en déficience intellectuelle, ce qui résulte en service infantilisant et dévalorisant).

Mais le principal constat est que le pire est de tuer l'espoir, ce qui risque d'arriver lorsque la participation des personnes utilisatrices n'est qu'une apparence d'inclusion, où l'on va rarement jusqu'à l'emploi de personnes atteintes comme personnes intervenantes. Le véritable *empowerment* serait la création de groupes d'entraide régionaux. De même, un questionnaire était amené dans le sens que «la création de centres de sevrage semblait inclure peu d'utilisateurs, pourtant ils sont hautement concernés». Peut-on en conclure qu'un des enjeux est une participation encore très virtuelle des utilisateurs à la transformation du réseau? Et qu'en est-il au niveau de la promotion de la santé mentale?

Par la mise à jour de tels enjeux, les personnes professionnelles en santé publique seront plus à même de discuter des enjeux éthiques sous-jacents à la prévention. Nous croyons que les conflits de valeurs vécus en santé publique par les personnes répondantes

peuvent démontrer qu'il y a bel et bien remise en question des pratiques préventives. Nous postulons que cela n'est peut-être pas étranger à leur désir d'agir davantage en promotion.

Trickett, Levin et Hess (1990, p.5) nous indiquent qu'il est historiquement démontré que des enjeux éthiques ne sont habituellement dégagés d'un domaine qu'après que des efforts considérables n'avaient été mis dans le développement d'intervention et de recherche dans ce domaine. Est-ce que cela pourrait expliquer pourquoi la promotion dans le domaine de la santé mentale est si peu développée? Et cela, devant un apparent désintéressement des administrateurs même des directions de santé publique qui ne priorisent pas ce champ de recherche ou d'intervention en terme d'allocation de budget ou de ressources humaines, cette sorte d'immobilisme nommé par les personnes répondantes?

Comme la prévention dans le domaine de la santé mentale ne date même pas de vingt ans, l'absence d'écrits sur des réflexions ou des tentatives d'élaboration de principes éthiques pour guider la pratique et la recherche pourrait-il être attribuable au besoin des personnes professionnelles de la prévention en santé mentale de démontrer, en premier lieu, un semblant de cohésion dans leur domaine? Nous avons effectivement observé une recherche de cohésion vers un idéal non atteint.

C'est surtout en analysant l'inadéquation des valeurs de référence avec leurs valeurs de préférence, que nous pouvons conclure que les personnes répondantes ne pouvaient pas

toujours les actualiser dans leur pratique. Le danger est alors de reporter tous les espoirs sur la promotion de la santé en négligeant de voir qu'elle recèle aussi sa part d'enjeux éthiques. Les croyances et les postulats de la promotion de la santé mentale sont très différents de ceux de la prévention. Nous voulons aborder les enjeux, liés à la promotion, dont les personnes répondantes ont à peine effleuré quelques éléments portant à réflexion. L'*empowerment*, le partenariat et l'intersectorialité, de même que le rôle politique soulèvent en effet quelques éléments de réflexion, dont entre autre face au respect des rationalités divergentes.

5.3 Les enjeux de la promotion

Comme nous le mentionnions précédemment, la prévention et la promotion de la santé mentale semblent des domaines où les conflits idéologiques se donnent libre cours et, comme le mentionne Zarifian (1989), « la passion, trop souvent, obscurcit l'intelligence et fait taire la raison ». L'ampleur de la question de l'amélioration de la santé mentale en tant que défi social est d'ailleurs susceptible de soulever de nombreux enjeux éthiques en lien avec les choix politiques, économiques et culturels la concernant, ce pourquoi nous aborderons quelques enjeux non mentionnés.

Devant la relative *nouveauté* de l'intervention promotionnelle en santé mentale, certaines personnes intervenantes de la santé publique se trouvent confrontées, comme le dirait Resweber (1990, p. 30), « à des situations inédites qui les placent devant des problèmes sans solution et nous renvoient à des questions sans réponse ». Effectivement,

les concepts de promotion en santé mentale véhiculent encore beaucoup d'imprécision. Leurs définitions, tout comme celles de la santé mentale, ne créent pas nécessairement un consensus. Comme le mentionne le Comité de la santé mentale du Québec, cela peut miner « la crédibilité de ce champ d'intervention et contribuer ainsi à ralentir son développement » (Blanchet et al., 1993, p. 3).

Lors de l'analyse des légitimations mentionnées par les personnes répondantes, nous avons pu constater cet état de fait. D'abord, par rapport à la conception de la promotion de la santé mentale à la base de leurs pratiques, nous avons retenu qu'elle s'apparente à ce que O'Neill et Cardinal (1994) proposent de nommer la nouvelle santé publique. Ces auteurs ont soulevé bon nombre d'éléments de réflexion relativement à la pratique promotionnelle qu'il serait bon de reprendre:

- Pour certains, l'action prend pour cibles les comportements individuels et l'environnement, dans la mesure où celui-ci influe sur les comportements individuels alors que l'OMS (Bureau de l'Europe) privilégie la qualité de vie et l'équité dans l'accès à la santé. L'action sur l'environnement est déterminante car elle contribue globalement au bien-être et à l'égalité des chances en matière de santé (Blanchet et al., 1993, p.14).
- Malgré que la promotion de la santé soit de plus en plus présente dans le réseau de la santé et au sein des ressources communautaires, la diversité et la singularité de

ces réalisations traduisent les difficultés à définir le champ spécifique de la promotion de la santé et les concepts correspondants (Hill et Mucci, 1996, p. 12).

- À cause de la confusion conceptuelle chronique, les partisans de la promotion de la santé ont été incapables de convaincre les décideurs de la spécificité de la promotion de la santé en tant que champ d'intervention professionnelle. Le principal paradoxe est que bon nombre des idées et activités suggérées par ce discours sont au cœur même du système de santé québécois officiel et non officiel (organismes communautaires), depuis sa réforme du début des années 70, et ont été conservées suite à la réforme Côté du début des années 90 (O'Neill et Cardinal, 1994, p. 13).
- Le "nouveau" discours de la promotion de la santé (après 1986) met davantage l'accent sur les dimensions politiques et environnementales que sur les dimensions plus individuelles qui avaient caractérisé l'éducation sanitaire pendant plusieurs décennies (O'Neill et Cardinal, 1994). Nous avons vu d'ailleurs quelques questionnements face à cette pratique chez les personnes répondantes. Selon O'Neill, l'idéologie courante en matière de promotion de la santé repose sur les valeurs d'équité, de démocratie, d'imputabilité gouvernementale et de justice sociale.
- Le gouvernement du Québec a accordé une place ambiguë à la promotion de la santé, malgré des documents qui avaient été préparés tant à l'interne (Duval et Paquet, 1991; Ferland, 1991; Martin, 1991) qu'à l'externe (Godin, 1990; O'Neill et al., 1990, p. 5.), et qui contenaient des suggestions précises sur un mandat, un programme législatif et une structure organisationnelle pour la promotion de la santé, en accord avec les progrès les plus récents dans ce domaine au Canada comme dans d'autres pays. La promotion de la santé et prévention des maladies sont présentées dans les politiques québécoises comme une expertise vaguement

définie que devront développer les nouvelles structures en matière de santé publique, aussi bien au provincial qu'au niveau régional.

- Le manque d'engagement à long terme fait que la plupart des programmes innovateurs de promotion de la santé n'ont qu'une existence éphémère. Par comparaison, la pression à fournir à très court terme des preuves d'efficacité pour obtenir du financement à long terme est loin d'être aussi grande en ce qui concerne nombre d'interventions médicales. On constate une impuissance par rapport au domaine biomédical, et cela participe sans doute à expliquer le peu de popularité de la promotion.
- Dans les faits, certains s'entendent pour intégrer la prévention dans la promotion de la santé, alors que les personnes intervenantes en santé mentale se montreraient plus sensibles à la notion de prévention. Ces dernières auraient tendance à y englober et les activités préventives et les activités promotionnelles. Il y a alors ce danger de retour en arrière, de revenir au discours de prévention et de tomber dans le piège de la première et deuxième ligne.
- On légitimise et priorise les interventions préventives démontrées efficaces en invoquant la diminution de la souffrance psychique et des coûts de santé qui lui sont associés. De même, on légitimise les interventions promotionnelles démontrées

efficaces en invoquant l'amélioration de l'adaptation psychologique ou sociale et les économies réalisées au chapitre des interventions correctives.

Mais ne pourrait-on pas subordonner les décisions à des normes éthiques indépendantes de la notion d'efficacité des interventions? De plus, est-il important de s'appropriier le discours et de suivre les mouvements internationaux ou canadiens sur la promotion de la santé si les pratiques et les concepts suggérés dans ce domaine sont mis en œuvre de toute façon, même s'ils ne sont pas ainsi nommés? Force est de constater que si non, la confusion entre l'idéologie et la désignation d'une série d'interventions visant à mettre en pratique cette idéologie demeure.

Un des enjeux majeurs, selon O'Neill (1994), est que, sans la promotion de la santé, certains éléments clés qui pourraient avoir des répercussions majeures sur la santé de la population risquent de ne jamais être mis en œuvre, tel que l'ensemble précis d'interventions visant à modifier les comportements reliés à la santé.

Bien qu'il existe déjà des données qui démontrent comment des interventions expérimentales planifiées peuvent produire un effet préventif, les personnes répondantes semblent penser que l'aspect de modification des comportements n'est peut-être pas indispensable. Ce qui peut amener, comme l'ont indiqué certaines personnes répondantes, que certaines méthodes reconnues efficaces ailleurs ou présentant un bon potentiel de réussite ne sont pas utilisées, malgré leur connaissance, ce qui accentue la frustration, le

sentiment de stagnation et la démobilisation possible face à la prévention et la promotion de la santé mentale au Québec.

5.3.1 Le partenariat

Un des enjeux que vit probablement toute personne professionnelle de santé publique, qu'elle oeuvre en promotion de la santé mentale ou non, est qu'il n'est que le planificateur d'un programme et que, bien souvent, les personnes qui l'implantent n'ont peut-être pas participé à l'élaboration de celui-ci; elles sont peu ou pas familières avec les valeurs et les légitimations à la base des interventions qu'elles mettent alors en place. Cette prise de conscience de la part des personnes professionnelles de la santé publique, plutôt que de les mettre devant l'évidence de leur impuissance, devrait les stimuler à développer des façons de faire pour éviter le plus possible cet état de fait.

Par contre, la personne professionnelle en santé publique peut subir des pressions et devenir complice à son insu, être un moyen de contrôler davantage les populations, permettant une meilleure adéquation aux intérêts des institutions, plutôt que de répondre aux intérêts du milieu, par exemple, en étant une personne ressource visant à faire accepter avec moins de méfiance une normalisation des comportements. La personne professionnelle de la santé publique (ou son partenaire) peut également, en utilisant les réseaux de parenté ou de voisinage, renforcer les traditions, les "logiques de milieu", ce qui pourrait avoir pour effet de bloquer toute évolution, toute remise en question des pouvoirs

institués. Selon la façon dont on s'approprié le terme réseau, il peut devenir «réseau vivant» ou «réseau carcan» (Bahuaud, 1994, p.115).

Lamoureux (1994) a aussi relevé plusieurs enjeux du partenariat. Il serait dommage que les personnes professionnelles de la santé publique procèdent sans se questionner face à leur vision du “partenariat”. Notons que cela vient rejoindre aussi l'idée de la normalisation d'un champ de pratique présenté comme prémisses de la conception à la base de la Politique de santé Mentale actuelle (Corin et Lauzon, 1986). En effet, un des enjeux dont nous désirons discuter par rapport à la promotion est la recherche de consensus.

La recherche coopérative est définie comme pré compétitive (Dommergues, 1988, p. 24-25 cité dans Doré, 1991). La coopération conflictuelle implique de recourir à la coopération, chaque fois que des alliances tactiques sont possibles, malgré les incompatibilités de visée. Elle peut impliquer aussi de faire bon usage du conflit, chaque fois que se présentent les circonstances où il peut nous aider à acquérir “un pouvoir et une responsabilité comparables” au pouvoir et aux responsabilités de ceux qui affirment vouloir solliciter des partenaires. Les personnes professionnelles doivent consentir à ce que les partenaires sans pouvoir exercent cette stratégie de coopération conflictuelle.

Autrement, le projet du partenariat perd toute crédibilité. Il est vu, à juste titre, comme un processus d'illusion idéologique destiné à asservir un formidable potentiel de

solidarité humaine à l'exercice d'un fonctionnement dominateur, de la part d'une minorité en place (Doré, 1991). Foucault aussi nous a bien mis en garde contre la tendance des personnes professionnelles face au pouvoir. De même, Huston (1978) a soutenu l'hypothèse que "l'intellectuel", même celui qui veut être au service de la classe ouvrière, joue un rôle de domination objective qui ne diffère guère de celui de l'intervenant clinique.

En fait, l'approche consensuelle n'est pas censée y gommer les différences, ni y niveler les opinions. Chercher le consensus gomme les différences et risque d'appauvrir sinon d'éteindre les pensées. Le scénario idéal prévoit que les acteurs en présence aient "un pouvoir et des responsabilités comparables (Dommergues, 1988, p. 24-25 cité dans Doré, 1991); ce qui, soit exclut les groupes communautaires, soit les oblige à bâtir un rapport de forces dans lequel ils pourraient acquérir le pouvoir qui leur fait présentement défaut face au public et au privé (Doré, 1991, p. 8). Cela est d'autant plus important à considérer dans l'approche de concertation propre aux personnes professionnelles en santé publique. Les conflits entre l'approche communautaire et la vision étatique de la complémentarisation de la gamme de services peuvent servir d'exemple à ne pas suivre !

5.3.2 L'empowerment et l'advocacy

L'approche de l'*empowerment* ne met pas l'accent sur la réduction de désordres spécifiques mais plutôt que sur le «développement des habiletés et le gain de pouvoir dans

les circonstances personnelles comme politiques» (Trickett, Levin et Hess, 1990, p. 8). En effet, au fil de l'histoire, «l'usager de l'action est vu tantôt comme un citoyen légitime dans son droit, tantôt comme un handicapé en attente de soins» (Trickett, Levin et Hess, 1990, p. 25). L'approche de promotion de la santé mentale inclut donc la notion d'*advocacy*, de laquelle découlent des considérations éthiques concernant le fait de représenter un groupe face à un autre, la pertinence et la compétence des personnes professionnelles de la santé publique d'assumer un rôle politique et la responsabilité éthique envers ceux qui, dans la communauté, sont opposés à la visée de l'*empowerment*. C'est un enjeu éthique car les gens atteints n'ont pas de structures associatives qui permettent une défense juste, surtout dans le domaine de la prévention-promotion.

Dans cette perspective, permet-on vraiment aux usagers d'être des sujets parlants, des acteurs dans la définition de besoins propres et surtout le développement de solutions vraiment innovatrices? Cette polarisation des forces vers les connaissances, qui rappelons-le, sont très limitées en santé mentale, retarde peut-être indûment la compréhension du processus humain relativement à sa santé mentale. De quoi est-il véritablement question dans cette expérience de souffrance? Qui sera à même de mieux définir quels sont les éléments nécessaires au maintien de la santé mentale? Le sociologue Fernand Dumont (cité par GRIPC, 1982) affirme qu'il manque à la culture actuelle un ensemble de médiations neuves, tissées dans la vie quotidienne entre la culture première (qu'on appelle souvent la québécoise) et les extraordinaires réalisations de la culture seconde (le monde des instruits).

Comme nous l'avons vu en relevant les effets pervers des politiques sociales et en voulant lutter contre les inégalités, les personnes professionnelles en santé publique risquent de désigner des exclus, prétextant la justice sociale. Ces mêmes personnes professionnelles peuvent s'immiscer dans la vie privée en faisant des citoyens parallèles. Au nom de leur insertion, ils peuvent se référer à un modèle de citoyen selon les normes dominantes de notre société (Bahuaud, 1994, p.156). Effectivement, certains processus de planification peuvent soulever des questions éthiques quant à la possibilité de représentativité de problèmes marginaux. Les processus de négociation des priorités au niveau national (ou même régional) en sont un exemple, notamment quant à la banalisation de certains problèmes régionaux marginaux ou des problèmes où, comme ceux de la santé mentale, les interventions préventives et promotionnelles n'ont pas encore été démontrées efficaces ou l'ont été par le biais d'une méthodologie plus qualitative.

Dans l'optique de l'action sociale, la personne professionnelle de la santé publique doit se mettre au service des projets individuels ou collectifs des partenaires, qui deviendront alors acteurs de leur cadre de vie. L'objectif est d'exercer la solidarité et non l'assistance, de promouvoir l'autonomie des personnes ou des groupes. L'enjeu n'est pas tant de ne pas appliquer une méthode reconnue efficace que de reconnaître que, si on se fiait à des arguments éthiques, nous aurions avantage à appliquer une méthode dont on ne sait pas encore l'efficacité, mais dont on a l'assurance qu'elle correspond aux besoins parce

qu'elle aura été négociée avec ceux qui en seront les bénéficiaires. L'enjeu est donc d'accepter un rôle de partenaire, égalitaire, avec le désir réel de comprendre que si nos arguments scientifiques, statistiques ou d'efficience ne convainquent pas d'office les autres acteurs, peut-être y a-t-il à regarder au-delà.

Mais comment peut-on avoir accès à la multiplicité des avis, s'assurer que les personnes sont rejointes, que les potentialités latentes s'expriment? Comment savoir si les personnes représentantes sont vraiment représentatives de la communauté d'où elles proviennent? Dans un processus de développement social comment contrer les préjugés face à un groupe ethnique minoritaire, les sous-cultures, etc.? Si la personne professionnelle de santé publique défend un groupe vulnérable, comment s'assurer qu'elle ne dénaturera pas les revendications en banalisant certains aspects de confrontation ou en tentant de se rallier dans le processus d'atteinte d'un consensus? Dans les débats, laissera-t-elle la «rectitude politique» camoufler les sources sociales de certains problèmes de santé mentale? Voilà tout le défi de l'action sociale et de l'*advocacy*.

Les nouvelles expressions, telles que: organiser une cohérence de réponses et un partenariat de complémentarité, présentes dans le discours politique, devraient amener à considérer quelles incidences ont ces termes dans la pratique de la promotion de la santé mentale. C'est pourquoi, les personnes participantes se sont positionnées comme n'étant

plus l'expert qui règle les problèmes : elles veulent un rôle de mise en dynamique des énergies du groupe et aider l'amorce du processus de changement.

Les expressions deviennent : redonner du pouvoir, redonner la confiance au milieu, respecter sa logique, permettre au milieu de se découvrir comme agent de transformations, oser penser différemment, oser être spontané ” et ont une résonance toute particulière qui rejoint certainement davantage leurs aspirations profondes lorsqu'elles tentent d'agir en complémentarité avec les personnes utilisatrices de services en s'appuyant sur leurs ressources et sur les potentialités de leur environnement. Cela nous amène à citer le concept de solidarisation: processus de mise en mouvement des solidarités vers un changement qui nécessite la reconnaissance mutuelle des responsabilités et des compétences individuelles et collectives (Bahuaud, 1994, p. 17). Celui-ci traduit bien plusieurs des valeurs de préférence des personnes répondantes.

5.3.3 La solidarisation et le développement social

Comme l'incite la valeur du respect des différences, les personnes participantes soutiennent la croyance que la vérité universelle objectivable n'existe pas; chacun a sa propre construction de la réalité, il peut y avoir plusieurs vérités. Il y a, à la base, certaines ouvertures pour remettre ces valeurs-là sur la table.

Les personnes participantes désirent s'engager avec le réseau dans un processus collectif qui va favoriser l'expression de la pluralité des regards sur le problème. Le but est d'arriver à une co-définition de celui-ci qui soit acceptable par tous pour bâtir ensemble les axes du changement (Bahuaud, 1994, p. 77). Plusieurs propos étaient conformes à cette idée de définition des besoins et des solutions communes. En mettant de l'avant les valeurs de solidarité, de participation et d'engagement personnel, elles se soustraient au rôle d'expert et laissent davantage d'espace pour la discussion sur les pouvoirs de chacun, dans le respect et la transparence. De plus, les personnes professionnelles en santé publique interrogées soulignent que, si on fait de l'évaluation participative et qu'on négocie ensemble les objectifs de l'évaluation, il est plus probable de réaliser ensemble les résultats, puis il semble que les changements vont plus facilement de soi.

En fait, ils semblent adhérer à la définition suivante du développement social :

Le développement social local est une démarche qui a pour but de redonner vie à un tissu social, de permettre de réactiver la démocratie locale, de re-dynamiser la vie civique. Facteur de transformation et de changement, il s'appuie sur les potentialités intrinsèques, exprimées ou latentes de la population et du territoire, il permet aux individus et aux groupes de s'assurer la maîtrise de leur vie sociale. À la différence d'un certain nombre de politiques sociales plus traditionnelles, le développement social local renforce les capacités d'initiatives et les solidarités interactives de la population; il met en oeuvre autour de celle-ci un inter partenariat où tous concourent à une dynamique de changement social (Bahuaud, 1994, p.108).

L'enjeu demeure de concilier des valeurs divergentes et des perceptions de la réalité qui ne pourront peut-être jamais être complémentaires. L'obtention de ces alliances tacites

pour la promotion de la santé mentale est d'autant plus ardue du fait qu'elle vise à contrer des valeurs dominantes de la société actuelle. Peut-on rallier les gens aux valeurs de la promotion et les aider à maintenir cette adhérence même s'ils n'expérimentent pas la souffrance ou obstacles à leur santé mentale? Resteront-ils solidaires si cela risque de venir à l'encontre de certains de leur intérêt, comme dans la santé mentale au travail par exemple (fermeture d'une entreprise versus maintien en poste d'un dirigeant harcelant et exploiteur)?

Les propos précédents avaient l'intention de présenter sommairement les issues et les thèmes pertinents par rapport à des considérations éthiques en prévention et promotion de la santé mentale. Nous avons adopté la position que les nouveaux paradigmes mettent en lumière à la fois des issues éthiques non discutées et à la fois leurs propres débats autour de l'émergence de nouvelles issues.

Chacune des approches (préventive ou promotionnelle) comporte donc ses enjeux éthiques qui, même s'ils ne sont pas exclusifs, sont du moins spécifiques. L'intérêt de cette discussion est de démontrer que chacune des approches de prévention et de promotion en santé mentale a des enjeux éthiques différents de par les prémisses différentes et que le processus de l'élaboration des paradigmes nécessite un examen des différences et des ressemblances de ces deux perspectives qui, au fil du temps, permettra d'énoncer des standards et des balises. Poursuivons notre réflexion éthique en regardant quelques implications des enjeux nommés.

5.4 Les implications

En fait, la plupart des enjeux soulevés par notre recherche ne sont que des éléments sous-jacents à cet écueil majeur: celui de la reconnaissance de la promotion de la santé mentale. Cette étude a mis en lumière certains enjeux incontournables face aux changements de pratiques, mais surtout au changement de paradigmes pour atteindre la visée de la promotion de la santé mentale, telle que poursuivie par les personnes professionnelles en santé publique interrogées.

L'enjeu auquel il faut maintenant faire face est de déterminer clairement les bienfaits qu'on escompte tirer de la démarche de promotion de la santé mentale, de manière à trouver des stratégies efficaces pour les atteindre, et à les appliquer non seulement à des individus, mais aussi à des groupes et à des collectivités plus larges. Les pistes d'actions qui suivent sont inspirées de plusieurs sources, dont Blanchet et Gauthier (1998, p. 56) qui, il y a presque dix ans, avaient suggéré certaines recommandations pour le développement de la promotion en santé mentale. Il ne s'agit donc pas d'avenues nouvelles pour les personnes professionnelles en santé publique et les principaux décideurs, mais plutôt d'une réactualisation.

5.4.1 Adoption par l'État d'un modèle écologique de la santé faisant consensus

La majorité des personnes participantes conviennent qu'il y a beaucoup d'espoir fondé sur la réédition de la politique de santé mentale ou sur d'autres mesures législatives

pour la modification des pratiques, en vue d'une reconnaissance des pratiques préventives et promotionnelles, qui tiendra compte des divers enjeux mentionnés précédemment. Le gouvernement québécois soutient à l'heure actuelle, des valeurs pertinentes au niveau théorique, mais qui comporte des ambiguïtés quant à l'orientation et à la finalité, ayant choisi de restreindre les actions prioritaires à seulement certains aspects de la santé mentale perturbée. Mais, tant que le gouvernement québécois ne transcrira pas clairement au sein d'une révision de la Politique de santé mentale, d'une politique de santé publique ou, par une loi, ses orientations, les personnes professionnelles du Québec continueront à se questionner quant aux pratiques à privilégier et adopter. En effet, dans la Politique, il est indiqué que le consensus serait souhaitable, mais aucune orientation n'y a été proposée.

