

# Le Modèle global de santé mentale publique et les mentors de rétablissement

## The Global Model of Public Mental Health and Recovery Mentors

Jean-François Pelletier and Émilie Auclair

Volume 42, Number 1, Spring 2017

Santé mentale des populations

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1040252ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1040252ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Pelletier, J.-F. & Auclair, É. (2017). Le Modèle global de santé mentale publique et les mentors de rétablissement. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 223–241. <https://doi.org/10.7202/1040252ar>

Article abstract

**Objectives** The aim of this paper is to revisit the Global Model of Public Mental Health (GMPMH) in light of the 4th Civic Forum. Recovery mentors of the University of Recovery chaired this public event, which was held in East-end Montreal, Canada, in 2016. The University of Recovery is a concept of co-learning among its members.

**Methods** Being able to refer to international conventions and human rights standards is a key component of a genuine global approach that is supportive of individuals and communities in their quest for recovery and full citizenship. The GMPMH was inspired by the ecological approach in public health and health promotion programs, while adding to that approach the recovery mentors, as agents of mental health policies and legislation transformation. The GMPMH integrates recovery- and citizenship-oriented practices through the Ottawa Charter for Health Promotion of the World Health Organization. Indeed, here the GMPMH is said to be global in that the supranational and individual levels reinforce each other, taking turns with a) a set of legal rules and international conventions on human rights, including those of disabled persons, and b) the active involvement and agency of recovery mentors who can evoke these rules and conventions as part of a plea for the recognition of their personal and collective capacity for change; they acted as tracers of recovery trajectories during the Civic Forum. The GMPMH was first published in 2009, and revisited in 2013. While this latter revision was based on the 3rd Civic Forum, in this paper we use the same approach to revisit the GMPMH as underpinned by the findings and recommendations of the 4th Civic Forum, which discussed questions related to work and employment.

**Results** Updating the GMPMH in light of the Civic Forum underlines the need for a more inclusive type of governance regarding policy and systems transformation. Local communities and persons in recovery can reach each other to promote change and capacity building, for instance through quality assessment, and evaluation of human rights' level of respect in healthcare facilities and more broadly. People with mental health challenges ought to be "included in the community" – as this is a right, not a reward (UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, art. 19). This is achievable if the community is informed and welcoming, for instance in getting involved with a Civic Forum and its organizing committee. The degree to which a transformational agenda is participatory is revealed as a predictor of the degree to which the broader community can be reflexive about its own inclusiveness for a genuinely global approach of public mental health, and with a cascading emulation effect.

**Conclusion** Transition from social marginalization to full citizenship represents a daunting challenge in public mental healthcare. Creating access to the valued roles which individuals will be able to occupy in community and workplace settings requires capacity building and inter-sectorial synchronicity, as suggested by recovery mentors who can act as tracers to reveal obstacles and gateways in the recovery journey. Public intervention and debate are required to promote and monitor the bond of citizenship that connects people to their communities, and the quality of this bond needs to be included in the scope of public mental health for continuity and equity of access.

# Le Modèle global de santé mentale publique et les mentors de rétablissement

Jean-François Pelletier<sup>a,b,c</sup>

Émilie Auclair<sup>d</sup>

**RÉSUMÉ** Publié pour la première fois en 2009 et révisé en 2013, le Modèle global de santé mentale publique (MGSMP) est d'abord une hybridation conceptuelle entre le rétablissement et la promotion de la santé selon l'OMS. Le MGSMP sert à paramétrer l'intervention des mentors de rétablissement en tant que traceurs de changement en santé mentale publique. Le changement peut être d'ordre personnel, interpersonnel, culturel, socio-économique ou politique. Ce modèle est en effet dit global notamment du fait que les niveaux supranational et individuel se renforcent mutuellement en se relayant avec ; a) un ensemble de règles juridiques et de conventions internationales relatives aux droits de la personne ; et b) les mentors de rétablissement qui canalisent leur savoir expérientiel en évoquant ces conventions pour le développement d'une capacité de changement continu. D'un forum citoyen à l'autre, cette capacité d'influence transformationnelle s'est affirmée au profit d'un effet d'émulation en cascade. Les résultats de cette intervention sont ici rapportés sous forme de recommandations intersectorielles visant à sensibiliser et mobiliser la communauté pour une meilleure prise en compte des déterminants sociaux de la santé et du rétablissement que sont tout particulièrement l'emploi et le travail. Tandis que la révision du MGSMP de 2013 prenait appui sur le 3<sup>e</sup> forum

- 
- a. Professeur, Département de psychiatrie, Université de Montréal.
  - b. Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal/ Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
  - c. Yale School of Medicine/Program for Recovery & Community Health.
  - d. Directrice générale de la Table de quartier Solidarité Mercier-Est.

citoyen consacré au logement, celle-ci s'articule au 4<sup>e</sup> forum citoyen de 2016. Intitulé « La santé, ça nous travaille! », il fut animé du début à la fin par des mentors de rétablissement selon une approche méthodologique par cas traceurs, ici traceurs de trajectoire de rétablissement inter et multisectorielle.

**MOTS CLÉS** modèle global de santé mentale publique, mentors de rétablissement, conseil citoyen en santé, table de quartier, plan d'action en santé mentale

## The Global Model of Public Mental Health and Recovery Mentors

**ABSTRACT Objectives** The aim of this paper is to revisit the Global Model of Public Mental Health (GMPMH) in light of the 4th Civic Forum. Recovery mentors of the University of Recovery chaired this public event, which was held in East-end Montreal, Canada, in 2016. The University of Recovery is a concept of co-learning among its members.

