Commission de la santé mentale du Canada
Mental Health Commission of Canada

Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement

Espoir. Dignité. Citoyenneté.

Remerciements

Le Guide de référence pour les pratiques axées sur le rétablissement a été rédigé par Howard Chodos, Sylvain d'Auteuil, Neasa Martin et Glenna Raymond, avec le concours de Mary Bartram et de Donna Lyons, qui ont aidé à la rédaction du chapitre 5, Collaborer avec les Premières nations, les Inuits et les Métis. L'équipe élargie sur le rétablissement à la Commission de la santé mentale a assuré son soutien tout au long du processus.

Nous sommes reconnaissants aux personnes suivantes qui ont commenté la première ébauche du Guide de référence : Shana Calixte, Thomas Grauman, John Higenbottam, Vicky Huehn, Simran Lehal, Kwame McKenzie, Myra Piat, Nancy Reynolds, Marta Sadkowski, Aseefa Sarang, Deborrah Sherman, Kim Sunderland, Jijian Voronka et Kimberly Wilson.

Nous tenons aussi à remercier les champions du rétablissement, mieux connus comme les « G22 », qui ont prodigué des conseils sur tous les aspects de l'initiative sur le rétablissement de la Commission depuis le début en avril 2013, de même qu'à toutes les personnes qui ont fait des commentaires et des suggestions pendant les consultations sur l'ébauche du Guide de référence..

Nous tenons à remercier le gouvernement de l'Australie pour la permission accordée à la Commission de la santé mentale du Canada d'utiliser et d'adapter les données de son document-cadre A national framework for recovery-oriented mental health services: Guide for practitioners and providers (© State of Victoria, Australia 2013) dans le présent document, destiné à la distribution au Canada seulement.

This document is available in English.
Le document est accessible au www.commissionsantementale.ca

Référence recommandée : Commission de la santé mentale du Canada. *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*, Ottawa (Ontario), chez l'auteur, 2015.

© Commission de la santé mentale du Canada, 2015

La production de ce document a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada. Les vues exprimées aux présentes sont celles de la Commission de la santé mentale du Canada.

ISBN: 978-0-9880506-4-8

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Canada

Table des matières

4 **Avant-propos**
8 **INTRODUCTION:** Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement au Canada
20 **CHAPITRE 1:** Promouvoir une culture et un langage empreints d'espoir
24 Tableau d'orientation 1: Promouvoir une culture et un langage empreints d'espoir et d'optimisme
26 **CHAPITRE 2:** Le rétablissement, par et pour la personne
32 Tableau d'orientation 2A: Privilégier la personne avant tout et préconiser une approche holistique
34 Tableau d'orientation 2B: Préconiser l'autonomie et l'autodétermination
36 Tableau d'orientation 2C: Mettre l'accent sur les forces et la responsabilité individuelle
38 Tableau d'orientation 2D: Bâtir des relations de collaboration et avoir une pratique réflexive
40 **CHAPITRE 3:** Le rétablissement se produit dans le contexte de la vie
48 Tableau d'orientation 3A: Reconnaître la valeur de la famille, des amis et de la collectivité
50 Tableau d'orientation 3B: Soutenir l'inclusion sociale et la défense des intérêts et des droits associés aux déterminants sociaux
52 Tableau d'orientation 3C: Combattre la stigmatisation et la discrimination
54 Tableau d'orientation 3D: Forger des partenariats avec la collectivité
56 **CHAPITRE 4:** Répondre aux besoins diversifiés de toute personne vivant au Canada
64 Tableau d'orientation 4A: Répondre aux besoins diversifiés de toute personne vivant au Canada
66 Tableau d'orientation 4B: Répondre aux besoins à tous les stades de la vie
69 Tableau d'orientation 4C: Répondre aux besoins des immigrants et des réfugiés et des collectivités ethnoculturelles et racialisées (IRER)
71 Tableau d'orientation 4D: Tenir compte des différences entre les genres et des besoins des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres et transsexuelles (GLBTT), de leurs familles de prédilection et de leurs collectivités
74 **CHAPITRE 5:** Travailler avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis
84 Tableau d'orientation 5: Travailler avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis
88 **CHAPITRE 6:** Le rétablissement passe par la transformation des services et des systèmes
94 Tableau d'orientation 6A: Vision, engagement et culture axés sur le rétablissement
96 Tableau d'orientation 6B: Reconnaître et valoriser le savoir expérientiel des usagers, en tirer des enseignements et apprendre des familles, du personnel et des collectivités
98 Tableau d'orientation 6C: Des partenariats de services pour favoriser le rétablissement
100 Tableau d'orientation 6D: Planification et perfectionnement de l'effectif
102 **Démarrage et mesure des progrès**
108 **Conclusion**



C'est avec un grand plaisir et une grande fierté que je présente le Guide de référence pour les pratiques axées sur le rétablissement. Depuis sa création, la Commission de la santé mentale du Canada (la Commission) s'est fixé comme priorité de travailler avec des gens de tout le pays afin de trouver des moyens d'améliorer les systèmes de santé mentale en adoptant une orientation axée sur le rétablissement.

Les approches axées sur le rétablissement reposent sur deux principes de base. Premièrement, chaque personne est unique et elle a le droit de déterminer elle-même sa démarche vers l'atteinte d'un meilleur état de santé mentale et de bien-être. Deuxièmement, nous évoluons dans des sociétés complexes où de nombreux facteurs interreliés (biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, culturels et spirituels) ont un impact sur notre santé mentale et notre bien-être. Le Guide englobe ces deux dimensions et s'adresse ainsi à toutes les personnes qui ont une expérience directe des problèmes de santé mentale et à celles qui les soutiennent, ainsi qu'aux nombreuses communautés diversifiées où elles vivent, travaillent et se divertissent.

Le Guide a été élaboré en réponse aux recommandations de Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, qui a été diffusée en mai 2012. C'est toutefois le rapport phare d'un comité sénatorial intitulé De l'ombre à la lumière (2006) qui a donné le coup de fouet à l'adoption au Canada d'une orientation axée sur le rétablissement. Les racines du « mouvement » vers le rétablissement sont encore plus profondes, ayant été nourries par des décennies d'expérience et d'efforts de sensibilisation par des personnes qui ont un savoir expérientiel des problèmes de santé mentale ainsi que par le travail de pionniers accompli par d'autres champions et praticiens. Ce mouvement a été adopté dans de nombreux pays et est même devenu le nouveau « paradigme » en santé mentale.

Mon enthousiasme à l'égard du Guide ne découle pas uniquement de ma conviction qu'il représente une autre étape dans la création d'un système de santé mentale capable de répondre à tout l'éventail de besoins en santé mentale de la population canadienne. En effet, le Guide reflète aussi les valeurs et les engagements personnels qui m'ont guidée pendant mes nombreuses années de travail à tous les niveaux du système de santé mentale. Il nous aidera à mettre en place un système holistique axé sur le rétablissement qui est centré sur la personne et géré par la personne, qui se fonde sur les pratiques exemplaires et qui traite toutes les personnes avec dignité et respect.

Je suis également fière de dire que, si la Commission cherche toujours à mieux intégrer la perspective du rétablissement à son travail, ses initiatives incorporent déjà les principes du rétablissement préconisés dans le Guide. Ces principes se reflètent clairement dans des dossiers comme ceux du logement et de l'itinérance, dans nos efforts continus contre la stigmatisation et la discrimination et dans l'importance que la Commission attache à l'amélioration de la santé mentale en milieu de travail.

Le Guide aidera à renforcer les bases du changement. Il met à profit les meilleures pratiques internationales ainsi que les connaissances et l'expérience de la population canadienne d'un océan à l'autre. Il appuie et encourage les nombreuses excellentes initiatives axées sur le rétablissement qui sont déjà en cours et inspire de nouvelles façons de penser et de faire les choses. Pour que le Guide produise l'effet désiré, nous devons en faire un point de référence pour quiconque fait partie du système de santé mentale ou interagit avec lui et pour tous ceux et celles qui travaillent dans des domaines ayant un impact sur la santé mentale et le bien-être des gens.

Le paysage de la santé mentale au Canada s'est sensiblement amélioré au cours de la dernière décennie. Le Guide constitue un ajout important à nos ressources collectives et aidera à maintenir la dynamique de changement.

Louise Bradley
Présidente-directrice générale, Commission de la santé mentale du Canada

Qu'est-ce que le rétablissement veut



dire pour nous en tant que personnes vivant avec un problème de santé mentale? Ce n'est pas nécessairement de retrouver la vie et la personne que nous étions avant. Bien souvent, le rétablissement s'avère une quête vers une nouvelle vie correspondant davantage à notre identité, nos besoins et nos espoirs. Le rétablissement peut nous apporter des cadeaux aussi précieux qu'inattendus.

Oui, le rétablissement est à la mode. Et les mots à la mode peuvent parfois devenir des valises vides que certains remplissent de leurs intérêts, qu'ils soient politiques, économiques, corporatifs ou cliniques. Par exemple, certains d'entre nous croient, non sans fondement, qu'il y a un risque de récupération de certains des principes rattachés à l'approche du rétablissement tels que l'autonomie et la responsabilisation de nos pairs. On a peur d'y voir justifiée une coupe des services délestant au passage davantage le poids du processus de rétablissement sur les épaules déjà surchargées de nos pairs et des membres de leur entourage.

Comme il s'agit d'une approche dont les racines sont entremêlées aux racines mêmes du mouvement usager, c'est à nous de demeurer vigilants pour que le rétablissement conserve sa vraie nature. C'est dans cette foulée qu'il me fait si plaisir d'appuyer la démarche de la Commission de la santé mentale du Canada dans la publication et la diffusion du Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement qui, à mes yeux, donne au terme rétablissement tout le sens que nous désirons qu'il prenne. Ce n'est par ailleurs pas étranger au fait qu'au moins la moitié de l'équipe de rédaction du Guide de référence possède un savoir expérientiel du rétablissement.

Le pouvoir d'agir (empowerment) n'est pas un privilège que l'on octroie à autrui mais bien un droit dont les pairs doivent s'approprier. Pour que cette condition puisse s'intégrer à notre système de santé mentale canadien, il faut que les leaders du mouvement usager s'unissent pour incarner ce pouvoir d'agir et s'assurer que nos racines constituent la base centrale de l'identité et des valeurs du mouvement plus large du rétablissement. Car c'est seulement par une alliance colossale avec tous les acteurs du milieu de la santé mentale et de la communauté que le rétablissement deviendra un mot qui transformera de manière profonde et positive les services en santé mentale – et des vies!

Le Guide de référence est définitivement un pas important dans cette direction.

Luc Vigneault
Président, Les Porte-voix du Rétablissement
(L'Association québécoise des personnes vivant (ou ayant vécu) un trouble mental)



De nombreux intervenants de la communauté de la santé mentale parlent de rétablissement, et ceux d'entre nous qui incarnent et se soucient fortement de cette pratique constatent un renversement de la tendance dans le système de santé mentale. J'appuie avec beaucoup d'enthousiasme la Commission de la santé mentale du Canada qui s'apprête à lancer le Guide de référence pour une pratique axée sur le rétablissement. Avec l'appui des fournisseurs de services et des décideurs à l'échelle du pays qui ont déjà adopté une approche axée sur le rétablissement, le Guide de référence contribuera à améliorer la façon de prodiguer les soins en santé mentale au pays.

Pour les nombreuses personnes atteintes de problèmes de santé mentale, le rétablissement, c'est-à-dire la pratique, la philosophie et le travail associé, est beaucoup plus qu'un concept, c'est de fait un processus. Le rétablissement est rendu possible dans un lieu sûr où on peut être soi-même et où on peut compter sur ses amis, ses collègues et les membres de sa famille qui nous connaissent et comprennent nos expériences. Le rétablissement est favorisé lorsque les personnes ont voix au chapitre et peuvent raconter leur parcours empreint de courage et de résilience. Somme toute, le rétablissement est une question d'espoir.

Chaque jour, dans mes fonctions de directrice d'un service en santé mentale géré par les pairs, je constate les effets concrets de la discrimination et de la stigmatisation. Il est très difficile de se rétablir lorsqu'on est marginalisé par son expérience – sous l'effet du racisme, du sexisme, de l'homophobie, de la pauvreté, de la transphobie, de traumatismes passés et de la colonisation, ainsi que de la maladie mentale. Dans une optique de rétablissement, il est possible d'apprécier les moyens variés de participer au système de santé mentale. Il est aussi possible de reconnaître la valeur du travail en collaboration de différents secteurs et l'importance des pratiques fondées sur le soutien par les pairs, les relations respectueuses, la mutualité et l'équité, des déterminants sociaux de la santé et, bien entendu, du militantisme. La pratique axée sur le rétablissement nous permet de faire confiance aux efforts consentis sur le terrain et dans les collectivités afin d'apporter les changements fondamentaux nécessaires à notre système de santé mentale.

Nous sommes au cœur d'un vaste mouvement engagé par les personnes ayant un savoir expérientiel de la maladie mentale, qui se sont rendus à l'évidence que la vie est beaucoup plus qu'une suite de diagnostics et de constats désolants que la situation est irréversible. Ce mouvement gagne du terrain et contribue à changer les vies. J'ai bon espoir que ce Guide sera adopté par nous tous qui intervenons dans les soins de santé mentale. Je suis aussi inspirée par la Commission et tous ceux qui ont travaillé d'arrache-pied afin d'élaborer des pratiques cruciales pour la progression de ce mouvement.

Shana Calixte
Directrice générale, Initiative du Nord pour l'action sociale (NISA)

INTRODUCTION

Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement au Canada

Au printemps de 2006, le rapport phare intitulé De l'ombre à la lumière a souligné qu'il fallait « placer le rétablissement au cœur de la réforme de la santé mentale »[1] au Canada. Depuis, des progrès considérables ont été accomplis partout au pays pour l'adoption et la mise en œuvre de politiques et de pratiques axées sur le rétablissement. Plusieurs administrations provinciales et territoriales ont intégré le concept du rétablissement à leurs documents stratégiques et à leurs plans, et certaines ont commencé à mettre en œuvre des initiatives importantes pour soutenir la transition vers une orientation axée sur le rétablissement [2]. Beaucoup d'établissements de santé et de santé mentale ont choisi de faire du rétablissement leur objectif et transformé leurs façons de faire[3]. Les services axés sur le rétablissement et le soutien communautaire sont de plus en plus courants partout au Canada.

Publiée en 2012, la stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, Changer les orientations, changer des vies, accorde elle aussi une place centrale au rétablissement :

> *« En mettant l'accent sur le rétablissement, on a contribué à de profonds changements au sein des systèmes de santé mentale dans de nombreux pays. Au Canada, le mouvement en faveur du rétablissement a pris racine en grande partie grâce aux efforts des personnes ayant un vécu de troubles mentaux ou de maladie mentale et des intervenants dans le domaine de la réadaptation psychosociale […] Le rétablissement et le bien être sont au centre de la présente stratégie et la plupart des administrations provinciales et territoriales ont aujourd'hui des politiques qui adoptent ces principes en matière de santé mentale*[4]*. »*

La stratégie formule deux recommandations particulières pour renforcer l'engagement envers une orientation axée sur le rétablissement et sa mise en œuvre à l'échelle du système de santé mentale :

2.1.1 Mettre en œuvre un éventail de projets axés sur le rétablissement partout au Canada, y compris l'élaboration et l'application de lignes directrices sur le rétablissement;

2.1.2 Promouvoir l'éducation et la formation des spécialistes en santé mentale, des professionnels de la santé et des autres pourvoyeurs de services en matière d'approches axées sur le rétablissement[5].

Le Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement représente une contribution importante pour la mise en œuvre de ces recommandations. Il constitue un élément clé des travaux entrepris par la Commission de la santé mentale du Canada (la Commission) afin de bénéficier collectivement des nombreuses pratiques au pays qui sont déjà fondées sur le rétablissement et le bien être. Au cours des deux dernières années, la Commission a collaboré avec des intervenants et des spécialistes en rétablissement afin de définir des objectifs qui aideront à accélérer la mise en œuvre d'approches axées sur le rétablissement à l'échelle du système de santé mentale.

Le Guide de référence a été rédigé dans le but de fournir un document d'orientation complet, propre au contexte canadien, pour comprendre le rétablissement et promouvoir une mise en œuvre uniformisée des principes du rétablissement. Il vise à établir une compréhension commune et un langage uniformisé ainsi qu'à diffuser des connaissances en matière de rétablissement qui donneront lieu à :

- l'élaboration d'un cadre conceptuel favorisant la transformation de la culture et de la pratique,
- la promotion de l'importance vitale des réseaux de soutien formés de personnes ayant un savoir expérientiel et de proches aidants qui jouent un rôle de leadership actif à l'égard du rétablissement, de la prestation des services, de la conception et de l'élaboration des programmes, de l'établissement de politiques, du recrutement et du perfectionnement du personnel et de l'évaluation des services,
- la recension des principes, des valeurs, des connaissances, des compétences et des comportements qui sous-tendent les services et les mesures de soutien axés sur le rétablissement,
- la mise en œuvre d'une orientation axée sur le rétablissement dans l'ensemble des politiques, des programmes et des pratiques à l'échelle du pays,
- l'établissement d'un cadre de référence servant à évaluer l'harmonisation des services avec les pratiques axées sur le rétablissement fondées sur des faits.

PROMOUVOIR LE CONCEPT DU RÉTABLISSEMENT

Le concept du rétablissement et la nécessité de mettre en place un système de santé mentale qui en fait la promotion ne sont pas nouveaux. L'élan qui a mené à l'élaboration du concept dans les années 1980 et 1990 est venu directement de personnes vivant

RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE ET RÉTABLISSEMENT

Les approches de réadaptation psychosociale (RPS) comprennent des programmes, services et pratiques, dont l'efficacité à faciliter le rétablissement est documentée. Les services de RPS sont à la fois collaboratifs, axés sur la personne et individualisés. Ils prennent appui sur les forces et les compétences de chaque individu et soutiennent les personnes pour qu'elles aient accès aux ressources cruciales pour vivre une vie réussie et satisfaisante dans leur collectivité.

Les approches de RPS reposent sur les pratiques exemplaires et les pratiques les plus prometteuses dans des domaines clés, notamment le logement, l'emploi, l'éducation, les loisirs, le bien-être et les aptitudes à la vie autonome – et sont inspirées d'enjeux émergents tels que l'engagement familial, le soutien des pairs et les services fournis par les pairs. Les services de soutien en RPS, comme les équipes de suivi intensif dans le milieu (SIM) axé sur le rétablissement, sont efficaces car ils permettent aux personnes atteintes d'affections complexes et persistantes de vivre en autonomie dans la collectivité et ils aident à réduire les hospitalisations d'urgence.

Les chercheurs et praticiens en RPS ont conçu des outils à l'intention des personnes, des pairs, des familles et des fournisseurs de services pour faciliter le rétablissement. Les approches de RPS contribuent à la transition vers des services et systèmes de santé mentale efficaces et axés sur le rétablissement. Elles peuvent jouer un rôle important en appuyant les personnes dans leur cheminement vers le mieux-être et en améliorant les résultats en matière de logement, d'éducation et d'emploi ainsi que le soutien social et la vie communautaire. Leur adoption contribue aussi à réduire les coûts personnels, sociaux et systémiques associés aux admissions d'urgence et hospitalisations évitables, au recours à l'aide sociale et à l'intervention des organismes d'application de la loi.

Psychosocial Rehabilitation/Réadaptation psychosociale Canada (PSR/RPS Canada) a élaboré des compétences pratiques pour les praticiens canadiens en RPS axée sur le rétablissement. Ce document, intitulé Competencies of Practice for Canadian Recovery-Orientated Psychosocial Rehabilitation Practitioners, est accessible à l'adresse http://www.psrrpscanada.ca/index.php?src=gendocs&ref=competencies&category=Main

avec des problèmes de santé mentale. Ces personnes ont décrit leurs propres expériences et cheminements et se sont affirmées dans leur identité personnelle au delà du diagnostic reçu. Elles ont fait la promotion d'un système qui donne de l'espoir, qui traite les gens avec dignité et respect et qui soutient chaque personne dans la recherche de sa propre voie vers une meilleure santé mentale et vers le mieux être.

Parallèlement, la philosophie du rétablissement repose sur plusieurs concepts, comme l'auto assistance, l'appropriation du pouvoir et l'action revendicatrice, qui remontent encore plus loin, dans le domaine de la santé mentale et dans d'autres domaines. Certaines idées sont issues des mouvements pour les droits civils des années 1960 et 1970 aux États Unis et des groupes d'entraide comme les Alcooliques Anonymes, pour lesquels le concept de « rétablissement » constitue un pilier.

Le rétablissement a constitué l'un des fondements de l'approche adoptée par les premiers spécialistes de la réadaptation psychosociale aux États Unis, qui ont mis au défi les services de santé mentale d'adopter une vision axée sur le rétablissement et de transformer leurs services pour les orienter sur le rétablissement. Au Canada, les intervenants en réadaptation psychosociale intègrent depuis longtemps les concepts et les pratiques de rétablissement et plaident activement en faveur de l'adoption à grande échelle d'une orientation axée sur le rétablissement [voir l'encadré].

La Commission a lancé son initiative de rétablissement pour accélérer l'adoption d'une pratique axée sur le rétablissement au Canada en mettant au point trois outils :

1. La Déclaration d'engagement envers le rétablissement, outil visant à stimuler le dialogue à tous les échelons,
2. Le Répertoire canadien des ressources sur le rétablissement, qui recense les ressources en ligne en matière de rétablissement (www.mentalhealthcommission.ca/Francais/inventory);
3. Le Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement, présenté ici.

La déclaration et le répertoire ont été diffusés avant que le Guide de référence ne soit publié.

L'intégration du rétablissement comme concept fondamental du système de santé mentale ne se fait toutefois ni facilement ni directement. L'adoption à grande échelle d'une orientation axée sur le rétablissement exige notamment que l'on aide les gens à comprendre ce qu'une pratique axée sur le rétablissement veut dire en termes concrets. Le Guide de référence contribuera à répondre à la question « À quoi ressemble une orientation axée sur le rétablissement dans les faits? ».