De plus, en priorisant l'organisation de services, l'État québécois semble prétendre à changer les mentalités par des restructurations successives. Ce qui, jusqu'à maintenant, ne semble pas s'être avéré favorable pour l'essor de la prévention et de la promotion. Nous croyons que, pour envisager de réels changements, l'adoption d'un modèle de santé davantage écologique serait souhaitable, afin d'actualiser le passage du paradigme curatif à celui de préventif et promotionnel. Nous suggérons, comme exemple, le modèle adopté par la Saskatchewan (Appendice 17) pour sa cohérence et l'harmonisation possible avec les valeurs et les conceptions de nos personnes répondantes. Celui-ci pourrait peut-être être applicable au Québec.

Tableau 5.2 Description du «Population Health Promotion Model»²⁴

(Hamilton et Bhatti, 1996)

L'aspect du « quoi » : Ce modèle vise l'étendue des déterminants de la santé (services de santé, le développement de l'enfant, une pratique centrée sur les habiletés d'adaptation et de santé personnelles, génétiques et biologiques, les conditions de travail, l'éducation, les réseaux de support social, les revenus et le statut social).
L'aspect du « comment » : Par la mise en place de stratégies d'actions englobantes (réorientation des services de santé; développement des habiletés personnelles; création d'environnements supportants; élaboration de politiques publiques saines; renforcement de l'action communautaire)
L'aspect du « par qui » : Par des acteurs diversifiés et une diversification intersectorielle (société, système et secteurs; communauté; familles; individu)
L'aspect du « pourquoi » : Les décisions sont alors prises sur des faits (évidence-base) provenant de la recherche, d'apprentissages expérimentiels et d'évaluations réalisées conjointement.
Les principales croyances : Nous créons la santé dans tous les aspects de notre vie; dans notre famille, nos communautés, nos écoles ou nos milieux de travail. Les activités et le bien-être de chaque secteur de notre société sont inter-reliés. Nous sommes tous concernés, la santé est une responsabilité collective!

En fait, certains organismes communautaires québécois ont déjà adopté des philosophies, ayant certaines prémisses équivalentes, pouvant expliciter davantage ce que peut être une vision écologique de la santé. (ACSM, Pape et Willinsky, 1997, p.1 à 15).

- La promotion de la santé est une notion complexe, mais un certain nombre d'éléments clés reviennent en leitmotiv, dont l'importance de se sentir en contrôle de sa vie, les concepts d'habilitation, de participation, de justice sociale et d'équité.
- Les interventions en vue de promouvoir la santé mentale n'appartiennent pas qu'aux seuls réseaux de soins, car les aspects de la vie pouvant contribuer à la santé mentale sont aussi multiples que variés. Cependant, pour qu'elles portent

²⁴ Traduction personnelle.

fruit, elles doivent appréhender les problèmes de base, notamment les déterminants généraux de la santé que sont le revenu, le logement, l'emploi et l'éducation.

5.4.2 Renforcement de la promotion

L'adoption d'un nouveau modèle implique une modification des modes de pratiques pour renforcer les pratiques promotionnelles, et une adaptation de la formation donnée aux nouvelles personnes professionnelles. En adhérant à un modèle élargissant la vision des pratiques québécoises actuelles, les personnes intéressées à la promotion pourront s'inspirer de diverses stratégies d'amélioration de la santé de la population (Conférence des ministres, 1994), des mouvements mondiaux pour la promotion, etc. Par exemple, au niveau du renforcement de la promotion de la santé mentale, l'OMS a publié un Aide-mémoire (1999) dans lequel on peut retrouver quelques pistes d'actions, qui seraient plus à même d'être alors applicables et conciliables dans le cadre de ce modèle (Appendice 18).

5.4.3 Reconnaissance d'un statut formel à la promotion de la santé mentale

Comme le mentionne Lorion (1990 cité dans Blanchet et al., 1993), il faut reconnaître qu'en ce qui concerne la promotion de la santé mentale, nos sociétés sont encore réticentes à l'accepter autant que la prévention. Ceci fut aussi exprimé par O'Neill et Cardinal (1994). De plus, comme le soulignaient O'Neill et Cardinal (1994), les personnes qui ont le plus influencé les façons de faire en santé communautaire étaient, et

sont encore, peu enclines à proposer l'approche prônée par le discours de la promotion de la santé (p.10). Ces personnes sont-elles désormais en mesure de convaincre leurs organisations que les pratiques en matière de promotion de la santé sont des efforts légitimes sur le plan de la santé communautaire?

Malgré que le développement de l'expertise en promotion de la santé demeure très inégal dans les 18 régions du Québec, ce qui fut confirmé abondamment par les personnes répondantes, le désir de certaines DSP s'est actualisé et peut témoigner de la possibilité de mise en place de la promotion à plus grande échelle. Les dirigeants demeurent-ils vraiment dans l'impossibilité d'aller au-delà du discours et de transférer des ressources du secteur des services curatifs au secteur de la promotion de la santé? Une telle initiative met évidemment en danger leur survie politique car le lobby des médecins est très efficace pour se rallier l'opinion publique et jouer la carte de la liste d'attente pour telle ou telle intervention spécialisée, de la qualité des services, etc.

Pour se faire, nous recommandons, à l'instar de Blanchet (dans MSSS,1990), que la santé publique cesse d'être réticente à l'égard de l'action politique requise et prenne «une position davantage affirmée de défenseur de la promotion en santé mentale et qu'elle participe davantage dans l'élaboration ou l'application des lois et politiques publiques qui favorisent la santé mentale de la population. Sans statut administratif formel, la promotion ne pourra bénéficier de la coordination et de l'intégration budgétaire nécessaires au succès de son développement »(p.56).

La coordination des divers niveaux d'activités en promotion

Le développement des activités destinées à toute la population peut être rentabilisé à partir d'une centralisation régionale ou provinciale, comme lors de campagnes de publicités sociétales ou le développement d'outils d'intervention. D'autres par contre doivent être enracinées au niveau local, d'où le défi de l'harmonisation des différents niveaux d'action. D'ailleurs, l'OMS (1999) a redéfini que particulièrement la promotion «requiert une action plurisectorielle, associant plusieurs secteurs publics tels que ceux de la santé, de l'industrie et de l'emploi, de l'éducation, de l'environnement, des transports et des services sociaux et communautaires, ainsi que des organisations non gouvernementales ou communautaires telles que les groupes d'appui sanitaire, des églises, des clubs et d'autres organismes».

Le financement et l'adoption de critères de priorisation et de sélection pour le financement des projets de promotion

La reconnaissance implique un financement adéquat. Les arguments évoqués quant à l'allocation de budget en promotion de la santé mentale par les personnes répondantes sont éloquentes à ce sujet. Si on ne passe pas des projets aux programmes et qu'on ne garantit pas les conditions de base de succès essentielles aux programmes de prévention, on atteindra jamais les objectifs qu'on annonce. Et si on n'atteint pas les objectifs, les budgets ne seront plus là. Il y a [...] un paradoxe car la récurrence des budgets fait partie des

conditions de succès, surtout maintenant, on fait des budgets récurrents sur trois ans. Plusieurs acteurs en promotion de la santé mentale se demandent pourquoi en rester au stade de projets.

De plus, la promotion doit «faire l'objet d'un **financement spécifique et protégé** dans l'ensemble des services de santé mentale. Seul ce type de financement peut garantir l'intégrité de la promotion et permettre la coordination des différents niveaux d'activités» (Blanchet dans MSSS, 1990, p.56). En effet, selon l'OMS (1999), «les ressources destinées aux soins de santé mentale servent généralement à financer des traitements et des soins spécialisés pour les malades mentaux, ainsi que, dans une moindre mesure, des traitements communautaires et des services de réadaptation. Moins de ressources encore sont consacrées à la promotion de la santé mentale». Changer cet état de fait devient primordial.

Pour atteindre les objectifs de solidarisation et de participation, l'identification de thématiques générales qui respecteraient les particularités locales est nécessaire. De plus, **des critères pour établir les priorités** et sélectionner les projets doivent être développés. Les personnes participantes nous ont souligné l'importance d'avoir des critères respectant les valeurs partagées. Les critères pourraient être: «le potentiel intersectoriel; le choix de stratégies multiples et complémentaires; la continuité avec des initiatives d'envergure provinciale ou fédérale; l'implication de ressources locales telles que les groupes de pression; la présence d'une infrastructure au niveau du terrain capable de soutenir et

d'amplifier l'action; et enfin, diverses variables de pertinence comme l'identification d'un besoin, les retombées à court et à long terme" (Blanchet dans MSSS, 1990, p. 56).

Afin de faire reconnaître les pratiques préventives et promotionnelles, plusieurs mentionnent qu'il faut faire davantage d'évaluation, où la légitimité des interventions ne sera pas établie par la seule démonstration de l'obtention de résultats probants ou certains critères d'efficacité. La modification des critères d'évaluation et la reconnaissance des méthodes qualitatives est un enjeu non spécifique, mais intimement lié à la difficulté de faire reconnaître les pratiques préventives et promotionnelles ayant des impacts plus collectifs.

Des critères d'évaluation peuvent-ils être développés et être spécifiques à ce type d'intervention pour, entre autres, aller au-delà de la temporalité dans laquelle des résultats à court terme sont peu probables, comme de considérer que le processus de changement peut avoir été enclenché chez l'individu, mais non complété? Peut-on songer à explorer davantage le concept de bilan social (Lambert 1982) dans notre vision de l'évaluation? L'approche participative et une vision qualitative n'ajoutent-elles pas une richesse nécessaire à ce type d'évaluation?

Mais, avec l'adoption d'un modèle écologique, et en lien avec les valeurs priorisées en promotion de la santé, des changements majeurs sont nécessaires, impliquant une

responsabilisation collective face à l'amélioration de la santé mentale et une réelle prise en compte des bénéficiaires des services en santé mentale. Un des enjeux discutés était relié à la participation des personnes utilisatrices comme partenaires dans la détermination des priorités d'action et la transformation du réseau. Pour actualiser une telle solidarisation collective, il importe de mieux connaître quelques prémisses de la participation. Parmi les idées-forces du Réseau Santé et des Groupes d'Usagers de la Santé (GUS, cité par Bahuaud, 1994, p.108) qui s'expriment en fonction de l'évolution de la santé et du comportement des personnes utilisatrices, nous en retenons quelques-unes:

Il n'y a pas de recherche de "santé pour soi" sans recherche de "santé pour tous", car nous sommes tous dépendants les uns des autres, et des choix des uns dépend la santé des autres;
Il n'y a pas de meilleure prévention que d'être acteur et créateur de sa propre santé;
La maladie est moins un échec, une tare, un accident, une panne qu'un moment crucial dont le sens est à trouver par le malade lui-même et par la société malade de cette maladie;
La science médicale occidentale sera d'autant plus une grande médecine qu'elle reconnaîtra tous les acquis des médecines ancestrales, traditionnelles et philosophiques;
Les professionnels de la santé sont des accompagnateurs de notre démarche de santé. Leur rôle suppose une grande qualité humaine autant qu'une compétence technique. Ils gagneraient à bénéficier d'une formation beaucoup plus globale qui leur permette de développer toutes les dimensions de leur être : intellectuelles, relationnelles, spirituelles.

Selon nous, une adhésion à une vision conscientisante de la promotion telle que celle-ci, sera plus facile s'il y a parallèlement le développement d'une pensée éthique ou d'une vision permettant que l'éthique devienne une loupe scrutant nos actions.

5.5 Développement d'une pensée éthique

Comme certaines personnes répondantes l'ont mentionné, l'éthique ne fait partie de la santé publique que depuis peu, les réflexions étant surtout axées sur la recherche et réservées aux Comités d'éthique. Par la présentation de l'Appendice 1, nous espérons avoir fait émerger une vision différente de celle-ci pouvant démontrer que l'éthique a sa place à tous les niveaux. Malgré un regain d'intérêt qui apparaît maintenant dans plusieurs milieux de notre vie sociale face à l'éthique, il importe de regarder dans son milieu afin d'identifier jusqu'où nous faisons appel à l'éthique pour régler certaines situations. Un des dangers actuels est de faire de l'éthique une spécialité réservée à des experts. L'éthique ne pourrait-elle pas être au cœur des réflexions quotidiennes?

Certaines personnes répondantes pensent que oui et tentent de dégager les valeurs de leurs programmes et d'en voir la cohérence. La promotion et la prévention de la santé mentale exigent en fait un cheminement critique très propice à la réflexion éthique à plusieurs niveaux, car les personnes professionnelles en santé publique ont avantage à être soucieuses de la dynamique humaine et préoccupées par le contexte organisationnel.

En demeurant vigilantes devant les motifs et les conditions qui sous-tendent l'action, il y aura favorisation de la solidarité autour des enjeux reliés à la promotion de la santé. C'est pourquoi nous croyons que la place de l'éthique en santé publique devrait faire partie

de la sphère des choix quotidiens, en leitmotiv de toute planification d'activités préventives ou promotionnelles, et non uniquement dans l'encadrement d'un comité d'éthique. De plus, à l'instar de Trickett et al. (1990), nous croyons qu'il est grand temps que des personnes professionnelles responsables entreprennent une réflexion éthique systématique.

Ne s'agit-il pas [...] de resocialiser la société? Élargir les droits individuels de l'homme au droit social, permettre la participation réelle des groupes de se construire et de se gérer eux-mêmes, donner à l'intégration de ces microcosmes dans des ensembles plus vastes la capacité économique, technique et politique de partager le bien collectif dans une égalité qui l'emporte sur l'autorité (Duvignaud, 1986, cité par Doré, 1991, p. 9).

Reste à savoir si les personnes professionnelles des directions de santé publique au Québec ont la volonté de faire changer les règles pour favoriser l'amélioration de la santé mentale en mettant à profit le capital humain à tous les niveaux. La compréhension du développement de la dimension éthique chez les personnes nous permet d'envisager la formation à l'éthique et l'amélioration de la vie sociale. Les explications alors trouvées permettent de mieux comprendre le fonctionnement de la motivation afin de comprendre les comportements (Parizeau et McDonald, 1993) . Le développement d'une responsabilité éthique est un processus continu, au même titre que le développement de la personne. Comme l'éthique renvoie à un idéal de société, osons croire que les personnes professionnelles en santé publique feront partie des *bâtisseurs* d'une éthique sociale propice à l'avènement des conditions essentielles à la santé mentale d'un plus grand nombre de Québécois. Nous croyons, de plus, qu'une éthique spécifique pourrait être dégagée éventuellement, lorsque les mobilisations autour des valeurs communes seront généralisées

davantage et les croyances, devenues convictions. En effet, les prémisses à la base de la promotion de la santé mentale convergent vers une interpellation à la responsabilité et à la solidarisation très liée à l'éthique décrite par plusieurs auteurs contemporains (Bahuaud, 1994).

Dans la société pluraliste qui est la nôtre, l'éthique conduit à favoriser le dialogue et des engagements marqués par la responsabilité et la créativité. Il n'est certes pas facile, au plan de la pratique sociale, de bien déterminer la ligne de partage entre le bien et le mal, qui ne serait que mal. Voilà pourquoi l'éthique sociale advient, dans une société pluraliste, sous la forme d'une interpellation. Cette interpellation porte sur la pratique d'hommes et de femmes qui doivent être en mesure d'apporter à leurs citoyennes et à leurs citoyens une réponse individuelle et collective, une réponse à la qualité de la vie sociale axée sur le respect et la promotion de la dignité humaine (Ethos, 1986, p.2).

Mais souvent, le pragmatisme nous renvoie aux besoins utilitaires visant à analyser nos pratiques à la lumière d'un questionnement éthique plus systématisé. Certains éthiciens, (Racine et al., 1991) ont compris cette nécessité d'allier la pratique et la réflexion. Ils ont développé une certaine démarche d'utilité courante pour guider la réflexion éthique. (Racine et al, 1991). Pour actualiser le développement de la pensée éthique, nous pourrions effectivement songer à développer un curriculum de formation à la pensée éthique à l'intention des personnes professionnelles et des personnes décideuses du secteur de la santé mentale et à développer une méthode d'analyse éthique à l'intention des personnes actrices en promotion de la santé.

5.6 Pistes de réflexions d'éthique sociale

Dans notre collecte de données, les personnes répondantes ont fait ressortir certaines tendances sociétales qui pouvaient être en cause dans la détérioration de la santé mentale. Ces questionnements abordaient : la priorisation de la santé physique, les valeurs performance-beauté-jeunesse, la souffrance tolérée dans la dépendance au travail, le besoin de preuves scientifiques, etc. Nous avons présenté textuellement quelques propos des personnes répondantes étant plutôt explicites sur les réflexions à mener (Appendice 7, Tableau II). Cela étant d'autant plus pertinent, qu'il semble qu'au Québec, «[...] les problèmes que l'on peut appeler d'éthique collective ou d'éthique sociale ne semblent jamais faire l'objet de considérations, et ce, même au niveau des comités d'éthique ou des *groupes institués*, dans un but de réflexion, de régulation ou comme mécanismes de gestion de l'éthique²⁵ » (Rocher cité dans Conseil de la santé et du bien-être [CSBE], 1997a, p. 121).

Espérons que cela a évolué depuis et évoluera suite à notre étude. Car il semble qu'en analysant les problèmes de santé mentale à partir de la vision écologique et de la promotion de la santé, nous réussirions peut-être à solutionner certains des problèmes sociaux suivants, en lien avec la santé mentale, en se laissant interpellé par les valeurs de

²⁵ Les personnes intervenantes ou spécialistes de la question éthique (s'il en existe !) qui travaillent sur les questions éthiques, se retrouvent parmi : les organismes subventionnaires d'état, les comités d'éthique nationaux et locaux, les corporations et associations de personnes professionnelles et de chercheurs, les

respect, de participation, d'*empowerment* et d'engagement personnel. De même, d'autres questionnements, à peine abordés par les personnes participantes mais faisant partie du contexte actuel de la santé mentale sont proposés comme incitatifs aux débats.

La mystification et l'intolérance face à toutes expressions de la colère

Si l'on aborde l'épiphénomène de la violence en santé mentale, il y a eu beaucoup de débats et de revendications de la part des mouvements féministes pour faire émerger la tolérance zéro de la violence faites aux femmes. Cette idéologie semble avoir cependant certains effets pervers sur la vie sociale des jeunes garçons, entre autres à l'école et à la garderie, de même que sur les hommes. En effet, ceux-ci n'ont plus aucun espace ou marge de manœuvre pour exprimer colère, frustration ou révolte. Pourtant, selon un modèle écologique de la santé, l'agressivité pourrait être vue comme un début d'affirmation, et sa canalisation, comme créatrice.

Si nous abordons cet aspect, c'est qu'une certaine exclusion des hommes des services de santé mentale et même des organismes communautaires commence à être dénoncée par les rares groupes de défense des droits des hommes. Même si, selon le slogan de la campagne de prévention du suicide 2000, la souffrance n'a pas de genre, il semblerait que la souffrance des hommes, et sa première expression, passent souvent par des "acting out"

réseaux de chercheurs, les groupes ou centres de recherche en bioéthique, les ministères de la Santé et autres organismes publics et parapublics.

qualifiés de violents. Ces appels à l'aide mal exprimés, sont considérés par plusieurs personnes intervenantes en santé mentale comme déviants et il y a une certaine justification à des refus d'accès ou des arrêts de thérapies qui sont justifiés par l'idéologie de la tolérance zéro.

Dans des départements de psychiatrie ou des centres de crise, il y a même émergence d'une tendance où la personne est confinée en isolement ou contrôlée chimiquement ou bien, des actions visent "à responsabiliser" le déviant en judiciarisant par exemple les bris occasionnés par des gestes de colère ou en exigeant des dédommagements monétaires. En effet, l'intolérance de toutes formes de violence ayant par un curieux phénomène été transposé en une généralisation de règlements interne permettant de refuser des services à toute personne ayant exprimée de l'agressivité. Cette norme tenant peu compte envers qui est exprimée cette agressivité (gouvernement, insatisfaction face à une loi, conflit interpersonnels).

Très peu de tentatives de compréhension existent. Pourtant, n'est-ce pas avec un slogan comme : « ces femmes en colère » que certaines féministes ont réussi à faire avancer la dénonciation de l'avalissement et de la soumission des femmes? De même, plusieurs femmes mentionnent que leur épisode de "violence" à elles a tendance à être psychiatrisé davantage alors que ceux des hommes, sont judiciarisés.

La condition masculine en santé mentale

Par rapport à la santé mentale en général, force est de constater que les hommes sont exclus, ou qu'ils s'excluent eux-mêmes des services, peut-être parce que ceux-ci ne correspondent pas à leurs besoins, spécifiques à leur condition masculine. Parfois, par le biais de la toxicomanie, de la justice, de la perte d'emploi, leur itinéraire problématique réussit à faire transparaître les problèmes de santé mentale sous-jacents. De plus, avec les protocoles sociojudiciaires en violence conjugale, on protège les victimes, on les soutient dans la reprise de pouvoir sur leur vie, mais la culpabilisation est quasiment la seule alternative laissée à l'agresseur. De même, plusieurs couples déplorent de ne pas avoir de soutien dans leurs relations interpersonnelles autrement que s'il y a des démarches de divorce. D'autres, tolèrent des relations de dépendance ou conflictuelles pour éviter les difficultés associées aux ruptures, qui ne sont presque pas considérées dans les interventions dites « préventives », entre autres en CLSC. La monoparentalité masculine et la paternité font peu partie des programmes de promotion.

La santé mentale comme continuum de la maturation et du vieillissement des individus

De cette réflexion, découle celle déjà abordée par les personnes participantes, à savoir que, dans le continuum de la santé mentale, très peu de programmes visent les adultes matures. Quant aux questions de fin de vie, les réflexions n'en sont qu'à leurs balbutiements en santé publique. Dans la conception d'un état de santé mental évolutif dans

le temps, dans un contexte de vieillissement de la population, on ne peut pas ne rien faire au niveau de la prévention/promotion des personnes âgées, puisque cette période de la vie est un jalon important de cette évolution.

Pour être en concordance avec le réservoir de sens le plus compatible avec la prévention et la promotion en santé mentale, cela nécessite que faire une priorité ne soit pas exclure. C'est-à-dire qu'on peut agir en amont et tôt, mais aussi garder en tête que l'être humain va aussi changer lorsqu'il est "acculé au pied du mur". Les crises psychosociales ou liées au développement de l'être humain peuvent être des momentum pour faire de l'éducation auprès de la clientèle adulte.. Aussi, la valeur de la compréhension multifactorielle permet d'élargir ses oeillères et de croire, qu'au-delà d'une relation intime avec quelqu'un, il y a une relation affective structurante avec le travail qui peut permettre à certaines personnes de "récupérer" certains apprentissages sociaux ou des habiletés qu'ils n'auraient pas développés en bas âge.

En effet, la plus grande part des adultes sont au travail, d'où une double recommandation venant appuyer la nécessité de développer des conditions de travail qui ne posséderont pas de facteurs de risques. En lien avec la valeur du prévenir plutôt que guérir, ceci est un argument valable pour développer davantage la promotion en milieu de travail. Une autre part est en couple ou parents, donc toutes les difficultés reliées à ces aspects devraient faire partie des préoccupations de la santé publique. Quant aux exclus du marché

de l'emploi, l'amarrage en intersectoriel et avec les politiques sociales devient d'autant important. Et, comme mentionné, la santé publique a un rôle de chien de garde et de dénonciateur face à l'aspect macro-social.

La responsabilité collective de la santé mentale

En présentant la santé comme une ressource et comme étant de la responsabilité de tous, nous avons à réfléchir davantage en tant que société sur la part de responsabilité que nous pouvons prendre. C'est alors que les employeurs, dirigeants, etc. seront plus à même de se mobiliser vers une amélioration des conditions de vie au Québec, de même qu'un agencement des politiques sociales.

Comme nous avons pu le constater dans la présentation des enjeux éthiques et des implications résultantes d'une réflexion éthique, plusieurs thématiques pouvant alimenter des débats futurs. De même, les propos des personnes répondantes démontraient une certaine concordance avec la littérature, concernant l'éthique en prévention primaire de la santé mentale, à savoir que : la prévention primaire est «une valeur en soi», est une activité «ne pouvant être dissociée de son contexte, et des conséquences imprévues sont inévitables» et que le «champ de la prévention a besoin d'adopter des relations de collaboration avec la communauté». (Traduction libre de Trickett, E; Levin, G and Hess, R.,1990).

Comme le soulignait Jocelyne Saint-Arnaud (1999), les prémisses des interventions en santé publique apparaissent plutôt comme des «postulats de bon sens» que l'on ne discute pas parce qu'ils sont censés refléter directement la réalité. Elles demeurent alors le plus souvent implicites et ce double trait (leur apparente objectivité et leur manque d'explication) rend souvent difficile leur identification, à plus forte raison, leur discussion ». C'est pourquoi, en terminant, nous avons tenté de mettre à jour quelques présomptions contenues dans les discours des personnes professionnelles des directions de santé publique intervenant dans des dossiers de santé mentale dans le tableau suivant:

Tableau 5.5 Présomptions des personnes répondantes à soumettre à la réflexion éthique

Le partenariat doit être coordonné par les RRSSS ou le réseau de la santé.
Les personnes atteintes offrent moins de chance de succès ou il est trop tard pour prévenir.
Les résultats sont toujours plus probants lorsqu'on agit précocement, donc avec les enfants; Les adultes, particulièrement les personnes âgées, n'offrent pas de terrain favorable à la promotion de la santé mentale.
L'intersectorialité ne permet pas d'être imputable.
Les personnes professionnelles de la santé publique ne sont pas expertes pour jouer dans la sphère politique.
Les personnes professionnelles n'ont pas le pouvoir de faire changer les pratiques.
Les évaluations par les usagers n'est que subjectivité.
La prévention est plus efficace que la promotion.
Il faut agir le plus précocement, à tout prix, il ne faut pas tolérer la souffrance.
Les mesures coercitives ne s'appliquent pas dans le cas de la santé mentale.