**Methods** Being able to refer to international conventions and human rights standards is a key component of a genuine global approach that is supportive of individuals and communities in their quest for recovery and full citizenship. The GMPMH was inspired by the ecological approach in public health and health promotion programs, while adding to that approach the recovery mentors, as agents of mental health policies and legislation transformation. The GMPMH integrates recovery- and citizenship-oriented practices through the Ottawa Charter for Health Promotion of the World Health Organization. Indeed, here the GMPMH is said to be global in that the supranational and individual levels reinforce each other, taking turns with a) a set of legal rules and international conventions on human rights, including those of disabled persons, and b) the active involvement and agency of recovery mentors who can evoke these rules and conventions as part of a plea for the recognition of their personal and collective capacity for change; they acted as tracers of recovery trajectories during the Civic Forum. The GMPMH was first published in 2009, and revisited in 2013. While this latter revision was based on the 3rd Civic Forum, in this paper we use the same approach to revisit the GMPMH as underpinned by the findings and recommendations of the 4th Civic Forum, which discussed questions related to work and employment.

**Results** Updating the GMPMH in light of the Civic Forum underlines the need for a more inclusive type of governance regarding policy and systems transformation. Local communities and persons in recovery can reach each other to promote change and capacity building, for instance through quality assessment, and evaluation of human rights' level of respect in healthcare facilities and more broadly. People with mental health challenges ought to be "included in the community" – as this is a right, not a reward (UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, art. 19). This is achievable if the community is informed and welcoming, for instance in getting involved with a Civic Forum and its organizing committee. The degree to which a transformational agenda is participatory is revealed as a predictor of the

degree to which the broader community can be reflexive about its own inclusiveness for a genuinely global approach of public mental health, and with a cascading emulation effect.

**Conclusion** Transition from social marginalization to full citizenship represents a daunting challenge in public mental healthcare. Creating access to the valued roles which individuals will be able to occupy in community and workplace settings requires capacity building and inter-sectorial synchronicity, as suggested by recovery mentors who can act as tracers to reveal obstacles and gateways in the recovery journey. Public intervention and debate are required to promote and monitor the bond of citizenship that connects people to their communities, and the quality of this bond needs to be included in the scope of public mental health for continuity and equity of access.

**KEYWORDS** global model of public mental health, recovery mentors, civic health council, neighborhood consultation table, mental health action plan

## **Introduction**

Publié pour la première fois en 2009, le Modèle global de santé mentale publique (MGSMP) est le fruit d'une hybridation conceptuelle entre le rétablissement en santé mentale et la promotion de la santé<sup>1</sup>. Ce croisement a d'abord été initié à l'occasion du 20<sup>e</sup> anniversaire de l'adoption de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé par l'Organisation mondiale de la santé<sup>2</sup>. Certains des événements commémoratifs et des activités scientifiques de l'époque portaient sur l'héritage de cette Charte, par exemple en matière de santé mentale et de promotion de la santé mentale<sup>3</sup>.

Le MGSMP s'inscrit également dans le prolongement de l'approche dite écologique en santé publique<sup>4,5</sup>, approche qui est elle aussi tributaire de la Charte d'Ottawa avec sa structure à cinq niveaux. Le MGSMP bonifie cette approche en proposant que les mentors de rétablissement pairs aidants soient prestataires de soins et services en santé mentale (pairs aidants) ainsi que promoteurs de trajectoire de changement intersectorielle (mentors de rétablissement), et pas uniquement que bénéficiaires des interventions qui leur sont destinées, mais qui sont programmées par autrui. Le MGSMP se réfère ainsi aux conventions internationales et aux normes relatives aux droits de la personne en tant que composantes essentielles d'une approche véritablement globale. Lors de l'élaboration des plans d'action, des stratégies ou programmations organisationnelles et des politiques de santé, de telles conventions et normes internationales peuvent être invoquées

auprès du public et des décideurs par des mentors de rétablissement dans le cadre de leur plaidoyer politique et juridique en faveur autant du rétablissement que de la défense des droits, ou que de la pleine citoyenneté pour tous.

Au nombre de ces conventions et normes internationales axées sur les droits humains figurent la *Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées*<sup>6</sup> et le *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020* de l'OMS<sup>7</sup>, lequel comprend un document technique, soit le *QualityRights Toolkit*<sup>8</sup>, rédigé pour aider les parties prenantes à améliorer la qualité et le respect des droits des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale dans les services de santé. Les mentors de rétablissement sont probablement les personnes les mieux placées pour sensibiliser et contribuer à mobiliser la communauté autour de tels enjeux, notamment grâce au forum citoyen en santé mentale. Il s'agit d'un événement ponctuel ouvert au public pour soulever des enjeux relatifs à l'inclusion sous toutes ses formes et pour recommander des pistes d'action collective.

## Contexte

Dans cet article, le MGSMP est revisité à la lumière du 4<sup>e</sup> forum citoyen en santé mentale et avec une attention particulière portée au rôle des mentors de rétablissement dans l'exercice de leur leadership en matière de transformation<sup>9, i</sup>. Cette modélisation s'articule à une succession de conférences et de références internationales à travers lesquelles les champs de la promotion de la santé et de la santé publique se sont historiquement développés.

Un mentor de rétablissement est une personne ayant connu des interruptions significatives de parcours de vie en raison d'une maladie mentale ou physique, soit la sienne ou celle d'un proche, et qui canalise

---

i. Avec la permission du *Emerald Group Publishing*, cet article est en partie la traduction française d'un article paru en 2013 et qui avait été désigné *Out-standing Paper of the Year 2014* (Emerald Group Publishing, 2014)<sup>46,47</sup>. Il est cependant allégé de la description du développement participatif de la mesure de la citoyenneté et davantage adapté au contexte québécois actuel. Pour la description en français de ce développement et de la mesure de la citoyenneté elle-même, nous renvoyons le lecteur à Pelletier, Fortin et Bordeleau (2014) et à Pelletier et coll. (2017) pour une représentation schématique de ce MGSMP. Les auteurs tiennent à remercier monsieur Kevin Murat-Lorméus pour sa précieuse contribution au processus de traduction de certains passages de l'article de 2013.

cette expérience en expertise d'accompagnement dans son environnement. Cet accompagnement peut se déployer à plusieurs niveaux; du soutien individuel à l'action humanitaire internationale, en passant par les niveaux interpersonnels, organisationnels et communautaires. C'est ce dernier niveau qui est particulièrement ciblé par le forum citoyen, lequel est organisé avec la volonté d'influencer favorablement, par la sensibilisation et la mobilisation, certains déterminants sociaux du rétablissement dans ses dimensions autant physiques, que mentales et sociales.