Pour certains, c'est toutefois l'approche du rétablissement elle même, ou son incidence sur les pratiques en santé mentale, qui demeure difficile à mettre en œuvre. La compréhension et l'interprétation du rétablissement soulèvent notamment certaines préoccupations, par exemple :

- La terminologie du rétablissement pourrait ne pas être considérée comme reflétant le contexte historique, linguistique ou culturel ni l'expérience des gens.
- La signification exacte du mot « rétablissement » n'est pas toujours bien définie, et le mot pourrait être interprété comme signifiant « guérison ».
- L'éventail des problèmes de santé mentale auquel s'applique le rétablissement n'est pas nécessairement toujours clair.

- Le concept de rétablissement pourrait ne pas être jugé pertinent en ce qui concerne les enfants, les adolescents et les personnes âgées.
- Une orientation axée sur le rétablissement pourrait être perçue comme un rejet en bloc des pratiques existantes dans le domaine de la santé mentale, par exemple le recours à la psychopharmacologie ou à la prestation de soins contre le gré de la personne.

D'autres préoccupations concernent les conséquences perçues de la mise en œuvre d'une orientation axée sur le rétablissement, notamment :

- L'attention particulière prêtée au rétablissement pourrait instiller un « faux » sentiment d'espoir;
- La promotion de l'autonomie pourrait mener à une réduction du soutien public à l'égard des services de santé mentale;
- L'insistance sur le caractère individuel du cheminement vers le rétablissement pourrait faire en sorte que l'on accorde moins d'importance aux grands facteurs sociaux qui influent sur la santé mentale;
- Une étiquette de « rétablissement » pourrait être appliquée aux programmes sans que des changements véritables y soient apportés;
- À mesure qu'on adopte le rétablissement à grande échelle, il pourrait ne plus correspondre aux valeurs définies par les personnes ayant un savoir expérientiel.

Ces préoccupations reflètent divers points de vue. Bien que le Guide de référence ne les aborde pas tous explicitement, il y répond tout de même. L'approche proposée dans le présent document ne fera pas l'unanimité, mais la Commission s'est fiée à son expérience en matière de promotion du rétablissement et de réponse aux nombreuses préoccupations à ce sujet pour élaborer le contenu du Guide de référence. La Commission voudrait souligner quelques éléments clés de son approche pour les lecteurs du Guide :

- Le rétablissement n'est pas synonyme de « guérison »; il se rapporte plutôt à la « possibilité de mener une vie satisfaisante, nourrie par l'espoir et valorisante, en dépit des inconvénients causés par les problèmes de santé mentale »[6].
- Les principes et la philosophie qui sous tendent une approche axée sur le rétablissement concernent tous les pourvoyeurs de services de santé mentale, quel que soit le contexte ou le type de trouble de santé mentale en jeu.
- Le Guide de référence propose une approche de base qui doit être adaptée aux besoins en santé mentale nombreux et diversifiés de la population et complétée par d'autres approches.
- Pour que les gens puissent choisir le type de soutien qui répond le mieux à leurs besoins, il faut que le « système » global soit en mesure d'offrir la gamme des services, traitements et soutiens requis, parmi lesquels les personnes peuvent effectivement choisir ce qui leur convient.
- Bien que le cheminement de chacun vers le rétablissement soit unique, personne ne chemine en vase clos. Le processus se déroule dans un contexte social, familial, politique, économique, culturel et spirituel qui influe sur la santé mentale et le bien être.
- Les points de vue sur la meilleure façon de mettre en œuvre une pratique axée sur le rétablissement varient, et il est important que tous ces points de vue puissent être exprimés ouvertement, de façon collégiale et à grande échelle.

L'approche adoptée pour l'élaboration du Guide de référence repose sur un examen des rapports de recherche, des lignes directrices étrangères et des pratiques exemplaires. Le format s'inspire du modèle australien, qui a été défini dans le cadre National Recovery Oriented Mental Health Practice Framework de 2012, après deux ans de recherches et de consultations exhaustives. Nous tenons à remercier le gouvernement de l'Australie de nous avoir permis d'emprunter le contenu de son cadre ainsi que son approche. Le Guide de référence a été élaboré et adapté au contexte canadien, en consultation avec les chefs de file et les spécialistes du rétablissement (y compris ceux qui ont acquis leurs connaissances par l'expérience) ici même au Canada. Nous leur sommes reconnaissants d'avoir partagé leurs observations et leur expérience avec nous. Les personnes ayant un savoir expérientiel ont également joué un rôle central dans l'élaboration et l'examen du Guide de référence.

COMMENT UTILISER LE GUIDE DE RÉFÉRENCE

Les approches axées sur le rétablissement sont inclusives et participatives et favorisent la mobilisation de tous pour améliorer la santé mentale et le bien-être. Quel que soient leur rôle, leur profession, leur discipline, leur expérience ou leur degré de contact avec les usagers, on encourage tous les intervenants du milieu de la santé mentale à s'inspirer du Guide de référence. Le document décrit les dimensions de la pratique axée sur le rétablissement ainsi que les principales compétences que doit posséder l'effectif en santé mentale pour assurer le respect des principes d'une pratique axée sur le rétablissement. Il propose des moyens d'adapter les approches afin de répondre aux besoins divers des personnes aux prises avec un problème de santé mentale – des personnes de tous âges et de tous horizons qui en sont à différentes étapes de leur vie. Il complète les normes professionnelles et les cadres de compétences déjà en place.

L'expérience et les points de vue des personnes qui ont un problème de santé mentale et des membres de leur famille sont la pierre angulaire d'une culture axée sur le rétablissement. Les approches axées sur le rétablissement valorisent l'expérience vécue et en tiennent compte au même titre que l'expertise, les connaissances et les compétences des praticiens de la santé mentale, dont bon nombre ont eux-mêmes éprouvé des problèmes de santé mentale au cours de leur vie ou ont côtoyé des proches atteints de problèmes de santé mentale. De telles approches remettent en question les notions traditionnelles d'autorité et d'expertise professionnelles en contribuant à éliminer la barrière conventionnelle entre usagers et intervenants. Selon les paradigmes du rétablissement, toutes les personnes sont respectées pour leur expérience, leur savoir-faire et leurs forces.

Respecter l'expérience d'autrui, c'est s'ouvrir à diverses perspectives en matière de santé mentale et de bien-être. Une approche axée sur le rétablissement convient bien à l'établissement de ponts entre les cultures et les traditions. Bien que le jargon du « rétablissement » puisse ne pas toujours être signifiant pour tous, l'approche fondamentale – qui consiste à adapter les services aux besoins, à respecter les forces et les expériences de chacun, à adopter une approche globale et à comprendre l'incidence du vécu individuel et collectif sur le bien être – constitue une base solide pour favoriser une compréhension et un apprentissage mutuels.

Par exemple, bien que ces peuples représentent des groupes culturels distincts, les Premières Nations, les Inuits et les Métis ont une interprétation relativement commune du bien-être (ou du

mieux-être), à savoir qu'il s'agit d'un équilibre entre le corps, la pensée, les émotions et l'esprit, et que cet équilibre est intégré à la culture et lié à la terre. Une croyance ferme en la famille, la communauté et l'autodétermination est un autre point commun. Ce riche patrimoine culturel et cette vision holistique du monde ont beaucoup à apporter au renforcement d'une approche axée sur le rétablissement et à la transformation du système de santé mentale au Canada.

Les populations autochtones du Canada élaborent des approches novatrices en matière de rétablissement et de mieux être qui peuvent être utiles à tous et qui sont dans une large mesure compatibles avec une pratique axée sur le rétablissement. Par exemple, de nombreux programmes dirigés par des Autochtones mettent l'accent sur l'importance de l'identité culturelle et de l'autodétermination, intègrent les connaissances traditionnelles et le savoir des aînés à des approches non autochtones et reconnaissent la relation étroite entre la santé mentale, les dépendances et les traumatismes intergénérationnels.

Récemment, les populations autochtones du Canada ont commencé à préciser, à adapter et à appliquer le concept de la sécurité culturelle élaboré par les infirmiers et les infirmières maoris de Nouvelle Zélande. Ce concept évolutif est des plus pertinents pour le Canada car il vise non seulement à améliorer la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis, mais aussi à transformer la façon dont le système de santé, dans son ensemble, répond aux différents besoins en tenant compte des multiples dimensions culturelles. La sécurité culturelle attire l'attention sur le besoin pour les populations, peu importe leur origine, d'adopter une pensée critique quant à leur approche en matière de santé mentale et de maladie mentale ainsi que sur le besoin de trouver des moyens d'éliminer les déséquili-

CONSOMMATION DE SUBSTANCES INTOXICANTES ET RÉTABLISSEMENT

Les études de prévalence confirment que de nombreuses personnes de tous âges et antécédents éprouvent des problèmes concomitants de santé mentale et de consommation de substances intoxicantes, ainsi que d'autres formes de toxicomanies. Le lien entre les maladies mentales et la consommation problématique de substances est complexe. Chez certaines personnes, les problèmes de santé mentale peuvent constituer des facteurs de risque pour la consommation problématique de substances, tandis que chez d'autres, cette consommation contribue au développement de problèmes de santé mentale[7].

Malgré certaines différences dans les approches pour dispenser les soutiens et les traitements, la vision et les principes relatifs au rétablissement d'une toxicomanie et d'une maladie mentale sont complémentaires et se recoupent. La vision et les principes :

- reconnaissent la nature multidimensionnelle et la complexité des enjeux;
- tiennent compte du fait que le rétablissement s'inscrit dans un parcours personnel comportant des objectifs définis par la personne;
- reconnaissent l'importance du soutien de la famille, des pairs, du milieu de travail et de la collectivité;
- comprennent la collaboration nécessaire des différents secteurs, particulièrement en ce qui concerne les déterminants sociaux;
- sont fondés sur des approches prometteuses axées sur les acquis en vue de favoriser le bien-être, la qualité de vie et la pleine citoyenneté.

Il existe des parcours multiples vers le rétablissement d'une maladie mentale et d'une toxicomanie. Chez certains toxicomanes, cela peut comporter l'abstinence. Les services axés sur le rétablissement ne traitent pas successivement les toxicomanies et les problèmes de santé mentale, n'appliquent pas de critères d'exclusion ou n'imposent pas de traitements. Les praticiens et les fournisseurs de services axés sur le rétablissement en santé mentale et en toxicomanie interviennent auprès des personnes, quel que soit leur état, et respectent les choix, l'autonomie, la dignité et l'autodétermination des utilisateurs des services. Ils se soucient de leur sécurité et leur offrent un soutien afin de réduire les méfaits et de favoriser la prise de risques positifs et la croissance personnelle continue. L'intégration des services en santé mentale et en toxicomanie, tant au niveau des systèmes que de la pratique, procure le soutien le plus propice au rétablissement[8].

bres de pouvoir et les inégalités qui peuvent avoir une incidence majeure sur l'état de santé et la situation sociale. Cela aussi fait partie d'une approche axée sur le rétablissement.

Le Guide de référence rassemble un ensemble de valeurs, d'attitudes, de connaissances et de compétences qui constituent une approche complète pour promouvoir le rétablissement ainsi qu'un point de départ pour réfléchir à la façon d'harmoniser les ressources et la culture organisationnelle avec une approche axée sur le rétablissement. Le Guide de référence renferme donc beaucoup d'information. Même pour ceux déjà acquis à l'idée d'une pratique axée sur le rétablissement, il faudra du temps et des efforts pour déterminer comment mettre tous les éléments du Guide de référence en œuvre. La façon dont le Guide de référence est utilisé varie selon le contexte de chaque organisme ou service et, plus particulièrement, du degré d'intégration préalable de mesures pour instaurer une culture et une pratique axées sur le rétablissement. On peut utiliser le Guide de référence pour élaborer des plans détaillés reposant sur les points forts actuels, faire progresser les changements de pratiques déjà en cours et fixer des buts. On peut aussi s'en servir pour élaborer des procédures, établir des points de référence et mesurer les résultats.

Bien que tous les éléments qu'il contient n'intéresseront pas nécessairement chacun des intervenants, le Guide de référence est destiné à un public diversifié, notamment :

- les professionnels de la santé mentale travaillant dans divers contextes,
- les employés et bénévoles intervenant auprès des bénéficiaires des services de santé mentale et de soutien, leurs proches et leurs aidants,
- les responsables des orientations politiques et les décideurs,
- les professionnels d'autres réseaux ou secteurs de services qui contribuent à la santé mentale et au bien-être,
- les personnes accédant à des services de santé mentale et à leurs proches.

Bien que les orientations suggérées par le Guide de référence puissent s'appliquer à l'ensemble des problèmes de santé mentale et qu'elles soient pertinentes pour l'ensemble de la population diversifiée du Canada à toutes les étapes de la vie, il faudra aussi les personnaliser pour bien tenir compte des réalités de différentes populations (p. ex. les enfants et les jeunes, les aînés, les personnes LGBTA), pour mieux répondre aux besoins de certains groupes d'intervenants en matière d'apprentissage (p. ex. infirmières en milieu psychiatrique, travailleurs sociaux, conseillers en emploi) ou pour offrir une orientation plus détaillée à propos de questions ou situations particulières (p. ex. prestation de soins contre le gré de la personne ou recours à des mesures d'isolement et de contention).

En ce sens, le Guide de référence constitue un document à partir duquel on peut mettre au point d'autres outils pour le transfert des connaissances, la mise en œuvre, l'évaluation, la recherche et l'élaboration de programmes. La mise en œuvre d'une pratique axée sur le rétablissement doit comprendre des activités de formation et de sensibilisation ainsi que des réflexions à propos des valeurs, des croyances et des stratégies de collaboration. Les principes de base énoncés dans le Guide de référence seront utiles aux formateurs qui souhaitent modifier les programmes de formation professionnelle et les aideront à déterminer les connaissances, les compétences et les comportements nécessaires pour mettre en œuvre une pratique axée sur le rétablissement. Ces principes peuvent aussi éclairer le travail des organismes d'agrément

de façon à ce que les pratiques axées sur le rétablissement soient définies comme des éléments de base de la prestation de soins et que la prestation des services soit mieux harmonisée avec les résultats en matière de rétablissement. La Commission collaborera avec les intervenants au recensement et à l'amélioration continue des outils axés sur le rétablissement afin de promouvoir l'apprentissage et d'accélérer le changement.

La mise en œuvre d'une approche axée sur le rétablissement dépend aussi de la participation des organismes et des groupes n'appartenant pas au milieu de la santé mentale ainsi que de l'ensemble de la collectivité. Le Guide de référence peut servir de référent commun pour l'établissement de partenariats de collaboration entre organismes et regroupements, la consolidation des relations pour un apprentissage partagé, l'amélioration de l'accès à la planification des ressources, la défense des intérêts et des droits et l'exploration des moyens d'élargir les possibilités sociales et économiques des personnes aux prises avec un problème de santé mentale. La Commission continuera de collaborer avec tous les intervenants et tissera des liens entre les nombreuses initiatives en cours pour améliorer la santé mentale des Canadiens et créer une collectivité inclusive qui valorise la diversité.

DIMENSIONS DE LA PRATIQUE AXÉE SUR LE RÉTABLISSEMENT

Le Guide de référence est structuré selon six dimensions principales de la pratique axée sur le rétablissement et sont présentées dans une série de tableaux d'orientation. Chaque tableau d'orientation du Guide de référence énonce les principes de base et les principales compétences que doivent posséder les praticiens et les pourvoyeurs dont la pratique est axée sur le rétablissement. Les tableaux comportent aussi une série de « questions de réflexion » à l'intention des praticiens, des gestionnaires et des responsables qui les invitent à analyser leurs actions de façon critique, suggèrent des possibilités pouvant faciliter la mise en œuvre et proposent des ressources additionnelles. Chaque « dimension » est présentée dans une section qui résume les points principaux.

Les éléments de chaque tableau sont présentés sous les en têtes suivants :

Principes fondamentaux :

Aspects fondamentaux de l'ensemble complet des valeurs, des connaissances, des compétences, des comportements et des pratiques pertinents pour le volet concerné (et non pour le rétablissement dans son intégralité).

Valeurs :

Valeurs, croyances et attitudes qui façonnent ou influencent le comportement et qui ont une composante émotive.

Connaissances :

Concepts qui peuvent être compris sur le plan intellectuel ou appris; les tableaux ne font pas de distinction entre les niveaux ou les types de connaissances.

Compétences et comportements :

Caractéristiques manifestées par des gestes observables.

Questions pour alimenter la pratique réflexive :

Questions visant à appuyer les efforts déployés par chaque praticien afin d'intégrer les principes du rétablissement dans sa pratique courante.

Questions pour alimenter le leadership réflectif :
Questions à l'intention des pourvoyeurs de services, des gestionnaires et des responsables qui décrivent les activités et les structures de gouvernance auxquelles on pourrait s'attendre de la part d'un organisme axé sur le rétablissement.

Possibilités à envisager : Suggestions concernant les types d'activités qui pourraient être utiles durant la mise en œuvre.

Ressources documentaires : Documents de référence supplémentaires pour orienter et soutenir la mise en œuvre.

Malgré quelques chevauchements, chaque dimension est axée sur un thème spécifique et toutes sont complémentaires. La séquence dans laquelle les dimensions sont présentées ne reflète pas un ordre d'importance. Le lecteur trouvera certains chapitres plus utiles que d'autres, selon son rôle ou la nature des services qu'il offre.

Les six dimensions d'une pratique axée sur le rétablissement sont résumées ci-dessous.

Dimension 1 : Promouvoir une culture et un langage empreints d'espoir et d'optimisme

Le rétablissement est possible pour tous et l'espoir le stimule. L'acquisition des capacités nécessaires pour encourager l'espoir est le point de départ de l'élaboration d'un système de santé mentale axé sur les moyens de favoriser le rétablissement. Dans ce contexte, le rétablissement est essentiellement une question d'espoir. Ce chapitre énonce la façon de communiquer des attentes positives et de mettre l'accent sur l'espoir et l'optimisme afin d'instaurer une culture de services et un langage qui font en sorte que les personnes se sentent valorisées, importantes, bien accueillies et en sécurité.

Dimension 2 : Le rétablissement, par et pour la personne

Une orientation axée sur le rétablissement repose avant tout sur la reconnaissance de l'individualité de chaque personne et de son droit de déterminer dans la plus grande mesure possible son propre parcours en matière de santé mentale et de bien être. Une telle approche reconnaît le caractère unique du cheminement de chaque personne vers le bien être et le droit de chacun de trouver sa propre façon de mener une vie qui a de la valeur et du sens dans la collectivité de son choix. Ce chapitre porte sur l'importance d'avoir une vision holistique de la situation particulière de chaque personne, de centrer la pratique en santé mentale sur la personne concernée et de créer un partenariat entre praticiens et usagers pour aider ces derniers à exploiter leurs forces et à accroître leur autonomie.

Le chapitre compte quatre tableaux d'orientation :

1. Privilégier la personne avant tout et préconiser une approche holistique
2. Préconiser l'autonomie et l'autodétermination
3. Mettre l'accent sur les forces et sur la responsabilité individuelle
4. Bâtir des relations de collaboration et avoir une pratique réflexive

Dimension 3 : Le rétablissement se produit dans le contexte de la vie

Comme la plus grande partie du parcours qui mène au rétablissement se fait à l'extérieur du système de santé mentale, il faut comprendre les personnes dans le contexte de leurs vies pour être en mesure le favoriser le rétablissement. La famille, les amis, les voisins, la collectivité locale, les écoles, les lieux de travail, les collectivités spirituelles et culturelles influencent tous la santé mentale et le bien être et jouent un rôle important dans le rétablissement. La pratique axée sur le rétablissement travaille avec les personnes pour les aider à mener une vie pleine et significative, à soutenir leur relation avec le monde qui les entoure et à participer à titre de citoyens pleinement égaux à la vie sociale et économique de leur collectivité.

Ce chapitre expose les orientations sur lesquelles la pratique axée sur le rétablissement doit reposer pour s'attaquer aux multiples facteurs qui contribuent aux problèmes de santé mentale. Il compte quatre tableaux d'orientation :

1. Reconnaître la valeur de la famille, des amis et de la collectivité
2. Soutenir l'inclusion sociale et la défense des intérêts et des droits associés aux déterminants sociaux
3. Combattre la stigmatisation et la discrimination
4. Forger des partenariats avec la collectivité

Dimension 4 : Répondre aux besoins diversifiés de toute personne vivant au Canada

La pratique axée sur le rétablissement est fondée sur des principes qui encouragent et favorisent le respect de la diversité et qui sont conformes à des pratiques adaptées, sûres et compétentes sur le plan culturel. En outre, les principes sur lesquels se fonde une orientation axée sur le rétablissement – susciter l'espoir, favoriser les choix, encourager la responsabilité et promouvoir la dignité et le respect – peuvent et doivent effectivement s'appliquer aux personnes de tout âge (compte tenu de leur stade de développement) et répondre aux besoins des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, transsexuelles et allosexuelles (LGBTTA). Une pratique axée sur le rétablissement valorise la richesse de la diversité de la population canadienne afin de mieux respecter les choix de chacun durant le processus de rétablissement et de déterminer comment adapter les services pour mieux répondre aux besoins individuels.

Ce chapitre compte quatre tableaux d'orientation:

1. Répondre aux besoins diversifiés de toute personne vivant au Canada
2. Répondre aux besoins à tous les stades de la vie
3. Répondre aux besoins des immigrants, des réfugiés et des collectivités ethnoculturelles et racialisées
4. Tenir compte des différences entre les genres et des besoins des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, transsexuelles et allosexuelles (LGBTTA), de leurs familles de prédilection et de leurs collectivités

Dimension 5 : Travailler avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis

Les principes du rétablissement et la vision qu'ont les Autochtones du bien être ont des points communs qui offrent des occasions intéressantes d'apprentissage et de renforcement des politiques et des pratiques en matière de santé mentale. Beaucoup des principes sur lesquels reposent les connaissances et les cultures autochtones, comme la promotion de l'autodétermination et de la dignité, l'adoption d'une approche globale et fondée sur les forces, l'entretien de l'espoir et d'une raison d'être et le maintien de relations valorisantes, sous tendent également une orientation axée sur le rétablissement. Parallèlement, les praticiens axés sur le rétablissement doivent reconnaître les cultures, les droits et la situation propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis et comprendre comment le rétablissement des Autochtones est intimement lié à l'histoire de la colonisation du Canada.