Nous espérons que cette discussion approfondie aura permis de faire ressortir les enjeux éthiques liés à de telles croyances et aura suscité, chez les personnes intéressées par la prévention et la promotion de la santé mentale, un questionnement qui alimentera bon nombre de débats leur permettant d'intervenir selon une éthique propice à l'amélioration de la santé mentale collective, tout en les aidant dans leur cheminement personnel.

CONCLUSION

En abordant notre sujet d'étude, nous étions en présence d'un contexte social à partir duquel nous avons pu faire les constats suivants : un domaine de la santé où le préventif est largement occulté par le curatif; des conceptions imprécises de la prévention et de la promotion, de même qu'une discordance entre la définition soumise pour fin de consensus dans le cadre de la Politique de Santé Mentale du Québec et celle proposée par le CSMQ comme cadre de référence de la promotion de la santé. Le tout se situe dans un contexte de transformation des services de santé mentale, guidé par une priorisation de la clientèle présentant des troubles sévères de santé mentale et des Priorités Nationales de santé publique faisant abstraction quasi totalement des problématiques de santé mentale. Au niveau réflexif, bien que quelques considérations éthiques aient été dégagées de la prévention de la santé mentale à certains égards, les autres prémisses de ces concepts avaient rarement fait l'objet d'un approfondissement.

Nous avons amorcé une telle réflexion avec des personnes professionnelles des directions de santé publique. Notre étude exploratoire nous donne une description intéressante des valeurs, légitimations, régulations et pratiques énoncées par les personnes professionnelles travaillant sur des dossiers de santé mentale. Par contre, nous ne tenterons pas d'extrapoler celles-ci à toute l'organisation de la santé publique (en tant que domaine sociosanitaire, et non uniquement confinée aux directions de santé publique).

L'analyse de ces discours, par le biais de la méthode éthicologique, nous a permis de cerner quelques enjeux éthiques liés principalement aux interrelations entre les valeurs de préférence et les légitimations soutenant les valeurs de référence sous-jacentes aux pratiques préventives et promotionnelles. Les constats étant au niveau des valeurs, une divergence entre les valeurs promues par les RRSSS et certaines DSP et celles de nos personnes répondantes (participation, respect et engagement personnel), la constatation des écarts entre les valeurs de référence des personnes répondantes et la réalité actualisée dans les pratiques entraîne des difficultés d'implantation, voire même des ratés. Les notions d'efficience et d'efficacité occultant le système sociosanitaire, elles constituent une régulation contraignante au niveau des pratiques promotionnelles; celles-ci étant néanmoins dans un contexte d'autorégulation des personnes répondantes ralliées autour de valeurs, mais surtout des légitimations constituant leur perception du continuum de la santé mentale et de sa définition.

Au niveau des pratiques, les enjeux sous-jacents entraînent que l'action politique et le marketing social sont peu actualisés selon nos personnes répondantes. Plusieurs éléments de la pratique incitant à la réflexion ont été identifiés, soit : le type de partenariat possible avec les collectivités et la notion d'*empowerment* comme possibilité d'appropriation du pouvoir sur sa santé et de facteur de résilience.

L'enjeu principal est le manque de consensus sur le modèle écologique de la santé mentale, qui pourrait aider à la reconnaissance des pratiques promotionnelles, de même qu'au développement d'une pensée éthique au sein des personnes professionnelles en santé publique. De par l'identification de ces enjeux, nous croyons avoir atteint notre but.

C'est au cœur de cette traversée de la dynamique éthique des personnes professionnelles en santé publique, que nous avons pu observer, au sein d'une certaine moralité, la lueur d'une éthique naissante de la promotion de la santé mentale. Ces résultats nous portent à espérer que les personnes professionnelles en santé publique oeuvrant en prévention et en promotion de la santé mentale au Québec se laisseront interpeller par une éthique où leur pratique sera devenue un art de vivre solidairement.

Notre souhait étant qu'elles utiliseront les leviers à leur disposition dans le but d'harmoniser les différences, d'enrayer la peur collective de la folie et de la maladie mentale et de dynamiser les mobilisations consensuelles autour des valeurs de participation, de respect, d'*empowerment* et d'engagement personnel. Le tout afin d'apporter à leurs citoyennes et à leurs citoyens une réponse individuelle et collective à l'amélioration de la santé mentale, en tant que défi social, en faisant à nouveau confiance à nos capacités humaines.

Nous sommes consciente que les aspects énoncés dans cette étude ne sont peut-être pas ceux qui auraient émergé d'une étude plus exhaustive sur les pratiques au sein de toutes les personnes intervenantes en prévention/promotion de la santé mentale pratiquant dans d'autres structures. Principalement dans le milieu communautaire. C'est pourquoi nous faisons la proposition de recherche éthique portant sur les pratiques promotionnelles, du point de vue des personnes intervenantes-terrain, soit tout le secteur communautaire et des services sociaux, pouvant aussi inclure les secteurs du domaine de l'éducation, de l'emploi, de l'industrie, de l'environnement et même des transports. Notre optique est donc de recommander l'élargissement à ce niveau, pour valider et approfondir les enjeux liés aux valeurs et aux légitimations communes à adopter en promotion de la santé et de les instituer au sein des législations provinciales, pour faire advenir un engagement marqué par la responsabilité et la créativité.

Comme autres pistes de recherche, nous pourrions proposer :

- de faire une analyse comparative des politiques sociales et éducatives au niveau des valeurs afin de proposer une harmonisation avec celles de la promotion de la santé;
- de revoir la perception, des acteurs en promotion de la santé mentale, des notions d'équité et de justice sociale d'un point de vue éthique, etc.

BIBLIOGRAPHIE

- ALQUIÉ, Ferdinand. 1950. La nostalgie de l'être. Paris : P.U.F. 158 p.
- ANTONOVSKY, Aaron. 1995. Bibliographic citation. *Isr-J-Psychiatry-Relat-Sci.*; 32(1): p. 5-13.
- A.S.P.Q. & M.S.S.S. 1990. Actes du Forum : Les inégalités socio-économiques et la santé : Comment agir?. Montréal : ASPQ & Québec : M.S.S.S. 150 p.
- A.S.P.Q. 1994. Pour un nouveau projet social : Mémoire sur la réforme de la sécurité sociale au Canada. Montréal : A.S.P.Q. 115 p.
- A.S.P.Q. 1997. Bulletin de santé publique. Vol. 18, no 1, Printemps 1997.
- ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. 1998. Répertoire des ressources en promotion de la santé mentale. Ottawa: A.C.S.P. 159 p.
- ASSOCIATION DES CENTRES D'ACCUEIL DU QUÉBEC. 1982. Rôle et orientations des centres d'accueil de réadaptation pour personnes handicapées mentalement. Reproduction mécanique. [s.l.]. 162 p.
- ATELIER-CONFÉRENCE DE L'ACFAS. 1998. Enjeux éthiques en santé mentale : Pluralités. Résumé reproduit mécaniquement préparé par l'Équipe de santé publique de Montréal. [s.l.]. Université Laval. 5 p.
- AUBÉ, Denise ; BRISSON, Suzanne & LAVOIE, Lyne. 1997. Suivi des répercussions de la transformation des services de santé et des services sociaux sur l'utilisation des services et la santé de la population. Québec : RRSSS de Québec. 51 p.
- BADGLEY, Robin F. [et al.]. 1998. Community action and public health. Toronto: N.H.R.D.P. 44 p.
- BAHUAUD, Annick. 1994. De l'assistance à la solidarisation : un nouveau sens au travail social : une action recherche collective. Paris : L'Harmattan. 187 p.
- BARTON, Winifred G. 1991. La santé parfaite physique et morale. Boucherville : Éditions de Mortagne. 209 p.
- BARUS-MICHEL, Jacqueline. 1987. Le sujet social: Étude de psychologie sociale clinique. Collection Organisation et sciences humaines. Paris : Dunod. 209 p.

- BASTIEN, Robert [et al.]. 1994. Promouvoir la santé : réflexions sur les théories et les pratiques. Collection Partage. Montréal : Réseau francophone International pour la promotion de la santé. 233 p.
- BEAUDIN-DUFOUR, Danielle. 1992. Bioéthique et dépistage. Chicoutimi : DSC région 02-A. 65 p.
- BÉLANGER, Rodrigue & PLOURDE, Simonne (Études réunies et présentées par). 1992. Actualiser la morale : Mélanges offerts à René Simon. Paris : Éditions du Cerf. 512 p.
- BERNARD, Jean. 1990. De la biologie à l'éthique. Paris: Buchet-Chastel. 309 p.
- BERNARD, Jean. 1994. La bioéthique. Paris: Flammarion. 125 p.
- BIBEAU, Gilles [et al.]. 1992. La santé mentale et ses visages : un Québec pluriethnique au quotidien. Boucherville : Gaëtan Morin. 289 p.
- BILLETTE, Isabelle; MERCIER, Céline & WHITE, Deena. 1995. Les rapports dynamiques du processus partenarial: un regard dans le domaine de la santé mentale: rapport final. Montréal: Université McGill. 116 p.
- BLAIS, Martin. 1980. L'échelle des valeurs humaines. Montréal: Fides, 216 p.
- BLANCHET, Luc [et al.]. 1993. La prévention et la promotion en santé mentale: préparer l'avenir. Boucherville : Gaëtan Morin. 138 p.
- BLANCHET, Luc & GAUTHIER, Nicole. 1998. La promotion de la santé mentale et du bien-être de la population. [s.l.] : RRSSS de Montréal-Centre & M.S.S.S. 23 p.
- BOITTE, Pierre. 1997. Pour une éthique de la santé publique dans une société vieillissante. Montréal : Fides. 53 p.
- BOOREKAMP, G. M. M.; VAANDRAGOR, H. W.; KOELEM, M. A. & KENNEDY, Haynes L. 1995. Travelling through health promotion land.
- BOUDREAU, Françoise. 1987. «The making of mental health policy : the 1980s and the challenge of sanity in Quebec and Ontario». Revue canadienne de santé mentale communautaire, 6, p. 27-47. Cité dans Santé Mentale au Canada, vol. 40, no 1, mars 1992, p. 5.

- BRÉART, FARGOT-LARGEAULT, HEMNO [et al.]. 1994. Cités dans MASSÉ, Raymond & SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1997. Projet de recherche: Analyse des enjeux éthiques associés à la santé publique à partir du discours des professionnels des DSP du Québec. [s.l.]. (Non publié).
- C.RRSSSQ. 2001. Régies régionales. Document Internet. http://www.crrssq.qc.ca/regie_region.html.
- CADORE, Bruno. 1997. L'éthique clinique comme philosophie contextuelle. Montréal : Fides. 61 p.
- CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. 1995. Perspectives on health promotion: towards National Consensus. Ottawa: C.P.H.A.
- CANTO-SPERBER, Monique (Sous la direction de). 1996. Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale. Paris : Presses universitaires de France. 1719 p.
- CASSIERS, Léon [et al.]. 1985. Éthique et psychiatrie. Louvain-la-Neuve : Presses universitaires de Louvain. 178 p.
- CASTIEL, Didier. 1995. Équité et santé. Rennes: École nationale de santé publique. 108 p.
- CÉSARI, Paul. 1964. La valeur. Paris : P.U.F. 120 p.
- CHAOULLI, Jacques. 1995. La santé au Québec: les vrais responsables: devant ces patients qui dérangent le système: la conspiration du silence. Longueuil : Sans-Scrupule. 189 p.
- CHARLTON. 1993. Cité dans MASSÉ, Raymond & SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1997. Projet de recherche: Analyse des enjeux éthiques associés à la santé publique à partir du discours des professionnels des DSP du Québec. [s.l.]. (Non publié).
- CLOUTIER, François. 1968. La santé mentale. Paris : P.U.F. 128 p.
- COMITÉ AVISEUR SUR LA RECHERCHE ET L'ÉVALUATION EN TOXICOMANIE. 1996. Description des contenus en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies et analyse critique. Québec : M.S.S.S. 99 p.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. 1985a. La santé mentale : De la biologie à la culture : Avis sur la notion de santé mentale. Québec: Ministère des communications. 158 p.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. 1985b. La santé mentale : prévenir, traiter et réadapter efficacement. Québec : Ministère des affaires sociales.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. 1994a. Les liens entre la pauvreté et la santé mentale. Québec : Gouvernement du Québec.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. 1994b. Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale. Québec : Gouvernement du Québec.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. 1997. Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. Québec : M.S.S.S. 264 p.

COMITÉ RÉGIONAL SUR LA PREMIÈRE LIGNE DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1997. Promouvoir la première ligne des services des services de santé et des services sociaux dans la région de Québec. Publication interne. Québec. 30 octobre 1997.

CONFÉRENCE DES MINISTRES DE LA SANTÉ (14 et 15 septembre 1994, Halifax). 1994. Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens. Préparé par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. Ottawa : Santé Canada, Directions des communications. 49 p.

CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LA RECHERCHE SOCIALE. 1995. L'éthique en recherche sociale : acte du colloque du 16 mai 1984. Québec : C.Q.R.S. 175 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. 1995. Un juste prix pour les services de santé. Sillery : Conseil de la Santé et du bien-être. 52 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. 1997a. Enjeux éthiques dans le secteur de la santé et du bien-être: besoin d'intervention?. Québec : C.S.B.E. 188 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. 1997b. Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux. Québec : C.S.B.E. 60 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. 1997c. La participation comme stratégie de renouvellement du développement social. Québec : C.S.B.E. 119 p.

COOPER, David. 1970. Psychiatrie et anti-psychiatrie. Paris: Éditions du Seuil. 188 p.

- COOPER, David. 1978. Le langage de la folie. Paris: Éditions du Seuil. 178 p.
- CORIN, Ellen E. & LAUZON Gilles. 1986. « Les évidences en question ». Santé Mentale au Québec, vol. 11, no 1, p. 42-58.
- CORIN, Ellen E. [et al.]. 1990. Comprendre pour soigner autrement. Montréal : P.U.M. 258 p.
- D'AMOURS, Yvan. 1988. Activité physique: santé et maladie. Montréal : Québec/Amériques. 253 p.
- DAUSSET, Jean. 1996. La médecine prédictive : pour donner de la vie aux années. Paris : L'Harmattan.
- DEGUIRAL, René. 1953. L'hygiène sociale: principes, méthodes organisation. Toulouse: Privat. 128 p.
- DESLAURIERS, Jean-Pierre. 1987. Les méthodes de la recherche qualitative. Sillery: P.U.Q. 153 p.
- DESLAURIERS, Jean-Pierre. 1991. Recherche qualitative : guide pratique. Montréal: McGraw-Hill. 142 p.
- DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. 1985/1997. Répertoire des projets subventionnés en santé publique. Québec : MSSS.
- DIRECTION DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. 1997. Document de travail: Enjeux du virage prévention/promotion au Québec. (Non publié). Québec.
- DORÉ, Gérald. 1991. Partenariat: l'enjeu de la coopération conflictuelle pour les groupes communautaires. Sainte-Foy : Université Laval, École de service social, Laboratoire de recherche. 10 p.
- DOSTIE, Floriane. 1999. L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux: considérations éthiques. Mémoire de maîtrise en éthique. Rimouski: Université du Québec à Rimouski. 219 p.
- DOWNIE, Robert S.; FYFE, Carol & TANNAHILL, Andrew. 1990. Health promotion: models and values. Oxford: Oxford medical publications. 183 p.

- DOWNIE, Robert S. & CALMAN, K. C. 1994. Healthy respect: ethics in health care. New York: Oxford medical publications.
- DREYFUSS, Hubert & RABINOW, Paul. 1984. Michel Foucault: un parcours philosophique. Paris: Éditions Gallimard. 366 p.
- DUBOIS, René. 1999. Considérations éthiques sur la politique québécoise de santé mentale (1989) et ses applications. Mémoire de maîtrise en éthique. Rimouski: Université du Québec à Rimouski. 101 p.
- DUFRESNE, Jacques [et al.]. 1985. Traité d'anthropologie médicale : l'institution de la santé et de la maladie. Sillery : PUQ. 1245 p.
- DUMAIS, Monique. 1992. Méthode éthique: documents. Rimouski : UQAR
- DUPLESSIS, Pierre [et al.]. 1989. Santé publique et pays industrialisés. Québec: Les Publications du Québec. 424 p.
- DURKHEIM, Émile. 1911. «Jugement de valeur et jugement de réalités». Revue de métaphysique et de morale, vol. 19, p.438.
- ÉQUIPE DE RECHERCHE-ACTION EN SOCIOLOGIE DE LA SANTÉ MENTALE. 1983. L'intervention en santé mentale: premiers éléments pour une analyse sociologique: document de travail. Les cahiers du CIDAR. Montréal : Université de Montréal: Département de sociologie. 289 p.
- ESSIAMBRE, Linda. 2000. Le dilemme des parents face à l'utilisation du Ritalin pour leur enfant diagnostiqué en déficit d'attention avec hyperactivité. Mémoire de maîtrise en éducation. Rimouski: Université du Québec à Rimouski. 371 p.
- EYLES. 1993. Cité dans MASSÉ, Raymond & SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1997. Projet de recherche: Analyse des enjeux éthiques associés à la santé publique à partir du discours des professionnels des DSP du Québec. [s.l.]. (Non publié).
- FAMILY HEART STUDY GROUP. 1994. Cité dans MASSÉ, Raymond & SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1997. Projet de recherche: Analyse des enjeux éthiques associés à la santé publique à partir du discours des professionnels des DSP du Québec. [s.l.]. (Non publié).
- FORGES, Jean-Marie de. 1986. Le droit à la santé. Paris : P.U.F. 127 p.

- FORTIN, Pierre. 1991. «Les enjeux éthiques de la réforme électorale au Canada : Analyse éthicologique». Dans «L'éthique et la politique au Canada» de Janet Hébert, dir. Études de la Commission Royale sur la réforme électorale et le financement des partis, no 12. Montréal : Wilson & Lafleur.
- FORTIN, Pierre [et al.]. 1992. Guide déontologique pour les interventions en centres d'hébergement et de soins de longue durée. Collection Monographies d'Éthos, no. 3. Rimouski : Université du Québec à Rimouski, Groupe de recherche Éthos. 162 p.
- FORTIN, Pierre. 1992. «Par quel chemin accéder à soi-même: essai sur l'expérience éthique». Réseaux, «L'Expérience éthique», vol. 64-65-66, p. 61.
- FORTIN, Pierre. 1995. La morale, l'éthique, l'éthicologie: une triple façon d'aborder les questions d'ordre moral. Québec : P.U.Q. 124 p.
- FORTIN, Pierre [et al.]. 1999. La réforme de la santé au Québec. Cahier de recherche Éthique 22. Saint-Laurent : Édition Fides. 243 p.
- FORTIN, Pierre. [s.d.]. L'œuvre de soi ou comment bel et bien vivre. Reprographie mécanique, p. 38-44.
- FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ. 1995. Question de santé: votre opinion compte. Ottawa: Forum national sur la santé. 21 p.
- FOUCAULT, Michel. 1963. Naissance de la clinique. Paris : P.U.F. 212 p.
- FOUGEYROLLAS, Pierre. 1980. Savoirs et idéologies dans les sciences sociales. Paris : Payot.
- FRIEDBERG, Erhard. 1993. Le pouvoir et la règle. Paris : Édition du Seuil. 404 p.
- FUKUYAMA, Francis. 1992. La fin de l'histoire et le dernier homme. Paris : Flammarion. 452 p.
- GILLON. 1990. Cité dans MASSÉ, Raymond & SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1997. Projet de recherche: Analyse des enjeux éthiques associés à la santé publique à partir du discours des professionnels des DSP du Québec. [s.l.]. (Non publié).
- GILLON, Raanan. [s. d.]. «Ethics in health promotion and prevention of disease». Journal of Medical Ethics, 16, p. 171-172.

- GIROUX, Guy. 1995. De l'hétérorégulation par le droit à l'Autorégulation par l'éthique. Allocution dans le cadre d'une activité de la section «Éthique» à l'occasion du 63^e congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences tenue à l'Université du Québec à Chicoutimi du 22 au 26 mai 1995.
- GIROUX, Guy. 1997a. L'intervention éthique. Notes de cours. Rimouski : Université du Québec à Rimouski.
- GIROUX, Guy. 1997b. La pratique sociale de l'éthique. Montréal: Bellarmin. 293 p.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC. 1997a. Défis de la reconfiguration des services en santé mentale. Québec : Bibliothèque nationale du Québec. 264 p.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC. 1997b. Orientations pour la transformation des services de santé mentale. Québec : Bibliothèque nationale du Québec. 51 p.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC. 2000. Loi sur les services de santé et les services sociaux. (L.R.Q., chapitre S-4.2). Montréal : Wilson & Lafleur. 1413 p.
- GREEN, Lawrence W. & KREUTER, Marshall W. 1991. Health promotion planning, Toronto: Mayfield. 506 p.
- GROUPE INTERUNIVERSITAIRE DE RECHERCHE EN ANTHROPOLOGIE MÉDICALE ET EN ETHNOPSYSCHIATRIE [et al.]. 1988. La recherche en santé mentale et en toxicomanie: spécificité de l'approche sociale et perspectives de développement: Rapport de recherche. Québec: C.Q.R.S. 367 p.
- GROUPE DE RECHERCHE ETHOS. 1986. Mémoire déposé à la Commission Rochon. No 10434. 10 p.
- GROUPE DE RECHERCHE ETHOS. 1987. L'éthique à venir : Une question de sagesse? Une question d'expertise?. Québec : Université du Québec à Rimouski. 492 p.
- GROUPE DE RECHERCHE ET D'INTERVENTION EN PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE. 1982. L'approche communautaire: vers une pratique élargie. [s. l.], p. 99.
- GROUPE DE RECHERCHE SUR LES SERVICES COMMUNAUTAIRES; ASS.DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC ET UNIVERSITÉ LAVAL. 1996. Infosanté: région de Québec. Sainte-Foy : Université Laval. 87 p.

- GUÉRARD, François. 1996. Histoire de la santé au Québec. Montréal : Éditions Boréal. 123 p.
- GUYON, Louise [et al.]. 1996. Derrière les apparences: santé et conditions de vie des femmes. Québec : M.S.S.S. 384 p.
- HILL, Adèle J. & MUCCI, Fernand. 1996. «La promotion de la santé: de l'atelier de l'automne dernier à aujourd'hui». Bulletin de santé publique, automne 1996.
- HÖFFE, Otfried [et al.]. 1993. Petit dictionnaire d'éthique. Fribourg: Éditions universitaires. 371 p.
- HORNER. 1992. Cité dans MASSÉ, Raymond & SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1997. Projet de recherche: Analyse des enjeux éthiques associés à la santé publique à partir du discours des professionnels des DSP du Québec. [s.l.]. (Non publié).
- HOUSE, Peter William. 1982. The art of public policy analysis: the arena of regulations and resources. Beverly Hills, California: Sage. 295 p.
- HUSTON., L. 1978. «La petite-bourgeoisie et les groupes (pas très) populaires: un conte de fée pour militant averti». Possibles. Montréal, vol. 3, no 4, automne 1978, p. 147-153.
- IMPERIAL CANCER RESEARCH FUND: OXCHECK STUDY GROUP. 1994. Cité dans MASSÉ, Raymond & SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1997. Projet de recherche: Analyse des enjeux éthiques associés à la santé publique à partir du discours des professionnels des DSP du Québec. [s.l.]. (Non publié).
- INSTITUT CANADIEN D'ADMINISTRATION DE LA JUSTICE. 1993. Soins de santé, éthique et droit. Montréal : Les Éditions Thémis. 398 p.
- ION, Jacques & TRICART, Jean-Paul. 1984. Les travailleurs sociaux. Paris : La Découverte. 125 p.
- JIMENEZ, Vania. 1985. Cadre conceptuel de l'évaluation des besoins en santé mentale, via les intervenants. RRSSS de Montréal-Centre. [s.l.]. (Non-publié).
- JOSHI, Purushottam & GRÂCE, Gaston-René de. 1983. Conceptions contemporaines de la santé mentale. Montréal : Décarie. 365 p.
- KELMAN, Herbert. 1965. The manipulation of human behaviour: an ethical dilemma for social scientist.