### Du contrôle des maladies au rétablissement

En 1978, la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, à Alma-Ata en ex-URSS, a précisé que la santé « est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé [...] suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé »<sup>10</sup>. En fait, depuis 1946 la définition de la santé que l'OMS s'est donnée lors de son Assemblée de constitution n'a pas changé, étant « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé a ensuite été adoptée comme stratégie de réduction des inégalités et des iniquités, dans le domaine de la santé, par l'autonomisation des individus et des communautés (*empowerment*).

Depuis 2003, l'OMS s'efforce en effet de ramener la santé mentale, qui était malgré la définition de 1946 plutôt restée à la périphérie des politiques et guides de pratique, vers une position davantage prééminente en santé publique<sup>11,12</sup>. Il s'agit d'un plaidoyer en faveur de plans intersectoriels de santé mentale qui soient exhaustifs et pour une plus grande implication des personnes, vivant ou ayant vécu personnellement les conséquences des problèmes de santé mentale, dans l'élaboration de politiques, l'évaluation de la qualité et dans la prestation elle-même des soins et services. Cette participation est une caractéristique essentielle d'une orientation axée sur le rétablissement<sup>13</sup>, lequel demeure un principe directeur du *Plan d'action en santé mentale 2015-2020* du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec<sup>14</sup>, comme il l'était pour le précédent *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*<sup>15</sup>.

Dans la foulée des mouvements sociaux caractéristiques des années 1960 et 1970, le rétablissement a d'abord percé dans le domaine de la réadaptation psychosociale. Par opposition à un modèle asilaire cou-

pant les gens de leurs milieux, le rétablissement mise avant tout sur le maintien des personnes dans la collectivité par le biais du soutien communautaire et de l'actualisation de compétences personnelles<sup>16</sup>. Le rétablissement a été défini comme étant une vision<sup>17, 18</sup>, un mouvement<sup>19</sup>, un modèle conceptuel<sup>20</sup>, ou encore comme un principe immanent d'organisation<sup>21</sup>.

La promotion de la santé a suivi en parallèle un parcours similaire, ayant été définie comme étant un processus<sup>22</sup>, une science<sup>23</sup>, ou en tant que mouvement<sup>24</sup>. Il existe plusieurs définitions possibles du rétablissement et de la promotion de la santé respectivement. Les origines de ce que l'on appelle maintenant le *Recovery Movement* sont bien documentées<sup>25</sup>, comme celles du «*Health Promotion Movement*»<sup>26</sup>. Nous ne traitons pas ici de ces origines, mais plutôt de la convergence entre d'une part, la promotion de la santé selon la Charte d'Ottawa, l'approche écologique d'autre part, puis la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH).

Élaborer une politique publique saine: il s'agit de situer la santé, physique et mentale, aux premières loges de l'attention publique et gouvernementale et éventuellement au cœur du débat électoral, que celui-ci soit municipal, national ou autre. L'objectif est d'établir un sens plus collectif des responsabilités en matière de santé populationnelle en faisant des personnes les premières concernées des agents particulièrement actifs et habilités à incarner le changement, par exemple au sein de comités d'évaluation de la qualité ou d'instances de gouvernance, comme le comité organisateur du forum citoyen et lors de celui-ci.

Créer des milieux favorables: les environnements favorables sont essentiels à la promotion de la santé et au rétablissement, car un environnement pathogène peut engendrer de l'isolement, ce qui influe négativement sur la capacité des populations vulnérables à faire face autant aux problèmes chroniques de santé physique que de santé mentale, ou à des conditions socio-économiques adverses. Cet isolement peut résulter en un capital social amoindri, ce qui peut contribuer à l'obésité, aux maladies cardiovasculaires, aux problèmes de santé physique et mentale, à une morbidité et à une mortalité accrue<sup>27</sup>. C'est pourquoi le forum citoyen représente un espace de discussion où sont imaginées des pistes d'action pour favoriser l'inclusion et rendre divers environnements, dont celui du travail, plus favorable au rétablissement

et à la santé mentale de tous, avec un effet d'entraînement souhaité sur la santé sociale et physique.

*Renforcer l'action communautaire*: l'objectif ultime du rétablissement est de faire en sorte que les individus aux prises avec des problèmes de santé revêtant un caractère de chronicité puissent s'accomplir malgré et au-delà de cette chronicité. Il s'agit de les encourager à atteindre leurs buts et à satisfaire leurs besoins en continuant à évoluer en tant que citoyens à part entière dans leurs communautés respectives, soit en étant de la communauté et pas seulement dans la communauté. À cette fin, une conscience plus aiguë de l'impact négatif potentiel des actions plus ou moins spontanées d'une communauté, tel que le syndrome « pas dans ma cour », fait partie d'une approche réflexive et collective. Ce phénomène fut discuté lors du 3<sup>e</sup> forum citoyen, tandis que le 4<sup>e</sup> forum citoyen abordait le milieu du travail comme micro-communauté potentiellement elle aussi propice à de meilleures stratégies d'inclusion.

*Acquérir des aptitudes personnelles*: être « en rétablissement », c'est exercer son autonomie et son pouvoir d'agir<sup>28, 29</sup>, mais afin d'exercer de telles capacités, il faut être suffisamment rétabli parce que la maladie impose parfois des reculs sur ces plans et de telles aptitudes sont alors à réapprendre. La résilience ne va pas toujours de soi puisqu'elle demeure un défi pour plusieurs dont la confiance en soi est à reconstruire<sup>30</sup>. Les normes sociales peuvent parfois n'inspirer que du désespoir à des personnes perçues et se percevant elles-mêmes comme étant des « malades mentaux » chroniques. C'est l'une des raisons derrière le choix de confier l'animation du forum citoyen à des mentors de rétablissement habilités à incarner publiquement, et au vu d'autres usagers moins avancés dans leur processus de rétablissement, des figures positives et constructives de personnes et mentors « en rétablissement ».