Ce chapitre décrit comment la pratique axée sur le rétablissement peut être adaptée en fonction de la compréhension commune qu'ont les Autochtones du bien être et de la sécurité culturelle, et offre une orientation sur la façon dont les pourvoyeurs de services peuvent le mieux respecter les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis.

Dimension 6 : Le rétablissement passe par la transformation des services et des systèmes

La concrétisation d'un système de santé mentale axé sur le rétablissement qui soit complètement intégré est un processus continu qui prendra du temps à mettre en œuvre. Le rétablissement est un processus qui vise non seulement les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et leurs familles, mais aussi quiconque participe à la prestation d'une forme de soutien ou de services. Peu importe le genre de service, l'endroit où il est dispensé, la population desservie ou les rôles professionnels, l'engagement envers le rétablissement doit s'exprimer dans tout ce que fait l'organisme, lequel doit notamment veiller à ce que le personnel ait les compétences et les ressources nécessaires pour mettre en œuvre une pratique axée sur le rétablissement.

Ce chapitre compte quatre tableaux d'orientation :

1. Vision, engagement et culture axés sur le rétablissement
2. Reconnaître et valoriser le savoir expérientiel des usagers, en tirer des enseignements et apprendre des familles, du personnel et des collectivités
3. Des partenariats de services pour favoriser le rétablissement
4. Planification et perfectionnement de l'effectif

Ce document vise à servir de point de référence aussi bien pour ceux qui commencent à peine à réfléchir à la façon de mettre en place une orientation axée sur le rétablissement que pour ceux qui se sont déjà engagés sur la voie de l'apprentissage et de la promotion des idées et des pratiques axées sur le rétablissement. En outre, le Guide de référence bénéficiera à de nombreux égards de dialogues supplémentaires, de réflexions plus approfondies et de recherches plus poussées. Dans le contexte de cette aventure d'apprentissage et de changement, la Commission se réjouit de pouvoir travailler avec des partenaires de partout au pays pour mettre en œuvre le Guide de référence et, au besoin, l'adapter à des disciplines, à des secteurs de services ou à des populations spécifiques.

NOTES EN FIN D'INTRODUCTION

1 Canada, Sénat, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, M.J.L. Kirby (président) et W.J. Keon (vice-président), De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada, Ottawa, le Sénat, 2006, p. 49. Sur Internet : http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/soci/rep/rep02may06-f.htm

2 Le Nouveau-Brunswick est un exemple, comme le montrent les deux documents suivants : Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018, Fredericton, le Ministère, 2001. Sur Internet : https://www.gnb.ca/0055/pdf/2011/7379%20french.pdf

Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, Vision du changement : aider les gens dans leur cheminement vers le rétablissement : Lignes directrices du programme de santé mentale et de traitement des dépendances, Fredericton, le Ministère, 2013. Sur Internet : http://www.gnb.ca/0055/pdf/2013/Vision_du_changement.pdf

3 Voir, par exemple, le modèle de soins axé sur le rétablissement (Recovery model of care) de l'Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences. Sur Internet : http://www.ontarioshores.ca/cms/one.aspx?portalId=169&pageId=668.

4 Commission de la santé mentale du Canada, Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, Calgary, la Commission, 2012, p. 37. Sur Internet : http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/MHStrategy_Strategy_FRE.pdf

5 Ibid., p. 43.

6 Commission de la santé mentale du Canada, Déclaration d'engagement envers le rétablissement, 2014, p. 1. Sur Internet : http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/t/MHCC_Recovery_Declaration_FRE.pdf.

7 Gouvernement du Canada, Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada, Ottawa, 2006. Sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_f.pdf

8 Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale, Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : Meilleurs conseils, Ottawa, Centre canadien de la lutte contre les toxicomanies, 2014. Sur Internet : http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Collaboration-Addiction-Mental-Health-Best-Advice-Report-2014-fr.pdf.

CHAPITRE 1

Promouvoir une culture et un langage empreints d'espoir

L'espoir constitue la base sur laquelle se construit le parcours qui mène au rétablissement. Une démarche axée sur le rétablissement se concentre sur les valeurs, les espoirs et les rêves de chaque personne, sans jamais perdre de vue les répercussions du contexte social sur la vie des gens. Envisager l'avenir de façon positive favorise la santé mentale et le bien-être, et revêt une importance particulière pour les personnes aux prises avec un problème de santé mentale. Trop souvent, on fait croire aux personnes chez qui une maladie mentale commence à se manifester qu'elles ne devraient pas s'attendre à être capables de fonctionner au travail, à l'école ou dans la société ou de prendre soin d'elles-mêmes de manière autonome. Ce manque d'optimisme peut anéantir tout espoir et limiter la faculté de rétablissement des personnes en cause.

Au contraire, malgré les défis, les personnes peuvent s'épanouir et s'en sortir. Des études sur les résultats à long terme et des recherches prometteuses sur les interventions efficaces et sur la capacité d'adaptation du cerveau redonnent espoir et remettent en question les croyances pessimistes au sujet de la chronicité des troubles mentaux[1]. La recherche montre que l'espoir joue un rôle intégral dans le processus de rétablissement et est même essentiel pour obtenir les meilleurs résultats possibles[2] . Avoir de l'espoir est tout aussi important pour les membres de la famille et les autres aidants qui soutiennent la personne dans son cheminement vers le rétablissement, y compris les pourvoyeurs de services en matière de santé et de santé mentale.

L'espoir n'est pas une notion abstraite, pas plus qu'il ne représente une attente déraisonnable. Essentiellement, avoir de l'espoir signifie s'attendre à une évolution positive. L'espoir est une source de motivation et il procure la force nécessaire pour faire face aux nombreux défis que posent les problèmes de santé mentale. On peut nourrir l'espoir en acceptant les personnes pour ce qu'elles sont et en admettant que tout le monde possède le potentiel nécessaire pour bâtir une vie qui a un sens et un but[3].

L'espoir s'exprime de nombreuses façons : il n'y a pas de parcours standard vers le rétablissement ni de définition unique de ce que cela signifie pour chacun. Pour certains, cela voudra dire revenir à leur vie d'avant, même si les symptômes persistent. Pour d'autres, le parcours qui mène au rétablissement peut représenter un nouveau début et une expérience qui se traduira par une transformation positive. La définition précise de ce que l'on espère varie d'une personne à l'autre; le besoin d'entretenir l'espoir est toutefois commun à tous.

Promouvoir l'espoir ne veut pas dire ignorer la détresse réelle des personnes ou les défis qu'elles pourraient avoir à surmonter. Dans les moments où l'espoir flanche, c'est souvent le soutien de personnes bienveillantes qui est la clé d'un avenir meilleur. L'espoir est parfois une braise sur laquelle il faut souffler pour qu'elle devienne une flamme qui rend le rétablissement possible. Dans les récits personnels, les personnes qui se sont rétablies disent souvent que c'est le soutien constant d'une seule personne, capable de voir leur potentiel et de le leur montrer, qui a enclenché le processus de rétablissement[4].

Les pourvoyeurs de services de santé physique et de santé mentale peuvent jouer un rôle essentiel en générant l'espoir par leurs mots et leurs gestes. Pour susciter systématiquement l'espoir et faire germer la perspective d'un rétablissement, les pourvoyeurs de services de santé mentale devront peut-être relativiser leur propre expérience. Ils voient souvent les personnes lorsqu'elles sont les plus vulnérables et dans la plus grande détresse. Ils ont rarement l'occasion de les accompagner dans les étapes plus avancées de leur rétablissement. Par conséquent, les pourvoyeurs affichent parfois des attitudes pessimistes et stigmatisantes qui gênent les possibilités de rétablissement[5].

Une grande source d'espoir consiste à percevoir, au-delà des défis qui accompagnent la maladie, les forces, le caractère, les aptitudes innées et le potentiel de croissance des gens. En enchâssant une culture empreinte d'espoir dans tout ce qu'ils font, en l'incarnant et en la communiquant, les pourvoyeurs de services de santé mentale peuvent apporter une contribution significative au parcours de rétablissement. L'espoir est également favorisé par les pairs ayant un savoir expérientiel qui échangent sur leur propre parcours de rétablissement, les gestes qu'ils ont posés, les ressources auxquelles ils ont eu recours et les outils qu'ils ont utilisés pour se bâtir une nouvelle vie épanouissante.

On favorise le rétablissement en travaillant auprès des personnes pour les aider à exploiter les forces de leurs ressources internes. Ceci pour qu'ils puissent préserver et approfondir la croyance qu'ils ont dans leurs aptitudes, renforcer leur sentiment de responsabilisation ainsi que leur pouvoir d'agir sur leur cheminement vers le mieux-être. Lorsque les personnes sont encouragées à se concentrer sur leurs atouts et sur leurs capacités, plutôt que sur leurs limites ou sur les obstacles qui se dressent devant eux, elles sont plus susceptibles de recourir aux ressources à leur disposition, de prendre des risques et d'explorer de nouvelles possibilités. Une pratique axée sur le rétablissement donne les moyens de faire des choix parmi la gamme complète des traitements, des mesures de soutien et des services qui seraient utiles. En manifestant un intérêt véritable envers le bien-être des personnes et en bâtissant avec elles des interactions au quotidien basées sur l'affabilité et le respect mutuel, les praticiens peuvent créer une culture positive axée sur le rétablissement.

En enchâssant une culture empreinte d'espoir dans tout ce qu'ils font, en l'incarnant et en la communiquant, les pourvoyeurs de services de santé mentale peuvent apporter une contribution significative au parcours de rétablissement.

Les mots employés comptent. Éviter d'utiliser des termes à connotation pessimiste et aider les personnes à reconquérir un sentiment d'identité positif, voilà qui favorise le rétablissement. L'espoir peut être encouragé par des représentations optimistes de personnes dans toute leur diversité qui relatent leur expérience du rétablissement et de la résilience. Les organismes peuvent promouvoir le rétablissement en reflétant l'espoir dans tout leur matériel écrit, notamment les énoncés de mission, les politiques, les formulaires, le contenu des sites Web, les médias sociaux et les brochures. Une écoute active et sans jugement ainsi que la promotion de l'autodétermination, de la possibilité de choisir et des occasions de croissance, toutes ces mesures contribuent à renforcer l'espoir.

De plus, les organismes peuvent aider leur personnel à acquérir des aptitudes centrées sur le rétablissement et à forger des partenariats de collaboration, en plus d'apprendre comment encourager la prise de risques positive qui favorise la croissance personnelle et la responsabilisation. Le soutien de la prise en charge personnelle témoigne d'une confiance dans les capacités des gens, communique l'espoir d'un rétablissement et contribuent à harmoniser les programmes et les services de manière à refléter les valeurs et les pratiques en matière de rétablissement[6]. À cet effet, notons l'utilisation d'outils tels que les plans d'action pour le rétablissement et les directives préalables en matière de soins.

Les familles et les amis assurent souvent l'essentiel du soutien au quotidien et peuvent jouer un rôle important dans l'équipe de rétablissement choisie par l'usager. Ils peuvent être porteurs d'espoir en aidant les gens à se rappeler leurs réussites et leurs expériences positives et à s'en inspirer. Pourtant, les familles, les amis et les membres du cercle de soutien peuvent aussi avoir du mal à faire preuve d'optimisme face à la maladie. Eux aussi ont le droit d'éprouver de l'espoir pour eux-mêmes. Les pourvoyeurs doivent aussi respecter leurs besoins et contribuer à aider la cellule familiale à se rétablir des diverses formes de stress associées à la maladie mentale[7].

Le rétablissement est possible pour tous. L'acquisition des capacités nécessaires pour nourrir l'espoir est le point de départ de l'élaboration d'un système de santé mentale axé sur les moyens de favoriser le rétablissement. Au fond, le rétablissement est essentiellement une question d'espoir.

<< Famille >>

Dans le présent Guide de référence, le mot « famille » désigne les personnes qui appartiennent au cercle de soutien choisi par l'intéressé, lequel peut comprendre des parents et des proches. Certains auteurs parlent de « famille de prédilection » dans ce contexte.

NOTES DE FIN DU CHAPITRE 1

1 L. Davidson, C. Harding et L. Spaniol, Recovery from Severe Mental Illnesses: Research Evidence and Implications for Practice, vol. 1, Boston, Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, 2005. Voir l'extrait à l'adresse http://www.bu.edu/cpr/products/books/titles/sample-rsmi-1.pdf.

2 B. Schrank, V. Bird, A. Rudnick et M. Slade, « Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review », Social Science & Medicine, vol. 74, no 4 (2012), p. 554-564. doi : 10.1016/j.socscimed.2011.11.008
A. Kruger, « Schizophrenia: Recovery and Hope », Psychiatric Rehabilitation Journal, vol. 24, no 1 (2000), p. 29-37. doi : 10.1037/h0095126

3 P. Allott, L. Loganathan et K.W. Fulford, « Discovering hope for recovery », Revue canadienne de santé mentale communautaire, vol. 21, no 2 (2002), p. 13-33.

4 P. Deegan, Recovery and the conspiracy of hope. Document présenté à « There's a Person in Here », sixième conférence annuelle des services de santé mentale de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, Brisbane (Australie), septembre 1996. Sur Internet : https://www.patdeegan.com/pat-deegan/lectures/conspiracy-of-hope

5 P. Allott, L. Loganathan et K. W. Fulford, « Discovering hope for recovery », Revue canadienne de santé mentale communautaire, vol. 21, no 2 (2002), p. 13-33.

6 S.G. Resnick, A. Fontana, A. F. Lehman et R. A. Rosenheck, « An empirical conceptualization of the recovery orientation », Schizophrenia Research, vol. 75, no 1 (2005), p. 119-128.

7 A. Topor, M. Borg, R. Mezzina, D. Sells, I. Marin et L. Davidson, « Others: The role of family, friends and professionals in the recovery process », American Journal of Psychiatric Rehabilitation, vol. 9, no 1 (2006), p. 1737. doi : 10.1080/15487760500339410

Promouvoir une culture et un langage empreints d'espoir et d'optimisme

La culture et le langage de la pratique axée sur le rétablissement communiquent des attentes positives et mettent l'accent sur l'espoir, de sorte que les usagers se sentent valorisés, importants, bien accueillis et en sécurité.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

- Quiconque dispense des services, des traitements et un soutien en matière de santé mentale peut apporter une contribution significative au rétablissement d'une personne en créant des relations respectueuses centrées sur elle et en incarnant une culture favorisant l'espoir et la responsabilisation.
- On soutient l'espoir en utilisant un langage positif, en se concentrant sur les atouts, en offrant des ressources et en aidant les usagers à maintenir leurs relations.
- Offrir aux personnes l'occasion d'exprimer leurs buts et de prendre en charge leurs soins, voilà qui contribue à renforcer l'espoir.

LES PRATICIENS ET LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE…

Valeurs et attitudes

- respectent et valorisent la valeur inhérente et l'importance de la personne
- affirment leur croyance dans la capacité de l'usager de se rétablir, de s'épanouir et de mener une vie productive et utile
- valorisent les efforts et les réalisations de chaque personne
- s'engagent à afficher de l'optimisme et à montrer qu'ils attendent des résultats positifs dans le langage qu'ils utilisent et dans leurs relations

Connaissances

- comprennent les concepts fondamentaux du rétablissement et du rôle que les personnes ayant un savoir expérientiel ont joué dans leur élaboration
- se tiennent au courant des enjeux d'actualité dans les écrits et la recherche sur le rétablissement, y compris dans des domaines plus vastes comme la psychologie positive et la transformation de la culture organisationnelle
- comprennent la recherche sur la stigmatisation et la discrimination et ses répercussions sur l'espoir et l'optimisme
- tirent des enseignements des recherches entreprises par les personnes ayant un savoir expérientiel
- comprennent et respectent le vocabulaire du rétablissement et la signification du langage lorsqu'il s'agit de promouvoir l'espoir

Compétences et comportements

- communiquent des attentes en faveur de résultats positifs et des messages d'espoir au sujet du rétablissement
- créent un climat d'accueil et d'acceptation pour favoriser la croissance en faisant preuve de sincérité, de chaleur et d'écoute sans jugement
- utilisent un langage empreint d'espoir et basé sur les forces dans les interactions et les communications écrites
- encouragent la prise en considération de la culture, des connexions sociales et des rôles sociaux, de l'activité physique, de la sexualité, de l'expression créative et de la connexion avec les collectivités confessionnelles comme sources possibles de sens et d'espoir
- soutiennent les usagers qui vivent les répercussions d'obstacles au rétablissement sur le sentiment d'espoir, comme l'accès limité au logement ou la pauvreté
- encouragent les contacts avec des pairs aidants qui comprennent les défis des usagers et leur donnent espoir
- invitent les usagers à se rappeler de réalisations précédentes et à réfléchir à des expériences positives
- présentent les revers comme autant d'occasions d'apprentissage et les replacent dans le contexte des perspectives de résultats à plus long terme en matière de rétablissement

QUESTIONS POUR ALIMENTER LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

Pratique axée sur le rétablissement

- Amenez-vous les usagers à participer à l'adoption d'objectifs personnels de rétablissement tôt dans le processus et les aidez-vous à faire un suivi des indicateurs de progrès dans la réalisation de leurs objectifs?
- Comment communiquez-vous l'espoir et offrez-vous des occasions de discuter, de mettre en valeur et de promouvoir les expériences de rétablissement des personnes? Comment favorisez-vous leur capacité de tirer des enseignements des réussites?
- Les membres de l'équipe sont-ils encouragés à apprendre à faire preuve d'optimisme, à utiliser un langage empreint d'espoir et à communiquer des attentes positives?
- Comment mobilisez-vous systématiquement les membres de la famille, les sympathisants et les aidants naturels pour qu'ils participent à la création d'un climat d'optimisme et qu'ils encouragent des résultats positifs?

Leadership axé sur le rétablissement

- Quels sont les signes visibles d'un environnement sûr, accueillant et inclusif dans votre organisme?
- Des ressources sont-elles mises à la disposition des personnes ayant un savoir expérientiel, des familles et des aidants naturels qui leur permettent de se réunir et de partager leur expérience et leurs réussites?
- Avez-vous prévu une formation adéquate à l'intention des membres de l'équipe pour qu'ils apprennent à renforcer l'optimisme qu'ils ont acquis et les attitudes positives dont ils font preuve?
- Avez-vous fait un examen critique des politiques et du matériel utilisés pour l'éducation, l'orientation et l'engagement communautaire? Le langage en est-il positif, propice à l'inclusion et empreint d'espoir?
- Quels canaux, mécanismes et mesures de soutien organisationnelles sont en place pour recevoir les remises en question ou les plaintes des personnes dont l'expérience n'a pas été celle d'une culture organisationnelle positive ou empreinte d'espoir?
- Donnez-vous l'exemple de comportements et d'un langage axés sur le rétablissement et donnez-vous des rétroactions pour les renforcer dans la planification et la coordination des services et dans les processus d'examen?
- Les dirigeants de votre organisme sont-ils des participants visibles et actifs lorsqu'il s'agit de mettre en valeur les réalisations, la croissance et les progrès dans l'atteinte des objectifs de rétablissement?

POSSIBILITÉS À ENVISAGER POUR LES DIRIGEANTS ET LES GESTIONNAIRES

- À l'intérieur du service et à l'échelle régionale, parrainer l'échange de la recherche et de l'information sur les notions du rétablissement; appuyer le personnel pour qu'il participe à des conférences et des tournées médicales qui favorisent cet échange.
- Encourager l'élaboration de ressources produites par les pairs qui partagent et célèbrent les réalisations des gens ayant un vécu expérientiel; contribuer à ce qu'elles soient largement accessibles par l'entremise de divers moyens, films, brochures, expositions d'art, journaux et médias sociaux, et en faire la promotion sur le site Web et dans le calendrier des activités de votre programme ou de votre organisme.
- Soutenir les champions locaux du rétablissement et les présenter à d'autres leaders locaux pour sensibiliser davantage la collectivité et se rallier son soutien.
- Amorcer des conversations avec votre personnel, le conseil d'administration et des organismes de réglementation sur la façon de bâtir des organismes empreints d'espoir et d'optimisme avec des énoncés positifs au sujet des attentes pour les clients, le personnel, les bénévoles et les visiteurs.
- Favoriser des activités de formation destinées aux membres du personnel sur les pratiques réflexives et prévoir du temps pour qu'ils puissent y participer.
- Intégrer des outils pour mesurer l'espoir et l'optimisme – y compris chez les membres du personnel – dans votre processus d'évaluation.
- Réorienter vos outils de perfectionnement du rendement et d'encadrement pour y intégrer la culture et le langage de l'espoir et de l'optimisme, en utilisant des rétroactions observables spécifiques et en modélisant un mécanisme d'élaboration mutuelle des objectifs.

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

- Hope Studies Central. Centre de recherche d'Edmonton dédié à l'étude de l'espoir dans la vie humaine. Voir University of Alberta, Faculty of Education, Hope Studies Central. Sur Internet : www.ualberta.ca/hope
- Slade, M. 100 ways to support recovery: A guide for mental health professionals, 2e éd., Londres, Rethink Mental Illness, 2013. Sur Internet : http://www.rethink.org/about-us/commissioning-us/100-ways-to-support-recovery
- Slade, M. Recovery and the CHIME framework, 25 février 2014. Webinaire expliquant le cadre CHIME (Connectedness, Hope, Identity, Meaning and Empowerment) pour la compréhension et le soutien du rétablissement. Sur Internet : http://knowledgex.camh.net/researchers/areas/sami/webinars/archive/Pages/02252014.aspx
- Summerville, C. « Hope in recovery: There is life after a diagnosis of mental illness », CrossCurrents: The Journal of Addictions and Mental Health, vol. 12, no 4 (2009), p. 8.
- Sunderland, K., et W. Mishkin. Les Lignes directrices relatives au soutien par les pairs — pratique et formation, Calgary, Commission de la santé mentale du Canada, 2013. Sur Internet : http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/Peer_Support_Guidelines_FRE.pdf

CHAPITRE 2

Le rétablissement, par et pour la personne

On verra dans le présent chapitre quatre ensembles de capacités clés qui définissent les dimensions personnelles du rétablissement. L'objet en est de montrer comment les services et les mesures de soutien axés sur le rétablissement favorisent ses atouts individuels de la personne et l'incitent à être l'acteur qui décide de la direction que prendra sa vie. Une solide alliance de travail conclue entre les personnes en rétablissement et les pourvoyeurs est essentielle. Une alliance qui met l'accent sur le choix et l'autonomie est positivement corrélée à des résultats améliorés en matière de rétablissement et à une plus grande satisfaction autant chez les bénéficiaires des services que chez les pourvoyeurs.