- KERVASDOUÉ, Jean; KIMBALY, John & RODWIN, Victor. 1981. La santé rationnée? La fin d'un mirage. Chapitre 1 : La politique de santé et le rôle de l'État : 1945-1980, p. 7-19. Paris: Économica. Collection «Recherches», no.34. 240 p.
- KETTING, Peter & KEEL, Othmar. 1995. Santé et société au Québec: XIXe-XXe siècles. Montréal: Éditions Boréal. 272 p.
- KEYSERLINGK, Edward. 1979. Le caractère sacré de la vie ou la qualité de vie: document d'étude. Ottawa: Commission de réforme du droit du Canada. 231 p.
- KLUGE. 1994. Cité dans MASSÉ, Raymond & SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1997. Projet de recherche: Analyse des enjeux éthiques associés à la santé publique à partir du discours des professionnels des DSP du Québec. [s.l.]. (Non publié).
- KONINCK, Maria de, 1993. Les enjeux de société pour la santé publique: le défi d'une réelle égalité. Montréal : A.S.P.Q. Reprographie mécanique. 7 p.
- KOZIER, Barbara & ERB, Glenora. 1983. Soins infirmiers: une approche globale. Montréal: Éditions du Renouveau pédagogique. 1142 p.
- LALONDE, Marc. 1974. Nouvelles perspectives de la santé des canadiens. Ottawa : Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. 82 p.
- LAMBERT, Michel. 1982. L'approche bilan social au Centre François-Charron. [s.l.]. Reproduction mécanique. 54 p.
- LAMBERT, Michel. 1983. Le bilan social 1982-1983. [s.l.]: Centre François-Charron. Reproduction mécanique. 117 p.
- LAMONTAGNE, Denise. 1986. L'éthique dans l'administration publique: une question quelque part entre le devoir et le pouvoir. Mémoire de maîtrise en éthique. Rimouski : Université du Québec à Rimouski.
- LAMONTAGNE, Yves. 1988. La médecine mécanisée : Les services de santé au Québec : éden ou enfer?. Montréal: La Presse. 116 p.
- LAMOUREUX, Henri. 1996. Le citoyen responsable. Montréal: VLB éditeur. 197 p.
- LAMOUREUX, Henri [et al.]. 1996. La pratique de l'action communautaire. Sainte-Foy: P.U.Q. 436 p.

- LAMOUREUX, Jocelyne [et al.]. 1991. Le choc des cultures : Bilan-synthèse de la participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation des services en santé mentale au sein des comités tripartites. Montréal : R.R.A.S.M.Q. 48 p.
- LAMOUREUX, Jocelyne. 1994. Le partenariat à l'épreuve. Montréal : Éditions Saint-Martin. 235 p.
- LAPASSADE, Georges. 1974. Groupes, organisations, institutions. Collection Hommes et organisation. Paris : Gauthier-Villars. 227 p.
- LAPOINTE, Bernard. 1999. L'éthique dans la politique à Québec, au Québec et au Canada. Mémoire de maîtrise en éthique. Rimouski: Université du Québec à Rimouski. 177 p.
- LAPORTE, Isabelle (sous la direction de). 1993. Santé mentale. Série de cahiers thématiques proposés par des groupes d'experts du réseau de la santé publique à la Direction générale de la santé publique. Québec : M.S.S.S.
- LAST. 1990. Cité dans MASSÉ, Raymond & SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1997. Projet de recherche: Analyse des enjeux éthiques associés à la santé publique à partir du discours des professionnels des DSP du Québec. [s.l.]. (Non publié).
- LAVELLE, Louis. 1951. Le traité des valeurs. Volume 1. Paris: P.U.F. 751 p.
- LAVELLE, Louis. 1976. La morale change. Paris : Éditions du Cerf.
- LAVOIE, André [et al.]. 1987. Les problèmes de santé prioritaires: une perspective épidémiologique. Montréal: Agence d'arc. 124 p.
- LEBEAU, Aimé. 1992. Protocole de recherche : Analyse des pratiques préventives et promotionnelles en santé mentale. Reprographie mécanique. [s.l.] 22 p. et 2 annexes.
- LECOMPTE, Yves (Directeur). 1990a. Santé mentale au Québec. Montréal. Volume XV, numéro 1. Mai 1990. 258 p.
- LECOMPTE, Yves (Directeur). 1990b. Santé mentale au Québec. Montréal. Volume XV, numéro 2. Novembre 1990. 270 p.
- LECOMPTE, Yves (Directeur). 1995. Santé mentale au Québec. Montréal. Volume XX, numéro 1. Printemps 1995. 271 p.

- LEFRANÇOIS, Richard. 1992. Stratégies de recherche en sciences sociales. Montréal : P.U.M. 358 p.
- LÉGARÉ, Gilles. 1995. La prévalence des troubles mentaux dans le Bas-Saint-Laurent: Faits saillants: Enquête santé mentale. Rimouski: D.R.S.P. du Bas-Saint-Laurent. 16 p.
- LÉGARÉ, Gilles & CARRIER, Odette. [s.l.n.d.]. Les conditions de vie des patients psychiatriques en milieu rural. Reprographie mécanique. DSC de Rimouski & CLSC de Matane. 18 p.
- LEGAULT, Georges A. 1991. «Code de déontologie et éthique professionnelle». Éthica, vol. 3, no. 1, mars 1991, p. 9-44.
- LEGAULT, Georges A.. 1994. Questions fondamentales en éthique. Cahiers de philosophie no 5. Sherbrooke : Université de Sherbrooke.
- LEGAULT, Georges A. (Sous la direction de). 1997. Enjeux de l'éthique professionnelle : Tome II : L'expérience québécoise. Sainte-Foy : P.U.Q. 180 p.
- LEGENDRE, Rénald. 1995. Entre l'angoisse et le rêve. Montréal : Guérin. 355 p.
- LEMIEUX, Vincent [et al.]. 1994. Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux. Québec: P.U.L. 370 p.
- LÉVESQUE, Jean-Yves. 1994. La gestion mentale : une théorie de l'action pédagogique pour la prévention et la diminution des difficultés d'apprentissage scolaire. Rimouski : Université du Québec à Rimouski. Avril 1994.
- LIEBERMAN, E. James. 1975. Mental health: the public health challenge. Washington: American Public Health Association. 293 p.
- LLOYD, Geoffrey. 1993. Pour en finir avec les mentalités. Paris: Éditions La Découverte. 243 p.
- LORANGER, Michel. 1995. Théories de l'intelligence. Québec : Université Laval.
- LUISSIER. 1995. Cité dans MASSÉ, Raymond & SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1997. Projet de recherche: Analyse des enjeux éthiques associés à la santé publique à partir du discours des professionnels des DSP du Québec. [s.l.]. (Non publié).

- MAHLER, Henry. 1988. «Present status of who's initiative: Health for all, by the years 2000». Annual review of public health. Vol. 9, p. 71-97.
- MALO, Claire. 1991. Recension des écrits sur les programmes de prévention primaire et de promotion en santé mentale : De la conceptualisation à l'évaluation. [s.l.] : CSMQ 180 p.
- MARCHAND. 1996. Cité dans MASSÉ, Raymond & SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1997. Projet de recherche: Analyse des enjeux éthiques associés à la santé publique à partir du discours des professionnels des DSP du Québec. [s.l.]. (Non publié).
- MARSHALL. 1996a, b, c, d. Cité dans MASSÉ, Raymond & SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1997. Projet de recherche: Analyse des enjeux éthiques associés à la santé publique à partir du discours des professionnels des DSP du Québec. [s.l.]. (Non publié).
- MARSHALL, K. G. 1996c. Cité dans MASSÉ, Raymond & SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1997. Projet de recherche: Analyse des enjeux éthiques associés à la santé publique à partir du discours des professionnels des DSP du Québec. [s.l.]. (Non publié).
- MARX, Karl & ENGELS, Friedrich. 1976. Critique de l'éducation et de l'enseignement. Paris: François Maspero. 285 p.
- MASSÉ, Raymond & POULIN, Carole. 1992. Élaboration et validation d'un outil de mesure de la santé mentale. Montréal. DSC de Verdun.
- MASSÉ, Raymond. 1995. Culture et santé publique. Montréal: Gaëtan Morin éditeur. 499 p.
- MASSÉ, Raymond & SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1997. Projet de recherche: Analyse des enjeux éthiques associés à la santé publique à partir du discours des professionnels des DSP du Québec. [s.l.]. (Non publié).
- MASSÉ, Raymond. «La santé publique comme nouvelle moralité». Dans FORTIN, Pierre [et al.]. 1999. La réforme de la santé au Québec. Cahier de recherche Éthique 22. Saint-Laurent : Édition Fides, p. 155-174.
- MAYER, Robert & OUELLET, Francine. 1991. Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux. Boucherville : Gaëtan Morin. 537 p.

- McCORMICK. 1994. Cité dans MASSÉ, Raymond & SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1997. Projet de recherche: Analyse des enjeux éthiques associés à la santé publique à partir du discours des professionnels des DSP du Québec. [s.l.]. (Non publié).
- MÉLANÇON, Marcel J. (sous la direction de). 1994. Bioéthique et génétique: Une réflexion collective. Chicoutimi : Éditions JCL. 150 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1987. Politique de santé et du bien-être. Québec : Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1988a. La promotion de la santé. Collection Promotion de la santé. Tomes 1 à 5. Québec : M.S.S.S.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1988b. Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. (Rapport Rochon). Québec : Les publications du Québec. 803 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1989. Politique de santé mentale. Québec : Gouvernement du Québec. 62 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1990. Santé Société : Volume 5 : La promotion de la santé mentale. Collection Promotion de la Santé. Québec : M.S.S.S. 57 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1991. Un Québec fou de ses enfants. (Rapport Bouchard). Québec : MSSS. 179 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1992a. Cadre de référence pour l'élaboration du programme de santé publique et pour l'organisation du réseau de santé publique. Québec : Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1992b. La politique de la santé et du bien-être. Québec : M.S.S.S. 192 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1996. La santé et les services sociaux : Enjeux et orientations stratégiques d'un système en transformation. Québec : Gouvernement du Québec. 46 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1997a. Bilan d'implantation de la politique de santé mentale. Québec: Gouvernement du Québec. 159 p.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1997b. Orientations pour la transformation des services de santé mentale. Québec : Gouvernement du Québec. 51 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1997c. Priorités nationales de santé publique: 1997-2002. Québec, Gouvernement du Québec. 103 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 2001a. Accentuer la transformation des services de santé mentale. Québec : Gouvernement du Québec. 52 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 2001b. Transformation des services de santé mentale. Québec : Gouvernement du Québec. 50 p.
- MORIN, Edgar. 1973. Le paradigme perdu: la nature humaine. Paris: Éditions du Seuil. 253 p.
- OLD & MONTGOMERY. 1992. Cités dans MASSÉ, Raymond & SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1997. Projet de recherche: Analyse des enjeux éthiques associés à la santé publique à partir du discours des professionnels des DSP du Québec. [s.l.]. (Non publié).
- O'NEILL, Michel; PEDERSON, Ann & ROOTMAN, Irving. 1994. Health Promotion in Canada: Provincial, national & international perspectives. Toronto: W. B. Saunders. 401 p.
- O'NEILL, Michel & CARDINAL, Lise. 1994. La promotion de la santé au Québec : a-t-elle jamais été populaire?. Montréal : A.S.P.Q. 24 p
- O'NEILL, Michel & CARDINAL, Lise. 1998. « Les ambiguïtés québécoises dans le domaine de la promotion de la santé ». Recherches sociographiques, Vol. 39, no 1, jan-avril 1998, p. 9-37.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 1981. Dimensions sociales de la santé mentale. [s. l.]: OMS. 48 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 1981. Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Genève : OMS. 90 p.

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 1999. « Renforcement de la promotion de la santé mentale ». Aide-mémoire. [s.l.] : OMS. No 220, avril 1999. Document Internet.
<http://www.who.int/inf-fs/fr/am220.html>.
- PAPE, Bonnie & WILLINSKY, Catherine. 1997. La promotion de la santé mentale. Bureau National de l'A.C.S.M. 15 p.
- PAQUETTE, Claude. 1982. Analyse de ses valeurs personnelles: S'analyser pour mieux décider. Montréal : Québec/Amérique. 214 p.
- PARIZEAU, Marie-Hélène & McDONALD, Michael. 1993. Vers une stratégie canadienne de recherche en éthique appliquée. Rapport de la Fédération canadienne des études humaines au Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. Ottawa : Fédération canadienne des études humaines. p. 8-16, 18.
- PARIZEAU, Marie-Hélène (Sous la direction de). 1995. Hôpital et éthique: Rôles et défis des comités d'éthique clinique. Québec. P.U.L. 256 p.
- PERROTIN, Catherine. 1992. «Éthique et Handicap». Études, tome 377, p. 343-349.
- PINEAULT, Raynald & DAVELUY, Carole. 1986. La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies. Montréal: Agence d'arc. 480 p.
- POTVIN, Louise [et al.]. 1994. Élaboration d'instruments de mesure des mécanismes familiaux de régulation des comportements de santé. Montréal: Faculté de Médecine, Université de Montréal. Février 1994. 52 p.
- PUCELLA, Salvatore & MORAZAIN, André. 1988. Éthique et politique. Ottawa : ERPI. 130 p.
- QUÉBEC (Province de). 1993. Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives. Loi 120. L.R.Q. S-4.2. Montréal : Wilson & Lafleur. 1363 p.
- QUÉRÉ, France. 1992. L'éthique et la vie. Paris : Odile Jacob. p 9-13.
- R.I.O.C.M. 1998. Leur équilibre, notre déséquilibre : rapport d'enquête sur les impacts de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux à Montréal. Montréal : R.I.O.C.M. 157 p.

- R.R.A.S.M.Q. 1995. Pour un bilan alternatif de la politique de santé mentale du Québec. Mémoire présenté au comité du bilan d'implantation de la Politique de santé mentale. [s. l.].
- RRSSS DU BAS-SAINT-LAURENT. 1994. Mise en œuvre de la politique de santé et du bien-être dans le Bas-Saint-Laurent : Plan d'action régional. Rimouski : RRSSS
- RRSSS DE LA MAURICIE ET DU CENTRE DU QUÉBEC. 2001. Sa mission. Document Internet.
<http://www.rrsss04.gouv.qc.ca/LaRegieRegionale/SaMission.html>.
- RRSSS DE MONTRÉAL-CENTRE. 1998. Rapport annuel 1998 sur la santé de la population : Les inégalités sociales de la santé. Montréal : RRSSS de Montréal-Centre. 92 p.
- RRSSS QUÉBEC-CHAUDIÈRES-APPALACHES. 1990. Pour la santé et le bien-être de la population : Dossier d'information. Québec : RRSSS 55 p.
- RACINE, Louis ; LEGAULT, Georges A. & BÉGIN, Luc. 1991. Éthique et ingénierie. Montréal : McGraw-Hill. 285 p.
- RANDLE, Kathryn. 1986. Les soins de santé et les services sociaux communautaires. Rapport de conférence. Ottawa : Conseil canadien de développement social. 88 p.
- RENAUD, Marc. 1994. «Expliquer l'inexpliqué : l'environnement social comme facteur clé de la santé». Interface, Mars-Avril 1994, p. 15-26.
- RESEARCH UNIT IN HEALTH AND BEHAVIOURAL CHANGE. [s. d.]. Changing the public health. New York: John Willey & sons.
- RESWEBER, Jean-Paul. 1990. Le questionnement éthique. Paris: Cariscript. 155 p.
- RICOEUR, Paul. 1990. Soi-même comme un autre. Paris : Éditions du Seuil. 424 p.
- ROCHER, Guy. 1969. Introduction à la sociologie générale. Tome 1- L'action sociale. Montréal : Hurtubise HMH. 3 tomes.
- ROCHER, Guy. 1992. Introduction à la sociologie générale. Ville LaSalle : Hurtubise HMH. 685 p.

- ROY, David J., WILLIAMS, John Reynold, DICKENS, Bernard Morris & BEAUDOUIN, Jean-Louis. 1995. La bioéthique: ses fondements et ses controverses. Saint-Laurent : Éditions du Renouveau pédagogique. 548 p.
- RUGIRA, Jeanne-Marie. 1993. Processus d'apprentissage. Rimouski : Université du Québec à Rimouski.
- SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1999a. « Enjeux éthiques en santé publique ». Dans FORTIN, Pierre [et al.]. 1999. La réforme de la santé au Québec. Cahier de recherche Éthique 22. Saint-Laurent : Édition Fides, p. 133-153.
- SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1999b. Enjeux éthiques et technologies biomédicales. Montréal: P.U.M. 128 p.
- SAINT-LAURENT, Danielle. 1986. Programme de consultation d'experts : dossier santé mentale. Québec : Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. 103 p.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. 1988. La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre. 23 p.
- SASCO. 1994. Cité dans MASSÉ, Raymond & SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1997. Projet de recherche: Analyse des enjeux éthiques associés à la santé publique à partir du discours des professionnels des DSP du Québec. [s.l.]. (Non publié).
- SASKATCHEWAN HEALTH : POPULATION HEALTH BRANCH. 1998. Population health promotion model: a resource binder. Regina: Saskatchewan Health. 2 volumes. 1st edition, June 1997. 2nd edition, March 1998.
- SÉVIGNY, Robert (sous la direction de). 1985. «Santé mentale et processus sociaux». Sociologie et société, vol. XVII.
- SINGER, Peter. 1991. A companion to ethics. New York: Basil Blackwell. 565 p.
- STVADON, Paul & DURON, Jeanne. 1979. La santé mentale. Toulouse : Privat. 263 p.
- SKRABANEK, Petr. 1996d. Cité dans MASSÉ, Raymond & SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1997. Projet de recherche: Analyse des enjeux éthiques associés à la santé publique à partir du discours des professionnels des DSP du Québec. [s.l.]. (Non publié).

- STARZOMSKI. 1995. Cité dans MASSÉ, Raymond & SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1997. Projet de recherche: Analyse des enjeux éthiques associés à la santé publique à partir du discours des professionnels des DSP du Québec. [s.l.]. (Non publié).
- SVENSSON & SANDLUND. 1990. Cités dans MASSÉ, Raymond & SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1997. Projet de recherche: Analyse des enjeux éthiques associés à la santé publique à partir du discours des professionnels des DSP du Québec. [s.l.]. (Non publié).
- SZASZ, Thomas. 1980. Théologie de la médecine: fondements politiques et philosophiques de l'éthique médicale. Paris: Payot. 243 p.
- SZASZ, Thomas. 1994. Cruel compassion. Toronto: John Wiley & sons. 264 p.
- TANTI-HARDOUIN, Nicolas. 1994 Économie de la santé. Paris: Armand Colin. 268 p.
- TCHOBROUTSKY, Georges & WONG, Olivier. 1995. La santé. Paris: P.U.F. 127 p.
- TESSIER, Stéphane [et al.]. 1996. Santé publique et santé communautaire. Paris: Maloine. 292 p.
- TORO, Michel de. 1963. Larousse des débutants. Paris: Larousse. 637 p.
- TOUSIGNANT, Michel. 1987. L'étiologie sociale en santé mentale. Québec: C.Q.R.S. 137 p.
- TOUSIGNANT, Michel. 1992. Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques. Paris: P.U.F. 252 p.
- TRAFFORD. 1995. Cité dans MASSÉ, Raymond & SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1997. Projet de recherche: Analyse des enjeux éthiques associés à la santé publique à partir du discours des professionnels des DSP du Québec. [s.l.]. (Non publié).
- TREMBLAY, Jean-Marie. 1996. Sociologie de la santé: initiation à la dimension sociale de la santé. Chicoutimi: Éditions J.-M. Tremblay. 298 p.
- TRIANDIS, Harry. 1996. The transcultural validity of ethical norms. Conférence présentée à la Conférence annuelle de l'International Association for Cross-cultural Psychology, Montréal, août 1996.

- TRICKETT, Edison; BUCKNER, John & CORSE, Sara. 1985. Primary prevention in mental health: an annotated bibliography. Rockville, Maryland: National Institute of Mental Health. 425 p.
- TRICKETT, Edison; LEVIN, Gloria & HESS, Robert. 1990. Ethical implications of primary prevention. New York: Hawort Press. 126 p.
- UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI. BUREAU DU DOYEN DES ÉTUDES AVANCÉES ET DE LA RECHERCHE. 1994. Guide de présentation et de dépôt des rapports écrits, mémoires et thèses. Rimouski : Université du Québec à Rimouski. Septembre 1994. 50 p.
- VENDETTE, Pierre. 1990. L'élaboration de la Politique de Santé Mentale du Québec. [s.l.] : M.S.S.S. 30 p.
- WESTRIN & NILSTUN. 1996. Cités dans MASSÉ, Raymond & SAINT-ARNAUD, Jocelyne. 1997. Projet de recherche: Analyse des enjeux éthiques associés à la santé publique à partir du discours des professionnels des DSP du Québec. [s.l.]. (Non publié).
- ZARIFIAN, Édouard. 1988. Les jardiniers de la folie. Paris : Éditions Odile Jacob. 232 p.

APPENDICES

APPENDICE 1 Modèles explicatifs de différentes conceptions de l'éthique

Legault (1994) indique que plusieurs instruments déontologiques et le développement de la recherche en éthique nous mettent devant le problème de sa définition. En effet, plusieurs mots sont utilisés pour parler de l'éthique, de plus quasiment chaque discipline en a une vision particulière, de même que certains secteurs l'utilisent dans une application pas toujours conforme à la définition qu'en font les disciplines plus traditionnelles comme la philosophie morale ou théologie morale. Devant la diversité des manifestations de l'éthique, la complexité des problèmes éthiques et la spécialisation des approches en sciences humaines touchant l'éthique, on peut se demander s'il est possible de définir l'éthique.

Legault (1994) indique que définir l'éthique c'est construire un réseau de mots ou d'idées qui nous permet de mieux comprendre l'ensemble des phénomènes mentionnés. Grâce à un tel réseau chaque mot aura une place, ainsi, les mots comme déontologie, morale, éthique appliquée, éthique ne pourront plus être confondus. Il n'y a pas une seule, vraie et bonne définition de l'éthique mais des définitions de l'éthique. Autrement dit, tout un réseau d'idées qui sera élaboré pour définir l'éthique postule déjà une conception de l'éthique. Dans l'éthique de l'environnement, se posent plus largement, les questions de la place de l'être humain dans la nature et de son bien-être, de la justice dans la répartition des richesses, de l'action politique, de la responsabilité personnelle et collective. Des thèmes très en lien avec les valeurs trouvées dans notre analyse.

Parizeau et McDonald (1993) relatent que dans beaucoup de textes on saisit intuitivement la conception de l'éthique, mais il est difficile de la préciser. C'est pourquoi ils proposent une classification par le biais des approches théoriques. Il importe de distinguer l'éthique comme produit social et l'éthique comme pratique personnelle et sociale. Les auteurs mentionnent comme éléments toujours présents dans les discours éthiques, les comportements, les valeurs et les raisons d'agir. Ceux-ci rejoignent en fait trois des quatre instances de notre cadre de référence (pratique, axiologique et légitimatrice). L'éthique et la morale questionnent toujours la conduite humaine et présentent des évaluations de cette conduite, surtout du côté de l'éthique des conduites humaines qui ont des conséquences sur les autres personnes.

La méthode descriptive est utilisée par plusieurs disciplines qui adoptent au niveau des sciences humaines l'approche des sciences physiques. Il s'agit alors de "décrire" le plus fidèlement possible avec l'appui d'instruments vérifiables, ce qui se passe dans la réalité. La méthode argumentative est utilisée surtout dans les disciplines plus traditionnelles de la philosophie et de la théologie car ces disciplines cherchent davantage à soutenir une évaluation morale qu'à la décrire. La méthode argumentative présente des propositions justifiées concernant l'agir humain

Parizeau et McDonald (1993) citent Guy Rocher (1969, p.31) : “Les relations interpersonnelles supposent un consensus, une certaine forme d'unanimité concernant au moins un minimum de normes communes auxquelles chacun accepte de conformer l'orientation de sa conduite. Autrement, les rapports humains ne seraient qu'incohérence, anarchie et chaos.” L'éthique apparaît ainsi comme un mode de régulation sociale parmi d'autres.

Parizeau et McDonald (1993) mentionnent que l'éthique et la psychologie ont plusieurs recouvrements: la thérapie vise la réalisation de soi, la recherche d'un mieux-être, voire même du bonheur. Cette démarche personnelle s'apparente en quelque sorte à l'expérience éthique en tant qu'avènement du sujet de par la conformité à son désir. Depuis l'antiquité grecque la recherche du bonheur est perçue comme faisant partie de l'éthique. L'éthique et la psychologie se croisent aussi sur le terrain de l'agir humain, l'une optant pour les déterminismes, l'autre pour la liberté humaine. Ce n'est que par la compréhension des structures affectives et des diverses raisons d'agir que l'on peut comprendre la marge de liberté postulée par l'éthique.

Le modèle déductif conduit à une impasse à partir du moment où l'on essaie d'établir une vie communautaire. En effet, comment établir une ligne de conduite commune alors qu'il existe une pluralité de croyances? Si tout est relatif aux communautés, rien ne peut restreindre la domination d'un groupe sur l'autre.