*Réorienter les services de santé*: le plein exercice de la citoyenneté est l'une des orientations principales du Plan d'action en santé mentale 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec<sup>14</sup>. Une approche globale s'avère ici nécessaire, les communautés devant soutenir le redéploiement des services typiquement psychiatriques afin qu'ils soient davantage dispensés dans les structures de soins de santé primaires, soit « dans la cité » et en interaction dynamique avec le milieu naturel. La composition intersectorielle du comité organisateur

du forum citoyen reflète cette préoccupation, puisque les obstacles au rétablissement, en tant que trajectoire de vie, relèvent aussi bien de secteurs et ministères autres que celui de la Santé et des Services sociaux, par exemple de l'emploi ou de l'éducation.

Le MGSMP fait des individus aux prises avec des problèmes de santé significatifs les principaux artisans de leur rétablissement en tant que membre de la collectivité, soit de leur rétablissement civique<sup>31,32</sup>. Comme l'approche écologique, le MGSMP se déploie à cinq niveaux d'intervention qui sont liés entre eux et qui s'imbriquent : 1) supranational; 2) étatique; 3) communautaire; 4) organisationnel; et 5) individuel. À ces cinq niveaux correspondent autant de domaines de changement pour promouvoir le rétablissement civique : politique, socio-économique, culturel, interpersonnel et personnel.

Les mentors de rétablissement peuvent assumer leur leadership par le développement d'une capacité de représentation publique et citoyenne<sup>33</sup> et au profit d'une prise de conscience par tout le monde. Ce modèle est en effet dit global notamment du fait que les niveaux supranational et individuel se renforcent mutuellement en se relayant avec ; a) un ensemble de règles juridiques et de conventions internationales relatives aux droits de la personne ; et b) les mentors de rétablissement qui canalisent leur savoir expérientiel en évoquant ces conventions pour le développement d'une capacité de changement continu. En canalisant et partageant de manière dosée leur expérience personnelle, soit individuellement auprès de personnes elles-mêmes en processus de rétablissement, soit lors d'événements publics, la narration qu'ils font de leur trajectoire sert la fonction de cas traceurs.

## **Méthode**

La méthode des cas traceurs<sup>34</sup> vise à faire ressortir des trajectoires potentielles qui caractérisent un dispositif plus ou moins formalisé, notamment de soins de santé et de services sociaux, et est utilisée aussi dans la formation en psychiatrie<sup>35</sup>. Tel que suggéré par Paquette<sup>36</sup>, il s'agit d'identifier et de décrire des processus organisationnels et des réseaux relationnels à travers le temps et en évitant de décrire un processus à partir d'un modèle préconstruit. Il devient ainsi possible, toujours selon Paquette « de documenter une variété de problématiques vécues sur le terrain, mais aussi d'obtenir des pistes de solutions pour les résoudre. Cette méthode permet de comprendre la dynamique dans laquelle évoluent les participants ». Pour

les organisations de santé, la méthode cette fois du patient-traceur est une méthode d'amélioration de la qualité des soins et de l'expérience patient. « Elle permet notamment d'analyser rétrospectivement la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement ainsi que les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire afin d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration. »<sup>37</sup> Nous appliquons ici cette approche à la trajectoire de rétablissement multidimensionnelle post-soins et hors-établissement, soit dans l'environnement social et à travers la narration que des mentors de rétablissement peuvent faire, à cette fin précise de compréhension et d'accompagnement, de leur propre rétablissement.

Ainsi, le 18 mai 2016 à Montréal, le 4<sup>e</sup> Forum citoyen intitulé « La santé, ça nous travaille! » a eu lieu dans un parc industriel où il y a plusieurs entreprises d'économie sociale susceptibles de pouvoir bénéficier des recommandations et pistes d'action issues de cet exercice structuré par des cas traceurs de rétablissement. Il s'agissait en effet de sensibiliser les participants et particulièrement les employeurs, y compris ceux du secteur de la santé et des services sociaux, aux enjeux relatifs à la stigmatisation et aux préjugés touchant les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale dans leurs démarches d'insertion socioprofessionnelle<sup>38</sup> et de rétablissement civique. Les sous-thèmes étaient ceux a) de l'intégration au travail des personnes n'y ayant jamais vraiment eu accès; b) du retour au travail des personnes ayant dû s'en retirer temporairement; et c) du maintien en emploi des personnes en rétablissement.

Le forum citoyen permet à la collectivité de proximité de s'impliquer et de manifester son soutien. Il s'agit d'un événement d'une journée qui réunit des professionnels de la santé, des travailleurs communautaires, des usagers de services en santé mentale et leurs familles, les organisations qui les représentent ainsi que la communauté locale et ses représentants élus. Cet événement vise à déterminer de manière collective les cibles et les actions concrètes afin de promouvoir et de soutenir le plein exercice de la citoyenneté pour tous. L'objectif est d'en arriver à un leadership collectif et partagé. Il s'agit donc d'un espace de paroles et d'échanges publics permettant aux participants de différents horizons d'apporter leur point de vue, leurs perceptions et connaissances pour contribuer à mieux identifier les différentes facettes des problématiques abordées et d'y apporter des solutions nouvelles et créatives. La méthode par cas traceurs lors du forum

citoyen vise à dégager des processus d'auto-prise en charge du rétablissement afin de dévoiler l'agencement des mécanismes et procédures qui jalonnent ce processus, et avec une attention particulière aux modalités d'accès, de retour, ainsi qu'au maintien au travail en tant que déterminants de la santé. La contribution des mentors de rétablissement lors du forum citoyen consistait à illustrer « la succession des acteurs, des contextes d'action, conditions de cette action et les processus en œuvre » dans cette trajectoire multidimensionnelle<sup>39</sup>.