Ce chapitre examine les orientations suivantes :

- Respecter le caractère personnel et holistique du rétablissement
- Préconiser l'autonomie et l'autodétermination
- Mettre l'accent sur les atouts et sur la responsabilité individuelle
- Bâtir des relations de collaboration et une pratique réflexive

Une orientation axée sur le rétablissement repose avant tout sur la reconnaissance de l'individualité de chaque personne et de son droit de déterminer – avec le moins d'exceptions possible – son propre parcours en matière de santé mentale et de bien-être. La pratique axée sur le rétablissement reconnaît le caractère unique du parcours de chaque personne vers le mieux-être et le droit de chacun de trouver sa propre façon de mener une vie qui a de la valeur et du sens dans la collectivité de son choix. Une orientation axée sur le rétablissement encourage tout le monde à prendre en main l'amélioration de sa santé mentale et de son bien-être et reconnaît que cette faculté est en soi un facteur déterminant de bien-être[1].

> **Une orientation axée sur le rétablissement encourage tout le monde à prendre en main l'amélioration de sa santé mentale et de son bien-être et reconnaît que cette faculté est en soi un facteur déterminant de bien-être.**

Une orientation axée sur le rétablissement reconnaît également que nous ne sommes pas des personnes isolées, autosuffisantes, coupées de notre passé, de nos antécédents, de nos cultures, de nos collectivités et de nos familles. Affirmer le droit de chaque personne de déterminer son propre parcours vers le mieux-être ne signifie pas qu'elle est laissée à elle-même dans son cheminement. Un riche réseau de relations avec des personnes, des lieux et des traditions est plutôt le fondement du parcours individuel de chacun vers un bien-être amélioré[2].

On observe un grand nombre de croyances différentes au sujet de ce que signifie l'individualité et autant de façons d'aborder la relation entre chaque personne et le monde qui l'entoure. Nous avons tous nos préférences au sujet de la façon dont nous aimerions entrer en contact avec les personnes qui nous entourent et une orientation axée sur le

rétablissement ne se limite pas à une formule pour expliquer l'individualité ou la nature de la relation entre chaque individu et son environnement. Certains estiment que la relation avec la famille biologique est centrale tandis que d'autres se définissent par une collectivité plus vaste, une tradition ou un ensemble de croyances[3].

Affirmer le droit de chaque personne de déterminer son propre parcours vers le mieux-être ne signifie pas qu'elle est laissée à elle-même dans son cheminement.

DU PATIENT À LA PERSONNE

L'adoption d'une orientation axée sur le rétablissement appelle une transformation centrale qui consiste à voir chaque personne non pas comme un « patient » qui est fondamentalement différent ou dont la santé est compromise, mais comme un individu qui s'efforce de mener la vie la plus épanouissante possible. Une pratique axée sur le rétablissement contribue à mettre en lumière notre humanité partagée et évite de cataloguer les personnes ou de les réduire à un diagnostic[4].

Chaque personne se distingue par ses aptitudes, ses qualités, ses valeurs et son vécu. Chaque personne joue de multiples rôles et a de multiples identités qui alimentent son sentiment de responsabilisation et dont elle peut tirer parti pour favoriser son rétablissement. Une démarche holistique axée sur le rétablissement cherche à comprendre l'interaction entre les multiples facteurs – biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, culturels, spirituels et autres – qui influencent le bien-être.

LA GESTION AUTONOME DE LA MÉDICATION EN SANTÉ MENTALE

La Gestion autonome de la médication en santé mentale (GAM) est une démarche élaborée par des organismes québécois[16] afin de permettre à la personne qui prend des médicaments de trouver ceux qui répondent le mieux à ses besoins et, en collaboration avec son médecin à titre de guide et de partenaire, à assumer la responsabilité de sa propre médication. La GAM est un exemple de démarche conçue pour intégrer (ou non) la médication à une stratégie globale visant à améliorer la qualité de vie et le bienêtre général de la personne et à lui donner les moyens de reprendre le contrôle des différentes dimensions de sa vie.

Forgée au croisement de savoirs d'expérience (de personnes utilisatrices, d'intervenants et d'intervenantes, de gestionnaires en santé mentale) et de recherches, la GAM représente une façon inédite et globale de prendre en compte à la fois les effets bénéfiques et les effets indésirables des médicaments. La GAM se fonde sur le respect des résultats souhaités par une personne. Elle insiste sur la nécessité d'offrir aux personnes ayant des problèmes de santé mentale un accès à des renseignements complets sur la médication et les traitements alternatifs afin de trouver un traitement global qui leur permettra de gérer leurs symptômes tout en maintenant un fonctionnement mental et physique optimal. Elle permet de réfléchir à la signification de la médication pour le sentiment d'identité, un aspect qui s'avère tout aussi important pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale que les effets plus concrets des médicaments.

Cette approche novatrice a émergé au Québec au milieu des années 1990 et a depuis inspiré des approches similaires en Ontario et dans d'autres provinces et d'autres parties du monde, particulièrement au Brésil.

Mettre l'accent sur les capacités et les forces inhérentes et diverses plutôt que sur les lacunes ou les limites incite les personnes à avoir une image positive d'elles-mêmes et renforce leur confiance et leur résilience, tout en les aidant à prendre des mesures pour atteindre leurs buts. La pratique axée sur le rétablissement aide les gens à se définir des sources de signification personnelle et des rôles sociaux valorisés ainsi que des outils pour soutenir la résilience, la capacité d'adaptation et des modes de vie sains, y compris les contacts avec des pairs.

LA PRISE DE RISQUES FAIT PARTIE DE LA CROISSANCE

L'aptitude à apprendre et à croître à partir des décisions que nous prenons est une part essentielle de notre expérience humaine et cela vaut aussi pour les personnes aux prises avec un problème de santé mentale. La pratique axée sur le rétablissement soutient la capacité des gens à faire des choix parmi les principaux types d'interventions, y compris les traitements biologiques et pharmacologiques, les démarches psychologiques et psychothérapeutiques, la réadaptation et le soutien psychosociaux, le soutien des pairs, l'activité physique et l'exercice, le traitement et le counseling en matière de consommation d'alcool et de drogue, les modes de guérison traditionnels de différentes cultures et les traitements alternatifs et complémentaires[5].

Les praticiens dont le travail est centré sur le rétablissement reconnaissent qu'il peut y avoir des divergences d'opinions sur la meilleure ligne de conduite et que l'éventualité d'un risque est une conséquence inévitable lorsqu'on donne aux gens les moyens de prendre des décisions au sujet de leur propre vie. Pour respecter la « dignité du risque », le praticien doit rester engagé avec l'usager, même lorsque celui-ci pose des gestes apparemment peu judicieux. Il doit viser un juste équilibre entre soutenir l'usager dans l'exercice de ses choix et la prise de risques positifs, d'une part, et promouvoir sa sécurité, d'autre part. Le rétablissement n'est pas un processus linéaire. La pratique axée sur le rétablissement encourage l'apprentissage et incite à voir les erreurs ou les revers comme autant d'occasions d'introspection et de croissance personnelle. C'est en relevant les défis de la vie plutôt qu'en les évitant que l'on acquiert la résilience[6].

L'aptitude à apprendre et à croître à partir des décisions que nous prenons est une part essentielle de notre expérience humaine et cela vaut aussi pour les personnes aux prises avec un problème de santé mentale.

Les sympathisants et les pourvoyeurs de services n'approuvent pas toujours les choix des usagers. Respecter ces choix ne signifie pas ignorer les risques préjudiciables ou minimiser la sécurité, ou encore se désengager vis-à-vis l'usager, mais plutôt permettre que les expériences personnelles de chaque personne, ses conceptions, ses priorités et ses préférences façonnent la prestation des services. Cela nécessite d'élaborer des stratégies souples visant à empêcher ou à minimiser les conséquences éventuellement négatives de la prise de risques. Composer avec les divergences d'opinions peut être une occasion de partager un savoir et des points de vue et d'éclairer des décisions qui limitent les conséquences négatives[7].

LES RESTRICTIONS SONT RÉDUITES AU MINIMUM

Les services de santé mentale axés sur le rétablissement reposent sur l'idée de réduire au minimum les restrictions imposées à la liberté et les interventions imposées contre le gré des intéressés. Néanmoins, les problèmes de santé mentale peuvent se manifester épisodiquement et il peut y avoir des périodes où les gens ne sont pas en mesure de prendre des décisions de vie importantes[8]. En cas de crise, si une personne perd temporairement la faculté de prendre des décisions judicieuses et que les autres options sont épuisées, la famille et les professionnels devront peut-être intervenir en son nom et rechercher un traitement obligatoire, sous une forme ou sous une autre. Les principes du rétablissement mettent l'accent sur l'importance de travailler en collaboration avec la personne et sa famille, peu importe qu'elle soit traitée volontairement ou contre son gré, et peu importe que le traitement soit dispensé en milieu hospitalier ou dans la collectivité. Ils encouragent des discussions et des négociations ouvertes et honnêtes au sujet de toutes les exigences de la loi.

Si l'intéressé est privé de sa responsabilité de prendre des décisions, un objectif important du rétablissement est de l'aider à la récupérer le plus rapidement possible. Les notions d'autodétermination, de responsabilité individuelle et de prise en charge personnelle et les objectifs de récupération du contrôle et du choix sont cruciaux, peu importe le statut juridique de l'individu. La préparation de directives préalables établies par la personne elle-même, par exemple, est l'occasion de tenir des discussions ouvertes, transparentes et honnêtes au sujet des risques perçus et de la planification de la sécurité. Elles peuvent donner des indications aux pourvoyeurs de services de santé mentale lorsqu'il s'agit de

La « dignité du risque » ou le « droit d'échouer » est une valeur qui a été introduite par les défendeurs des personnes ayant un handicap physique et elle s'applique de même avec la même pertinence au rétablissement de la santé mentale. Elle souligne l'importance de respecter le droit d'une personne à prendre des risques dans le cadre de sa croissance personnelle.

protéger les droits des gens et de promouvoir leurs valeurs et leurs souhaits quand une crise se manifeste[9]. Un examen rétrospectif des mesures prises pour gérer une crise peut aider les gens à négocier la ligne de conduite qui sera privilégiée à l'avenir et à mettre en avant les compétences et les ressources dont ils pourront avoir besoin pour définir les risques et gérer des problèmes potentiels.

LES PARTENARIATS RENFORCENT LE RÉTABLISSEMENT

Il est fondamental, dans le cadre d'une pratique axée sur le rétablissement, de bâtir avec les usagers, leurs familles et leurs aidants naturels des partenariats reposant sur la collaboration, la confiance mutuelle et le respect. Les soins axés sur le rétablissement respectent les usagers en tant que partenaires dans toutes les décisions qui se répercutent sur leur santé mentale et font ressortir l'importance de l'autonomie, de l'autodétermination et de la prise en charge personnelle. Dans la pratique axée sur le rétablissement, les perspectives et l'expertise découlant du savoir expérientiel sont valorisées; les praticiens travaillent aux côtés de la personne afin de concevoir ensemble des plans de service, d'encourager la résolution des problèmes et de proposer des choix, au lieu d'agir unilatéralement pour « régler » le problème ou de « réformer » la personne[10].

En adoptant une attitude empreinte d'espoir et en encourageant activement le leadership exercé par l'usager dans tous les aspects de la prise de décisions, la relation axée sur le rétablissement se concentre sur les moyens d'aider les gens à construire leur vie comme ils l'entendent. L'objectif est de faire pencher la balance en faveur de l'accompagnement de l'usager dans son parcours de rétablissement plutôt que de le priver des moyens d'assumer ses responsabilités. L'expertise professionnelle demeure un élément essentiel qui doit servir à soutenir des choix éclairés, la prise de décisions partagée et la prise en charge personnelle. L'expertise professionnelle, lorsqu'elle est mise à profit dans un contexte d'encadrement, peut stimuler la capacité de redressement[11] de l'individu[12].

Pour bâtir des partenariats axés sur le rétablissement, les praticiens doivent faire preuve de discernement, se livrer à une réflexion critique constante et rester ouverts à un apprentissage continu. La négociation et la collaboration à l'intérieur d'une relation reposant sur le partenariat nécessite que les praticiens soient sensibilisés aux valeurs des usagers et qu'ils connaissent leurs propres valeurs et croyances personnelles, professionnelles et culturelles. Reconnaître et admettre le rapport de force qui existe dans une relation peut minimiser le gauchissement et la probabilité que des pratiques directives et coercitives soient utilisées.

Beaucoup des professionnels du milieu de la santé mentale ont leur propre expérience des problèmes de santé mentale, acquise à titre personnel, au sein de leur famille ou dans le cadre d'autres relations[13]. La sensibilisation que leur confère ce savoir expérientiel peut être utilisée de manière positive pour créer de l'empathie et incarner l'espoir. Bien gérée, l'autodivulgation peut s'avérer thérapeutique dans le cadre d'une relation de counseling[14], mais les praticiens doivent réfléchir aux répercussions que leur expérience personnelle pourrait avoir sur la prise de décisions et sur leur relation avec les patients[15].

NOTES DE FIN DU CHAPITRE 2

1 P.E. Deegan, « Recovery as a self-directed process of healing and transformation », Occupational Therapy in Mental Health, vol. 17, no 3-4 (2002), p. 5-21. doi : 10.1300/J004v17n03_02

2 A. Topor, M. Borg, S. Di Girolamo et L. Davidson, « Not just an individual journey: Social aspects of recovery », International Journal of Social Psychiatry, vol. 57, no 1 (2009), p. 90-99. doi : 10.1177/0020764010345062

3 M. Slade, Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals, Cambridge (Angleterre), Cambridge University Press, 2009.

4 P. Bracken, P. Thomas, S. Timimi, E. Asen, G. Behr, C. Beuster, D. Yeomans et coll., « Psychiatry beyond the current paradigm », British Journal of Psychiatry, vol. 201, no 6 (2012), p. 430-434. doi : 10.1192/bjp.bp.112.109447

5 M. O'Hagan, Acute crisis: Towards a recovery plan for acute mental health services in New Zealand, Wellington (Nouvelle-Zélande), Mental Health Commission, 2006. Sur Internet : www.maryohagan.com/resources/Text_Files/The%20Acute%20Crisis%20O'Hagan.pdf

6 L. Davidson, M. O'Connell, J. Tandora, T. Styron and K. Kangas, « The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation », Psychiatric Services, vol. 57, no 5 (2006), p. 640-645.

7 V. Topp et L. Leslie, « Defending the right to autonomy and self-determination: Advance directives for mental health », Health Issues Journal, no 101 (2009), p. 26-28.

8 A. Roychowdhury, « Bridging the gap between risk and recovery: A human needs approach », The Psychiatrist, vol. 35, no 2 (2011), p. 68-73. doi :10.1192/pb.bp.110.030759

9 Terre-Neuve-et-Labrador, Ministère de la Santé et des Services communautaires et Ministère de la Justice, It's your decision: How to make an Advance Health Care Directive, s.d. Sur Internet : http://www.advancecareplanning.ca/media/52141/ahcd_booklet.pdf

10 E. Duncan, C. Best et S. Hagen, « Shared decision-making interventions for people with mental health conditions », Cochrane Database of Systematic Reviews, 20 janvier 2010. doi : 10.1002/14651858.CD007297.pub2

11 La capacité de redressement (« self-righting » en anglais) est le terme employé pour désigner la façon dont les personnes mobilisent leurs propres ressources internes et externes pour gérer les difficultés.

12 H. Glover, « Recovery, lifelong learning, empowerment, and social inclusion: Is a new paradigm emerging? » dans Empowerment, lifelong learning and recovery in mental health: Towards a new paradigm, publié sous la direction de P. Ryan, S. Ramon et T. Greacen, Londres, Palgrave Macmillan, 2012, p. 15–35. Sur Internet : http://www.fnqpartnersinrecovery.com.au/blog/wp-content/uploads/2014/08/Glover_RECOVERY2.pdf

13 S.L. Ray, C. Wong, D. White et K. Heaslip, « Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals », Traumatology, vol. 19, no 4 (2013), p. 255–267. doi : 10.1177/1534765612471144. Sur Internet : http://www.apa.org/pubs/journals/features/trm-1534765612471144.pdf

14 O. Zur, Self-disclosure & transparency in psychotherapy and counseling, Sonoma (Californie), Zur Institute, 2011. Sur Internet : http://www.zurinstitute.com/selfdisclosure1.html

15 I. Hyman, Self-disclosure and its impact on individuals who receive mental health services, HHS Pub. No. (SMA)084337, Rockville (Maryland), U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, 2008. Sur Internet : https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA08-4337/SMA08-4337.pdf

16 Ont contribué à l'élaboration de Gestion autonome de la médication (GAM) : Mon GUIDE personnel (2003) : l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD), le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) et l'Équipe de recherche et d'actions en santé mentale et culture (ÉRASME). Le guide peut être acheté en ligne à l'adresse http://www.rrasmq.com/gam_guide.php

Privilégier la personne avant tout et préconiser une approche holistique

La pratique axée sur le rétablissement reconnaît l'éventail des influences qui se répercutent sur la santé mentale et le bien-être et offre une gamme de services, de traitements, de mesures de réadaptation, d'interventions psychosociales et de mesures de soutien au rétablissement.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

- Chaque personne est unique et a le droit de déterminer la voie qu'elle empruntera dans son cheminement vers la santé mentale et le bien-être.
- Le rétablissement est un processus individuel – les soins et les services sont adaptés aux préférences des gens, à leur cadre de vie et à leurs aspirations et ils sont intégrés avec l'ensemble des mesures de soutien.
- La santé mentale et le bien-être de tout le monde subissent l'influence de multiples facteurs d'ordre biologique, psychologique, social et économique qui se recoupent ainsi que du contexte familial, des antécédents culturels, des valeurs personnelles et des croyances spirituelles.

LES PRATICIENS ET LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE…

Valeurs et attitudes

- croient en la capacité et respectent le droit de l'usager de prendre des décisions au sujet de sa propre vie
- perçoivent les usagers dans l'intégralité de leur personne et de leur vie
- saisissent la complexité des besoins et des aspirations d'ordre culturel, spirituel, social, économique, émotionnel et physique
- admettent que l'identité et la nature humaine ne sont pas limitées ou définies par l'état de santé mentale

Connaissances

- comprennent la nature individuelle et personnelle du rétablissement et des démarches axées sur le rétablissement, dont celles élaborées par des personnes ayant un savoir expérientiel, respectent ces démarches et en tirent des enseignements
- intègrent des perspectives biopsychosociales théoriques de la santé, de la santé mentale et du bien-être
- reconnaissent l'interrelation entre la santé physique, la santé mentale et les problèmes concomitants
- comprennent les problèmes de santé physique des personnes qui ont une maladie mentale ainsi que l'importance de surveiller leur santé et leur bien-être et de traiter leurs maladies chroniques
- connaissent la gamme des traitements et des thérapies qui peuvent contribuer au rétablissement, y compris les traitements biologiques et pharmacologiques, le suivi psychologique et psychothérapeutique, la réadaptation et le soutien psychosocial, le soutien par les pairs, les soins de santé physique, les traitements et le counseling en matière d'abus d'alcool et de drogue, les interventions axées sur la nutrition, l'exercice et les loisirs, les modes de guérison traditionnels de différentes cultures et les traitements alternatifs et complémentaires comme le yoga, l'acupuncture, l'ayurveda, etc.
- comprennent la prévalence et les effets des traumatismes et savent comment prodiguer des soins qui y sont sensibles et en prévenir la réactivation

Compétences et comportements

- explorent respectueusement les circonstances qui concernent la vie de l'usager et qui déterminent ce qui est important et significatif pour lui
- aident les usagers ainsi que les membres de leur famille et leurs aidants naturels à explorer et à exprimer leurs aspirations en matière de rétablissement et de bien-être
- reconnaissent le rôle de la famille de l'usager, ses aidants naturels et ses cercles de soutien et, avec le consentement de l'usager, travaillent à les inclure à titre de partenaires de la planification du rétablissement
- facilitent l'accès à l'information, aux traitements, au soutien et aux ressources en conformité avec les objectifs de rétablissement de l'usager
- expliquent les avantages et les inconvénients de diverses options de traitement pour faciliter la prise de décisions et aider les usagers à faire la meilleure utilisation des traitements, des thérapies et des services

LES PRATICIENS ET LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE (suite)

Compétences et comportements (suite)

- explorent des façons de minimiser les effets secondaires ou d'autres conséquences éventuellement préjudiciables des interventions ainsi que des moyens d'atteindre un niveau thérapeutique optimal de médication, y compris l'arrêt de la médication si c'est le choix de l'usager
- répondent à des besoins multiples simultanément et en collaboration, coordonnent un éventail de services pertinents, notamment des services de santé, de soutien par les pairs, des services en matière de consommation d'alcool et de drogue, de réduction des méfaits, de réduction de la pauvreté, de gestion de l'inaptitude, d'employabilité, d'éducation et de formation et de soutien au logement

QUESTIONS POUR ALIMENTER LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

Pratique axée sur le rétablissement

- Comment votre pratique s'est-elle montrée réceptive aux attentes, aux objectifs de rétablissement et aux besoins uniques de chaque usager?
- Comment avez-vous cherché à comprendre ce qui favorise le rétablissement et à apprendre des personnes à qui vous dispensez des services?
- Vous êtes-vous demandé quels services alternatifs pourraient être appropriés?
- Le plan de traitement ou de service crée-t-il des occasions de considérer la santé physique, l'exercice, les loisirs, la nutrition, les expressions de la spiritualité, de la sexualité et de la créativité, en plus de la gestion du stress et des symptômes?
- Quels moyens utilisez-vous pour maintenir des contacts positifs avec les centres de référence et les partenariats de services pour être en mesure d'offrir une gamme d'options aux usagers?