Les auteurs qui travaillent dans cet horizon se doivent de dépasser le relativisme, sans revenir à la suprématie de la connaissance morale. Ils cherchent à trouver à travers l'expérience humaine ce moment qu'est l'expérience éthique propre à notre condition humaine. Cette expérience de vie humaine réfléchie et parlée est un dénominateur commun de tous les humains qui, malgré les influences culturelles qui seront présentes lorsque nous en parlons, permet en principe de dépasser nos cultures pour trouver des solutions humaines à nos problèmes de vie personnelle et sociale. La première fait référence à l'expérience individuelle et relationnelle, la réflexion qui permet de dégager des lignes de conduites pour guider la conduite de sa vie. La deuxième présente l'expérience où des personnes cherchent de façon responsable à trouver des solutions communes à leurs problèmes humains par le partage plutôt que par l'opposition

L'éthique comme sagesse de vie ne porte pas sur le fait de chercher le bonheur mais de trouver un bonheur proprement humain, bonheur qui dépasse la simple quête du plaisir immédiat mais qui couvre la trajectoire de notre vie. L'expérience passe par l'épreuve et la souffrance et non pas simplement par le fait de vivre sa vie. Pour modifier des leçons de l'expérience, il faut encore réfléchir (et en être conscient). Legault (1987, p103) cite alors Pierre Fortin (1992): «L'expérience éthique est une expérience humaine fondamentale, au cours de laquelle une personne s'éprouve et invente une façon particulière de vivre son rapport au monde et à l'autre. Au cours de cette longue épreuve, et grâce à elle, elle passe

progressivement de l'assujettissement à la norme à son affranchissement: là où le "je" s'affirme et entre en scène».

Dans la conception de l'éthique présentée par Pierre Fortin (1992, p.61), le mouvement de la conscience est un passage d'un état d'assujettissement à un état de liberté. L'état d'assujettissement est celui dans lequel nous sommes du simple fait que nous naissons dans une société déterminée qui, à travers ses exigences, nous oblige à agir de telle ou telle façon. Cette expérience de la norme, de l'obligation exteme à soi, est l'expérience de base de la vie sociale que l'auteur définit comme expérience morale. Tant qu'une personne ne prend pas conscience de ces normes imposées au niveau social et qu'elle s'y identifie, elle n'accède jamais à sa propre liberté de sujet. On retrouve chez Simone de Beauvoir (citant Descartes), une conception analogue: "Le malheur de l'homme vient de ce qu'il a d'abord été un enfant." Pourquoi est-ce un malheur? Parce que l'ensemble de la société avec sa culture morale axée sur le vrai emprisonne facilement les humains dans le monde du sérieux dans lequel ils se nient comme êtres libres. Les propos de Pierre Fortin (1992) sont explicites sur le point de la liberté interpellée :

Une fois affranchi de l'assujettissement, je dois apprendre à habiter le monde. Autrui est là, incontournable. Son regard m'appelle. J'avance vers lui. Dans le jeu de la convivialité, je négocie mes frontières, je partage la demeure, je cohabite : j'éprouve ma vulnérabilité, en devenant l'artisan de ma propre condition. Sachant que les règles du jeu nous appartiennent, j'apprends à être avec autrui, à jouer avec lui le jeu de la différence et à affronter les différends. Le dialogue rassemble, crée. L'altérité de différence se métamorphose ainsi progressivement en altérité de relations (Fortin, 1992).

Fortin (1992, p.88.) énumère les quatre épreuves consécutives de cette expérience de libération : l'épreuve de l'étrangeté, la dérive hors norme, l'épreuve du vide, l'épreuve de la réponse. En effet, certaines personnes peuvent abandonner l'épreuve du vide de sens pour renouer avec la norme parce qu'elles ne peuvent pas vivre la tension d'être responsable de leur vie. Le mouvement de la conscience qui permet de s'affranchir de la norme passe par le relativisme individuel, mais l'expérience éthique n'atteint son véritable aboutissement qu'en rétablissant le rapport significatif à l'autre et le partage du nouveau sens. « Le "sujet" humain responsable de sa vie, constitue le thème important de la réflexion éthique contemporaine». Ces travaux sont importants car ils sont à la base du mouvement de réflexion sur l'éducation morale... Comment former à l'art de vivre? Telle est sa question finale.

Nous allons alors voulu explorer ce qu'en disait Rocher, qui est en fait sociologue. Selon lui, le terme «valeur» est un terme fréquent lorsqu'il s'agit de comprendre le comportement des personnes. Cependant, il ne faut pas oublier que l'idée que l'on se fait de la valeur est relative au réseau d'idées que l'on se fait de l'éthique ou de la morale. La valeur chez le sociologue n'est pas nécessairement la même que le psychologue, l'éthicien ou le théologien. C'est pourquoi nous nous sommes intéressée à la définition qu'en donne Rocher (1969, p. 27): "Nous dirons de la valeur qu'elle est une manière d'être ou d'agir qu'une personne ou une collectivité reconnaissent comme idéale et qui rend désirables ou estimables les êtres ou les conduites auxquels elle est attribuée." Les valeurs sont apprises

dans la vie quotidienne à partir des jugements de valeurs que les personnes posent sur les différentes conduites.

Selon Rocher (1969), si l'on veut comprendre comment sont hiérarchisées les valeurs par les personnes et les collectivités, on doit comprendre l'idéal humain qui est proposé par cette société. Cette conception, si on cherche à l'élaborer explicitement recoupera les cinq problèmes fondamentaux de l'existence humaine que Florence Kluchkohn et Fred Strodbeck définissent comme variables pour comprendre les différentes hiérarchies de valeurs. Ces cinq problèmes sont:

- 1) Comment définir notre nature humaine (il s'agit de notre conception de l'être humain comme perfectible ou non, bon ou non dès la naissance)
- 2) Comment définir la relation de l'humain à la nature (il s'agit de définir notre conception du monde dans lequel s'inscrit notre conception de l'humain),
- 3) Comment situer l'humain en rapport avec le temps (le passé (tradition), le moment présent ou l'avenir?
- 4) Comment perçoit-on le but de nos activités humaines (quel est le but de notre existence? Est-elle rattachée aux besoins et aux désirs, à la sagesse de vie et au contrôle de soi ou à la production et à l'agir?
- 5) Comment perçoit-on nos relations avec les autres, quelle forme de relation est jugée plus fondamentale? (Il s'agit des rapports avec les liens de famille, le partage entre égaux ou des liens individualistes).

APPENDICE 2 Évolution historique du concept de la maladie à celui de la santé mentale

1940	<p>Il y a à peine 60 ans, on abordait la maladie mentale comme la folie ou la punition divine. La notion de folie ou de possession appelle toute la symbolique associée à l'étrangeté de l'être. Toute la symbolique particulière associée à la santé/maladie mentale nous questionne quant à la possibilité d'en établir une définition vraiment objective. Cela tient à la nature même du concept qui implique nécessairement à un jugement de valeur. Bien des débats ont été suscités par les différentes visions de la maladie mentale et l'histoire nous a appris combien les visions religieuses et médicales de celle-ci en tant que déviance et de folie, ont encouragé des pratiques de soins et de contrôle social allant à l'encontre de la dignité humaine. Bien que la vision religieuse n'ait pratiquement plus cours, la vision médicale quant à elle a longtemps fait office de seule vérité.</p>
1945	<p>Cloutier se permettait cependant d'énoncer que la dichotomie entre le corps et l'âme, entre physique et psychique n'avait plus cours, et que pour lui, il ne pouvait y avoir de conception valable de la santé mentale que par son insertion dans le vaste concept de la santé en général. Force est de constater qu'il fut plus long avant que cela ne s'inscrive dans les mentalités et les pratiques de ses collègues et partenaires du domaine de la psychiatrie. D'ailleurs, ce n'est qu'à partir des années 60 que la psychiatrie a connu un essor d'ordre scientifique. Auparavant, elle était reléguée à une médecine de second rang. D'ailleurs, comme l'action réformatrice dans le domaine de la santé publique a souvent été liée directement à l'organisation de la profession médicale dont elle assure et consolide l'essor (Ketting, 1995), dans le domaine de la santé mentale, le modèle clinique prévalent étant la psychiatrie, nous ne pourrions nous étonner qu'avant l'avènement d'un nouveau modèle conceptuel de la «maladie mentale», l'hygiène mentale n'était que très peu considérée et développée, puisque conditionnée par l'absence de connaissance et de traitement.</p>
1948	<p>Déjà en 1948, la définition du III^e Congrès international de la Santé Mentale permettait d'aller bien au-delà de la vision purement individuelle: 1) la santé mentale est une condition permettant un développement optimum de l'individu au point de vue physique, affectif et intellectuel dans la mesure compatible avec la santé mentale des autres; 2) une bonne société est celle qui permet à ses membres un tel développement, tout en assurant son développement propre et en étant tolérante à l'égard des autres sociétés (cité par Cloutier, 1968).</p>
1968	<p>En effet, la conception de la «maladie mentale», en mettant l'accent sur l'axe biologique "limite la vision des interventions possibles dans le domaine de la prévention"(Cloutier, 1968, p.262.). La maladie mentale, définie selon ses causes biologiques, prescrit automatiquement une approche préventive basée sur les pratiques traditionnelles de santé publique soit: dépistage et prévention des facteurs de risque. La rareté des mesures d'hygiène mentale pouvait alors s'expliquer par le manque de connaissances relativement aux causes des maladies mentales.</p>

	<p>L'enjeu éthique est alors de considérer la maladie plutôt que la personne²⁶. L'histoire nous a appris combien cette conception peut encourager des pratiques allant à l'encontre de la dignité humaine. Citons entre autres : l'exil, l'internement, l'isolement et les contentions, les lobotomies, les électrochocs, les stérilisations pubères, etc.²⁷</p>
	<p>D'autres modèles, quant à eux, considèrent la maladie mentale selon des causes multifactorielles. La maladie se présente comme une conséquence de multiples facteurs ayant des valeurs différentes dans la constellation étiologique; elle est, dans la plupart des cas, assimilable à la réaction d'une personnalité par rapport à l'environnement. Dans la même perspective, nous pouvons ajouter qu'elle apparaît comme un continuum, c'est-à-dire tout le contraire d'une rupture avec le passé, d'une manifestation étrangère à la personnalité, d'un accident avec un début et une fin bien déterminée (Cloutier, 1968, p.68).</p> <p>Ces modèles psychologiques sont néanmoins trop apparentés avec le modèle médical pour que nous élaborions davantage et nous les relierions ici au modèle clinique en général.</p>

²⁶ Nous reconnaitrons ici un des arguments de divers groupes d'ex-psychiatrisés, qui furent à l'origine de la Commission Castonguay-Neveu. et qui furent mis en mots dans le Rapport Harnois.

²⁷ Il ne faudrait cependant pas croire que les pratiques actuelles sous-tendues par cette vision sont désormais exemptes d'enjeux éthiques. Mais comme ceux-ci relèvent du contexte clinique et qu'ils ont été abondamment soulevés dans les années 1960 par le courant d'antipsychiatrie et divers autres mouvements sociaux, nous ne nous y attarderons pas.

APPENDICE 3 Mandat légal des DSP

Le mandat du directeur selon l'article 373 de la loi 120 est de :

- **Inform**er la population de l'état de santé générale des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, conduire études et recherches à cette fin;
- **Identifier** les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;
- **Assurer** le développement d'une expertise en prévention et promotion de la santé au bénéfice de l'ensemble des programmes confiés à la Régie régionale.

ÉTAPE 1 LES CONDITIONS DE LA RENCONTRE DE L'OBJET	ÉTAPE 2 LA CONSTRUCTION DE L'OBJET ET SES TOPIQUES ENVIRONNANTS	ÉTAPE 3 L'APPLICATION D'UNE GRILLE DE LECTURE	ÉTAPE 4 L'ÉLARGISSEMENT DES TOPIQUES DE L'OBJET	ÉTAPE 5 LE RETOUR CRITIQUE SUR LA DÉMARCHIE
<p><i>Le lieu d'où parle le sujet</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quel est le lieu d'où je parle? - Quels sont les buts poursuivis dans cette recherche? - Quelles sont mes hypothèses de recherche? - Quels sont les principaux concepts opératoires utilisés? - Etc. 	<p><i>La nature de l'objet</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - De quel enjeu s'agit-il? - Qui sont en cause? - Qu'est-ce qui est en cause? - Dans quel contexte? - Etc. 	<p><i>L'exploration de la dynamique interne de l'objet</i></p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">INSTANCE LÉGITIMATRICE</div> <p>↓↑</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">INSTANCE AXIOLOGIQUE</div> <p>↓↑</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">INSTANCE RÉGULATRICE</div> <p>↓↑</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">INSTANCE PRATIQUE</div> </div>	<p><i>L'objet dans son contexte élargi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les principales coordonnées qui permettent de mieux situer et comprendre l'actualité de l'enjeu éthique observé? - Etc. 	<p><i>L'évaluation de l'observation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quel est le chemin parcouru depuis les hypothèses? - Jusqu'à quel point les objectifs ont-ils été atteints? - Quelles sont les zones grises qui restent encore à explorer dans l'enjeu éthique observé? - Etc.

²⁸ Tirée de : FORTIN, Pierre, *La morale, l'éthique, l'éthicologie*, Québec : P.U.Q., 1995, p. 92.

APPENDICE 5a Canevas d'entrevue

Section 1 : Données sociodémographiques

(Cette section ne servira qu'à établir le profil des participants(es) et sera traitée de manière confidentielle.)

A- Sexe :

Homme _____

Femme _____

B- Âge :

a) _____ de 20 à 29 ans

c) _____ de 40 à 49 ans

b) _____ de 30 à 39 ans

d) _____ 50 ans et plus

C- Travaillez-vous directement auprès de la clientèle en santé mentale?

Oui _____

Non _____

Si NON, préciser: _____

D- Si oui, à quelle fonction correspondent davantage vos interventions en santé publique :

a) _____ la connaissance et la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population

c) _____ la promotion de la santé et du bien-être

d) _____ la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux

e) _____ la protection de la santé publique

f) _____ autres (préciser) : _____

E- Pouvez-vous préciser, s'il y a lieu, sur quels déterminants sont concentrées vos recherches ou actions :

a) _____ les facteurs endogènes ou biologiques

b) _____ les habitudes de vie et de comportements

c) _____ l'environnement physique

d) _____ l'environnement social : milieux de vie (famille, école, travail) et conditions de vie (revenu, scolarité, logement, emploi, événements stressants)

e) _____ l'organisation du système de soins et de services

f) _____ autres(préciser): _____

F- Quel est votre titre d'emploi ou fonction?

a) _____ gestionnaire/planificateur

b) _____ chercheur

c) _____ intervenant-terrain

d) ____ autre (préciser):

G- Intervenez-vous davantage au niveau :

local ____ provincial ____ canadien ____ international ____ régional ____

H- Depuis combien de temps travaillez-vous à la santé publique

- a) ____ moins d'un an d) ____ de 11 à 15 ans
 b) ____ de 1 à 5 ans e) ____ de 15 à 20 ans
 c) ____ de 6 à 10 ans f) ____ 20 ans et plus

I- Depuis combien de temps travaillez-vous à la santé publique

Dans le domaine de la santé mentale?

- a) ____ moins d'un an d) ____ de 11 à 15 ans
 b) ____ de 1 à 5 ans e) ____ de 15 à 20 ans
 c) ____ de 6 à 10 ans f) ____ 20 ans et plus

Dans quelle région travaillez-vous?

- a) ____ 01-Bas St-Laurent j) ____ 10-Nord-du-Québec
 b) ____ 02-Saguenay\Lac St-Jean k) ____ 11-Gaspésie\Iles-de-la-Madeleine
 c) ____ 03-Québec l) ____ 12-Chaudière-Apalaches
 d) ____ 04-Mauricie\Bois-Franc m) ____ 13-Laval
 e) ____ 05-Estrie n) ____ 14-Lanaudière
 f) ____ 06-Montréal o) ____ 15-Laurentides
 g) ____ 07-Outaouais p) ____ 16-Montérégie
 h) ____ 08-Abitibi-Témiscamingue q) ____ 17-Centre du Québec
 i) ____ 09-Côte-Nord r) autres: _____

SECTION 2: La dynamique morale des individus

1. Donnez une brève description des dossiers psychosociaux ou d'interventions en santé mentale dont vous avez la responsabilité :
2. Parlez-moi d'une intervention que vous avez réalisée et qui vous apparaît très significative au plan de l'amélioration de la santé mentale :
3. Y a-t-il une différence entre les types d'interventions (action sociale, éducation sanitaire, marketing social, lobbying politique,...) selon un dossier en santé mentale par rapport à un dossier en santé physique?
4. Votre façon de travailler a-t-elle évolué avec le temps, dans le sens d'un virage majeur?
5. Parmi vos dossiers, donnez un exemple de réalisations, d'interventions ou de prises de décisions dont vous êtes particulièrement fier(ère), dans ces dossiers :
6. Quelles sont les principales limites ou contraintes que vous rencontrez dans vos dossiers et qui vous semblent soulever des questions d'ordre éthique?
7. Cette étude tente de dégager l'éthique en cause en santé publique, pouvez-vous décrire une situation concrète où vous avez été confronté(e) à des questions d'ordre moral ou éthique dans votre quotidien dans le domaine de la santé mentale (clinique, recherche, gestion...)
8. Quelle distinction faites-vous entre santé mentale et maladie mentale?
9. Quelle distinction faites-vous entre santé mentale et santé physique?

10. Faites-vous une distinction entre prévention et promotion? (Quels seraient les risques associés à la promotion?)
11. Comment s'articule pour vous, la santé mentale et les interventions que vous effectuez actuellement :(Pas abordée...)
12. Vos conceptions se sont-elles modifiées au cours de votre pratique?
13. Quelle représentation avez-vous des gens auxquels sont destinées vos interventions? (Pas abordée)
14. Abrogée
15. Dans le champ de la santé mentale, quelle est, selon vous, la raison d'être de l'intervenant de santé publique? (Est-elle la même qu'en santé physique)?
16. Quelles devraient être les priorités gouvernementales en santé mentale (pour supporter vos actions)?
17. Qu'est-ce qui vous motive le plus à vous investir dans les dossiers que vous portez actuellement?
18. Qu'est-ce qui vous anime dans vos interventions en terme de valeurs? (Au moins deux).
19. Qu'est-ce qui vous apparaît être une «bonne» intervention dans le cadre de vos dossiers en santé mentale?

20. Selon vous y a-t-il des qualités requises pour être intervenant dans des dossiers de santé mentale, en santé publique?

21. D'après vous, à quoi les intervenant(e)s en santé publique devraient surtout accorder de l'importance dans leurs interventions en santé mentale?

22. Vos valeurs entrent-elles quelquefois en conflit avec celles du public (clientèle cible)? Oui ____ Non ____ Donnez un exemple:

23. Vos valeurs entrent-elles quelquefois en conflit avec celles de l'État?
Oui ____ Non ____ Donnez un exemple:

24. Vos valeurs entrent-elles quelquefois en conflit avec vos collègues (santé publique, partenaires)? Oui ____ Non ____ Donnez un exemple:

25. Y a-t-il des groupes qui vous semblent avoir des valeurs difficilement conciliables avec celles que vous prônez en santé publique? Oui ____
Non ____

Si oui, pouvez-vous identifier les valeurs qu'ils mettent de l'avant :(Pas abordée)

26. Personnellement, vous imposez-vous des exigences particulières pour effectuer votre travail en santé mentale? Oui ____ Non ____ Si oui, en quoi consistent-elles?

27. Vous reconnaissez-vous des devoirs particuliers envers les citoyens et citoyennes face à leur santé mentale? Oui ____ Non ____
Si vous avez répondu Oui, en quoi consistent-ils?

28. Quelles obligations envers le public (s'il y en a), croyez-vous que les intervenant(e)s en santé mentale devraient absolument respecter?
29. Donnez un exemple de règles qui régissent vos interventions dans vos dossiers de santé mentale en santé publique?
30. Quelles sont les politiques ou les lignes directrices qui guident vos interventions (Avez vous été davantage influencés par la Politique de santé bien-être ou par la Politique de santé mentale ou autre)?
31. Selon vous, y a-t-il lieu d'imposer (ou tenter d'influencer) certains comportements ou pratiques de santé mentale au public? Expliquez:

APPENDICE 5b Prétest : Plan de la journée
(Focus-groups animés par Raymond Massé ou Jocelyne St-Arnaud)

A.M. 8H45 À 9H00

Mot de bienvenue, présentation des objectifs de la recherche et du déroulement de la journée.

Précisons que nous entendrons ici par «enjeux éthiques»²⁹ :

«les conflits de valeurs qui font l'objet de discussion et d'évaluation dans le cadre de la protection de la santé publique. Il convient donc de connaître les valeurs de référence afin de repérer les conflits, c'est-à-dire les antagonismes entre ces valeurs, les contradictions et les paradoxes devant mener à un choix lié à la protection de la santé publique qui peut être considérée en elle-même comme valeur » (Lussier, 1995).

A.M. 9H00 À 10H15

Tour de table visant à permettre une discussion ouverte autour des deux questions suivantes :

- Quels sont les dossiers, interventions ou programmes dans lesquels vous êtes impliqués qui, d'après vous, soulèvent des questions éthiques?
- Quels sont, d'après vous, les principaux problèmes d'ordre éthique que vous pouvez associer à ces dossiers et à votre champ de travail?

A.M. 10H30 À 12H00

Discussion visant à identifier les enjeux éthiques liés à deux dossiers spécifiques :

- Le port obligatoire du vélo-casque;
- L'imposition de la loi de protection des non-fumeurs dans les lieux publics.

Les objectifs seront :

- 1) d'amener le groupe à identifier les divers types d'intervention (protection, prévention, promotion) pouvant être mis en œuvre dans le cadre de ces dossiers.
- 2) Amener le groupe à débattre des enjeux éthiques liés à chacun de ces types d'intervention.

P.M. 13H30 À 15H00 15H15 à 16H00

Nous renouerons la discussion en après-midi autour des deux dossiers identifiés en fin d'avant-midi mais en vous conviant à débattre d'une série d'enjeux éthiques reconnus

²⁹ N'ont pas été précisés à chaque rencontre observée.

d'importance dans les écrits traitant de la problématique éthique/santé publique, enjeux qui recourent l'ensemble des dossiers de santé publique. Vous êtes toutefois libres de vous référer à d'autres dossiers liés à votre champ d'intervention pour illustrer ou appuyer vos analyses. L'objectif est ici de procéder de façon plus « directive » en vous invitant à débattre des enjeux suivants :

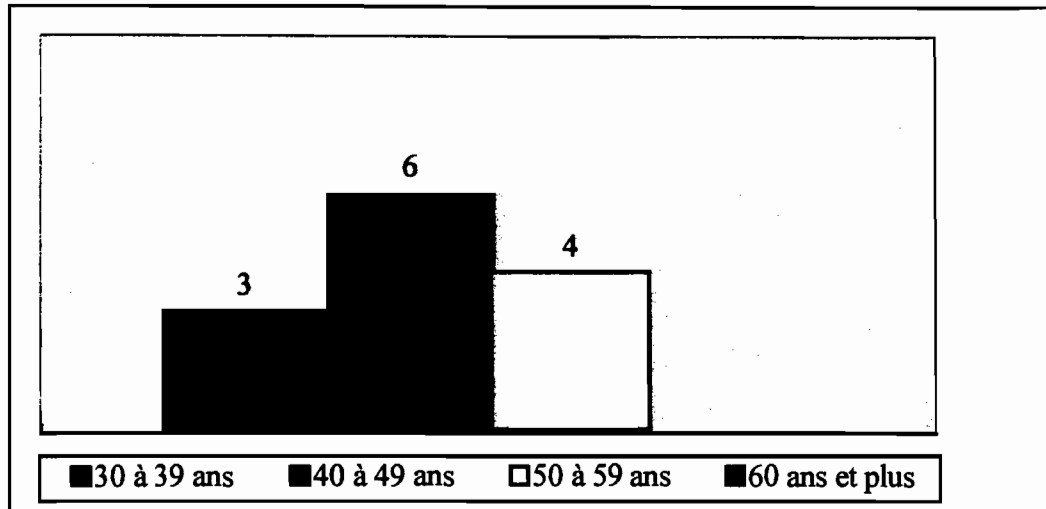
- 1) Enjeu synthèse : droits individuels versus droits collectifs. De quelles façons les droits individuels entrent-ils en conflit avec les droits collectifs dans ces deux dossiers? Jusqu'à quel point la santé publique doit-elle respecter le principe d'autonomie du citoyen?
Certains croient que la santé publique constitue le dernier bastion de la défense de la primauté des droits collectifs sur les droits individuels dans les sociétés modernes. Si tel est le cas, croyez-vous qu'elle devrait le demeurer? Sinon, croyez-vous qu'elle devrait le devenir?
- 2) Jusqu'à quel point doit-on fonder les interventions sur le respect des valeurs des sous-groupes (ex : groupes socio-économiquement défavorisés, groupes ethniques)? Jusqu'à quel point la santé publique doit-elle assumer de jouer, en partie, le rôle d'entreprise d'acculturation des groupes socioculturels aux valeurs dominantes de la « culture de santé publique »?
- 3) La santé publique face aux inégalités sociales : Jusqu'où doit-on pousser l'adaptation des programmes (et l'attribution des fonds) aux groupes défavorisés? La lutte aux inégalités socio-économiques doit-elle faire partie intégrante de la mission de la santé publique? Quel traitement la santé publique doit-elle faire du principe de « justice »?
- 4) Jusqu'à quel point peut-on pousser la « culpabilisation de la victime » au nom du droit à la santé et du devoir qu'aurait le citoyen de le respecter et/ou au nom du devoir dont s'investit la santé publique de le faire respecter?
- 5) Doit-on, dans un contexte de ressources limitées, investir dans la prévention de problèmes potentiels aux dépens des soins aux malades ou blessés actuels?
- 6) Doit-on subordonner les décisions en santé publique à des considérations d'efficacité, de rapports risques/bénéfices, coûts/bénéfices ou à des normes éthiques indépendantes de la notion d'efficacité des interventions?