En avant-midi, une suite de présentations a servi à exposer les enjeux d'ordre individuel, interpersonnel, organisationnel, communautaire ou politique, correspondant de fait à chacun des niveaux du MGSMP (version 2009<sup>1</sup>). En après-midi, les participants (n = ±120, dont une quarantaine d'usagers) étaient répartis en cinq ateliers pour discuter, sous la co-animation de mentors de rétablissement, des arrimages possibles entre ces dimensions. Un canevas de prise de notes préparé par une organisatrice communautaire du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a permis de saisir et de classer ce matériel afin de dégager des recommandations et pistes d'action collectives. Les résultats de cet exercice ont par la suite été présentés à l'une des instances du Conseil citoyen en santé de l'Est-de-l'Île-de-Montréal où siège la Table de quartier Solidarité Mercier-Est.

La composition du Conseil citoyen en santé<sup>40</sup>, ainsi que celle du comité organisateur du forum citoyen, est inspirée des conseils locaux de santé mentale, en France, où ils font écho à la loi de 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Loi sur la démocratie sanitaire). Un tel dispositif vise à définir les priorités locales en matière de prévention, d'accès aux soins, de parcours de soins, et d'inclusion sociale et citoyenne. Il vise également à mettre en œuvre des actions communes pour l'amélioration de la santé physique et mentale et la réduction des inégalités en matière de santé.

Quant à la Table de quartier Solidarité Mercier-Est (Mercier-Est étant l'un des quartiers de l'arrondissement Mercier—Hochelaga-Maisonneuve couvert par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal), il s'agit de l'une des 30 tables de quartier à Montréal<sup>41</sup>. Fondée en 2001, elle rassemble les acteurs de la communauté de Mercier-Est autour de son développement social local. Les Tables de quartier furent en effet conçues pour favoriser « la participation de tous les acteurs (multiréseaux), y compris les citoyens, à la planification, à la mise en œuvre et au suivi d'actions

portant sur l'ensemble des éléments qui influent sur la qualité et les conditions de vie (intersectorialité)»<sup>42</sup>. Lors du 4<sup>e</sup> forum citoyen, les mentors de rétablissement furent introduits en tant qu'acteurs en se faisant traceurs de trajectoire intersectorielle vers, et par le travail en tant qu'élément influant l'amélioration globale des conditions de vie. Ainsi, dans la section suivante, la présentation des résultats de l'exercice de développement de consensus du 4<sup>e</sup> forum citoyen est organisée de manière à ce que ces résultats de nature processuelle soient ensuite discutés sous forme de recommandations.

## **Résultats**

### Droit à un niveau de vie adéquat et protection sociale

Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, comme tout un chacun, ont droit à un niveau de vie adéquat pour elles-mêmes et pour leur famille, ce qui passe par l'exercice d'un emploi rémunéré (domaine socio-économique du MGSMP). Les mentors de rétablissement ont exprimé leurs attentes «à faire en sorte que des aménagements raisonnables soient apportés aux lieux de travail ainsi qu'à promouvoir les possibilités d'emploi et d'avancement des personnes sur le marché du travail, de même que l'aide à la recherche et à l'obtention d'un emploi, au maintien dans l'emploi et au retour à l'emploi» (CDPH, Art. 28). Ces thèmes furent abordés l'un après l'autre lors du 4<sup>e</sup> Forum citoyen. Les mentors y ont aussi fait part de la crainte de faire face à de l'incompréhension et au rejet, par des gens n'adhérant pas au rétablissement, dans leurs démarches pour faire valoir de tels droits à des aménagements.

### Droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination

Le Forum citoyen est une bonne occasion pour les parties prenantes d'être en contact les unes avec les autres et avec la collectivité pour y discuter des moyens de mieux intégrer les secteurs des soins et services de santé, de l'emploi et de l'éducation (domaine organisationnel du MGSMP). La nécessité d'une approche intersectorielle pour lutter contre la discrimination a été soulignée par les participants réunis en ateliers. Tous les secteurs ne sont pas aussi conscients du caractère potentiellement discriminatoire de certains de leurs critères de programme. Il suffit qu'un secteur ne suive pas dans la chaîne de soins et services pour faire obstacle au rétablissement en tant que trajectoire multidimensionnelle et parcours de vie.

### Droit d'exercer sa capacité juridique

Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale doivent prendre part aux décisions qui les concernent directement<sup>43</sup> – *they must remain central to all decisions that affect them*<sup>8</sup>. Le Forum citoyen est aussi l'occasion pour les mentors de rétablissement d'exercer leur capacité d'exprimer publiquement leurs aspirations et d'être entendus par les autorités locales et les élus au nom de leurs pairs (domaine politique du MGSMP). Lors du 4<sup>e</sup> Forum citoyen, non seulement ils avaient la possibilité de s'exprimer, c'était en fait des mentors de rétablissement qui en ont assuré l'animation du début à la fin, orchestrant ainsi l'élaboration du consensus et ne faisant donc pas qu'y prendre part.

### Droit de ne pas être soumis à la torture ni à des traitements dégradants

Comme pour le 3<sup>e</sup> Forum citoyen, une partie du 4<sup>e</sup> Forum citoyen était diffusée sur les ondes de l'émission de radio Folie Douce<sup>44</sup>. Lors de cette émission, le chercheur Marc Corbière a abordé la délicate question du dévoilement éventuel d'un trouble mental en milieu de travail. Si un tel dévoilement peut être indiqué pour négocier et avoir accès à des aménagements de l'horaire de travail, par exemple, il ne vient pas sans le risque pour les personnes concernées de faire l'objet de « certaines railleries » pouvant miner la confiance<sup>45</sup>, ce qu'a confirmé un mentor qui en a été victime. Or une telle raillerie en apparence plus ou moins anodine peut représenter un traitement dégradant, lequel repose sur des représentations sociales invalidantes de la maladie mentale et de ceux qui en sont affectés (domaine culturel du MGSMP). Les conséquences et les souffrances d'un chômage prolongé sont pourtant à prendre très au sérieux, puisque pouvant être catastrophique pour la personne.