Leadership axé sur le rétablissement

- Dans quelle mesure les systèmes et processus dans votre milieu (p. ex. accueil, documentation, participation de la famille) reposent-ils sur des démarches souples et individualisées?
- Avez-vous fait un examen critique de vos processus d'évaluation et de planification des soins? Y est-il question du milieu de vie de l'usager, de ses buts personnels, de ses priorités, de ses relations ou de ses ressources de soutien naturelles?
- Comment aidez-vous les usagers à accéder à une vaste gamme d'approches en matière de traitement, de services et de mesures de soutien?
- S'agissant de la gouvernance clinique, des politiques et du perfectionnement professionnel, les dirigeants font-ils valoir que la personne est au cœur de tout ce que vous faites et suscitent-ils des occasions pour les personnes de déterminer leur propre parcours de rétablissement et de participer à la prise de décisions?

POSSIBILITÉS À ENVISAGER POUR LES DIRIGEANTS ET LES GESTIONNAIRES

- Utiliser une variété de médias et de formats pour diffuser de l'information sur les programmes et les services à l'intention des personnes ayant un vécu expérientiel, des familles et du personnel.
- Chercher à comprendre les membres du personnel au delà de leur identité d'employé(e) et donner l'exemple d'une approche qui reconnaît les répercussions de multiples facteurs qui se recoupent sur la santé mentale et le bien être mental.
- Faire ressortir des occasions pour le personnel de tenir compte des variantes personnelles et de personnaliser les buts du rétablissement dans le cadre de protocoles de soins standards; aider le personnel à adopter le principe de la conception en collaboration pour remplacer les plans de soins traditionnels.
- Collaborer avec des gestionnaires qui ont de l'expertise dans des domaines complémentaires de façon à ce que le personnel et les patients puissent faire l'expérience d'une plus vaste gamme de soutiens.

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

- Conner, A., et D. Macaskill. Providing person-centred support, Realising recovery, Module 4, Glasgow (Écosse), Scottish Recovery Network et NHS Education for Scotland, s.d. Sur Internet : http://www.scottishrecovery.net/Professional-Learning-and-Development/realising-recovery.html
- Lukoff, D. « Spirituality in the recovery from persistent mental disorders », Southern Medical Journal, vol. 100, no 6 (2007), p. 642–646. Sur Internet : http://www.spiritualcompetency.com/pdfs/smjrecovery2007.pdf
- Provencher, H. « Le paradigme du rétablissement : 1. Une expérience globale de santé », Revue Le Partenaire, 15(1) (2007), 4-12. Sur internet : http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v15-n1.pdf#page=4&zoom=100
- Slade, M. « Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches », BMC Health Services Research, vol. 10, no 1 (2010), p. 26.

Préconiser l'autonomie et l'autodétermination

La pratique axée sur le rétablissement met de l'avant le droit de l'usager à l'autodétermination et celui d'exercer un contrôle personnel, de prendre des décisions, d'apprendre et de s'épanouir par l'expérience.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

- Le contrôle personnel, la responsabilisation et la faculté de faire des choix sont des éléments fondamentaux du rétablissement.
- Une orientation axée sur le rétablissement positionne et respecte les usagers en tant que partenaires des décisions qui concernent les services qui leur sont dispensés en matière de santé mentale.
- Les expériences, conceptions, priorités et préférences personnelles façonnent les choix et la prise de décisions dans le contexte de la prestation des services.
- La sécurité et le bien-être de tout le monde sont renforcés quand on fait la promotion de l'efficacité et de la responsabilité personnelles de l'usager.

LES PRATICIENS ET LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE…

Valeurs et attitudes

- accordent la primauté aux souhaits et aux vœux de l'usager
- respectent les choix et le droit à l'autodétermination de l'usager
- reconnaissent l'importance d'équilibrer, d'une part, les droits et les intérêts des individus et, d'autre part, la nécessité d'assurer la sécurité de l'usager, des membres de sa famille et d'autres personnes dans la collectivité
- sont déterminés à trouver des solutions de rechange à la coercition et aux interventions menées contre le gré des usagers et s'emploient à rendre ces dernières inutiles

Connaissances

- comprennent la relation entre l'autonomie, l'autodétermination, la résilience et le rétablissement
- comprennent le rôle du militantisme usager, du soutien par les pairs et des groupes de défense des intérêts et des droits quant à l'appui de la prise de décisions
- sont au courant des résultats des recherches sur les traumatismes et les interventions coercitives et leurs répercussions sur le rétablissement
- saisissent l'importance de l'apprentissage et de la prise de risques dans un contexte positif pour le rétablissement et connaissent des stratégies pour favoriser la prise de risques responsable
- reconnaissent les exigences de l'éthique et de la loi au moment de prendre des décisions relatives à la limitation des libertés

Compétences et comportements

- utilisent des techniques de communication (p. ex. entrevues de motivation, reformulation) pour aider les gens à se défendre eux-mêmes et à exprimer clairement leurs buts, leurs motivations, leurs défis et leurs priorités
- informent les usagers de leurs droits et les aident à les exercer
- créent des environnements sûrs dans le cadre desquels les gens peuvent explorer les options possibles, prendre des risques dans un contexte positif et viser l'épanouissement
- maintiennent un engagement en faveur de la prise de décisions et offrent l'occasion de prendre des décisions, en favorisant l'autodétermination et le choix et en tenant compte des aspects juridiques
- facilitent les directives préalables et les procurations en matière de soins personnels pour donner aux usagers les moyens de définir la ligne de conduite qu'ils préféreraient si une crise devait se produire à l'avenir
- préconisent un maximum d'autonomie et d'autodétermination dans les évaluations et la coordination du référencement vers d'autres services

QUESTIONS POUR ALIMENTER LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

Pratique axée sur le rétablissement

- Vos processus et formulaires d'évaluation témoignent-ils de votre appui envers l'autonomie et l'autodétermination?
- Utilisez-vous des outils de planification du rétablissement et du bien-être qui ont été élaborés et validés dans le cadre de consultations sérieuses avec des personnes ayant un savoir expérientiel?
- Pouvez-vous citer des exemples de la façon dont vous avez éliminé des obstacles pour permettre aux gens de poursuivre leurs activités de la vie quotidienne?

Leadership axé sur le rétablissement

- Comment encouragez-vous la prise de risques dans un contexte positif, reconnaissez-vous les progrès et reformulez-vous les revers dans des termes positifs?
- Comment avez-vous aidé l'équipe des services à explorer collectivement des stratégies pour éviter la coercition, et notamment à faire participer à ces efforts des personnes ayant un savoir expérientiel?
- Y a-t-il des données probantes démontrant que les principes de l'autonomie et de l'autodétermination sont respectés dans les politiques et les procédures régissant les services?
- Quels contrôles et quels processus sont en place pour veiller à ce que toute limitation concernant les choix, l'autonomie et l'autodétermination d'une personne soient les moins restrictives et soient levées dès que possible?
- Comment aidez-vous le personnel à prendre en considération la gamme des options lorsqu'il s'agit de promouvoir la sécurité des individus, des employés et de la collectivité et à avoir accès à la recherche sur les pratiques exemplaires se rapportant aux traumatismes, aux directives préalables et à la détermination de la capacité?

POSSIBILITÉS À ENVISAGER

- Visiter des sites qui utilisent déjà des dossiers détenus par l'usager; préconiser des plans d'action conçus en collaboration et des occasions de partager la tenue des dossiers.
- Veiller à ce que le personnel comprenne et apprécie la législation pertinente et ait accès à des ressources en matière de lois sur la santé mentale de façon à être équipé pour promouvoir l'autonomie des gens, protéger leurs droits et soutenir la prise de décisions.
- Élargir l'accès à des consultations sur l'éthique à l'intention du personnel clinique et des décideurs de l'organisation par l'entremise d'ententes de collaboration avec des groupes d'organismes ou des centres de recherches universitaires.
- Élargir l'accès à du soutien par les pairs pour aider à renforcer la participation des gens à la prise de décisions et aider à la rédaction de directives préalables et réaliser des vérifications de sécurité.
- Rechercher des occasions d'aider les personnes qui ont un vécu expérientiel à diriger la définition des priorités de recherche et à devenir des co créateurs du savoir issu de la recherche.
- Participer directement aux initiatives visant à éliminer les pratiques coercitives et parrainer des célébrations pour mettre en lumière des avancées dans la réduction des mesures d'isolement et de contention..

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

- Chaire de recherche du Canada en implantation de la prise de décision partagée dans les soins primaires (Université Laval, Québec, Canada). Contribuer à doter les professionnels de la santé et leurs patients des habiletés nécessaires afin qu'une prise de décision partagée soit favorisée tout au long du continuum de soins. Sur internet : http://w3.fmed.ulaval.ca/decision/index.php?id=14
- Conseil canadien de la santé. Self-management support for Canadians with chronic disease: Focus on primary health care, Toronto, le Conseil, 2012. Sur Internet : http://www.selfmanagementbc.ca/uploads/HCC_SelfManagementReport_FA.pdf
- Perkins, R., et K. Goddard. Sharing responsibility for risk and risk-taking, Realising recovery, Module 5, Glasgow (Écosse), Scottish Recovery Network et NHS Education for Scotland, s.d. Sur Internet : http://www.scottishrecovery.net/Professional-Learning-and-Development/realising-recovery.html
- Piat, M., S. Cloutier, M-J Fleury, et A. Lesage. « Les conditions d'hébergement favorables au rétablissement: perspective des usagers et usagères », Revue canadienne de santé mentale communautaire, 31(1) (2012), 67-85.
- Réseau d'entendeurs de voix québécois (REVQuébécois - Québec, Canada). Documentation, formations et liste des groupes d'entendeurs de voix à travers le Québec. Sur internet : http://www.revquebecois.org/

Mettre l'accent sur les forces et la responsabilité individuelle

Les services de santé mentale axés sur le rétablissement mettent l'accent sur les forces des usagers et soutiennent leur résilience et leur capacité en matière de responsabilité individuelle, de défense de leurs droits et de changement positif.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

- Les personnes ont le potentiel nécessaire pour se rétablir, se reprendre en mains et transformer leur vie.
- Les personnes ont généralement des espoirs, des besoins et des responsabilités en commun mais la démarche pour les concrétiser est unique à chacun.
- La mise en valeur des forces et des compétences est une source de motivation et contribue à l'acquisition de la confiance et de la résilience nécessaires à l'exercice de la responsabilisation.
- Prendre la responsabilité de sa propre santé et de son propre bien-être est le début du processus de rétablissement.

LES PRATICIENS ET LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE…

Valeurs et attitudes

- démontrent qu'ils croient en la capacité des personnes d'atteindre leurs buts et d'avoir une vie riche en possibilités et en signification
- par leur attitude, leur langage et leurs gestes, sont déterminés à mettre en lumière les forces des gens
- reconnaissent qu'interagir avec les gens et leur offrir du soutien favorisent le rétablissement personnel

Connaissances

- savent comment recourir à des démarches basées sur les forces
- comprennent les notions de résilience et de conscientisation et les éléments de la psychologie positive
- saisissent les répercussions des rapports de force inégaux sur les relations thérapeutiques et connaissent des moyens de favoriser la responsabilité partagée
- comprennent comment diverses formes de discrimination peuvent être présentes dans les systèmes de santé et de santé mentale et d'autres systèmes et sont capables d'en explorer les répercussions sur les usagers

Compétences et comportements

- utilisent des techniques d'encadrement et de motivation pour aider les usagers à tirer parti de leurs forces
- explorent avec les usagers la nature de leur parcours de rétablissement et ce qui fonctionne bien pour eux
- renforcent la croyance des usagers dans leur capacité de se rétablir
- témoignent de la confiance dans la capacité des usagers de jouer des rôles importants, comme le rôle de parents
- explorent des options pour renforcer la prise en charge personnelle des symptômes, le suivi des éléments déclencheurs et la détermination des stresseurs environnementaux et des signes avant-coureurs d'un changement dans les facultés
- renseignent et proposent des outils (y compris des moyens technologiques et des outils en ligne de prise en charge personnelle) pour favoriser le maintien de la santé physique, le recours à des soins tenant compte de l'impact des traumatismes, à des mesures de gestion des maladies chroniques et de la médication, et pour promouvoir la santé mentale et le bien-être

QUESTIONS POUR ALIMENTER LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

Pratique axée sur le rétablissement

- Comment vos processus d'évaluation et de planification des services en collaboration mettent-ils l'accent sur les points forts et les atouts des gens, favorisent-ils la responsabilité, soutiennent-ils l'identité positive et alimentent-ils l'espoir?
- Comment votre documentation reflète-t-elle les forces d'une personne et les buts qu'elle s'est fixé elle-même?
- Qu'avez-vous fait pour inciter la famille et les sympathisants à se concentrer sur les forces, à renforcer les aptitudes et à appuyer la prise de risques?
- Comment encouragez-vous le renforcement des réussites des gens et leur résilience dans leur parcours de rétablissement, ainsi que leur capacité d'en tirer parti dans d'autres domaines de la vie?
- Quelles démarches avez-vous utilisées pour favoriser activement la résilience et l'apprentissage chez les gens?

Leadership axé sur le rétablissement

- Comment encouragez-vous le personnel et les membres de l'équipe à reconnaître les réalisations et les résultats de l'usager, à y réfléchir et à les mettre en valeur?
- Misez-vous sur le savoir expérientiel et encouragez-vous la participation des personnes en rétablissement à la conception des politiques et des procédures?
- Avez-vous fait un examen critique du langage utilisé dans les formulaires, les outils, la collecte de données et le matériel didactique? Mettent-ils l'accent sur les points forts, les atouts, l'établissement de relations et la provision de mesures de soutien?
- Comment démontrez-vous de manière proactive des démarches axées sur les forces à l'intention du personnel et des membres de l'équipe?

POSSIBILITÉS À ENVISAGER POUR LES DIRIGEANTS ET LES GESTIONNAIRES

- Adopter des outils de découverte et d'apprentissage fondés sur les forces dans les initiatives d'éducation permanente et d'amélioration du rendement.
- Utiliser des ressources d'information et du matériel de communication qui privilégient des messages positifs et qui mettent l'accent sur les forces dans tous les milieux – avec le personnel, les visiteurs, le public et les médias.
- Mobiliser d'autres personnes au delà de votre secteur/du milieu dans lequel vous dispensez des services pour susciter des occasions pour les gens de tirer parti de leurs forces et de miser sur elles et d'acquérir des aptitudes transférables.
- Soutenir la mise sur pied de collèges du rétablissement qui se concentrent sur le renforcement des aptitudes, l'engagement civique et l'acquisition d'outils de prise en charge personnelle et d'avancement de carrière.

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

- Bird, V. J., C. Le Boutillier, M. Leamy, J. Larsen, L. G. Oades, J. Williams et M. Slade. « Assessing the strengths of mental health consumers: A systematic review », Psychological Assessment, vol. 24, no 4 (2012), p. 1024–1033. doi : 10.1037/a0028983
- Association canadienne pour la santé mentale, région de Calgary. Self-advocacy guide, 2012. Sur Internet : http://calgary.cmha.ca/files/2012/07/Self-Advocacy-Guide-08.pdf
- Manitoba Trauma Information and Education Centre. Introduction to recovery, 2013a. Sur Internet : http://trauma-recovery.ca/
- Manitoba Trauma Information and Education Centre. Mental health, 2013b. Sur Internet : http://trauma-recovery.ca/resiliency/mental-health/
- Nelson, G., J. Lord et J. Ochocka. « Empowerment and mental health in community: Narratives of psychiatric consumer/survivors », Journal of Community & Applied Social Psychology, vol. 11, no 2 (2001), p. 125 142. doi : 10.1002/casp.619
- Outil "Maître d'oeuvre de mon projet de vie" (Centre de traitement et de réadaptation de Nemours, Québec, Canada). Guides destinés aux intervenants et aux participants afin de mettre sur pied un plan d'intervention où le participant est au centre des décisions, tant à ce qui a trait au choix du projet de vie qu'à la rédaction des objectifs de travail ou des stratégies d'action. Sur internet : http://www.aqrp-sm.org/bulletin/publications/a01n01/a01n01_init-locale_projet-vie.pdf

Bâtir des relations de collaboration et avoir une pratique réflexive

Les praticiens dont le travail est centré sur le rétablissement ont une pratique réflexive et forgent des partenariats reposant sur la collaboration et le respect mutuel pour aider les personnes à bâtir leur vie comme elles l'entendent.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

- La pratique et la prestation de services axées sur le rétablissement tablent sur des partenariats reposant sur la collaboration et le respect mutuel.
- Pour soutenir le rétablissement d'une autre personne, il faut réfléchir et être sensibilisé à sa propre culture, à ses valeurs, à ses croyances et à son état de santé mentale.
- Des relations thérapeutiques de grande qualité nécessitent une réflexion critique systématique et un apprentissage continu.

LES PRATICIENS ET LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE…

Valeurs et attitudes

- sont ouverts et disposés à apprendre de la personne en processus de rétablissement ainsi que de sa famille et des membres de son cercle de soutien
- accordent la priorité aux besoins de l'usager
- sont disposés à utiliser leur propre expérience personnelle pour démontrer leur empathie et renforcer la relation de collaboration, tout en respectant les limites professionnelles et en reconnaissant les différences avec les rôles des pairs
- respectent les autres en tant que partenaires égaux de la relation thérapeutique et reconnaissent que les personnes sont les metteurs en scène de leur propre vie
- démontrent leur engagement envers la pratique réflexive et reconnaissent son rôle lorsqu'il s'agit de faciliter un engagement authentique et de forger des relations reposant sur la collaboration

Connaissances

- comprennent les répercussions de la culture, des valeurs, des expériences de vie, des rôles et du pouvoir dans les interactions et les relations
- connaissent un éventail de pratiques reposant sur la collaboration et les techniques de communication
- connaissent les éléments fondamentaux pour bâtir une relation de confiance et la façon de les appliquer afin d'établir des relations thérapeutiques reposant sur la collaboration
- comprennent la pertinence des étapes du changement et sont ainsi en mesure d'harmoniser la pratique au degré de motivation de l'usager et à la mesure dans laquelle il est prêt à aller de l'avant

Compétences et comportements

- font preuve d'affabilité, d'honnêteté et d'empathie dans les interactions avec les personnes pour se montrer respectueux et authentiques
- offrent de l'expertise professionnelle et des outils pour aider l'usager à apaiser sa détresse et réduire la possibilité de revers ou de risque préjudiciable
- demeurent respectueusement à la disposition des personnes qui ont refusé de l'aide ou ne semblent pas motivées et élaborent des stratégies pour favoriser l'engagement
- encouragent des discussions ouvertes et franches particulièrement quand il y a des divergences
- partagent des idées et des options dans le contexte d'une démarche d'encadrement plutôt que de dispenser des conseils en critiquant ou en jugeant
- collaborent pour régler les divergences d'opinion et les conflits et s'emploient à trouver des compromis acceptables en cas de besoin

QUESTIONS POUR ALIMENTER LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

Pratique axée sur le rétablissement

- Comment obtenez-vous un équilibre entre l'obligation de diligence et la dignité de pouvoir prendre des risques?
- Engagez-vous les personnes en tant que partenaires et offrez-vous votre expertise professionnelle sans prendre le contrôle ou cesser de fournir votre soutien si votre aide est refusée?
- Quand il est approprié de le faire, pouvez-vous parler d'aspects de votre propre expérience de vie pour donner des exemples d'espoir, témoigner de l'empathie et resserrer les liens de confiance avec un usager?
- Avez-vous reconnu et exploré les inégalités du rapport de force dans la relation thérapeutique et leurs répercussions possibles sur le rétablissement?

Leadership axé sur le rétablissement

- Quelles occasions avez-vous prévues pour que les personnes ayant un savoir expérientiel puissent collaborer à la transformation des services, à l'amélioration de la pratique et au perfectionnement professionnel?
- Les politiques, les pratiques, les initiatives de qualité, les programmes d'éducation, le recrutement et la supervision sont-ils tous propices à l'établissement de relations reposant sur la collaboration?
- Il faut passer du temps avec les personnes en rétablissement et avec les membres de l'équipe afin d'offrir des services reposant sur la collaboration; comment aidez-vous le personnel à classer par ordre de priorité les ressources (espace, temps, apprentissage, outils) nécessaires à une pratique réflexive reposant sur la collaboration?

POSSIBILITÉS À ENVISAGER POUR LES DIRIGEANTS ET LES GESTIONNAIRES

- Aider à constituer une communauté de pratique et participer à un apprentissage qui renforce l'expertise en matière de soins en collaboration axés sur le rétablissement.
- Préconiser la pratique réflexive et la conscientisation comme composantes nécessaires de relations de collaboration à l'intérieur de votre propre discipline ou de votre groupe de pairs.
- Revoir l'affectation des ressources et les critères décisionnels de façon à favoriser l'établissement de relations de collaboration et d'initiatives pilotées par les pairs.