P.M. 16H00 À 16H30

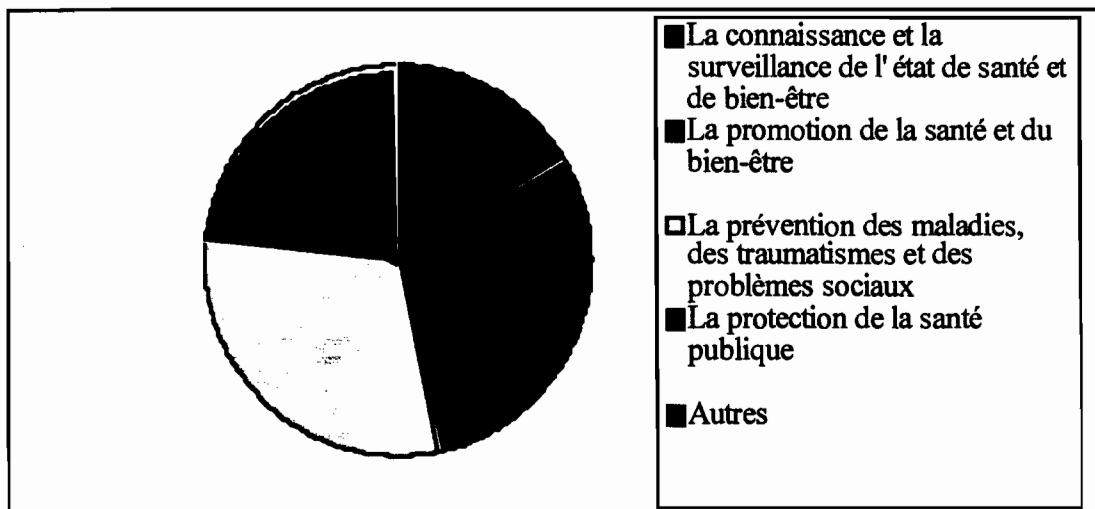
Bilan de la journée : vos commentaires quant à la pertinence et à la faisabilité d'une telle approche pour l'analyse des enjeux éthiques.

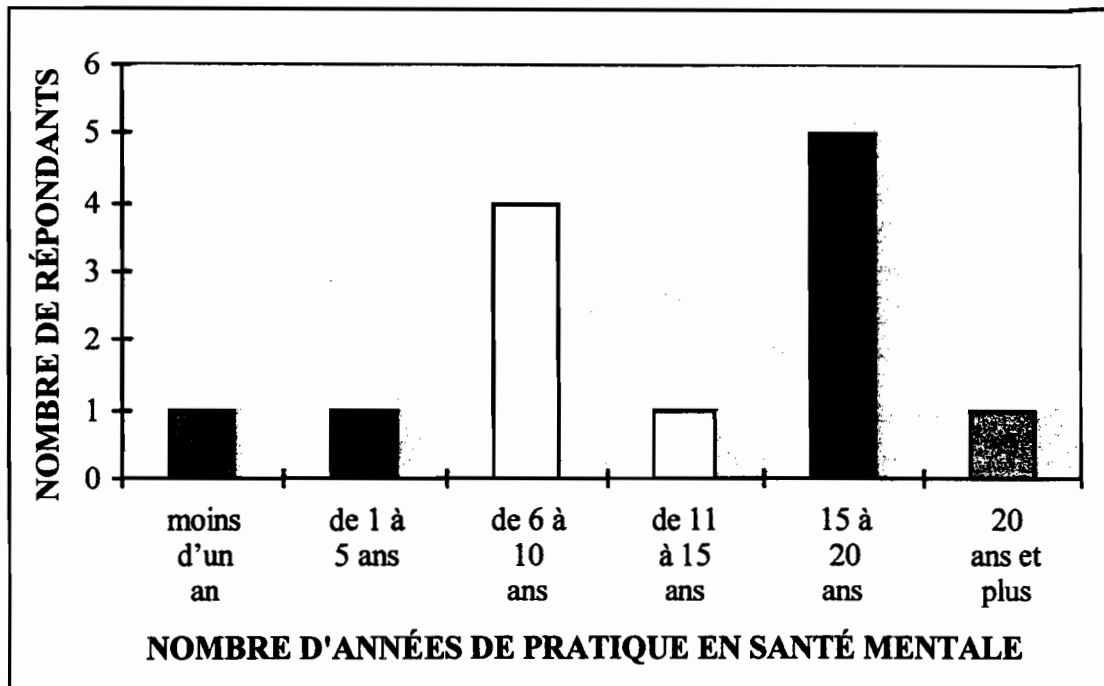
APPENDICE 6 Profil sociodémographique des personnes
répondantes

Graphique 1: Âge des personnes répondantes

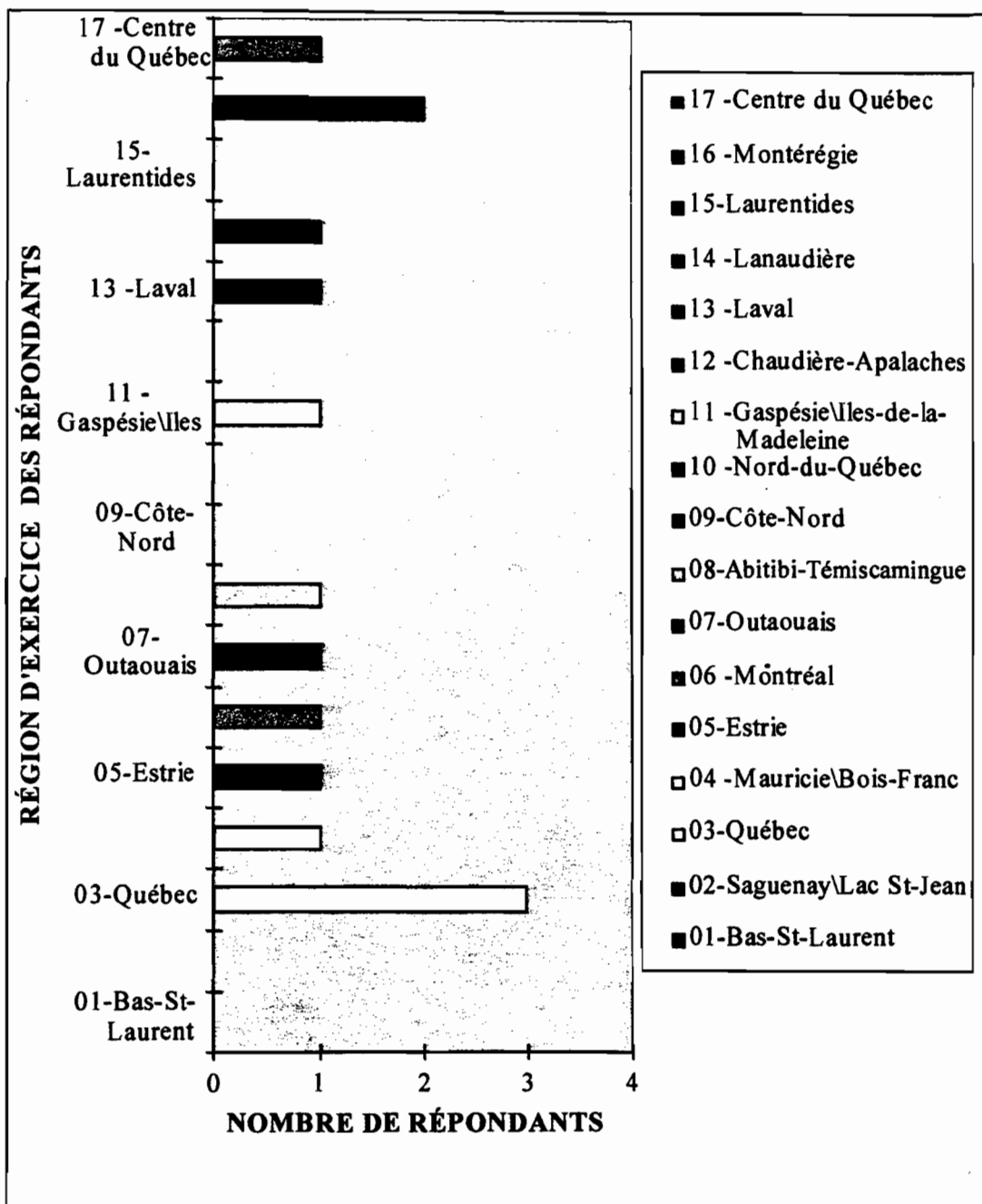


Graphique 2: Fonctions principales des personnes répondantes



Graphique 3: Nombre d'années de pratique en santé mentale

Graphique 4: Lieu d'exercice des personnes répondantes



APPENDICE 7 Tableau I: CODIFICATION DES VERBATIMS

PRATIQUES	LÉGITIMATIONS	VALEURS
<p align="center">DOSSIERS EN SANTÉ MENTALE</p> <p>Connaissance des déterminants (Clientèle 0-17 ans; Travailleurs; McdEcho, enquête Santé-Québec)</p> <p>Connaissances des problématiques prioritaires Étude sur les crises psychosociales État de la situation par MRC pour orientations régionales</p> <p>Continuum des services (Développement des services alternatifs; Constitution d'équipe de base en CLSC; Comité santé et services sociaux)</p> <p>Désinstitutionnalisation (Gestion des familles d'accueil-adultes) Concertation locale et régionale Collaboration ad hoc aux autres secteurs</p> <p>Développement de la promotion (Soutien à la semaine de santé mentale; Développement des concepts et recherche; Projets intergénérationnels; Projet de sentinelle pour la sécurité publique; Sensibilisation en milieu de travail à la santé mentale)</p> <p>Démystification de la maladie mentale (Sensibilisation des médias)</p> <p>Soutien aux organismes (Allocation des budgets, suivi au besoin; Formations et diffusion d'informations sur les pratiques préventives et promotionnelles)</p> <p>Programmes de support (Groupes d'entraide pour les personnes atteintes, pour les proches- Répits-dépannage aux aidants naturels)</p> <p>Préparation du Forum sur le développement social régional</p> <p>Fin de vie (Réalisation d'une brochure sur la souffrance et la mort)</p> <p>Réinsertion au travail, Santé au travail (Étude sur les déterminants)</p> <p>Développement d'une méthode d'analyse et d'intervention politique</p> <p>Hébergement-logement</p> <p>Bilan et mise à jour de la politique</p> <p>Évaluation de programmes en santé mentale</p> <p>Pratiques des participants - renforcement du tissu social, renforcement des milieux, du potentiel à la base - «faire avec» (concertation), coordination - promotion de la santé comprise comme globale - programmation des actions, orientations des partenaires - écoute du milieu pour l'établissement des problèmes et des solutions - mobilisation des acteurs - conseils et recommandations aux autres secteurs de santé publique - documentation, évaluation</p> <p>Pratiques remises en question - Application de mesures universelles - Être à la fine pointe des meilleures stratégies - Établissement de priorités - Faire pour, les intervenants-terrain ou la population cible - Planification-administration-gestion et allocation de budgets - Faire faire (S'assurer que les partenaires subventionnés atteignent les objectifs fixés) - Évaluation de programmes - Mise en place d'intervention mur-à-mur</p> <p>Pratiques en sm des partenaires - Plan de services intégrés - Protocoles d'entente - Suivi intensif dans le milieu - Case management - Recours à l'hospitalisation - Intervention de crise - Encadrement professionnel élevé - Travail de rue - Promotion des ressources - Pratiques coercitives ou régulations des habitudes de vie - Information sans action</p>	<p align="center">LÉGITIMATIONS</p> <p>Définition de la santé mentale - Conception globalisante, écologique - Aspects positifs, facteurs de robustesse - Reconnaissance des déterminaux sociaux</p> <p>Définition de la prévention - Avant le marqueur - Identification de facteurs de risque - En tant que promotion</p> <p>Définition de la promotion Action sur le développement des facteurs de robustesse et sur l'amélioration des milieu de vie et de travail</p> <p>Définition de la maladie mentale - Critères du DSM - Notion de déficience</p> <p>Approches - Populationniste comportementale - Populationniste interventionniste - Planification stratégique - Changement émergent - Nouvelle santé publique - Empowerment local</p> <p align="center">RÉGULATIONS</p> <p>Politique de santé mentale Québécoise (Orientations pour la transformation, avis CSMQ)</p> <p>Politique Santé-Bien-être Canada</p> <p>Priorités nationales en santé publique</p> <p>Rapport Bouchard</p> <p>PROS, Loi sss-art. 373</p>	<p align="center">VALEURS</p> <p>Équité Justice sociale Démocratie Précocité de l'action - Accessibilité Bien-être Prévenir plutôt que guérir Écoute Coopération réelle Efficacité Communication - Franchise - Transparence Respect - de la clientèle, de ses droits - des intervenants terrains - des processus - interpersonnel en général Compréhension multisectorielle Intensité de l'action Engagement personnel - Se mettre des limites Imputabilité - Approfondissement des dossiers Participation, empowerment - Solidarité, vitalité - Partage du vécu Agir à tout prix Compréhension humaine Qualité - de vie - des interventions et des intervenants Ouverture aux autres Souplesse</p>

Tableau II ENJEUX ÉTHIQUES PERÇUS ET SOULEVÉS

Priorisation des problématiques
 - rejet de la complexité de la santé mentale
 - problème sanitaire versus sociales

Discontinuité des services
 - décentralisation des services
 - compétition inter-services
 - état de survie du communautaire
 - surcharge des partenaires
 - manque de mécanismes de suivi

Non légitimité légale en santé au travail
 - latitude de l'employeur
 - délais dans les analyses
 - logique d'indemnisation

Manque de connaissances
 - efficacité non-démontrée

Allocation de ressources rares et allocation budgétaire
Expertise
Bris de confidentialité
Coûts-bénéfices
Religion de la santé
Imposition de solutions

Tendances sociétales
 - décentralisation du pouvoir
 - priorisation de la santé physique
 - difficultés relationnelles généralisées
 - économie prévaut sur le social
 - besoin de preuves scientifiques
 - autonomie versus interdépendance
 - dédain devant la dégénérescence
 - valeurs de performance-beauté-jeunesse

Pater-nariat

- reconnaissance des organismes communautaires
- collaboration mitigée des équipes de recherches
- prépondérance à reconnaître l'expertise au Réseau

Non implication de la santé publique

- non-utilisation des leviers politiques rattachés à la santé mentale
- aucun leadership en santé mentale
- non implication de la santé publique
- intérêts mitigés pour les problèmes sociaux
- dénonciation des problèmes causés par le travail
- amorcer des débats sociaux, choix sociaux

Autres questionnements éthiques

- principe d'autonomie
- défense et protection
- inégalités sociales
- respect des rationalités plurielles
- justice sociale
- rapport risques-bénéfices

Éthique de la recherche

- consentement populationnelle
- diffusion des résultats : risque de discrimination culturelle ou autre
- critères de sélection des échantillons

Sélection des clientèles

- justification de la non intervention : clientèle non motivée, production de malades
- critères d'exclusion rattachés aux diagnostics ou autres
- judiciarisation et ré-hospitalisation porte-tournante
- critères de vulnérabilité
- marginalisation
- création de besoin

Priorisation du curatif et de mode de pratiques

- sur-utilisation de l'hospitalisation
- critères de sélection de la clientèle
- intervention de crise ponctuelle
- encadrement professionnel élevé
- emphase sur l'organisation de services
- réponse immédiate et rapide
- manque de diversité dans les services

Priorisation clientèle jeunesse**Responsabilisation individuelle**

- doit se positionner contre son environnement
- culpabilisation de la victime : jugement de valeur, impression d'incompétence
- désengagement des professionnels ou de l'état
- intervention sur l'individu isolément

Reconnaissance des pratiques préventives et promotionnelles

- réédition de la politique de santé mentale
- mesures législatives pour modification des pratiques
- allocation de budgets

Risques de la prévention

- dépistage
- glissement vers le secondaire et tertiaire
- utilisation d'approches individualisantes
- individus ciblés perpétuent les préjugés
- contrôle social ou coercition : normalisation à tout prix, création de dépendance, infantilisation
- négligence du curatif

Risques de la promotion

- banalisation des problèmes
- emphase sur la santé parfaite
- négation de la ténacité de la crainte
- dénaturation des revendications lors de l'advocacy

Enjeux organisationnels

Tableau I : Dossiers sous la responsabilité des participants

Connaissance des déterminants

- Clientèle 0-17 ans
- Travailleurs
- MedEcho, enquête Santé-Québec

Connaissances des problématiques prioritaires

- Étude sur les crises psychosociales
- État de la situation par MRC pour orientations régionales

Continuum des services

- Développement des services alternatifs

Organisation des services première ligne, deuxième ligne et troisième ligne

- Constitution d'équipe de base en CLSC
- Comité santé et services sociaux

Désinstitutionnalisation

- Gestion des familles d'accueil-adultes

Concertation locale et régionale

Collaboration ad hoc, conseils aux autres secteurs

Développement de la promotion

- Soutien à la semaine de santé mentale
- Développement des concepts et recherche
- Projets intergénérationnels
- Projet de sentinelle pour la sécurité publique
- Sensibilisation en milieu de travail à la santé mentale

Démystification de la maladie mentale

- Sensibilisation des médias

Soutien aux organismes

- Allocation des budgets
- Formations et diffusion d'informations sur les pratiques préventives et promotionnelles
- Suivi au besoin

Programmes de support

- Groupes d'entraide pour les personnes atteintes
- Groupes d'entraide pour les proches
- Répit-dépannage aux aidants naturels

Préparation régionale du Forum sur le développement social

Fin de vie

- Réalisation d'une brochure sur la souffrance et la mort

Réinsertion au travail

Développement d'une méthode d'analyse et d'intervention politique

Hébergement-logement

Bilan et mise à jour de la politique

Santé au travail

- Étude sur les déterminants

Évaluation de programmes en santé mentale

Tableau II : Autres dossiers reliés à la santé mentale
(minoritaires ou mentionnés dans les *focus-groups*)

SUICIDE

- Mise en place des stratégies nationales

**ORGANISATION DES SERVICES
VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ**

VIOLENCE

TOXICOMANIE

COMMUNAUTÉS ETHNIQUES

LUTTE À LA PAUVRETÉ

ÉVALUATION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

ENFANCE

Stimulation (Enfants 0-5 ans)

Prévention primaire

- Entre-Amis
- FLOPPY
- Aide à l'enfant et à son milieu
- Soutien aux organismes
- Prévention de la négligence
- Étude sur la détresse chez les jeunes

Promotion de la santé

- École en santé
- Habiletés en gestion du stress et des conflits interpersonnels
- Estime de soi
- Entente avec écoles locales

Habiletés parentales

- YAPP
- Soutien-répét

Tableau III : Dossiers généraux en santé publique
(traités lors des *focus-groups*)

1. MTS - Surveillance, médicaments gratuits
2. Système d'information - Mise à jour
3. Organisation des services pour les crises psychosociales en milieu défavorisé
4. Effets de la transformation du réseau sur les personnes atteintes de maladie mentale et personnes âgées
5. Biais culturels
6. Fin de vie
7. Périnatalité - Communauté haïtienne et socio-économiquement défavorisée
8. Toxicomanie - Intersectorialité corps policiers, école et personnes intervenantes
9. Dépistage du cancer du sein - Clientèle 50 à 69 ans
10. Violence conjugale - Accompagnement dans le processus judiciaire et partenariat maison d'hébergement et corps policiers
11. Tabac - Protection des non-fumeurs et législation
12. Tabac - cessation et non prise chez les jeunes
13. Suicide - jeunes
14. Surconsommation des médicaments personnes âgées et femmes
15. Vaccination contre l'influenza
16. Périnatalité - Pauvreté
17. Port du casque à vélo, nappes phrénétiques, etc.
18. Sida
19. Comité d'éthique de la recherche: protocole de recherche auprès de communautés et de diffusion des résultats (non-malfaisance)
20. Partenariat, implication politique de la santé publique

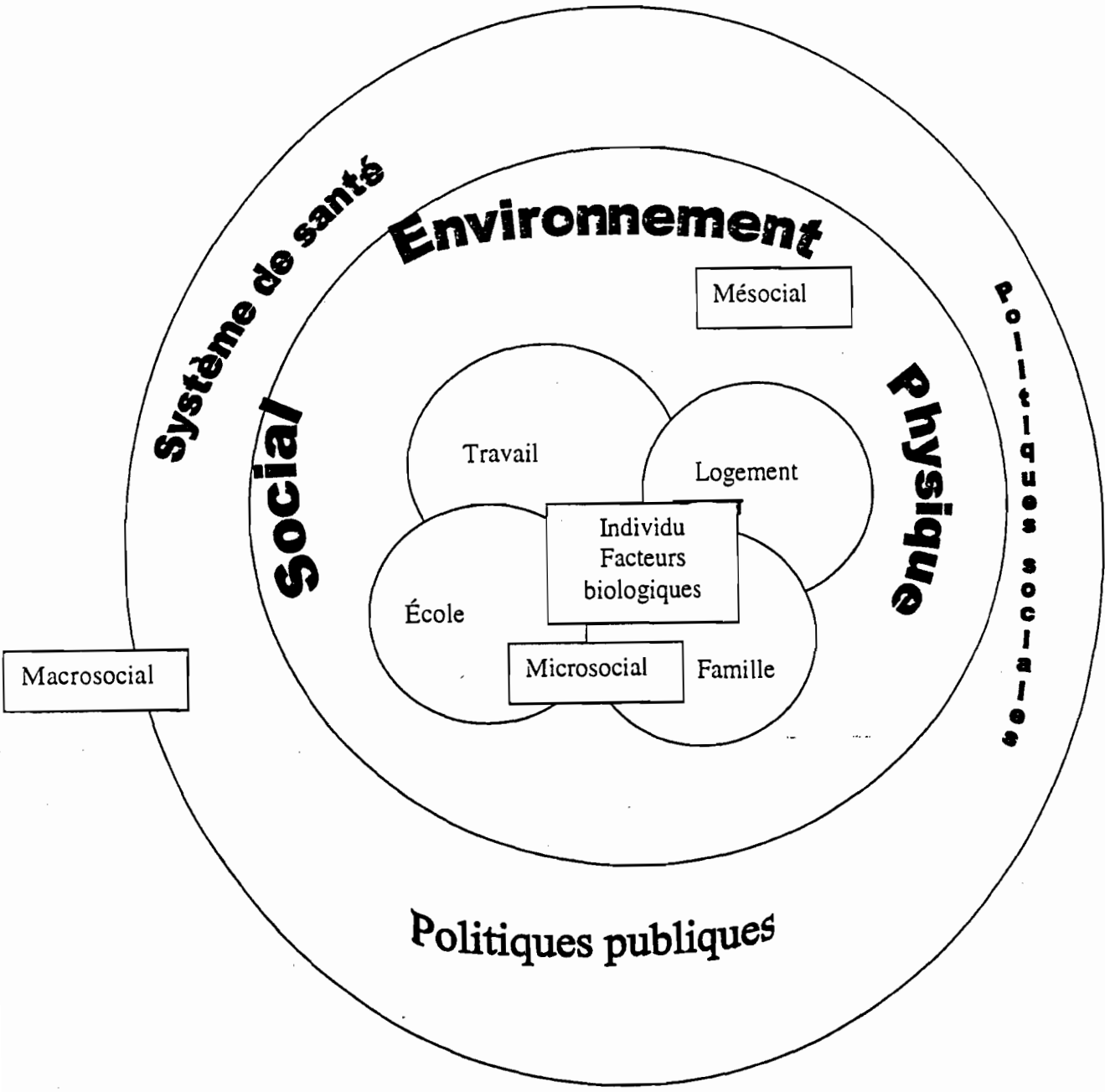
	Politique de santé mentale (1989) ³⁰	Priorités Nationales en santé publique (1997-2002)
Objectifs	<p>1. Permettre à toute personne dont la santé mentale est perturbée ou qui risque de voir son équilibre psychique compromis, d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation.</p> <p>2. Favoriser le maintien et le développement optimal de la santé mentale de la population.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer la primauté de la personne dans la protection et l'organisation de services. - Accroître la qualité des services par la formation à de nouveaux modes d'interventions mieux appropriées aux besoins - Favoriser l'équité - Rechercher les solutions dans le milieu de vie - Consolider le partenariat 	<p>(Priorités d'action)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développement et adaptation sociale des enfants et des jeunes. - Maladies évitables par l'immunisation. - VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement (MTS). - Dépistage du cancer du sein. - Tabagisme.
Principes Recommandations	<p>(Principaux moyens d'action)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adopter une compréhension commune qui puisse (...) dépasser le cadre de la maladie mentale pour s'ouvrir à l'ensemble des réalités influençant la santé mentale - Mettre l'emphase sur les personnes qui présente spécifiquement des problèmes aigus de santé mentale (...) et chez certains groupes susceptibles de développer des problèmes potentiels - Informer le public sur la portée des mesures destinées aux personnes et favoriser la participation de la communauté à l'intégration sociale - Évaluer l'organisation et la prestation des services de manière intégrée et préciser les attentes pour chacun des niveaux de l'organisation 	<p>(Principes directeurs)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) "Agir" et "comprendre"; 2) S'engager davantage auprès des communautés 3) S'engager davantage dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être 4) Intervenir de façon concertée et coordonnée
Valeurs mentionnées ou induites	<ul style="list-style-type: none"> - Engagement - Participation - Responsabilité - Équité - Respect de la personne 	<ul style="list-style-type: none"> - Imputabilité - Expertise - Collaboration - Partenariat - Justice sociale
Principaux commentaires des personnes participantes	<p>Deux sur quatorze y adhèrent. «la prévention et promotion y sont absente», «grands manques, prouvés par le bilan négatif»</p>	<p>Trois sur quatorze s'y réfèrent; «la dilution de la santé mentale» est notée par une personne participante.</p>

³⁰ Analyse tirée de: BEAUDOIN, Renée. (1999). Considérations éthiques sur la Politique de Santé mentale et ses applications. Mémoire de maîtrise en éthique, UQAR.