### Droit de vivre autonome et d'être inclus dans la communauté

Vivre de façon autonome est non seulement rentable pour la société par rapport à l'institutionnalisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, mais c'est un droit. Toutefois, pour être inclus en tant que concitoyen de la collectivité, il faut que celle-ci soit elle-même accueillante et inclusive. La transition de la marginalisation sociale à la pleine citoyenneté représente un défi de taille pour le système public de santé mentale. Une approche qui se concentre principalement sur les individus en traitement n'est pas suffisante pour assurer qu'ils réussissent cette transition. En fait, une intervention

publique est également nécessaire pour influencer favorablement la nature de la relation entre des individus en principe égaux les uns des autres (domaine interpersonnel du MGSMP). Les mentors ont bien expliqué que tel n'était pas toujours le cas, loin de là, lorsqu'il s'agissait de revenir au travail suite à un congé pour maladie mentale, comparativement à un congé pour maladie physique, par exemple. Il fut recommandé de faire davantage connaître le potentiel contributif des personnes en rétablissement, ainsi que les valeurs et principes du rétablissement lui-même et tel que pouvant être promus par des personnes et mentors en rétablissement.

## **Discussion**

Reconnue pour son dynamisme à intégrer les citoyens dans ses démarches, pour la Table de quartier Solidarité Mercier-Est le défi de la participation citoyenne est constamment à renouveler. Dans un contexte où les structures tendent globalement à se centraliser, le réflexe «citoyen» devient rapidement fragilisé. Inclure les citoyens dans des démarches de concertation collectives demande temps, énergie, stratégie et conviction. La gouvernance prévoit dans la composition de tous les comités de la Table une place réservée aux citoyens. Les chantiers de Solidarité Mercier-Est sont de l'ordre du développement socio-urbain et social dans l'optique de développer une capacité d'agir local. Collectivement, il s'agit de déployer des projets visant un impact direct dans la vie des familles et des habitants du quartier. Les planifications stratégiques, la réflexion sur les projets et leur évaluation sont menées de façon collective et la parole citoyenne est complémentaire à celle des autres intervenants. Solidarité Mercier-Est développe, à travers un projet pilote du CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal, une méthodologie d'identification des besoins permettant un échange constructif entre la communauté et les décideurs de l'institution. Plus que des bénéficiaires de services, il est souhaité que les membres de cette communauté puissent jouer leur rôle d'acteurs de changement.

À l'instar de l'OMS, Solidarité Mercier-Est considère que les usagers présents et futurs devraient être impliqués dans le développement de l'offre de service de son institution de santé et représentés par certains des leurs. Les constats et recommandations du 4<sup>e</sup> Forum citoyen en santé mentale du 18 mai 2016 y contribuent. En effet, les citoyens qui participent et alimentent les instances du quartier vivent aussi un déficit de confiance personnel, ont parfois du mal à reconnaître les forces vives

TABLEAU 1

Recommandations du 4<sup>e</sup> forum citoyen telles que reprises par une Table de quartier

Stratégies de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé	Convention des droits des personnes handicapées	Niveaux d'intervention des approches écologique et globale avec recommandations du 4 <sup>e</sup> forum citoyen
<i>Élaborer une politique publique saine :</i> Tant la promotion de la santé que le rétablissement vont au-delà des professionnels de la santé afin d'influencer les responsables politiques dans tous les secteurs et à tous les niveaux pour qu'ils assument leurs responsabilités à ces égards.	<i>Article 28:</i> Droit à un niveau de vie adéquat et protection sociale	<i>Individuel :</i> Du point de vue de la personne, sa trajectoire de rétablissement est nécessairement multidimensionnelle et l'accompagnement dont elle pourrait bénéficier devrait donc être lui aussi intersectoriel et faire l'objet d'un suivi partagé à cet effet (ex. : continuité santé, éducation, travail, culture).
<i>Créer des milieux favorables :</i> L'évolution des schèmes de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine, engendrant des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables.	<i>Article 25:</i> Droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap	<i>Interpersonnel :</i> Les familles et les proches de personnes marginalisées socio-économiquement en raison des répercussions d'une maladie revêtant un caractère de chronicité, étant eux aussi touchés par cette vulnérabilité et la discrimination associée, doivent être inclus dans les débats visant à prévenir ce type de chronicisation.
<i>Renforcer l'action communautaire :</i> La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.	<i>Articles 12 et 14 :</i> Droit d'exercer sa capacité juridique et droit à la liberté et à la sécurité individuelle	<i>Organisationnel :</i> Des soins et services accessibles sont dispensés par des professionnels eux-mêmes accessibles, c'est-à-dire disposés à accueillir la diversité et à en encourager l'expression, ce à quoi ils devraient être sensibilisés par des personnes ayant été confrontées à ce type d'obstacles à l'accès afin de faire de cet accès une priorité locale de santé publique.
<i>Acquérir des aptitudes personnelles :</i> Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de celle-ci. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.	<i>Articles 15 et 16 :</i> Droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants	<i>Communautaire :</i> La communauté devrait encourager et soutenir la prise de parole citoyenne, même lorsque celle-ci est hésitante ou maladroite, grâce à un mécanisme de délibération consensuelle officiel empreint de respect mutuel entre prestataires et bénéficiaires de soins et services de santé et de services sociaux de proximité.
<i>Réorienter les services de santé :</i> Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains.	<i>Article 19 :</i> Droit de vivre autonome et d'être inclus dans la communauté	<i>Politique :</i> La présence et le soutien d'élus locaux devraient être une caractéristique essentielle et une condition pour un engagement à combler les décalages entre les droits et principes officiels, comme celui du droit à l'inclusion, et les réalités sur le terrain de la persistance de situations d'inadéquation entre ces principes et des trajectoires morcelées de rétablissement.