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

- Ackerman, S. J., et M. J. Hilsenroth. « A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance », Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, vol. 38, no 2 (2001), p. 171–185.
- Clark, C., et T. Krupa. « Reflections on empowerment in community mental health: Giving shape to an elusive idea », Psychiatric Rehabilitation Journal, vol. 25, no 4 (2002), p. 341–349.
- Copeland, M. E. The Wellness Toolbox, West Dummerston (Vermont), Mental Health Recovery, s.d. Sur Internet : http://www.mentalhealthrecovery.com/wrap/sample_toolbox.php
- Copeland, M. E. What is Wellness Recovery Action Plan® (WRAP®)?, West Dummerston (Vermont), Mental Health Recovery, s.d. Sur Internet : http://www.mentalhealthrecovery.com/wrap/
- Quintal, M-L, L. Vigneault et al. Je suis une personne, pas une maladie! Performance Édition, Longueuil, 2013. Sur internet (pour achat) : http://www.performance-edition.com/index.php?option=com_virtuemart&page=shop.product_details&flypage=flypage.tpl&category_id=31&product_id=121&Itemid=54
- Repper, J., et R. Perkins, The Team Recovery Implementation Plan: A framework for creating recovery-focused services, Londres, Centre for Mental Health et Mental Health Network NHS Confederation, Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC), 2013. Sur Internet : http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/ImROC_briefing6_TRIP_for_web.pdf
- Schrank, B., V. Bird, A. Rudnick et M. Slade. « Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: Systematic search and narrative review », Social Science & Medicine, vol. 74, no 4 (2012), p. 554–564. doi : 10.1016/j.socscimed.2011.11.008

CHAPITRE 3

Le rétablissement se produit dans le contexte de la vie

On a vu dans le chapitre précédent que le rétablissement est un processus centré sur la personne. On a aussi examiné les façons dont les services axés sur le rétablissement peuvent aider les personnes à tirer parti de leurs forces et à définir leur parcours de rétablissement. Le présent chapitre expose les orientations sur lesquelles la pratique axée sur le rétablissement doit se baser pour s'attaquer aux multiples facteurs qui contribuent aux problèmes de santé mentale.

Les orientations examinées sont les suivantes :

- Mettre en valeur l'importance de la famille, des amis et de la collectivité
- S'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination
- Favoriser l'inclusion sociale et la défense des intérêts et des droits associés aux déterminants sociaux
- Forger des partenariats avec la collectivité.

La plus grande partie du parcours qui mène au rétablissement se fait à l'extérieur du système de prestation des services de santé mentale. Il faut donc comprendre l'usager dans le contexte de sa vie pour être en mesure de favoriser le rétablissement. La famille, les amis, les voisins, la collectivité locale, les écoles, les lieux de travail, les collectivités spirituelles et culturelles influencent tous la santé mentale et le bien-être et jouent un rôle important dans le rétablissement. Le praticien axé sur le rétablissement agit de concert avec l'usager pour l'aider à mener une vie pleine et significative et soutenir ses relations avec le monde qui l'entoure. Il favorise sa participation à la vie sociale et économique de sa collectivité à titre de citoyen pleinement égal. Il n'y a pas qu'une seule façon de se comprendre soi-même en tant qu'individu et que citoyen ou de se comporter en relation avec sa famille, sa collectivité, sa culture ou ses antécédents. Une démarche axée sur le rétablissement aide l'usager à se situer dans le réseau familial, communautaire et social, à faire primer son identité sur la maladie, à renforcer son réseau naturel de contacts et à s'acquitter de rôles personnels et familiaux importants.

LE RÔLE IMPORTANT DE L'ENTOURAGE DANS LE RÉTABLISSEMENT

L'entourage peut assurer un soutien émotionnel, social et matériel essentiel pour la qualité de vie. Pour de nombreuses personnes aux prises avec un problème de santé mentale, l'entourage – qu'il se compose des membres de la famille ou du cercle social – constitue la source primaire de soutien. L'entourage contribue au rétablissement en exprimant un sentiment d'espoir, en misant sur les liens de la personne avec d'autres, en lui rappelant ses forces et ses capacités, en l'aidant à accéder au système de santé mentale puis à s'y retrouver et en soutenant sa participation à la vie communautaire. Avec l'autorisation de l'usager, les praticiens dont le travail est centré sur le rétablissement font participer la famille de prédilection de la personne à ses soins, le plus tôt possible et de manière systématique. Les familles ont par ailleurs le droit de ne pas participer à la prestation des services et ce choix sera respecté.

Toutefois, les familles peuvent vivre un stress important dans les périodes de crise, lorsque la maladie fausse le jugement de leur proche.

Elles peuvent aussi se sentir obligées de le faire admettre dans un hôpital, ce qui peut nuire aux relations et aux liens de confiance. Écouter attentivement les préoccupations des familles et trouver des moyens de faciliter un accès rapide aux soins peut grandement alléger la détresse. Lorsque la participation de la famille est refusée, la pratique axée sur le rétablissement comprend des mesures pour fournir un soutien continu afin d'améliorer les communications et d'aider à négocier la participation de la famille.

Pour de nombreuses personnes aux prises avec un problème de santé mentale, l'entourage – qu'il se compose des membres de la famille ou du cercle social – constitue la source primaire de soutien.

LE SOUTIEN EST BÉNÉFIQUE POUR LES FAMILLES

Les aidants naturels passent par toute une gamme d'émotions face à un membre de la famille qui a un problème de santé mentale, y compris le désespoir, la culpabilité, un sentiment d'impuissance, la peur, le chagrin, un sentiment de perte et la tristesse. Les familles signalent également éprouver de la frustration et de la colère face aux défis auxquels elles se heurtent lorsqu'il s'agit d'accéder à des services appropriés pour leurs proches et face à la façon dont elles sont consultées. La contribution des aidants naturels au rétablissement de leur proche devient plus efficace lorsque leur participation est bien accueillie et que leur expérience est reconnue. Les familles suivent elles aussi un parcours et, lorsque leurs besoins sont reconnus et soutenus, elles sont mieux en mesure de soutenir le rétablissement de l'être cher[1].

Les praticiens dont le travail est centré sur le rétablissement comprennent les répercussions des troubles mentaux sur la famille et montrent qu'ils s'en préoccupent. Il est d'une importance cruciale de soutenir les familles pour qu'elles trouvent l'espoir, soignent leurs blessures et rétablissent des liens d'aide avec les personnes qui le désirent. Les fournisseurs de services axés sur le rétablissement cherchent à collaborer avec les aidants naturels à titre de partenaires et à miser sur leur connaissance intime de leur proche, les encourageant régulièrement à participer à l'évaluation et à faire connaître leur point de vue dans la planification des services. Ils comprennent la diversité des familles – leurs antécédents, leurs cultures, leurs valeurs et leurs traditions, leurs pratiques et croyances spirituelles variées, ainsi que leurs conceptions particulières de l'interdépendance sociale et de la nature des problèmes de santé mentale et de toxicomanie – et interviennent avec respect.

L'intégration de pairs aidants famille dans les services permet d'avoir accès à une source précieuse de soutien et de savoir expérientiel. Établir des contacts entre les personnes et les services à la famille et leur fournir en temps utile du soutien, de l'information, des services de répit, d'éducation et de formation sont des mesures qui contribuent à soutenir les membres de la famille. La coordination et la communication entre les services et à l'intérieur des services aident également les familles. Celles-ci peuvent jouer un rôle utile dans l'élaboration et la conception des programmes et des services et lorsqu'il s'agit de faire des pressions en faveur de changements plus larges dans le système[2].

LES FAMILLES NE SONT PAS TOUJOURS DES SOURCES DE SOUTIEN

La pratique axée sur le rétablissement repose en premier lieu sur l'hypothèse selon laquelle la famille joue un rôle positif dans le processus de rétablissement. Toutefois, il arrive parfois que les familles et les personnes aux prises avec un problème de santé mentale se détournent les unes des autres. Dans certaines circonstances, en présence de conflits ou de mauvais traitements ou en cas d'absence de soutien, la participation de certains membres de la famille peut aller à l'encontre de l'intérêt de la personne. Aux yeux de la loi, c'est à l'individu que revient le choix en ce qui concerne le ou les membres de la famille qui l'aideront, dans quelle mesure ils le feront et à quelle fréquence. Les services axés sur le rétablissement respecteront ce droit tout en reconnaissant qu'à l'occasion, l'usager n'est peut-être pas en état de porter un jugement approprié ou de prendre des décisions judicieuses.

Les personnes aux prises avec un problème de santé mentale font également face à des enjeux complexes relatifs au consentement éclairé et à la protection de la vie privée. Pour équilibrer, d'une part, les mesures qui consistent à aider la famille à participer à la prise de décisions et, d'autre part, la nécessité de respecter le droit à la protection de la vie privée de la personne aux prises avec une maladie mentale, il faut faire un examen attentif de chaque cas. La participation de la famille dépend de sa volonté et de sa capacité de participer et, également, du consentement de la personne aux prises avec un trouble mental[3].

STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

La stigmatisation renvoie aux croyances et aux sentiments négatifs de certaines personnes qui sont habituellement fondés sur des informations erronées et qui entraînent des préjugés.

La discrimination est le comportement externe qui résulte des préjugés et qui se manifeste aussi dans les politiques et les pratiques institutionnelles et les lois qui privent certaines personnes de leurs droits ou qui limitent leur inclusion.

L'autostigmatisation renvoie à l'intériorisation de stéréotypes sociaux négatifs qui, à son tour, se répercute sur le sens de l'identité et se traduit par une baisse de l'estime de soi et des attentes.

Les personnes aux prises avec un trouble mental et leurs aidants déclarent que la stigmatisation et la discrimination ont des conséquences négatives dans pratiquement tous les aspects de leurs vies et se révèlent souvent plus préjudiciables que les symptômes de la maladie. La stigmatisation et la discrimination se manifestent par des taux élevés de chômage et de sousemploi, de moins bons résultats scolaires, la perte de liens familiaux et amicaux et de rôles parentaux, une pauvreté persistante, l'itinérance et l'absence de stabilité résidentielle. Elles peuvent mener à la déchéance des rôles et des droits civiques et au rejet par les voisins et les collègues. Chez les adultes plus âgés, elles peuvent mener à la perte d'autonomie et à la minimisation des capacités. Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale signalent aussi être victimes de stigmatisation de la part de ceux et celles sur qui elles comptent pour obtenir du soutien, y compris les membres de leur famille et les fournisseurs de services sociosanitaires et de santé mentale[4 5]. La stigmatisation par ces intervenants clés peut se manifester lorsque ceux-ci affichent des attitudes négatives, un manque de respect ou un sentiment de pessimisme concernant le rétablissement ou lorsqu'ils prennent des mesures pour

empêcher la personne de prendre ses propres décisions. Toutes ces manifestations entravent le rétablissement. Sur le plan structurel, les effets de la stigmatisation et de la discrimination sont constatés dans le sous-financement chronique du système de santé mentale, le manque de logements abordables et des soutiens en matière de revenu et d'invalidité qui ne répondent pas toujours aux besoins des usagers[6].

Les personnes aux prises avec un trouble mental et leurs aidants déclarent que la stigmatisation et la discrimination ont des conséquences négatives dans pratiquement tous les aspects de leurs vies et se révèlent souvent plus préjudiciables que les symptômes de la maladie.

Même lorsque des services efficaces sont offerts, bon nombre de personnes craignent d'être étiquetées ou jugées en raison d'expériences négatives antérieures dans le système de santé mentale. En conséquence, elles n'y ont pas recours ou elles renoncent prématurément aux services. Il est important de lutter contre l'autostigmatisation car lorsque les personnes s'attendent à être rejetées ou quand elles sous-estiment leurs capacités, elles sont moins susceptibles de saisir des occasions qui s'offrent ou de militer en faveur de leurs droits légitimes. Les aidants naturels signalent eux aussi avoir fait l'expérience des répercussions de la stigmatisation dans leurs rapports avec la famille, les amis et les pourvoyeurs de services de santé. Ils ont éprouvé de la honte et ont eu le sentiment d'être blâmés et contaminés, ce qui a pour plusieurs mené à leur isolement et à la perte d'un sout-

Les trois meilleures stratégies de réduction de la stigmatisation :

1. Des contacts personnels positifs
2. La sensibilisation au parcours de rétablissement
3. La défense des droits et le soutien à l'autonomisation

ien précieux. Les pourvoyeurs de services de santé mentale peuvent aussi se sentir stigmatisés par le manque de respect de leurs pairs et la pénurie de ressources adéquates pour effectuer leur travail.

SOUTENIR LE RÉTABLISSEMENT SIGNIFIE S'ATTAQUER À LA STIGMATISATION

Réduire la stigmatisation et la discrimination nécessite un effort partagé au niveau des systèmes, des collectivités, des programmes et des individus[7]. Les pratiques axées sur le rétablissement y contribuent en affirmant que chacun est capable de se rétablir, en soulignant les forces et les capacités des gens, en normalisant l'expérience de la détresse mentale et en renforçant l'efficacité de la prise en charge personnelle des soins et des traitements. Adopter une vue holistique, c'est reconnaître les multiples facteurs qui influencent la santé mentale et les répercussions de la discrimination. Travailler avec les personnes pour les aider à recadrer positivement leur expérience dans le contexte plus vaste de leur vie, trouver un sens et une signification à l'expérience du problème de santé mentale, et comprendre et protéger leurs droits constituent des moyens qui contribuent à réduire l'autostigmatisation. Le soutien par les pairs joue un rôle précieux pour aider les usagers et les familles à redéfinir positivement leur expérience, à la divulguer et à se responsabiliser afin de militer en faveur de leurs droits individuels et d'une plus grande équité au sein de la société.

Les mesures de lutte à la stigmatisation seront d'autant plus efficaces qu'elles auront été conçues et mises en œuvre sous le leadership et avec la participation active de personnes ayant un savoir expérientiel. En matière de lutte à la stigmatisation, la sensibilisation ciblant des groupes influents aide à remettre en question les stéréotypes en faisant connaître des parcours individuels de rétablissement, en indiquant les éléments qui favorisent le rétablissement et ceux qui l'entravent et en mettant en lumière des moyens d'accroître l'inclusion sociale et économique. On a constaté que cette démarche permet d'opérer des changements durables. En fin de compte, la lutte à la stigmatisation et à la discrimination est une question d'équité. Les personnes aux prises avec un problème de santé mentale et leurs familles doivent se voir accorder le même respect, les mêmes droits et les mêmes avantages et avoir les mêmes occasions qui s'offrent à elles que la population générale.

RÉPERCUSSIONS DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Au Canada, chaque personne devrait pouvoir compter sur une santé mentale et un bien-être optimums mais, à l'heure actuelle, cette possibilité n'est pas accessible à tous de manière égale. Un revenu adéquat et stable, un logement sûr et abordable, l'accès aux services sociosanitaires, le soutien de la famille et des amis, un emploi sûr, des collectivités où il fait bon vivre et des moyens de transport fiables sont des déterminants importants de la santé physique et mentale. Il est à noter que de nombreux facteurs qui peuvent contribuer à une maladie mentale persistante et à notre perception des personnes atteintes d'une « maladie mentale grave » sont liés aux effets de la pauvreté, de l'isolement et l'exclusion sociales, d'une éducation insuffisante, d'une maladie physique chronique, d'un logement instable et de traumatismes non résolus. En réglant ces problèmes, nous pouvons aider à réduire l'intensité des autres symptômes de la maladie mentale et faciliter leur traitement[8].

Pour atténuer les disparités dans la façon dont ces déterminants de la santé se répercutent sur l'état de santé et dans la vie en général, il faudra engager des efforts à de

nombreux niveaux dans la société canadienne. Un tel objectif ne peut pas relever de la seule responsabilité du système de santé mentale en général ou des services de santé mentale axés sur le rétablissement en particulier. Il constitue toutefois un objectif qui est intégralement relié à la prestation de services et de soutiens axés sur le rétablissement et dont l'atteinte nécessitera une collaboration entre les systèmes, les secteurs et les services[9].

En prenant le temps d'écouter les gens et de se familiariser avec leurs facteurs de stress socioéconomiques, les praticiens dont le travail est centré sur le rétablissement peuvent contribuer à définir des moyens de s'attaquer aux facteurs qui influencent la santé. Cela signifie connaître le système social élargi et les ressources disponibles et fournir de l'aide pratique dans de nombreux domaines. Par exemple :

- Aider les personnes à parvenir à la sécurité en matière de logement et à la sécurité alimentaire,
- Travailler avec les gens pour stabiliser leur revenu, notamment en les aidant à présenter des demandes de soutien au revenu, de crédits fiscaux et de suppléments,
- Aider les personnes à trouver un médecin de famille ou une équipe de santé communautaire afin de répondre à leurs besoins généraux continus en soins de santé et de traiter leurs problèmes de santé cooccurrents,
- Diriger les gens vers les ressources en matière de planification de carrière, soutenir leurs aspirations de travailler et se tenir au fait des pratiques exemplaires de soutien de la réussite en matière d'emploi,
- Aider les gens à définir leurs besoins sociaux, créatifs, spirituels et récréatifs et les aiguiller vers les ressources communautaires appropriées.

Au Canada, chaque personne devrait pouvoir compter sur une santé mentale et un bien-être optimums mais, à l'heure actuelle, cette possibilité n'est pas accessible à tous de manière égale.

FORGER DES PARTENARIATS

Il y a dans les collectivités locales une abondance de connaissances, de compétences et de ressources sur lesquelles on peut tabler pour soutenir le rétablissement en forgeant des partenariats de services et en entretenant des contacts dans la collectivité. La mobilisation des partenaires communautaires pour qu'ils participent à l'éducation du public, à la lutte contre la discrimination et à l'amélioration des maillages entre les services est un élément central de la pratique axée sur le rétablissement. Celle-ci encourage la constitution de partenariats multisectoriels qui font la promotion d'ententes de services qui soutiennent l'inclusion et font la lutte aux politiques et pratiques qui restreignent les possibilités. Les partenariats reposant sur la collaboration sont enrichis par la résilience, l'expertise et la participation des personnes qui ont sont ou ont été aux prises avec des problèmes de santé mentale, à titre personnel ou au sein de leur famille. Faire progresser le rétablissement exige la collaboration avec des initiatives nationales, provinciales et régionales visant à susciter un traitement juste et équitable pour tous, à éliminer les obstacles à la citoyenneté pleine et entière et à créer un contexte social qui favorise la santé mentale et le bien-être. L'élaboration d'ententes et de plans multisectoriels, produits en partenariat avec des personnes ayant un savoir expérientiel et leurs familles, peut contribuer à aplanir les obstacles structurels[10].

NOTES DE FIN DU CHAPITRE 3

1 Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Travaillant ensemble vers le rétablissement : Les usagers, les familles, les aidants naturels et les prestataires de soins, Mississauga, l'Initiative, 2006. Sur Internet : http://www.shared-care.ca/files/FR_Workingtogethertowardsrecovery.pdff

2 P. MacCourt et Commission de la santé mentale du Canada, Comité consultatif sur les aidants membres de la famille, Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation de services pour les proches aidants d'adultes ayant une maladie mentale, Calgary, la Commission, 2013. Sur Internet : http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/Caregiving_MHCC_Family_Caregivers_Guidelines_FINAL_FRE.pdf

3 Saskatchewan, Ministère de la Santé, Patient and family centred care in Saskatchewan: A framework for putting patients and families first, 2011. Sur Internet : http://www.health.gov.sk.ca/pfcc-framework

4 Micheal Pietrus, Changer les mentalités : Rapport provisoire, Calgary, Commission de la santé mentale du Canada, 2013. Sur Internet : http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/initiatives-and-projects/opening-minds/opening-minds-interim-report

5 Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale (GPS-SM), Cadre de référence : Lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale, 2014, p. 21-22. Sur Internet : http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/04/cadre-de-reference-GPS-SM.pdf

6 Commission de la santé mentale du Canada, Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada, Calgary, la Commission, 2009. Sur Internet : http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/FNIM_Toward_Recovery_and_Well_Being_FRE.pdf

7 J. D. Livingston, Mental illness–related structural stigma: The downward spiral of systemic exclusion, Calgary, Commission de la santé mentale du Canada, 2013. Sur Internet : http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/MHCC_OpeningMinds_MentalIllness-RelatedSructuralStigmaReport_ENG_0.pdf

8 Commentaire de Pat Capponi, activiste dans le domaine de la santé mentale et de la lutte contre la pauvreté, consultations de Toronto. Voir aussi P. Goering, S. Veldhuizen, A. Watson, C. Adair, B. Kopp, E. Latimer, G. Nelson, E. MacNaughton, D. Streiner et T. Aubry, Rapport final du projet pancanadien Chez Soi, Calgary, Commission de la santé mentale du Canada, 2014. Sur Internet : http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/MHCC_At_Home_Report_%28National_Cross-Site%29_FRE.pdf

9 J. Weisser, M. Morrow et B. Jamer, A critical exploration of social inequities in the mental health recovery literature, Vancouver, Simon Fraser University, Centre for the Study of Gender, Social Inequities and Mental Health, 2011. Sur Internet : http://www.socialinequities.ca/wordpress/wp-content/uploads/2011/02/Recovery-Scoping-Review.Final_.STYLE_.pdf

10 Agence de la santé publique du Canada, Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, 2012. Sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/wcshd-cmdss-fra.php

Reconnaître la valeur de la famille, des amis et de la collectivité

La pratique et la prestation de services axées sur le rétablissement reconnaissent le rôle unique que jouent les relations personnelles et familiales lorsqu'il s'agit de promouvoir le bien-être, de prodiguer des soins et de favoriser le rétablissement tout au long de la vie, en plus de reconnaître les besoins des familles et des aidants naturels.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

- Valoriser le rôle des pairs, de la famille et des réseaux sociaux de la personne comme ressources possibles pour faciliter son rétablissement.
- Les praticiens du milieu de la santé mentale considèrent les familles, les amis et les proches comme des partenaires et sont réceptifs à leurs besoins d'inclusion, d'éducation, d'orientation et de soutien.
- Assumer un rôle et des responsabilités valorisés dans le cadre de relations significatives favorise et appuie les efforts de rétablissement.
- La personne aux prises avec un problème de santé mentale a le droit de définir son « cercle de soutien » et la façon dont les membres de sa famille, ses aidants naturels, ses pairs et ses proches participent, compte tenu de ce qui lui convient et en fonction de l'âge de l'âge des participants.
- L'apport des membres de la famille, des aidants naturels, des pairs et des proches peut orienter les plans de rétablissement personnel et améliorer la planification, l'organisation et la prestation des traitements, des services et des mesures de soutien en matière de santé mentale.