	PSBE du Québec (1992)	La santé mentale des Canadiens (1991)
Objectifs	<p>(Uniquement les objectifs pouvant être reliés plus directement à l'amélioration de la santé mentale).</p> <p>5. Prévenir l'itinérance et, particulièrement à Montréal et à Québec, atténuer ses conséquences, et favoriser la réinsertion sociale des itinérants.</p> <p>6. Réduire de 15% la consommation d'alcool, de 10% la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées et chez les bénéficiaires de l'aide de dernier recours, et augmenter le nombre de personnes qui ne consommeront jamais de drogues illégales.</p> <p>16. Diminuer les problèmes de santé mentale.</p> <p>17. Réduire de 15% le nombre de suicides et de tentatives de suicide</p> <p>18. Éliminer les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées.</p> <p>19. Diminuer les situations qui entraînent un handicap pour les personnes ayant des incapacités, quelles que soient l'origine et la nature de ces incapacités.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire les inégalités - Accroître la prévention - Favoriser l'autonomie - Encourager la participation du public - Améliorer les services de santé communautaire (Créer un climat qui favorise les mesures interdisciplinaires et l'action visant à modifier l'environnement) - Coordonner des politiques favorisant la santé ainsi que l'élaboration de politiques qui soutiennent les efforts déployés par les gens

<p>Principes Recommandations</p>	<p>Favoriser le renforcement du potentiel des personnes Facteurs biologiques Habitudes de vie et comportements Capacités psychologiques et sociales</p> <p>Soutenir les milieux de vie et le développement des environnements sains et sécuritaires Milieux de vie Environnement social Environnement physique Améliorer les conditions de vie Revenu, scolarisation, logement et emploi</p> <p>Agir pour et avec les groupes vulnérables</p> <p>Harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et bien-être avec les interventions des pouvoirs publics et des dynamiques locales et régionales</p> <p>Orienter les systèmes de santé et services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses</p> <p>Conviction : La santé et le bien-être résultent d'une interaction constante entre l'individu et son milieu</p>	<p>Droits de la personne et du citoyen : Les Canadiens ont tous le droit de jouer un rôle actif dans la société canadienne, y compris le droit d'avoir accès aux services sociaux et de santé, à l'éducation, à l'emploi, au logement, aux loisirs et à la protection assurée par la loi.</p> <p>Entraide et bénévolat : Le soutien et l'aide que les membres d'une collectivité se donnent mutuellement et librement sont une composante essentielle de la promotion et des services de santé mentale.</p> <p>Participation de la clientèle : Les services de santé mentale et les activités de promotion de la santé sont renforcés lorsque les bénéficiaires participent à leur conception et à leur mise en œuvre.</p> <p>Participation des professionnels : La prestation des services et la promotion de la santé mentale sont améliorées lorsque les professionnel(le)s contribuent non seulement leurs connaissances spécialisées et leurs compétences, mais aussi lorsqu'ils font preuve d'une ouverture d'esprit à l'égard des initiatives conjointes et d'une largeur de vue sur l'ensemble des besoins des individus et des collectivités.</p> <p>Participation des collectivités : Pour renforcer la capacité des collectivités de promouvoir la santé mentale et de dispenser des soins aux personnes souffrant d'incapacité et de troubles mentaux, il faut répartir les ressources de manière équilibrée, supprimer les obstacles qui nuisent aux programmes communautaires et parvenir à un consensus au sujet des valeurs et stratégies qui devraient régir la politique de santé mentale.</p> <p>Approfondissement des connaissances : Les progrès dans le domaine de la promotion de la santé mentale, de la prévention et du traitement des troubles mentaux passeront par l'augmentation, l'intégration et le partage des connaissances pertinentes de nombreuses disciplines.</p> <p>Coordination des politiques : La santé mentale est une question de santé publique qui revêt une importance énorme et exige une coordination des politiques et des programmes dans tous les secteurs de la société.</p>
<p>Valeurs mentionnées ou induites</p>	<p>- Équité, justice sociale, mobilisation, participation, engagement politique, respect des droits, efficacité</p>	<p>- Solidarité - Vitalité - Participation - Imputabilité gouvernementale - Respect des droits</p>
<p>Principaux commentaires des personnes participantes</p>		<p>Cinq sur quatorze y basent leur pratique ou la priorisent; «un flop total», «n'a pas donné de résultats» selon deux personnes participantes.</p>

Appendice 10- Illustration du regard du système socio-sanitaire sur la population



La légalisation de l'aide au suicide et de l'euthanasie

Puis y'a les questions éthiques, que moi je vois qui se posent, qui sont plus d'ordre public mais qui touchent à mon sens la santé publique. Par exemple, si on prend la question de légaliser l'euthanasie et l'aide au suicide ou non, pour moi c'est clair que cela a un impact sur la santé des personnes ou de la non-santé. Et que c'est pour moi dans le champ de la santé publique de réfléchir à ça. Aussi longtemps qu'on dit que c'est pas dans le champ de la santé publique, je veux bien la ranger dans la question plus publique. Mais même à ça, la santé publique doit avoir une opinion, un mot, une intervention par rapport à ça. Pour moi, ça pourrait aller plus loin, ça se pourrait qu'on irait au niveau de nos interventions, qu'on aille explorer un peu qu'est-ce que c'est vraiment la façon dont les gens comprennent le mot euthanasie, l'aide au suicide. Quand ils disent qu'ils sont favorables, qu'est-ce qu'ils entendent vraiment par ça. On pourrait faire des recherches là-dessus, [...], probablement qu'on pourrait même aller au niveau de l'intervention, mais là c'est moins clair.

Mais il y a définitivement un domaine de recherche où, nous, on pourrait s'impliquer. Mais tout dépend de comment on regarde les choses; puis la santé publique pourrait le situer juste dans les questions publiques, mais à ce moment-ci, elle l'a situé en dehors d'elle-même. Je pense que, par définition, la santé publique ne peut pas situer une question comme ça en dehors d'elle-même.

Moi, je pense que c'est pour ça qu'effectivement que la perspective collective sur les aspects éthiques n'est pas beaucoup développée. Mais de l'autre côté, puisqu'il y a une commission sénatoriale qui entend des gens, des organismes, des fédérations, des collèges, la santé publique pourrait être une personne qui a une opinion quand même, sur le plan collectif de ça. C'est sûr que si on parle juste d'euthanasie puis d'aide au suicide comme ce qui se passe uniquement entre le médecin et le demandeur, c'est très privé et plus sur le plan individuel.

Mais si on parle d'une loi, on est plus dans le privé. Là, comme société, on prend position sur quelque chose. Alors nous, comme santé publique, on devrait prendre position sur quelque chose qui concerne vraiment la vie; la mort, c'est beaucoup plus dangereux à quelque part ça que le tabac. On parle beaucoup du tabac, mais c'est une plus grande question là. Mais c'est pour moi une question de sensibilisation, puis ça se fait progressivement, puis la santé publique chemine là-dedans en même temps que tout le monde chemine là-dedans. L'aspect collectif des choses est moins développé.

Dans la littérature, y'a pas tant de choses que ça, comment on départage ce qu'on donne à l'individu, si ça peut enlever quelque chose à la collectivité. Ça, on a un bout de réflexion à accomplir à ce niveau-là. Puis avant même qu'on détermine et qu'on se fasse une image

collective de ce qui est bien ou mal, il va falloir parler; il faudrait comme commencer à en parler puis après on verra ce que ça donne tout ça. Mais quand les décisions se prennent sans qu'on ait parlé de d'autres possibilités qui pourraient être meilleures, on a éludé quelque chose. Puis le plan des valeurs est malheureusement très souvent tout à fait escamoté. (ENT-2)

Dépistages prénataux et génétiques

C'est qu'il n'y a pas de regard de la santé publique sur ce dépistage-là, ni celui sur la génétique. Ici, il n'y a personne qui regarde ça. Je ne sais pas pourquoi, mais je sais que si la santé publique décidait d'amorcer cette forme de dépistage-là, il y aurait beaucoup d'enjeux à regarder, au niveau collectif, qui seraient vraiment dans son champ de prévention-promotion. Mais non, il n'y a personne dans ce dossier-là. Ce qui fait que les cliniciens et les chercheurs ont carte blanche dans ce domaine. Ce que les chercheurs décident qu'ils cherchent n'est pas nécessairement ce qu'ils auraient dû chercher comme étant un problème. Eux autres, ils cherchent ce qui compte sur le plan scientifique, mais ne regardent pas ce que les gens peuvent vivre par rapport à ça.

Y'a quelques personnes qui s'y intéressent. Puisque la définition de la santé publique c'est tout ce qui touche la prévention-promotion, je ne veux pas dire qu'il n'y a qu'eux qui en font, mais là on parle en terme de population. Si on regarde l'amniocentèse, c'est comme un peu la mammographie dans le fond, c'est « santé publique » ces normes-là. Mais tout ce champ-là, il n'est pas ici. Dans le réseau, on se penche là-dessus. Y'a quand même tout un réseau en gynéco, mais pourquoi ce n'est pas rattaché à la santé publique. Je ne suis pas sûr que ça soit une bonne chose que ça se passe tout seul. (ENT-2)

Révision du rôle de la CSST et de la santé publique dans la santé mentale au travail

C'est au-delà de l'éthique, c'est de l'injustice et c'est inacceptable socialement. Il y a un auteur qui a écrit sur la souffrance et le sous-titre est « la banalisation de l'injustice sociale ». Il démontre bien que la peur de perdre son emploi, dans le contexte d'insécurité et de la précarité, fait en sorte qu'on va tolérer, de façon progressive et bien consciente, des situations qui en temps normal, il y a peut-être vingt ans ou dix ans, n'auraient pas été acceptables. Et cette dimension-là, c'est une considération peut-être plus macroscopique, qui de l'extérieur, parce qu'on est toujours des intervenants extérieurs, peut paraître difficile de comprendre certaines réalités et de les accepter alors que les gens les ont acceptées par compromis ajoutés l'un sur l'autre, ce qui nous amène à trouver cela inacceptable, mais que de l'intérieur la situation est devenue acceptable. (ENT-6)

L'autre exemple, c'est de constater des situations aberrantes, où il y a vraiment tyrannie ou harcèlement administratif avec des situations de conflits liés à un mode de gestion taylorisant, infantilissant. Mais de dire à ce moment-là : « ce n'est pas couvert par le programme de santé au travail, parce que ce ne sont pas des maladies indemnifiables » donc

le programme de santé, si on a une vision assez restreinte, il peut en résulter des problèmes éthiques parce qu'on se limite aux risques connus et à un programme de prévention de type dépistage et qu'on ne touche pas aux risques qui concernent l'organisation du travail. Parce que là, ça touche le droit de gérance et que pour certains, ça ne nous concerne pas. Ça prend un certain courage pour dénoncer les situations lorsque celui qui est dénoncé, c'est celui qui donne l'emploi.

La chance qu'on a au Québec, c'est d'avoir coupé ce lien de dépendance des professionnels de la santé au travail. Ce sont des gens qui peuvent davantage garder leur autonomie au travail; étant rémunérés par une source externe. On n'est pas au niveau du processus décisionnel et c'est souvent à long terme et après coup qu'on peut dénoncer car on n'est pas au fait des politiques dites officielles. Mais souvent, il y a une différence entre les discours bien emballés et c'est ce à quoi on a accès. On n'a pas accès au travail réel et à ce qui se fait vraiment dans l'entreprise. (ENT-6)

Par exemple, en milieu de travail, on ne peut pas avoir accès à n'importe qui. Mais ce n'est pas une priorité dans ce secteur; matière première considère le physique et les services, la santé mentale n'est pas considérée comme un facteur de risque au niveau de la santé dans les secteurs considérés comme prioritaires. Alors, on a de la difficulté à entrer là (ENT-8).

Les gens de la CSST vivent des problèmes éthiques. Souvent, ils ne peuvent rien faire car ils sont engagés pour gérer les conséquences mais pas pour prévenir les méfaits. Mais ils sont aussi encadrés par des obligations de résultats qui sont fixées par la CSST et par une culture de la CSST qui, si on n'est pas sur ses gardes et qu'on intériorise toutes ces choses-là, on devient aussi prudent et aussi peureux que les gens qui ont une obligation de taire les choses s'ils veulent garder leur emploi. La CSST a vraiment le monopole pour la recherche, les indemnisations et les orientations. Mais elle ne priorise souvent qu'en fonction de sa logique de compagnie d'assurance. Elle a une responsabilité générale de santé de la population d'un territoire donné et il arrive que sur ce territoire-là, il y a des travailleurs.

Ce n'est pas parce que ces travailleurs sont indemnisés qu'ils ne sont pas malades. C'est une grave erreur de limiter les maladies causées par le travail ou les problèmes de santé associés au travail aux lésions professionnelles. C'est normal car ce sont des lésions monnayables. Mais la logique, c'est qu'il ne faut pas espérer faire porter par la CSST l'identification de tous les problèmes comme des lésions professionnelles, parce qu'elles ont une logique différente. Le professionnel de la CSST est là pour conseiller, convaincre et contraindre, souvent pour contraindre; mais c'est essentiellement en lien avec la logique des compagnies d'assurance. On va surtout travailler sur la diminution des accidents (ENT-6).

APPENDICE 12 Valeurs des RRSSS

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC

Publication interne - Diffusion restreinte - Agir ensemble pour l'équité en matière de santé et de bien-être- 1990

Nos valeurs

RESPECT : Référence au respect du citoyen et de la citoyenne, des partenaires, du personnel de la Régie régionale, à l'intégrité de la personne, à la tolérance, au respect de la différence et à la reconnaissance de ses contributions à l'organisation.

QUALITÉ : Réfère au produit livré et au processus de production, aux termes d'efficacité et d'efficience : bien faire les bonnes choses dans les meilleures conditions possibles

SOLIDARITÉ : Réfère à l'adhésion au projet organisationnel, à la loyauté envers l'organisation, au sens du bien collectif et au partage, à l'esprit d'équipe plutôt qu'à l'esprit hiérarchique, à l'entraide. On constate que la solidarité s'exprime principalement dans la gestion des crises.

TRANSPARENCE : Réfère à des communications claires, au « parler à », au souci de donner le maximum d'information, aux mécanismes de participation.

ENTHOUSIASME : Réfère à la mobilisation affective et intellectuelle, la convergence entre le projet organisationnel et le projet personnel, avoir un but, avoir le goût de se sentir utile, reconnu et soutenu, vivre le travail comme une occasion de développement.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MAURICIE ET BOIS-FRANC

Publication Internet - 2001

Valeurs

À la Régie régionale, trois principes orientent nos actions et sont à la base de la définition des valeurs de notre entreprise :

- La population de la Mauricie et du Centre-du-Québec est au centre de nos actions.
- Nos partenaires sont des collaborateurs essentiels au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population régionale.
- Nous sommes convaincus que notre personnel est le moteur de notre organisation.
- Tant à l'interne qu'à l'externe, nos relations sont fondées sur les valeurs suivantes :

La transparence

Nous menons nos activités de façon à établir des liens et des relations durables de qualité avec nos partenaires d'affaires. Nous partageons mutuellement nos plans et objectifs afin de créer des partenariats efficaces.

L'honnêteté

Nos partenaires nous accordent leur confiance dans la mesure où les gestes que nous posons sont le fruit de discussions et de stratégies convenues au meilleur des parties.

L'intégrité

Nous reconnaissons la contribution et l'expertise de chacun, tout en respectant leur autonomie et leurs différences dans un contexte rigoureux d'équité.

Le respect

Nos partenaires et nos employés sont les atouts les plus précieux de notre organisation et la clé de son succès. À ce titre, nous les reconnaissons, les valorisons et les traitons avec dignité et équité.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA MONTÉRÉGIE

Publication Internet - 2001

Mission

La Régie régionale est responsable de planifier, d'organiser, de mettre en oeuvre et d'évaluer les services de santé et les services sociaux dispensés en Montérégie en collaboration avec l'ensemble de son réseau (établissements, organismes communautaires, ressources de type familial) et en collaboration avec des partenaires provenant des réseaux municipaux, de l'éducation, de la justice ou de la main-d'œuvre. En outre, elle doit aussi s'assurer de la bonne gestion des ressources humaines, financières et matérielles du réseau montérégien. Ces responsabilités lui sont principalement confiées par des dispositions légales prévues dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Valeurs

Pour réaliser sa mission, la Régie régionale, de concert avec l'ensemble du réseau, oriente ses actions en lien avec les valeurs suivantes :

- l'humanisation des soins;
- la coordination et la concertation de toutes les ressources et de l'ensemble des intervenants et intervenantes impliqués;
- le développement d'un réseau régional intégré, efficace et efficient;
- l'équité interrégionale sur le plan des ressources et de l'accès aux services qui passe par l'obtention d'un budget global pour la région ;
- la création, l'expérimentation et l'évaluation de nouveaux types de ressources et de programmes;
- le développement de ressources alternatives comme solutions de remplacement des ressources institutionnelles dans tous les secteurs;
- l'utilisation maximale des ressources existantes;
- la poursuite de la décentralisation vers les régions;
- la mobilisation de la population aux problématiques locales.

(Source: Vers un Virage Santé et Bien-Être: Plan stratégique 1995-1998 de transformation du système - Montérégie - Longueuil : RRSSS de la Montérégie, 1995, 46p.)

APPENDICE 13 Éléments sur l'autorégulation

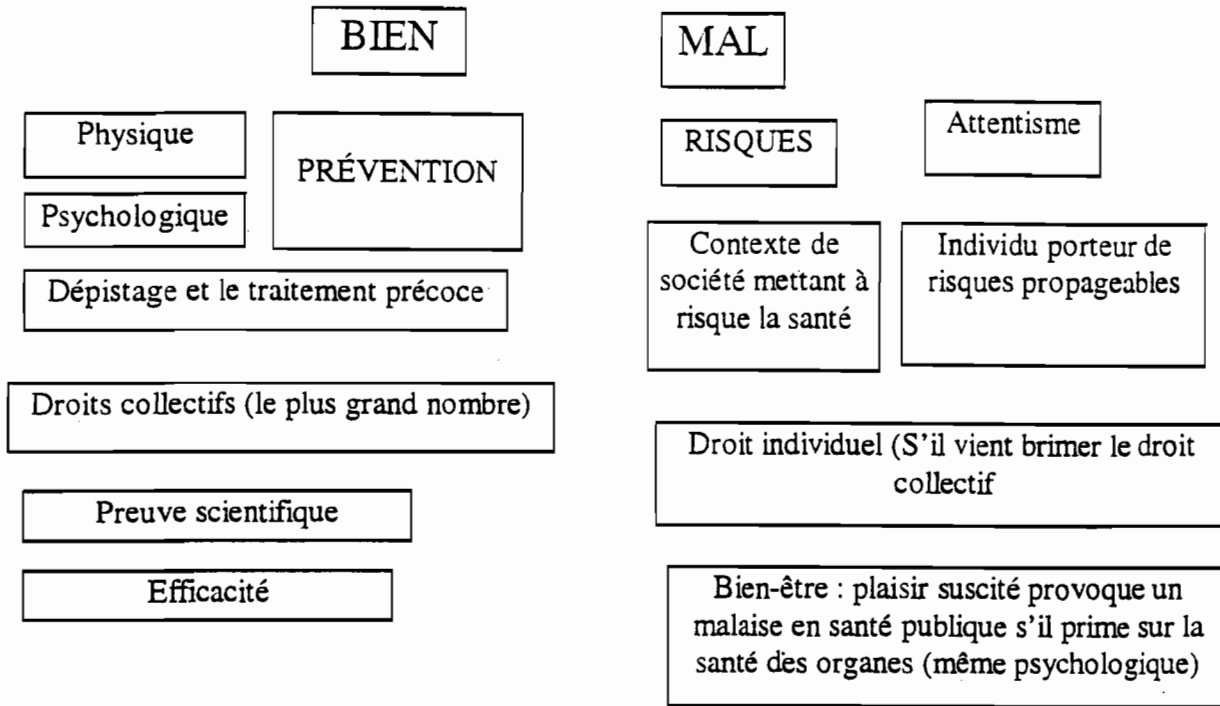
Dans l'autorégulation, le pouvoir de contrainte des modèles et des rôles ne tient pas seulement aux sanctions positives et négatives; il repose encore bien plus puissamment dans l'adhésion à des valeurs, dans ce qu'on peut appeler l'orientation aux valeurs, qui n'est qu'un aspect, mais sans doute le plus profond de l'orientation normative de l'action (Césari, 1964, p. 58). Alquié ajoute que «[...]dans l'expérience scientifique (médicale) la vérité nous apparaît comme étant déjà là, elle est du côté de l'objet, elle est ce qu'il faut retrouver ou découvrir, mais elle semble de ce fait, comme imposition à d'autres relations possibles.» (Alquié, 1950, cité par Césari, 1964).

Au niveau de notre analyse cette mise en garde prend d'autant d'importance que nous nous en tenons effectivement aux discours de professionnels dans un contexte de santé publique. Ainsi, la division entre tenants de valeurs opposées ou différentes, n'est en réalité que l'envers de la solidarité qui se crée entre ceux qui adhèrent aux mêmes valeurs; la solidarité dans des valeurs partagées peut donc être en même temps, une source d'unité sociale et, parce qu'elle engendre une telle unité, une source de conflits sociaux ou à tout le moins de diversité sociale. Durkheim (1911, vol. 19, p. 438) établissait la distinction entre jugements de réalité et jugements de valeurs. Les premiers «se bornent à exprimer des faits donnés ». Si nous voulons, dans un deuxième temps faire un jugement de valeur, nous devons les nommer et en évaluer la qualité et porter un jugement à la lumière des valeurs à privilégier.

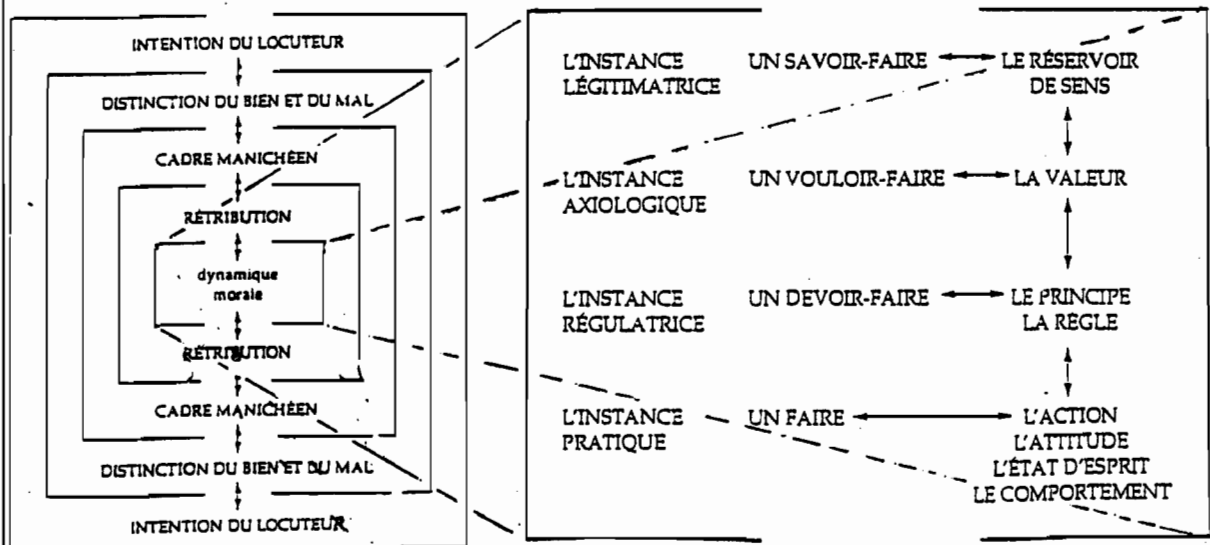
APPENDICE 14 Intervention en santé mentale vue sous l'angle du contrôle social

Type d'intervention	Prévention		Traitement	Réadaptation
	Promotion de la santé	Protection spécifique		
L'objet de la gestion	Le capital humain	Les risques	Les catégories sociales	La différence
Population cible	L'ensemble des individus	L'individu étiqueté « à risque »	L'individu étiqueté « anormal »	L'individu à normaliser
Objectif	Programmer l'efficience	Éviter la différence ou les comportements socialement indésirables	Corriger les écarts à la norme	Assurer le fonctionnement social de l'individu
Moyen	L'entraînement mental par la « thérapie pour normaux », les cours de développement personnel, d'efficacité humaine, etc.	Surveillance médico-psychologique et administrative	Sanction thérapeutique	Intégration à l'intérieur des institutions sociales

APPENDICE 15 Illustration de la moralité de la santé publique



Comparaison avec les éléments du discours moral selon Fortin (1995)



APPENDICE 16 Principes de la bioéthique

La bienfaisance

Ce principe, ainsi que les trois suivants dérivent de la vision philosophique de l'éthique selon laquelle on défend le droit individuel. Appliquée à la santé clinique, la bienfaisance signifie qu'il faut agir dans les meilleurs intérêts du patient. Mais comment ce principe peut-il être appliqué en santé publique où l'on ne s'attarde pas à un cas unique mais à une communauté entière? En fait, le principe de la bienfaisance doit essentiellement faire appel à la solidarité sociale afin d'assurer le plus grand bien à la plus grande partie de la population.