du milieu, décèlent mal les stratégies à adopter en groupe, sont parfois impatientes quant aux résultats à venir. Le fait de voir des mentors de rétablissement en action est rassurant sur ces plans et donne confiance. Ainsi, il ressort que l'inclusion de personnes ayant des problèmes de santé mentale au sein d'instances de concertation locale, telles les Tables de quartier, est non seulement possible, mais nécessaire et devrait être soutenue. Bien orchestrée, leur pleine participation complètera les réflexions et diversifiera les divers points de vue avec une perspective intégrative par cas traceur. Le tableau 1 présente les recommandations issues du 4<sup>e</sup> forum citoyen, telles que synthétisées en collaboration avec la Table de quartier Solidarité Mercier-Est, via le Conseil citoyen en santé. Elles sont présentées en parallélisme avec la structure de la Charte d'Ottawa, celles des approches écologique et globale, et la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

## **Conclusion**

Lors du forum citoyen, les mentors de rétablissement ont certes parlé de leur expérience personnelle. Les pistes d'action et les recommandations qui en ont résulté, telles qu'ici rapportées, ne visent cependant pas à solutionner des situations personnelles précises. Il s'agit plutôt d'anticiper les obstacles qui pourraient se dresser sur la trajectoire de rétablissement afin de pouvoir les prévenir, ou du moins les amoindrir. C'est en cela que se sont avérés utiles et même indispensables les mentors et traceurs de rétablissement. Au-delà des droits et principes généraux, mais en continuité de ceux-ci, le Conseil citoyen en santé peut lui aussi jouer un rôle intégrateur au niveau communautaire en faisant connaître des points de passage et modalités d'accès aux structures et les procédures réglementaires pouvant concourir, lorsque synchronisées, à la fluidité du parcours de rétablissement.

Le MGSMP est un processus par lequel des gens sont recrutés tout d'abord en tant que patients d'un dispositif socio-sanitaire ayant une responsabilité populationnelle, pour ensuite entreprendre un parcours de rétablissement par et vers le plein exercice de la citoyenneté. Ils sont formellement et informellement soutenus dans ce processus par des mentors qui, les ayant précédés sur ce sentier, les accompagnent dans la reprise de contact avec la collectivité et pour un effet d'émulation en cascade, surtout lorsque cet effet est relayé par les instances de proximité.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- <sup>1</sup> Pelletier, J.-F., Davidson, L. et Roelandt, J.L. (2009). Citizenship and recovery for everyone: A global model of public mental health. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(4), 45-53.
- <sup>2</sup> Organisation mondiale de la santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Accessible à : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)
- <sup>3</sup> Navarro, A., Voetsch K., Liburd L., Giles H. et Collins, J. (2007). Charting the future of community health promotion : recommendations from the National Expert Panel on Community Health Promotion. *Preventing Chronic Disease*, 4(3), 1-7.
- <sup>4</sup> Richard, L., Potvin, L., Kishchuk, N., Prlic, H. et Green, W. (1996). Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 318-328.
- <sup>5</sup> McLaren, L. et Hawe, P. (2005). Ecological perspectives in health research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(1), 6-14.
- <sup>6</sup> Organisation des nations unies (2006). *Convention relative aux droits des personnes handicapées*. Accessible à : <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>
- <sup>7</sup> Organisation mondiale de la santé (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. Accessible à : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R8-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-fr.pdf)
- <sup>8</sup> Organisation mondiale de la santé (2012). *WHO QualityRights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities*. Accessible à : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70927/3/9789241548410\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70927/3/9789241548410_eng.pdf)
- <sup>9</sup> Pelletier, J.-F., Fortin, D., Laporta, M., Pomey M.-P., Roelandt, J.-L., Guézennec, P., ... Rowe, M. (2013). The Global Model of Public Mental Health through the WHO QualityRights project. *Journal of Public Mental Health*, 12(4), 212-223.
- <sup>10</sup> Organisation mondiale de la santé (1978). *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*. Accessible à : [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/)
- <sup>11</sup> Organisation mondiale de la santé (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001: La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Accessible à : [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf)
- <sup>12</sup> Organisation mondiale de la santé (2003). *Guide des politiques et des services de santé mentale*. Accessible à : [http://www.who.int/mental\\_health/en/Situation%20de%20la%20sante%20mentale.pdf](http://www.who.int/mental_health/en/Situation%20de%20la%20sante%20mentale.pdf)
- <sup>13</sup> Slade, M., Williams, J., Bird, V., Leamy, M. et Le Boutillier, C. (2012). Recovery grows up. *Journal of Mental Health*, 21(2), 99-104.
- <sup>14</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020-Faire ensemble et autrement.* : Québec, Canada : Publications du Québec.