LES PRATICIENS ET LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE…

Valeurs et attitudes

- reconnaissent et affirment l'importance des rôles et des relations d'une personne pour son bien-être
- reconnaissent et affirment la capacité des membres de la famille, des aidants naturels et des proches à soutenir le rétablissement de l'usager
- respectent le choix de l'usager aux prises avec un problème de santé mentale au sujet de la participation de tel ou tel membre de sa famille, aidant naturel ou proche
- voient le processus de découverte, de guérison et de bien-être que la famille et les proches peuvent eux aussi être en train de vivre

Connaissances

- comprennent les répercussions des problèmes de santé mentale sur les relations étroites
- comprennent le stress que vivent les familles au moment de négocier une hospitalisation en période de crise et ses répercussions possibles sur les relations et les liens de confiance
- comprennent les tensions associées à la dynamique familiale, aux aspirations contradictoires et à la nécessité de respecter la vie privée et les choix personnels
- sont sensibilisés à la diversité des relations et des responsabilités au sein des familles, y compris, mais sans s'y limiter, les différentes cultures, les relations entre personnes de même sexe et les familles recomposées
- sont au courant des dernières nouveautés en matière de services et de soutien disponibles pour répondre aux besoins des familles

Compétences et comportements

- invitent les usagers à désigner les personnes avec lesquelles elles entretiennent des relations étroites, à exprimer leurs choix et à indiquer leurs besoins en matière de soutien de la part de proches; ils mobilisent les personnes ainsi désignées le plus tôt possible dans le processus de rétablissement
- évaluent les besoins des aidants famille, soutiennent les gens et les aident à s'y retrouver dans les systèmes de services
- soutiennent des communications positives au sein des familles et suscitent des occasions d'établir, de maintenir ou de rétablir des relations avec la famille et autres personnes proches dans le cadre du plan de prestation des services
- soutiennent les usagers pour qu'ils continuent de remplir des rôles importants comme celui de père, de mère, de conjoint, d'étudiant, d'employé, d'ami, etc.
- éduquent, communiquent et créent une atmosphère invitante pour que les membres de la famille et les proches se sentent respectés, bien accueillis, en sécurité et valorisés
- sollicitent et intègrent les vues des membres de la famille et des aidants naturels pour éclairer la pratique en matière de rétablissement, la recherche et la prestation des services

QUESTIONS POUR ALIMENTER LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

Pratique axée sur le rétablissement

- Quels moyens avez-vous utilisés pour offrir à la famille et à d'autres membres du réseau de soutien de l'usager une aide continue pour s'y retrouver dans les systèmes de services et pour les aider à entrer en communication avec des groupes de soutien des familles et de défense des intérêts?
- Comment avez-vous répondu aux besoins des enfants et des jeunes dans les familles qui éprouvent des difficultés en matière de santé mentale?
- Que faites-vous pour faire respecter et régulièrement passer en revue les choix des usagers relativement à la participation de leurs proches?
- Comment avez-vous contribué à arbitrer les tensions et à encourager un dialogue ouvert en cas de conflit dans les vues et les intérêts?
- Qu'avez-vous fait relativement aux enjeux de la garde des enfants pour aider les gens à s'acquitter de leurs rôles parentaux?
- Qu'avez-vous fait pour aider les gens à faire part de leurs objectifs de rétablissement à leur famille et aux personnes qui les soutiennent?

Leadership axé sur le rétablissement

- Avez-vous fait un examen critique des politiques et des procédures organisationnelles pour confirmer qu'elles privilégient la collaboration avec les familles, les aidants naturels et les réseaux de soutien?
- Quelles ressources ont été prévues pour favoriser la participation des familles et des aidants naturels à la planification de la prestation des programmes et des services?
- Comment avez-vous encouragé la flexibilité lorsqu'il s'agit de travailler avec les familles, notamment en offrant des évaluations et des services hors site, après les heures de travail ou à domicile?
- Qu'avez-vous fait pour vous assurer que le personnel, les personnes ayant un savoir expérientiel, les familles et les proches soient au courant des sources auprès desquelles ils peuvent obtenir du soutien pour les familles et les aidants naturels, y compris du soutien par des pairs aidants famille?
- À quels processus avez-vous recours pour évaluer les besoins des familles en matière de soutien et comment les répercussions du soutien sur le fonctionnement des familles sont-elles mesurées?

POSSIBILITÉS À ENVISAGER POUR LES DIRIGEANTS ET LES GESTIONNAIRES

- Établir des connexions régulières avec les associations de familles et offrir des occasions plus nombreuses de participation à la conception de programmes de soutien destinés aux pairs familiaux.
- Déterminer les ressources en matière de soutien par les pairs dans la collectivité et établir des liens avec des groupes de formation de pairs aidants spécialisés.
- Soutenir l'utilisation de directives préalables et de protocoles d'exercice de la capacité juridique pour encourager les gens à faire connaître leurs préférences et leurs choix à leurs prestataires de soins, à leurs familles et à leurs aidants naturels.
- Intégrer une évaluation régulière des niveaux de satisfaction et des processus de planification pour améliorer l'inclusion des familles et des amis et le soutien à leur égard.

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

- Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. Travaillant ensemble vers le rétablissement : Les usagers, les familles, les aidants naturels et les prestataires de soins, Mississauga (Ontario), l'Initiative, 2006. Sur Internet : http://www.shared-care.ca/files/FR_Workingtogethertowardsrecovery.pdf
- Care Commission. Involving people who use care services and their families, friends and supporters: Guidance for care service providers, Dundee (Écosse), la Commission, 2009. Sur Internet : http://www.careinspectorate.com
- MacCourt, P., et Commission de la santé mentale du Canada, Comité consultatif sur les aidants membres de la famille. Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation de services pour les proches aidants d'adultes ayant une maladie mentale, Calgary, la Commission, 2013. Sur Internet : http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/Caregiving_MHCC_Family_Caregivers_Guidelines_FINAL_FRE.pdf
- Terre-Neuve-et-Labrador. Advance Health Care Directives Act, SNL 1995, chap. A-4.1. Sur Internet : http://www.assembly.nl.ca/legislation/sr/statutes/a04-1.htm
- Société canadienne de la schizophrénie. Strengthening families together, 3e éd., Winnipeg, la Société, 2008. Programme national d'éducation en 10 séances à l'intention des membres de la famille et des amis des personnes aux prises avec des maladies mentales graves et persistantes. Sur Internet : http://www.schizophrenia.ca/strength.php

Soutenir l'inclusion sociale et la défense des intérêts et des droits associés aux déterminants sociaux

La pratique et la prestation de services axées sur le rétablissement préconisent la lutte contre l'iniquité des conditions de vie et des opportunités accessibles.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

- Les personnes aux prises avec un problème de santé mentale veulent – et devraient – pouvoir jouir des mêmes possibilités sociales et économiques et des mêmes possibilités en matière d'études et d'emploi que quiconque.
- Logement, transport, scolarité, emploi, sécurité du revenu, soins de santé et participation à la vie civique sont certains des déterminants de la santé; des résultats mauvais ou inégaux dans ces domaines hypothèquent la santé mentale et physique et entravent le rétablissement.
- Favoriser l'inclusion sociale signifie veiller à ce que les personnes aient des occasions de participer activement à la vie de la collectivité et des occasions de participation citoyenne.
- Les services de santé mentale axés sur le rétablissement peuvent aider les personnes à établir des contacts dans leurs collectivités de prédilection, les aider à préserver leurs soutiens et leurs réseaux naturels et mettent l'accent sur l'inclusion sociale et l'exercice des droits civiques.

LES PRATICIENS ET LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE…

Valeurs et attitudes

- protègent le droit des personnes aux prises avec un problème de santé mentale de participer à la vie communautaire et sociale à titre de citoyens pleinement égaux
- acceptent et encouragent la contribution des soutiens naturels, les contacts avec la collectivité et des occasions de favoriser le rétablissement de la personne à l'extérieur des services de santé mentale
- sont disposés à agir pour éliminer les obstacles à l'inclusion sociale, y compris au sein de leurs propres services, et à préconiser l'équité

Connaissances

- comprennent que l'inclusion sociale est un déterminant de la santé et du bien-être et savent comment en faire l'un des champs d'action de leur pratique
- reconnaissent les répercussions négatives que peuvent avoir des conditions de vie défavorisées sur la santé physique et mentale et le rétablissement
- disposent de l'information la plus récente au sujet des services et ressources communautaires en matière de logement, d'éducation, de transport, d'emploi et de soutien du revenu
- connaissent les lois, instruments, protocoles et procédures courants en matière de droits de la personne et de droits reconnus par la loi

Compétences et comportements

- prennent des mesures proactives pour mettre en lumière les disparités et travaillent de concert avec des personnes ayant un savoir expérientiel et par l'entremise de partenariats communautaires pour les atténuer
- se servent de leur connaissance des droits de la personne et des droits reconnus par la loi ainsi que du fonctionnement des systèmes de prestation de services pour lutter contre l'exclusion sociale
- amorcent des discussions sur les objectifs de rétablissement et aiguillent les usagers vers des services et des ressources qui favorisent :
  - l'engagement social significatif
  - les possibilités d'éducation et d'emploi
  - la sécurité du revenu
  - la stabilité résidentielle
  - la sécurité alimentaire
  - la santé et le bien-être en général
  - la mise sur pied de services appropriés et adaptés sur le plan culturel
- forgent des relations de travail avec les services policiers, judiciaires, correctionnels et de probation et libération conditionnelle
- aident les personnes à trouver un médecin de famille ou une équipe de soins communautaire afin de répondre à leurs besoins généraux continus en matière de santé et de traiter leurs problèmes de santé concomitants

QUESTIONS POUR ALIMENTER LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

Pratique axée sur le rétablissement

- Comment les plans de soutien et les activités de service favorisent-ils l'inclusion du réseau de soutien et de contacts sociaux de la personne ainsi que des occasions de participer à la vie en société?
- Comment votre documentation reflète-t-elle les aspirations et les buts des personnes en matière d'éducation et d'emploi?
- Quels indicateurs utilisez-vous pour mesurer votre influence lorsqu'il s'agit de faire progresser l'inclusion sociale?

Leadership axé sur le rétablissement

- Qu'avez-vous fait pour remettre en question l'exclusion et l'iniquité sociales? Avez-vous exploité votre connaissance des droits de la personne reconnus par la loi à cet effet?
- Quel soutien les membres du personnel reçoivent-ils pour être des partenaires actifs de vastes alliances qui préconisent des mesures pour influencer les déterminants sociaux de la santé et du bien-être et lutter contre la discrimination?
- De quelles façons avez-vous soutenu et validé les actions de défense des intérêts et des droits de la part du personnel, des personnes ayant un savoir expérientiel, des familles et des collectivités?
- Comment donnez-vous l'exemple d'une culture de service positive qui favorise l'inclusion des personnes ayant un savoir expérientiel et de leurs familles à tous les niveaux?

POSSIBILITÉS À ENVISAGER POUR LES DIRIGEANTS ET LES GESTIONNAIRES

- Fournir un apport aux enquêtes publiques pertinentes, aux réunions communautaires et aux processus de réforme sociale.
- Encourager de solides relations de travail avec des personnes dont le travail consiste à créer des possibilités économiques, sociales et récréatives et des possibilités d'emploi au niveau local et régional, notamment les élus locaux et des dirigeants du monde des affaires.
- Recourir aux médias sociaux pour faire connaître les ressources et l'information disponibles dans la collectivité et faire de la publicité autour d'événements ouverts proposés par votre programme ou votre organisme.
- Participer à un vaste éventail d'initiatives et soutenir votre personnel pour qu'il puisse y participer (p. ex. des campagnes locales de collecte d'aliments, des foires communautaires, des microentreprises et des programmes de co voiturage).

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

- Bryant, T. « Housing and health: More than bricks and mortar », dans Social determinants of health: Canadian perspectives, publié sous la direction de D. Raphael, 2e éd., p. 235–249, Toronto, Canadian Scholars' Press, 2009.
- Conseil canadien de la santé. Soutien à l'autogestion pour les Canadiens atteints de maladies chroniques : Point de mire sur les soins de santé primaires, Toronto, le Conseil, 2012. Sur Internet : http://www.conseilcanadiendelasante.ca/dl_check.php?id=372
- Les Porte-Voix du rétablissement (Québec, Canada). Association québécoise des personnes vivant (ou ayant vécu) un trouble mental. Consultation, représentation des personnes utilisatrices de services en santé mentale afin de promouvoir et défendre leurs intérêts. Sur internet : http://lesporte-voix.org/
- Mikkonen, J., et D. Raphael. Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes, Toronto, York University, School of Health Policy and Management, 2010. Sur Internet : www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf
- Pelletier, J-F, J. Bordeleau, et al. « Les pairs-assistants de recherche: pour favoriser l'évolution d'un statut de patients vers celui de citoyens à part entière », Drogues, santé et société, 12(1) (2013), 57-78. Sur internet : http://drogues-sante-societe.ca/wp-content/uploads/2013/09/vol12_no1_04.pdf
- Piat, M., et J. Sabetti. « Recovery in Canada: Toward social equality », International Review of Psychiatry, vol. 24, no 1 (2012), p. 19–28. doi : 10.3109/09540261.2012.655712
- Polvere, L., T. MacLeod, E. Macnaughton, R. Caplan, M. Piat, G. Nelson, S. Gaetz et P. Goering. Guide sur l'approche Logement d'abord au Canada : Expérience du projet Chez Soi, Calgary, Commission de la santé mentale du Canada; Toronto, The Homeless Hub, 2014. Sur Internet : http://www.housingfirsttoolkit.ca/fr/accueil
- Social Perspectives Network. Whose recovery is it anyway?, SPN Paper 11, 2007. Sur Internet : http://spn.org.uk/wp-content/uploads/2015/02/Recovery_and_Diversity_Booklet.pdf

Combattre la stigmatisation et la discrimination

La pratique et la prestation de services axées sur le rétablissement favorisent une démarche positive relativement aux troubles mentaux et à la maladie mentale et s'emploient à éliminer la stigmatisation et la discrimination.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

- Il y a encore beaucoup de stigmatisation et de discrimination envers les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale dans la société, dans les collectivités, dans les milieux des services et parmi les amis et les familles de ces personnes.
- Les personnes aux prises avec un problème de santé mentale peuvent intérioriser des croyances qui ont un effet stigmatisant (autostigmatisation).
- La stigmatisation peut se répercuter sur le sens de l'identité des personnes, limiter leur capacité d'espoir et d'optimisme et entraver leurs perspectives de rétablissement; les effets de la stigmatisation peuvent être plus préjudiciables que les symptômes de la maladie.
- On peut contrer les effets de la stigmatisation et de la discrimination en aidant les personnes aux prises avec un problème de santé mentale à s'approprier le pouvoir d'agir et à devenir efficaces par elles-mêmes.
- L'éducation, la protestation militante et les contacts personnels directs avec des modèles positifs de rétablissement sont des démarches efficaces pour combattre la stigmatisation; la recherche tend à montrer que la stratégie la plus efficace met au premier plan les opportunités de contacts directs.
- Il faut lutter contre les croyances qui ont un effet stigmatisant et les pratiques discriminatoires dans les politiques et les directives organisationnelles, les pratiques de gestion et le leadership, ainsi que dans les interactions et services de première ligne.
- Des personnes ayant un savoir expérientiel doivent participer à la conception et à la mise en œuvre d'initiatives de lutte à la stigmatisation.
- L'expérience d'autres formes de discrimination – par exemple pour des motifs liés à la race, au genre, à l'invalidité, à l'orientation sexuelle ou à l'âge – peut aggraver les effets de la stigmatisation et la discrimination que vivent les personnes ayant problèmes de santé mentale.

LES PRATICIENS ET LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE…

Valeurs et attitudes

- acceptent la responsabilité individuelle et collective de combattre les attitudes et les comportements de stigmatisation et de discrimination
- accueillent et valorisent la différence
- assument la responsabilité individuelle de faire preuve d'acceptation et de promouvoir l'inclusion

Connaissances

- comprennent que la stigmatisation et la discrimination existent à tous les niveaux dans les secteurs des services, en plus d'être intériorisées par certaines personnes vivant des problèmes de santé mentale
- saisissent les conséquences négatives de la stigmatisation et de la discrimination, y compris le fait qu'elles peuvent être vécues comme un traumatisme
- comprennent la nature de l'autostigmatisation, les facteurs contributifs et la façon dont l'autostigmatisation peut entraver l'accès à des possibilités d'interactions sociales et s'opposer à la participation à la vie en société
- reconnaissent que le personnel du milieu de la santé et de la santé mentale et des domaines connexes peut faire preuve de stigmatisation et de discrimination
- sont sensibilisés au rôle que les médias jouent dans la propagation des stéréotypes mais aussi dans la lutte à la stigmatisation et la discrimination
- sont au courant des dernières nouveautés concernant les droits de la personne et les lois et cadres stratégiques anti-discrimination, ainsi que les mécanismes pour recevoir des plaintes
- sont au courant des pratiques exemplaires et de la recherche visant la réduction de la stigmatisation et les moyens de lutter contre la discrimination

Compétences et comportements

- osent parler pour remettre en question de manière proactive les attitudes qui ont un effet stigmatisant dans les secteurs des services et les communautés et pour favoriser l'espoir et la positivité
- fournissent une information exacte au sujet des enjeux associés à la santé mentale en mettant l'accent sur le rétablissement et l'efficacité du traitement, tout en utilisant des images et des messages positifs et empreints d'espoir

LES PRATICIENS ET LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE (suite)

Compétences et comportements (suite)

- incluent des personnes ayant un savoir expérientiel à titre de partenaires des activités d'éducation du public et de sensibilisation des médias
- aident les personnes ayant un savoir expérientiel, leurs familles et leurs aidants naturels à explorer l'autostigmatisation et leurs propres croyances et perceptions négatives et à les éliminer
- encouragent et soutiennent la divulgation quand c'est approprié

QUESTIONS POUR ALIMENTER LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

Pratique axée sur le rétablissement

- Comment donnez-vous l'exemple d'une pratique libre de discrimination, y compris par l'utilisation d'un langage non stigmatisant?
- Qu'avez-vous fait pour favoriser le leadership des personnes ayant un savoir expérientiel dans la conception et la mise en œuvre d'initiatives de lutte à la stigmatisation?
- Quelles occasions avez-vous saisies d'encourager et de soutenir la divulgation quand cela était approprié et à entretenir des discussions ouvertes sur les conséquences de la stigmatisation?
- Comment luttez-vous contre l'interaction de formes multiples de discrimination et leurs répercussions négatives sur la santé mentale?

Leadership axé sur le rétablissement

- Comment vos normes en matière de service témoignent-t-elles d'une pratique non discriminatoire et d'un langage et de procédures qui n'ont pas d'effet stigmatisant?
- Des mécanismes pour porter plainte sont-ils facilement accessibles et sont-ils assortis de protocoles clairs pour apporter des correctifs?
- Quelles ressources sont disponibles pour faciliter et appuyer les initiatives de lutte à la stigmatisation pilotées par des pairs?
- Comment encouragez-vous la participation de l'organisme et du personnel aux initiatives locales qui visent à encourager la compréhension et à réduire la stigmatisation et la discrimination?

POSSIBILITÉS À ENVISAGER POUR LES DIRIGEANTS ET LES GESTIONNAIRES

- Établir avec des partenaires des critères de lutte contre la stigmatisation qui reposent sur les meilleures données probantes et faire une vérification de la façon dont les services sont dispensés en fonction de ces critères; partager des plans d'action pour intervenir dans tout domaine où des changements s'imposent.
- Accroître les possibilités d'emploi à l'intention des personnes ayant un vécu expérientiel dans leur domaine d'intérêt. Devenir membre de réseaux d'emploi qui peuvent faire des vérifications des processus existants pour repérer la discrimination ou les pratiques inéquitables.
- Établir des canaux de communication qui permettent à tous les intervenants de lutter contre les structures ou les pratiques qui perpétuent les attitudes ayant un effet stigmatisant.
- Animer des discussions ouvertes lors de forums du personnel afin d'encourager celui ci à se sensibiliser aux comportements stigmatisants et à y prêter attention.
- Forger des liens avec des groupes militants et participer à des activités dans des domaines autres que la santé (p. ex. les sports, les arts, les médias) pour aider à renforcer l'apprentissage et la compréhension pour tout le monde; ouvrir vos locaux et votre environnement à ces groupes pour des initiatives partagées. .

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

- Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma. En-tête : Reportage et santé mentale, 2014. Sur Internet : https://sites.google.com/a/journalismforum.ca/mindset-mediaguide-ca/en-tete-guide
- Centre pour la santé mentale en milieu de travail de la Great-West, Stratégies en milieu de travail sur la santé mentale. Cadre pour aider à éliminer la stigmatisation, 2012. Sur Internet : https://www.strategiesdesantementale.com/sante-et-securite-psychologiques/cadre-pour-aider-a-eliminer-la-stigmatisation
- Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale (GPS-SM) (). Cadre de référence - La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec. Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, Québec, 2014. Sur internet : http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/04/cadre-de-reference-GPS-SM.pdf
- Commission ontarienne des droits de la personne. Politique sur la prévention de la discrimination fondée sur les troubles mentaux et les dépendances, 2014. Sur Internet : http://www.ohrc.on.ca/sites/default/files/Policy%20on%20Preventing%20discrimination%20based%20on%20mental%20health%20disabilities%20and%20addictions_FRENCH_Accessible_0.pdf

Forger des partenariats avec la collectivité

La pratique et la prestation de services axées sur le rétablissement cherchent à maximiser le rétablissement en travaillant en partenariat avec les collectivités locales.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

- Il y a dans les collectivités locales une abondance de connaissances, de compétences, de forces et de ressources diversifiées qui peuvent être exploitées en appui au rétablissement.
- Les collectivités valorisent les ressources et la contribution des services locaux de santé mentale.
- Les partenariats reposant sur la collaboration sont enrichis par la résilience, l'expertise et la participation des personnes qui sont ou ont été aux prises avec des problèmes de santé mentale.
- Le renforcement des maillages entre systèmes et secteurs peut améliorer la planification multisectorielle et faciliter l'accès aux services (p. ex. services de logement et d'emploi, écoles, services sociaux, lutte contre les toxicomanies).
- Les services de santé mentale ont un rôle à jouer lorsqu'il s'agit d'aider les collectivités à devenir plus inclusives.
- Tout le monde partage la responsabilité de créer des possibilités d'interaction, d'accès aux services, de collaboration et de participation citoyenne.