La non-malfaisance

Quant au principe de la non-malfaisance, il vise à protéger la plus grande partie de la population en soumettant les groupes à risque à des systèmes de prévention. C'est en quelque sorte un moyen de contrôler les individus qui peuvent être une contrainte à l'ensemble de la population. "The principle of nonmaleficence pertains to the obligation to avoid causing harm. (Muller, 1994, p.451)". En santé publique, cette dimension vise à justifier le recours à des mesures imposées à un individu ou à un groupe d'individus afin de les "(...) soumettre, même contre leur volonté, aux actions de protection de la santé publique (Lussier, 1995, p.25)."

L'autonomie

L'autonomie, bien que très critiquée, suppose une liberté d'action et de choix de personnes étant aptes à décider pour elles-mêmes. Muller (1994) note que ce principe a pris une place centrale dans les théories contemporaines. En effet, il reflète les fortes croyances nord-américaines en ce qui concerne l'individualisme. Dans un contexte communautaire, le principe de l'autonomie se complexifie, car il est parfois nécessaire de limiter la liberté décisionnelle de

chacun pour donner toute priorité à la santé publique (Lussier 1995). En médecine clinique, le principe de l'autonomie signifie-t-il que l'on respecte la décision d'un patient devant être opéré d'urgence ou préférant se laisser mourir? Certains critères moraux et sociaux sont également présents dans l'évaluation du degré d'autonomie des patients. En santé publique, ce principe est fort questionné et constamment remis en question. En effet, que doit-on faire avec des personnes atteintes du V.I.H.? Doit-on vraiment leur laisser toute liberté d'avertir leur(s) partenaire(s)? La société peut-elle prendre le risque de laisser cette importante décision entre les seules mains du patient ou doit-elle donner la possibilité au médecin d'avertir les autres partenaires dans le cas de patients peu coopératifs? Ce choix est donc délicat. Il met en jeu la confidentialité du patient, mais également la vie du ou des autres partenaires qui vont continuer à avoir des relations sexuelles non protégées.

L'autonomie du patient est donc critiquée. La priorité de l'individualisme fait en sorte que l'on oublie que ces individus sont tous membres d'une même communauté et, qu'ainsi, on délaisse l'aspect communautaire d'une éthique voulant le bien de l'ensemble. Cette valorisation de l'autonomie est ainsi critiquée puisqu'elle ne reflète que les intérêts d'une classe moyenne blanche et nord-américaine (Fox 1990: Hoffmaster 1990: Muller 1994).

La justice

On invoque ici le droit à l'équité sociale et culturelle de la santé. Nos sociétés occidentales prônent le libéralisme, les droits et les libertés individuelles. Dans une perspective communautaire et afin de maintenir un ordre public, la justice veut que les droits et libertés d'une personne soient accomplis en s'assurant qu'ils ne nuisent pas aux droits et libertés des autres (Lussier, 1995). Ainsi, deux principes fondamentaux de la justice sociale doivent être appliqués: les libertés fondamentales doivent être égales pour tous et les inégalités doivent faire en sorte de favoriser les plus démunis tout en

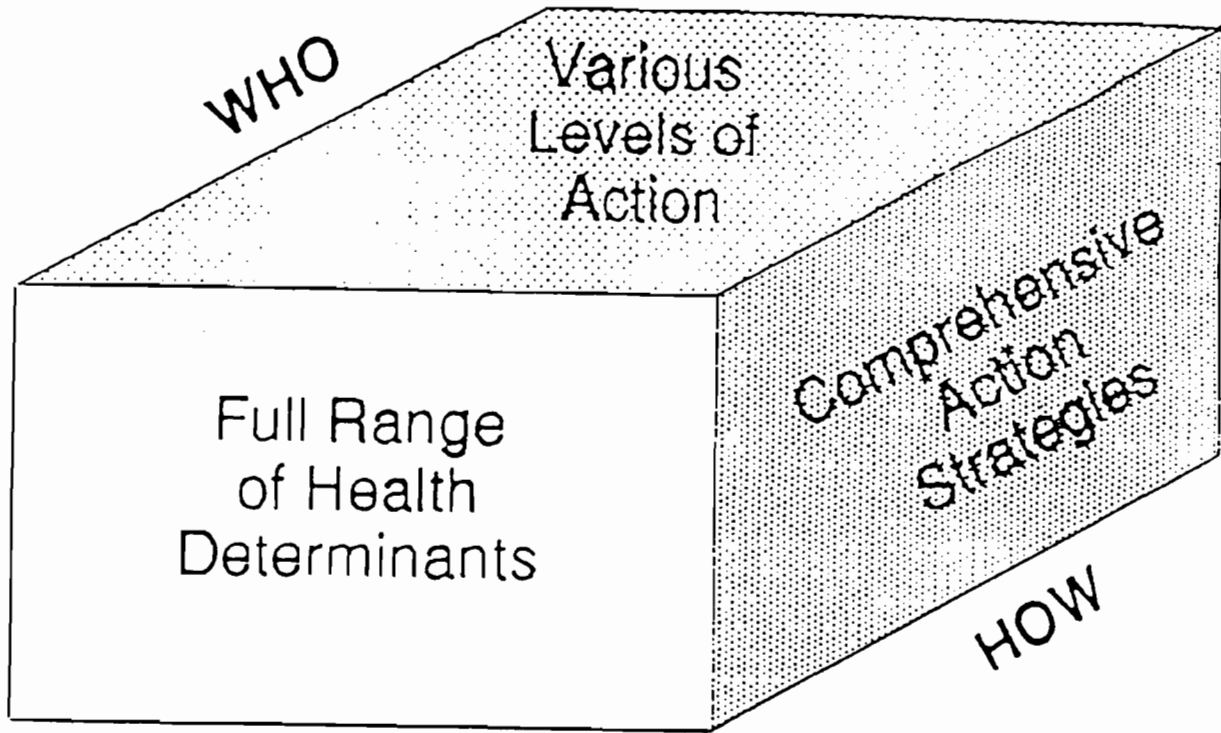
respectant le premier principe.

Cette théorie permet d'harmoniser le conflit existant entre les droits individuels et les droits collectifs. En favorisant les plus démunis, la santé publique se tourne alors vers des groupes à risque à qui l'on offrira davantage de protection. On pourra, par exemple, offrir des vaccins gratuitement aux personnes faisant partie de groupes exposés à l'épatite B. Ainsi, on aide ces groupes à risque tout en protégeant l'ensemble de la population.

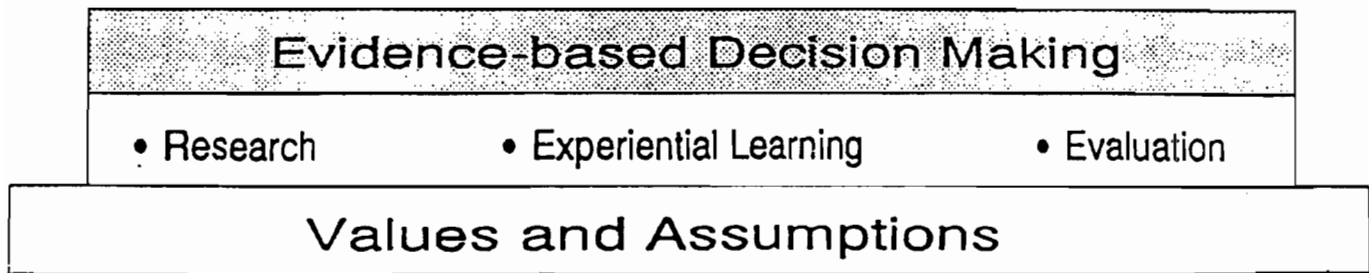
La pertinence de la morale et la pluralité des valeurs

Ces choix et ces décisions sont irrémédiablement influencés par notre culture et les notions qu'elle nous inculque. Ainsi, plusieurs valeurs socioculturelles font en sorte que l'on fasse un choix plutôt qu'un autre. Par contre, ces choix ne sont pas toujours faits librement. Ils sont influencés à la fois par des intérêts, par un certain positionnement social et par son pouvoir (Lussier 1995). Dans nos choix éthiques rien n'est donc statique et permanent. Ils dépendent du contexte, de l'évolution des paradigmes et des valeurs de la société. Nos choix sont ainsi le produit de certaines interprétations lorsque des considérations d'ordre moral ne peuvent justifier une action plutôt qu'une autre et laisse donc place à leur dilemme.

Population Health Promotion Model



WHAT

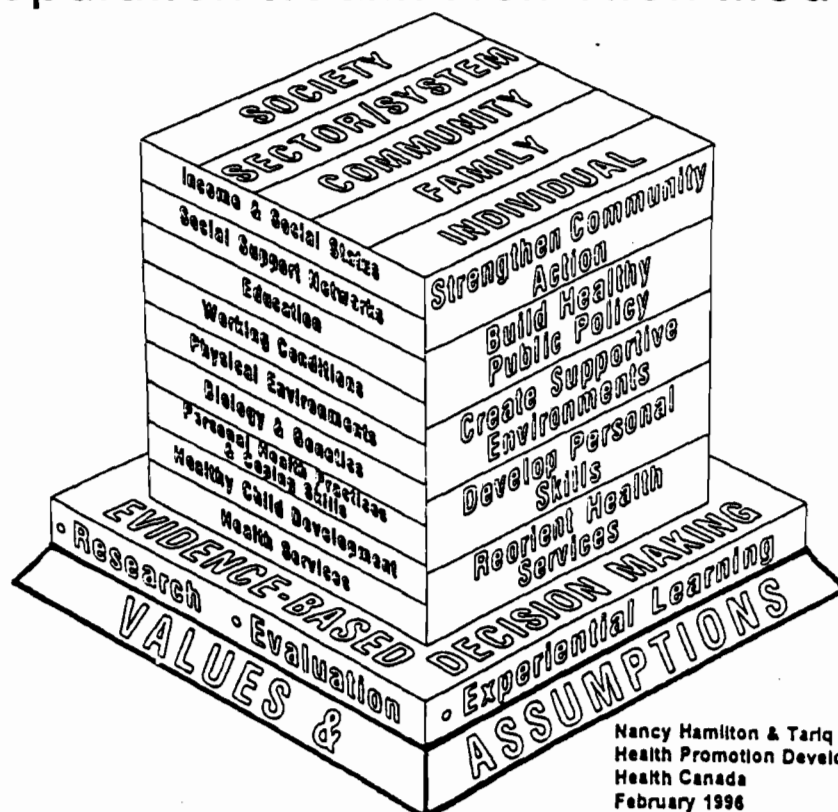


WHY

A. Values and Assumptions

The Foundation of the *Population Health Promotion Model*

Population Health Promotion Model



Nancy Hamilton & Tariq Bhatti
Health Promotion Development Division
Health Canada
February 1996

What is *Health*?

What is *Health Promotion*?

"Health is a dynamic process of physical, mental, emotional, social and spiritual wellbeing. Health enables individuals, families, and communities to function to the best of their ability within their environment. (The Saskatchewan Provincial Health Council, 1994)

Health is our most valuable resource which needs to be promoted and protected so that we can live full, productive and healthy lives. We want to prevent illnesses, diseases, disabilities, injuries and premature deaths.

The best health possible can be achieved by addressing the determinants of health through health promotion. "Health promotion is the process which enables individuals, families, and communities to increase control of their lives and improve their health." (World Health Organization)

Many sectors of society participate in health promotion activities. These activities take place in a variety of settings which include the home, daycare, workplace, health care facility and the community.

The practice of health promotion is based on a set of values and principles. These values and principles are cherished ways of doing things and act as a guide for our daily behaviour. The practice of health promotion is most effective when these values and principles are used.

Values

Values are the cherished principles/standards which guide the practice of health promotion in all activities and daily behaviors.

The Saskatchewan Provincial Health Council provided a framework for improving the health status of all people and communities in Saskatchewan. The result was the development of the Population Health Goals for Saskatchewan. These goals are concerned with the well-being of the population as a whole. Achieving the goals will require a long-term investment in health enhancing policies and programs.

Population Health Goals For Saskatchewan: A Framework for Improved Health For All

Goal One: Reassess What Determines Health

To change our thinking about health and to consider the broad determinants of health.

Goal Two: Social Justice and Equity

To provide equal opportunities for achieving health for all Saskatchewan people and communities.

Goal Three: Supportive Families and Communities

To foster healthy social environments for individuals, families and communities.

Goal Four: A Healthy Physical Environment

To preserve and promote clean, safe physical environments which support health.

Goal Five: Health Promotion

To place more emphasis on health promotion and illness avoidance.

Goal Six: Shared Responsibility

To improve health and create a healthier society through the cooperation and shared responsibility of all members of society.

Population Health Goals for Saskatchewan. The Saskatchewan Provincial Health Council. 1994.

A Statement of Values

Saskatchewan's Population Health Goals reflect certain principles, values and beliefs:

- **We're All In This Together:** We create health in every aspect of our lives; in our families, communities, schools and workplaces. The activities and well-being of each sector of our society are inter-related.
- **Health As A Resource:** Health is valued and supported throughout society. Public decision making should include consideration of health impact.
- **The Whole Person:** Each person is valued as an individual with a unique history, temperament, biology and social circumstance.
- **The Importance of Family:** "The family forms the basic unit of society. It provides the framework for the emotional, financial and material support essential to the growth and development of its members. The family can assume diverse forms and functions. The family is vital in preserving and transmitting cultural values." (United Nations 1994 International Year of the Family)
- **Children:** Children are valued and have equal worth as individuals in our society. Individuals, families and communities should provide the best possible opportunities for children.
- **Community:** Communities and local governments must be involved in decision making about factors which influence health. Community development is an important tool in promoting a healthy society.
- **Informed Choice:** Individuals, families and communities have the right and responsibility to make healthy choices about lifestyle and health services. People have the right to useful information to support these choices.
- **Respectful Of Diversity:** We respect differences in culture, values, abilities and circumstance. At the same time, we all share in responsibility to the larger community.

- **Fairness:** We value a fair and just society in which there is equal opportunity for achieving health.
- **We Can Make A Difference:** A practical approach to affordable, accessible initiatives to improve our quality of life can make a difference. We can do this through developing a series of small solutions to large problems.

Population Health Goals for Saskatchewan. The Saskatchewan Provincial Health Council. 1994.

Health Promotion Values and Principles

The following values and principles were identified by the district health promotion contacts as guides to use in their practice of health promotion.

Dignity, Respect, Diversity & Uniqueness. All individuals are treated with dignity and respect. Diversity and uniqueness of all people are valued and honored.

Empowerment. Health promotion strengthens and supports individuals, families and communities to determine their own needs and supports the right of people to make informed choices.

Individual Responsibility. Health promotion encourages and enables individuals to be responsible for one's own health. Caring for one's health is a lifelong responsibility and commitment.

Holistic Approach. Health promotion incorporates and supports physical, emotional, social, spiritual, cultural and ecological aspects of health.

Partnerships, Multi-disciplinary & Multi-sectoral. Health promotion builds partnerships which foster trust, fairness, commitment, ownership, equal opportunities and participation by the community and by all other stakeholders. Partnerships are multi-disciplinary and multi-sectoral. To improve the factors which affect health and improve the health of our population, support and change is needed in a variety of sectors including the health sector. Health professionals need to determine their appropriate role in these partnerships.

Long-term Process & Time. Health promotion is a process which takes time. It takes time to build partnerships, strengthen and empower the community, determine needs, set priorities and determine activities, resources and evaluation.

Programs Based On Need. Programs and activities are based on the needs of individuals, families and communities. Appropriate tools are used for information gathering. Program priority is given to those who lack the basic needs such as food, shelter, clothing, wealth and power, as these groups are at the greatest risk. Priority is also given to the well-being of the population as a whole.

Knowledge & Technology. All sources of information are considered. This includes collection of baseline data, information from social, economic, medical and environmental sources, knowledge and experience of the people, and experience from other projects and places. This information needs to be accessible, comprehensive, free, readable and easy to understand. Appropriate technology is used to collect and distribute this information.

Doing the Right Thing. Health promotion does the right thing in the right way at the right time, using the right resources, the right partners and the right evaluation. Health promotion supports programs that are effective and affordable, with outcomes which improve health.

Flexible, Adaptable & Affordable Programs. Programs are flexible, adaptable and affordable to meet the needs of various population groups and the population as a whole.

Varied Strategies & Approaches. Multiple strategies and approaches are used to address health issues, which include the following: information, education, skill development, media, community development, advocacy, healthy public policy, adjustments to the environment, etc. Other creative methods are used to reach specific population groups.

Access to Appropriate Services & Resources. Health promotion supports equal access to all appropriate services and resources so that people can act on their own behalf and make better decisions and choices. Resources are culturally sensitive, and are in a language which is easy to read and understand. These resources are distributed fairly.

Coordination & Elimination of Duplication. Health promotion coordinates and builds on existing programs and avoids any duplication of programs and resources.

Supportive Networks. Self-help groups and mutual aid is encouraged and supported.

Safe & Environmentally Friendly. Health promotion ensures a safe physical environment and protects the planet from pollution, toxic harm and resource depletion.

Research. Health promotion supports the use of qualitative, quantitative and participatory research methods.

Public Accountability. All activities and funds used are publicly accountable by all partners.

Evaluation. Health promotion supports and encourages evaluation of programs and activities to determine the changes to the factors which affect health and the impact of these changes on health.

(List developed at a Health Promotion Resource Binder meeting, February 1997.)

Assumptions

The Population Health Promotion Model is based on the following assumptions:

- Policy and program decision makers agree that comprehensive action needs to be taken on all the determinants of health using the knowledge gained from research and practice.
- It is the role of health organizations to:
 - analyze the full range of possibilities for action
 - act on those determinants that are within their jurisdiction
 - influence other sectors to ensure their policies and programs have a positive impact on health.

This can best be achieved by facilitating collaboration among stakeholders regarding the most appropriate activities to be undertaken by each.

- Multiple points of entry to planning and implementation are essential. However, there is a need for overall co-ordination of activity.
- Health problems may affect certain groups more than others. However, the solution to these problems involves changing social values and structures. It is the responsibility of the society as a whole to take care of all its members.
- The health of individuals and groups is a combined result of their own health practices and the impact of the physical and social environments in which they live, work, pray and play. There is an interaction among people and their surroundings. Settings, consisting of places and things, have a physical and psychological impact on people's health.
- In order to enjoy optimal health, people need opportunities to meet their physical, mental, social and spiritual needs. This is possible in an environment that is based on the principles of social justice and equity and where relationships are built on mutual respect and caring, rather than power and status.
- Health care, health protection and disease prevention initiatives complement health promotion. Comprehensive approaches will include a strategic mix of the different possibilities for action. Meaningful participation of people in the development and operationalization of policies and programs is essential for them to influence the decisions that affect their health.

Hamilton, Nancy, & Bhatti, Tariq. *Population Health Promotion: An Integrated Model of Population Health and Health Promotion*. Health Canada. 1996. pp. 8-9.

APPENDICE 18 - Pistes d'actions pour le renforcement de la promotion (OMS, 1999)

Au niveau de la promotion de la santé mentale pour les enfants et les adolescents
Le développement psychosocial et cognitif des nouveau-nés et des nourrissons dépend de leur interaction avec leurs parents. Des programmes visant à améliorer la qualité de ces interactions peuvent favoriser de manière sensible le développement affectif, social, cognitif et physique de l'enfant. De telles interventions sont particulièrement utiles aux mères qui vivent dans des situations de stress ou d'adversité sociale. L'OMS a élaboré un programme international destiné à stimuler l'interaction entre la mère et son nourrisson, qui est utilisé dans le monde entier.
Il est évident que l'école demeure une institution sociale déterminante pour l'éducation des enfants et leur préparation à la vie. Les écoles doivent jouer plus activement un rôle éducatif complet favorisant le développement social et affectif sain des élèves.
L'OMS a mis au point un programme d'enseignement de connaissances de base qui inculque aux enfants d'âge scolaire des connaissances élémentaires susceptibles de les aider à améliorer leurs compétences psychosociales. Ils apprennent ainsi à résoudre des problèmes, à faire preuve d'esprit critique, à communiquer, à entretenir des relations interpersonnelles, à pratiquer l'empathie et à maîtriser leurs émotions. Ces compétences permettent aux enfants et aux adolescents d'être en bonne santé mentale.
Les «écoles accueillantes pour les enfants» sont une autre initiative de l'OMS pour la santé mentale qui aurait avantage à être développée davantage au Québec. Ce programme vise à promouvoir un environnement psychosocial favorable dans les écoles en complément du programme de connaissances de base. Une école accueillante pour les enfants encourage la tolérance et l'égalité entre les garçons et les filles, ainsi qu'entre les différents groupes ethniques, religieux et sociaux. Elle encourage la participation active et la coopération, évite le recours aux châtiments corporels et ne tolère pas les brimades. Elle offre un environnement encourageant et enrichissant, dispense une éducation qui correspond à la réalité de la vie des enfants, aide à établir des liens entre l'école et la vie familiale, soutient et apprécie la créativité autant que les aptitudes scolaires et encourage les enfants à avoir confiance en eux-mêmes.

Au niveau de la vie active et l'emploi
Un accent particulier devrait être mis sur ce qui, au travail et dans le travail lui-même, est susceptible de promouvoir la santé mentale. Huit domaines d'action ont été recensés à cet égard : sensibilisation accrue de l'employeur aux problèmes de santé mentale; identification de buts communs et d'aspects positifs du travail; équilibrage entre la demande d'emploi et les compétences professionnelles; formation aux aptitudes sociales; développement du climat psychosocial du lieu de travail; conseils dispensés aux travailleurs; amélioration de la capacité de travail et stratégies de réadaptation précoces.
Une autre question importante est celle du chômage, en particulier celui des jeunes. Dans ce domaine, les stratégies de promotion de la santé mentale visent à améliorer les opportunités d'emploi, par exemple, par des programmes visant à créer des emplois, dispenser une formation professionnelle et fournir des compétences sociales et des capacités pour la recherche d'un emploi.
Au niveau du vieillissement de la population
Le vieillissement de la population est un objectif parfaitement souhaitable et naturel de toute société. D'ici l'an 2050, le monde comptera 1,2 milliard de personnes âgées, dont près des trois quarts vivront dans les pays en développement. Mais, pour que le vieillissement soit une expérience positive, il doit être assorti d'une amélioration de la qualité de vie de ceux qui ont atteint ou atteignent un âge avancé.
Face à ce défi, l'OMS lance un «mouvement mondial vieillir en restant actif». Il s'agit d'un nouveau réseau destiné à tous ceux qui souhaitent proposer des politiques et des pratiques favorisant l'activité des personnes âgées. Vieillir en restant actif englobe toutes les dimensions : physique, mental et sociale. L'OMS estime que c'est seulement en favorisant la citoyenneté et les aspirations des personnes âgées qu'elles pourront avoir une vie épanouie. Une personne âgée active et en bonne santé est une ressource précieuse pour sa famille, pour sa communauté et pour l'économie. Le mouvement mondial «vieillir en restant actif» inclut toute la société civile et fut symboliquement lancé le 2 octobre 1999, Journée internationale des personnes âgées, dans le cadre de l'Année internationale des personnes âgées.
Au niveau de la mesure et la promotion de la qualité de vie.
L'OMS a mis au point un instrument pour évaluer la qualité de vie en complément des données sur la morbidité et la mortalité. L'un des premiers objectifs de la promotion de la santé mentale est d'aider les États Membres à améliorer la qualité de vie de leur population et à inscrire la santé mentale en bonne place dans leur plan d'action National.