- 15 Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010-La force des liens*. Québec, Canada: Publications du Québec.
- 16 Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- 17 Anthony, W.A. (2000). A recovery-oriented system: setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 159-168.
- 18 Anthony, W.A. (2003). Research on evidence-based practices: future directions in an era of recovery. *Community Mental Health Journal*, 39(2), 101-113.
- 19 Glynn, S.M., Cohen, A.N., Dixon, L.B. et Niv, N. (2006). The potential impact of the recovery movement on family interventions for schizophrenia: opportunities and obstacles. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 451-463.
- 20 Jacobson, N. & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482-485.
- 21 Pelletier, J.-F. et Davidson, L. (2009). To Reconcile Mental Health Promotion and Mental Illness, Clifford Beers Foundation & Mental Health Commission of Canada's Expanding our horizons: Moving mental health and wellness promotion into the mainstream Conference, 4-6 Mars, Toronto, Canada.
- 22 Organisation mondiale de la santé (2005). *La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*. Accessible à: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_fr.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf)
- 23 O'Donnell, M. (1989). Definition of Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*, 3(3), 5-5.
- 24 Robertson, A. et Minkler, M. (1994). New Health Promotion Movement: A Critical Examination. *Health Education and Behavior*, 21(3), 295-312.
- 25 Davidson, L., Rakfeldt, J. et Strauss, J. (2010). *The Roots of the Recovery Movement in Psychiatry: Lessons Learned*. Londres, UK: Wiley-Blackwell.
- 26 Organisation mondiale de la santé (2009). *Milestones in Health Promotion Statements from Global Conference*. Accessible à: [http://www.who.int/health-promotion/Milestones\\_Health\\_Promotion\\_05022010.pdf](http://www.who.int/health-promotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf)
- 27 Srinivasan, S., O'Fallon, L.R. et Deary, A. (2003). Creating healthy communities, healthy homes, healthy people: initiating a research agenda on the built environment and public health. *American Journal of Public Health*, 93(9), 1446-1450.
- 28 Green, L., Poland, B. et Rootman, I. (2000). The settings approach to health promotion, in Green, L., Poland, B. et Rootman, I. (Eds.) *Settings for Health Promotion: Linking Theory and Practice*. Sage, London London, UK: Sage.
- 29 Bandura, A. (1999). A social cognitive theory of personality, in Pervin, L., et John, O.P. (Eds.). *Handbook of personality: Theory and research* (p. 154-196). New York, NY Guilford Publications.
- 30 Mezzina, R., Borg, M., Marin, I., Sells, D., Topor, A. et Davidson, L. (2006). From participation to citizenship: how to regain a role, a status, and a life in

- the process of recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(1), 39-61.
- <sup>31</sup> Pelletier J.-F., Le Cardinal, P., Roelandt, J.-L. et Rowe, M. (2012). Le rétablissement civique, *Développement humain, handicap et changement social*, 20(2), 9-21.
- <sup>32</sup> Pelletier J.-F., Corbière M., Lecomte T., Briand C., Corrigan P., Davidson L. et Rowe M. (2015). Citizenship and recovery: two intertwined concepts for civic-recovery. *BMC Psychiatry*, 15(37),1-7.
- <sup>33</sup> Pelletier J.-F., Fortin D. et Bordeleau J. (2014). Pour nous, être citoyens à part entière, ça veut dire... *Santé mentale au Québec*, 39(1):311-324.
- <sup>34</sup> Hornby, P. et Symon, G. (1994). Tracers studies. In C. Cassel et G. Symon (Eds.) *Qualitative Methods in Organisational Research: A Practical Guide*. Londres, UK: Sage.
- <sup>35</sup> Agrawal, S., Capponi, P., López, J., Kidd, S., Ringsted, C., Wiljer, D. et Soklaridis, S. (2016). From Surviving to Advising: A Novel Course Pairing Mental Health and Addictions Service Users as Advisors to Senior Psychiatry Residents, *Academic Psychiatry*, 40(3), 475-480.
- <sup>36</sup> Paquette, D. (2005). L'étude des documents écrits par la méthode des traceurs. *Recherches qualitatives*, 2, 62-69.
- <sup>37</sup> Haute autorité de santé (2014). Le patient-traceur en établissement de santé. Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Saint-Denis, France: Service documentation – Information des publics.
- <sup>38</sup> Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- <sup>39</sup> Lamontagne, M.-E., Roch, G. et Dumont, I. (2015). Évaluation des déterminants de l'autonomie régionale dans les services offerts à la clientèle ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et requérant une thrombolyse dans la région de la Chaudière-Appalaches: Rapport final. Québec, Canada: Centre de recherche du CHU de Québec.
- <sup>40</sup> Jung, D. (2016). Les bases du Conseil local citoyen en santé mises sur table. *Journal Métro*, 22 février. Accessible à: <http://journalmetro.com/local/riviere-des-prairies/actualites-riviere-des-prairies/920876/les-bases-du-conseil-local-citoyen-en-sante-mises-sur-table/>
- <sup>41</sup> Sénécal, G., Cloutier, G. et Herjean, P. Le quartier comme espace transactionnel: L'expérience des Tables de concertation de quartier à Montréal. *Cahiers de géographie du Québec*, 52, 191-214.
- <sup>42</sup> Comité de pilotage de l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local. (2015). Cadre de référence. Ville de Montréal: <http://ville.montreal.qc.ca>
- <sup>43</sup> Power, A.K. (2009). Focus on transformation: a public health model of mental health for the 21st century. *Psychiatric Services*, 60(5), 580-584.

- <sup>44</sup> Antenne Communications (2016). Émission spéciale Folie Douce – 4e forum citoyen en santé mentale / 18 mai 2016. Accessible à: <https://www.youtube.com/watch?v=ARS3C6yN9MQ>
- <sup>45</sup> Corbière, M., Zaniboni, S., Lecomte, T., Bond, G., Gilles, P., Lesage, A. et Goldner, E. (2011). Job acquisition for people with severe mental illness enrolled in supported employment programs: a theoretically grounded empirical study. *Journal of Occupational Rehabilitation* 21(3), 342-354.
- <sup>46</sup> Emerald Group Publishing. (2014). Awards for Excellence – 2014 / Outstanding Papers-*Journal of Public Mental Health*. Accessible à: <http://www.emerald-groupublishing.com/authors/literati/awards.htm?year=2014&journal=jpmh>
- <sup>47</sup> Pelletier, J.-F. Pouliot-Morneau, D., Houle, J., Bordeleau, J., Laroche, S. et Rowe, M. (2017). Évaluation d'une intervention de promotion de la citoyenneté: le Projet citoyen de l'Université du rétablissement. *Santé mentale au Québec*, 42(1): (numéros de pages à déterminer après mise en page).