LES PRATICIENS ET LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE…

Valeurs et attitudes

- croient en des collectivités saines et inclusives dans lesquelles les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale s'épanouissent et ont de bonnes perspectives d'avenir
- voient la collectivité comme le lieu du rétablissement et de la participation citoyenne active où les personnes trouvent un sens selon leurs coutumes, leurs traditions, leur culture et leur éducation.
- reconnaissent la diversité, les forces et les aptitudes locales; respectent les attentes, les valeurs et les processus locaux
- voient la collaboration comme le moyen de favoriser le développement et l'apprentissage dans la collectivité

Connaissances

- comprennent le caractère social des collectivités et la meilleure façon de travailler avec elles
- connaissent les leaders, les services, les organismes, les ressources, les enjeux locaux et les associations dans la collectivité
- ont de l'information à jour sur les sources de financement et les ressources pour favoriser les partenariats avec la collectivité, la mise en valeur des capacités, le bénévolat et le développement communautaire

Compétences et comportements

- sont capables d'appliquer des techniques d'animation de groupes, de réseautage et d'établissement de partenariats
- sont capables d'établir de bons rapports avec tous les auditoires en utilisant un langage que tous comprennent facilement
- prennent part aux initiatives locales pour la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale, interviennent tôt, favorisent la résilience, l'acquisition de connaissances en matière de santé mentale et la mise en valeur des capacités
- soutiennent les initiatives et les partenariats locaux pilotés par les pairs

QUESTIONS POUR ALIMENTER LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

Pratique axée sur le rétablissement

- Comment avez-vous misé sur la bonne volonté, l'esprit d'initiative et la créativité qui existent dans la collectivité pour appuyer les objectifs de rétablissement et les aspirations des gens?
- De quelles façons avez-vous forgé des partenariats avec des pairs aidants et soutenu des pairs qui sont des leaders locaux dans le cadre d'initiatives communautaires?
- De quelles façons avez-vous collaboré avec d'autres réseaux ou groupes pour mettre sur pied des mécanismes de référencement et conclure des ententes réciproques afin d'améliorer l'accès aux services (p. ex. logement, sécurité du revenu, emploi) qui favorisent les résultats du rétablissement?
- Quelles données probantes montrent que les partenariats et la collaboration avec la collectivité sont des éléments centraux du rétablissement et non pas simplement des ajouts optionnels?

Leadership axé sur le rétablissement

- De quelles façons avez-vous appuyé les partenariats locaux pilotés par des pairs et les initiatives de coalition dans la collectivité?
- Comment encouragez-vous vos employés à devenir des membres actifs des réseaux entre les organismes locaux et comment reconnaissez-vous et récompensez-vous leur rôle au sein des partenariats locaux?
- Comment avez-vous augmenté les occasions d'interactions avec la collectivité et encouragé les bénévoles? Votre environnement physique et vos installations y sont-ils propices?
- Qu'avez-vous fait pour présenter des perspectives positives de la santé mentale lors d'événements locaux et pour assurer la visibilité de l'organisme dans le cadre d'activités importantes et valorisées localement?
- Comment favorisez-vous des relations de travail positives avec les médias locaux?
- Comment favorisez-vous la collaboration entre les organismes afin de faciliter l'accès aux services et de réduire les obstacles au partage des renseignements et à l'évaluation des différents services?

POSSIBILITÉS À ENVISAGER POUR LES DIRIGEANTS ET LES GESTIONNAIRES

- Collaborer avec des initiatives nationales, provinciales et régionales pour promouvoir la justice et l'équité et la création de collectivités en santé; partager régulièrement avec le personnel des nouvelles et des mises à jour concernant ces initiatives.
- Accorder du temps au personnel pour qu'il puisse participer à des campagnes de sensibilisation et d'éducation à la santé mentale; soutenir les personnes ayant un vécu expérientiel pour les aider à faire preuve de leadership dans le cadre de telles activités.
- Renforcer les occasions intersectorielles de collaboration, de philanthropie et de bénévolat et les occasions pour les stagiaires et les décideurs d'acquérir de l'expérience sur le terrain.

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

- Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale. Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : Meilleurs conseils, Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014. Sur Internet : http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Collaboration-Addiction-Mental-Health-Best-Advice-Report-2014-fr.pdf
- Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. Project at a glance, Mississauga (Ontario), l'Initiative, 2006. Sur Internet : http://www.shared-care.ca/files/CCMHIataglance.pdf
- Farkas, M. « The vision of recovery today: What it is and what it means for services », World Psychiatry, vol. 6, no 2 (2007), p. 1–7.
- Kates, N., S. Ackerman, A. M. Crustolo et M. Mach. Collaboration between mental health and primary care services. A planning and implementation toolkit for health care providers and planners, Mississauga (Ontario), Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, 2006. Sur Internet : http://www.cpa-apc.org/media.php?mid=212
- Paul, S. « Students with disabilities in higher education: A review of the literature », College Student Journal, vol. 34, no 2 (2000), p. 200–210.
- Trainor, J., E. Pomeroy et B. A. Pape. A framework for support, 3e éd., Toronto, Association canadienne pour la santé mentale, 2004. Sur Internet : http://www.cmha.ca/public_policy/a-framework-for-support/#.VSUru5PcgUl
- World Association for Supported Employment. Handbook supported employment, Willemstad (Pays-Bas), World Association for Supported Employment; Genève, Organisation internationale du Travail, s.d. Sur Internet : http://www.wase.net/handbookSE.pdf

CHAPITRE 4

Répondre aux besoins diversifiés de toute personne vivant au Canada

La diversité de la population du Canada est un très grand atout qui enrichit notre culture commune, élargit notre tissu social et favorise notre compréhension commune de la santé mentale et de la maladie mentale. Cette diversité est complexe et comporte de multiples facettes. Elle englobe les riches traditions, histoires, pratiques culturelles et croyances spirituelles qui ont été la contribution des peuples autochtones du Canada et de personnes de partout dans le monde. Elle renvoie aux divers besoins découlant de l'évolution tout au long de la vie, des capacités différentes, du statut socioéconomique, de l'orientation sexuelle, de l'expérience du racisme et d'autres formes de discrimination et des croyances spirituelles ou religieuses. Ne pas tenir compte de la diversité des besoins et des expériences peut faire obstacle à l'accès aux services et se traduire par des disparités dans les résultats sur le plan de la santé.

RESPECTER LA DIVERSITÉ DES BESOINS DES PERSONNES

La pratique axée sur le rétablissement est fondée sur des principes qui encouragent et favorisent le respect de la diversité, qui sont tout à fait conformes aux pratiques adaptées, sûres et compétentes sur le plan culturel, et qui peuvent répondre aux besoins des immigrants, des réfugiés et des groupes ethnoculturels et racialisés[1]. À divers degrés, les principes sur lesquels se fonde une orientation axée sur le rétablissement – susciter l'espoir, favoriser les choix, encourager la responsabilité et promouvoir la dignité et le respect – s'appliquent aux personnes de tout âge (compte tenu de leur stade développemental) et répondent aux besoins des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, transsexuelles et allosexuelles (LGBTTA)[2].

La pratique axée sur le rétablissement adopte une perspective holistique de la santé et valorise le rôle de la famille et de la collectivité. Elle est à l'affût des influences multiples, complexes et entrecroisées qui se répercutent sur la santé mentale et le bien-être de tous, les comprend et y réagit. Elle ne préconise pas une trajectoire unique de rétablissement et peut s'adapter à des valeurs différentes accordées à l'autonomie individuelle, à l'unité familiale et à la cohésion sociale dans différentes traditions, différentes cultures et différents contextes. La pratique axée sur le rétablissement reconnaît que les croyances religieuses et les pratiques spirituelles peuvent aider beaucoup de personnes à surmonter le sentiment de désespoir susceptible d'accompagner le début d'un problème de santé mentale ou d'une maladie mentale, à mettre leur expérience en contexte, à donner un sens plus profond à leur vie et à envisager l'avenir avec un espoir renouvelé[3].

Les pourvoyeurs de services ne peuvent pas tout connaître des cultures et des dimensions de la diversité. Le point de départ d'une pratique axée sur le rétablissement consiste plutôt à adopter une démarche générale qui respecte la diversité des besoins et s'y intéresse et qui mise sur les forces des personnes. Parallèlement, lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins communs découlant d'antécédents communs ou d'expériences

communes, il faut toujours éviter les stéréotypes. Même si deux personnes ont des antécédents culturels communs, elles peuvent être fort différentes sous d'autres aspects (âge, genre, orientation sexuelle, croyances religieuses ou spirituelles). Nous possédons tous de multiples facettes et nos identités individuelles sont façonnées par les nombreuses dimensions entrecroisées de nos vies.

L'expérience de multiples formes entrecroisées de discrimination basée sur des facteurs comme la race, l'âge, le genre, l'orientation sexuelle et le statut social peut aggraver un sentiment de marginalisation et avoir un effet combiné sur la santé mentale et le bien-être[4]. Des services inclusifs et culturellement adaptés favorisent des pratiques qui reconnaissent toutes les formes de discrimination et contribuent à les contrer. De tels services aident à supprimer les obstacles structurels qui limitent l'accès à des programmes, des traitements, des services et des soutiens appropriés pour les personnes qui ont des antécédents diversifiés[5].

La mise sur pied de services inclusifs en mesure de répondre à des besoins diversifiés peut être favorisée par des partenariats fondés sur la collaboration avec des leaders locaux capables d'offrir des possibilités d'apprentissage mutuel. Ces partenariats renforcent les capacités de la collectivité et élargissent l'accès aux services dans le cadre d'ententes de partage de programmes et de services réciproques.

La pratique axée sur le rétablissement est fondée sur des principes qui encouragent et favorisent le respect de la diversité

Dans le présent chapitre, on explique comment la pratique axée sur le rétablissement répond aux besoins découlant de trois dimensions de la diversité :

- Adapter la pratique axée sur le rétablissement aux différents stades de la vie,
- Répondre aux besoins des immigrants, des réfugiés et des collectivités ethnoculturelles et racialisées,
- Tenir compte des différences liées au genre et à l'orientation sexuelle.

AUX DIFFÉRENTS STADES DE LA VIE

Il faut adapter la façon dont les principes du rétablissement sont appliqués en fonction des réalités des antécédents, des contextes et des objectifs changeants à mesure que les personnes avancent dans la vie. Le terme « rétablissement », par exemple, peut signifier le processus qui consiste à retrouver un sentiment du soi et des capacités qui étaient perdues – concept qui s'applique le mieux aux populations adultes en milieu de vie. Les objectifs pour les nourrissons, les enfants, les jeunes et les aînés ne peuvent pas être identiques.

Pour les nourrissons, les enfants et les jeunes, l'objectif du rétablissement est de les aider à se forger une identité à travers les divers stades du développement, à avoir le meilleur fonctionnement cognitif et mental possible et à conserver leur bien-être mental jusqu'à l'âge adulte. Les nourrissons, les enfants et les jeunes ne sont pas de « petits adultes » et leurs symptômes de maladies mentales se manifestent très différemment de ceux des adultes. Comme les nourrissons, les enfants et les jeunes se forment une identité à mesure qu'ils grandissent, la façon dont les symptômes se manifestent doit être considérée par rapport à chaque stade de développement.

Auprès des nourrissons et des enfants, les démarches axées sur le rétablissement reposent sur les perspectives de croissance, de santé et de bien-être se rapportant au développement, à la résilience et à des systèmes familiaux de soutien. La pratique et la prestation de services axées sur le rétablissement auprès des nourrissons et des enfants reposent sur la collaboration et le partenariat avec un vaste éventail de services, notamment les services de garde d'enfants, d'éducation et de loisirs.

Il faut adapter la façon dont les principes du rétablissement sont appliqués en fonction des réalités des antécédents, des contextes et des objectifs changeants à mesure que les personnes avancent dans la vie.

Auprès des adolescents et des plus jeunes, les démarches axées sur le rétablissement se concentrent sur la prévention, l'intervention rapide, la réalisation d'objectifs développementaux, le renforcement de la résilience et l'amélioration du bien-être. Une démarche intégrée à l'échelle des systèmes de prestation des services de santé mentale et services connexes est requise afin d'assurer une transition souple et adaptée à l'individu entre les services axés sur les enfants, les adolescents et les adultes, tant en milieu hospitalier que dans la collectivité. Pour les personnes dont la problématique se manifeste tôt dans la vie, il est important de veiller à ce que les valeurs et les principes qui orientent les services demeurent les mêmes tout au long de leur vie[6].

LE RÉTABLISSEMENT APPUIE LA DIGNITÉ, LES CONNEXIONS SOCIALES ET LE CHOIX

Les adultes âgés font face à de nombreux défis quant à leur capacité de vivre en autonomie dans la sécurité et la dignité. Ces défis comprennent les limites physiques, la maladie chronique ainsi que la démence et les changements neurocognitifs. Toutefois, on ne peut pas tenir pour acquis qu'il y a une corrélation systématique entre l'âge et la déficience cognitive, ni entre un problème de santé mentale ou une maladie mentale et le déclin cognitif. L'objectif du rétablissement pour les adultes âgés à chaque stade du processus de vieillissement est de veiller à ce qu'on les aide à préserver leur autonomie physique, leur vie privée et leur dignité. On favorisera l'exercice du plus de contrôle possible sur la prise de décisions. La pratique axée sur le rétablissement aide aussi les adultes âgés à demeurer en contact avec la famille, à préserver les connexions sociales et à jouer activement des rôles valorisés au sein de leur collectivité de prédilection.

À mesure que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale vieillissent, elles doivent composer avec la perte du soutien de leurs aidants naturels familiaux. Leurs parents vieillissent tout comme elles ou ils éprouvent de la difficulté à trouver un logement ou une place dans un établissement de soins de longue durée. La pratique axée sur le rétablissement cherche à faire en sorte que les adultes âgés, y compris ceux chez qui la maladie se manifeste tardivement, aient rapidement accès aux ressources dont ils ont besoin pour traiter les problèmes de santé mentale qui peuvent apparaître au moment des transitions importantes associées au vieillissement. Ces transitions peuvent comporter, par exemple, la retraite, la baisse des revenus, le déclin physique, le changement du réseau social, le décès du conjoint et l'isolement social.

La capacité des gens de participer activement à la prise de décisions varie. Par exemple, les membres de la famille ou les tuteurs seront les principaux décideurs pour les jeunes enfants ou pour les adultes âgés dont la faculté de prendre des décisions les concernant est altérée par un problème de santé mentale. Parfois, faute de meilleure option – par exemple lorsqu'une personne âgée perd temporairement la capacité de s'occuper d'elle-même – les aidants naturels et les pourvoyeurs de services prendront la relève. Le recours à des directives préalables en matière de soins peut aider les personnes à conserver le contrôle sur la prise de décisions, à définir des objectifs en matière de traitement et à désigner un mandataire qui prendra des décisions à leur place en s'assurant que leurs souhaits soient respectés.

IMMIGRANTS, RÉFUGIÉS ET COLLECTIVITÉS ETHNOCULTURELLES ET RACIALISÉES

Les immigrants et les réfugiés ainsi que les membres de groupes ethnoculturels ou susceptibles d'être racialisés (c'est-à-dire de voir d'autres personnes se livrer à des suppositions à leur sujet à partir de perceptions concernant leur race) ont des défis particuliers à relever qui présentent des risques plus grands pour leur santé mentale. Bon nombre d'entre eux éprouvent de la difficulté à trouver du travail, à trouver un emploi qui correspond à leur niveau d'aptitudes et de scolarité, à gagner un revenu suffisant ou à trouver un logement adéquat[7].

Même si elles représentent une grande partie de la population du Canada, trop de personnes des collectivités immigrantes, réfugiées, ethnoculturelles et racialisées (IRER) font face à des obstacles significatifs lorsqu'il s'agit de chercher ou d'obtenir de l'aide. Les personnes qui ont des antécédents différents peuvent avoir des valeurs

et des traditions différentes qui influencent les approches en matière de santé. Il arrive parfois qu'elles éprouvent et décrivent les problèmes de santé mentale différemment, ce qui représente un défi pour les pourvoyeurs de services qui n'ont pas les mêmes antécédents. Pour certains, l'importance accordée à la promotion de l'autonomie et à l'autodétermination dans le cadre de la pratique axée sur le rétablissement semble aller à l'encontre de la primauté qu'ils accordent aux liens avec la famille et avec la collectivité[8].

Des services sécuritaires, réceptifs et compétents sur le plan culturel constituent un contexte dans lequel les gens peuvent s'exprimer et régler leurs problèmes sans crainte d'être jugés. La nécessité de la réceptivité aux différences culturelles et de la sécurité renvoie aux enjeux du pouvoir et de la discrimination. Ces enjeux peuvent occasionner une moins bonne santé mentale dans certains groupes et affecter la qualité des services dispensés. Cela démontre également à quel point il est important que les pourvoyeurs réfléchissent à leurs propres antécédents et aux préjugés qu'ils peuvent entretenir.

Des services sécuritaires, réceptifs et compétents sur le plan culturel constituent un contexte dans lequel les gens peuvent s'exprimer et régler leurs problèmes sans crainte d'être jugés.

La prestation de services axés sur le rétablissement qui sont réceptifs peut être renforcée au moyen d'une collaboration systématique avec des leaders et des organismes de la collectivité dont le but est de forger des liens de confiance et de renforcer la compréhension mutuelle. La pratique axée sur le rétablissement aide les collectivités à établir leurs propres priorités, à renforcer les réseaux sociaux existants et à tenir compte de tous les facteurs qui affectent la santé mentale. Bref, pour améliorer le rétablissement, il faut offrir plus de traitements et de mesures de soutien qui reflètent les priorités des collectivités et qui sont accessibles sur le plan linguistique, réceptifs et adaptés à la culture, à l'expérience et aux croyances[9].

GENRE ET ORIENTATION SEXUELLE

Les problèmes de santé mentale touchent les hommes et les femmes différemment et à différents stades de la vie. Par exemple, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être atteintes d'anxiété et de dépression, y compris de dépression postnatale. Les hommes sont plus susceptibles de manifester des troubles psychotiques, habituellement à un plus jeune âge[10]. Les taux de tentatives de suicide sont plus élevés chez les filles et les femmes, mais les décès par suicide sont plus fréquents chez les garçons et les hommes (particulièrement les hommes plus âgés)[11].

Compte tenu des différentes façons dont le genre est une source de vulnérabilité aux problèmes de santé mentale, ses répercussions doivent être prises en considération dans l'éventail des activités dans le domaine de la santé mentale, y compris dans les mesures de prévention et d'intervention rapide. Les services axés sur le rétablissement doivent être sensibilisés aux désavantages systémiques et aux obstacles aux services qui peuvent être attribuables aux rôles des genres, au stéréotypage et à la discrimination. Les facteurs de risque importants chez les femmes sont souvent interreliés : elles ont davantage de responsabilités d'aidantes, affichent des taux de pauvreté plus élevés

et sont plus susceptibles d'être victimes de violence conjugale et de mauvais traitements. Il y a une relation entre les agressions sexuelles dans l'enfance et les problèmes de santé mentale survenant plus tard dans la vie; cela vaut autant pour les filles que pour les garçons, mais les filles sont plus susceptibles d'être agressées. Les facteurs qui menacent le sentiment de réussite et de réalisation, comme la perte d'emploi, ont des répercussions particulières sur les hommes. Les hommes sont moins susceptibles d'admettre des problèmes émotionnels. Ils peuvent croire qu'ils devraient régler eux-mêmes leurs problèmes et donc tarder à demander de l'aide. De plus, chez les hommes, les signes et les symptômes ne se manifestent pas toujours d'une façon que les pourvoyeurs de services reconnaissent facilement.

Compte tenu des différentes façons dont le genre est une source de vulnérabilité aux problèmes de santé mentale, ses répercussions doivent être prises en considération dans l'éventail des activités dans le domaine de la santé mentale

La stigmatisation et la discrimination sur la base de l'orientation sexuelle ont des répercussions sur la santé mentale et le bien-être des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, bispirituelles (two-spirited), transgenres, transsexuelles et allosexuelles (queers). Les agressions sexuelles et physiques et l'intimidation sont des facteurs qui augmentent le risque de suicide dans cette population. Les risques pour les jeunes LGBTTA s'atténuent s'ils ont une famille tolérante et des contacts avec d'autres jeunes LGBTTA. Les LGBTTA plus âgés peuvent être peu enclins à consulter les services de santé mentale à cause d'expériences négatives qu'ils ont déjà vécues face au système de prestation des services, que ces soit des préjugés, de la discrimination et la méconnaissance de leurs besoins[12].

Les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, bispirituelles, transgenres et transsexuelles sont aidées dans leur rétablissement par leurs familles, les établissements d'enseignement et les milieux de travail, par leurs amis et leurs partenaires, par les services généraux et les services de soutien adaptés dans la collectivité et les groupes locaux. L'établissement de partenariats reposant sur la collaboration avec les ressources en matière de santé et les ressources locales s'adressant aux LGBTTA peut assurer une sensibilisation positive et accroître l'accessibilité à l'éventail complet des services. En matière de rétablissement, les notions d'autodétermination, de prise en charge personnelle, de croissance personnelle, de responsabilisation, de choix et d'engagement social significatif sont conformes à une pratique affirmative et aux processus de la « sortie du placard »[13].

NOTES DE FIN DU CHAPITRE 4

1 Selon la Commission ontarienne des droits de la personne, les collectivités aux prises avec le racisme sont dites « racialisées ». La race est un construit social et on reconnaît généralement aujourd'hui que les notions de race sont centrées avant tout sur des processus sociaux qui cherchent à établir des différences entre les groupes, de sorte que certains membres de la société se trouvent marginalisés. Le Rapport de la Commission sur le racisme systémique dans le système de justice pénale en Ontario définit la racialisation comme un « processus par lequel une société construit théoriquement les races comme réelles, différentes et inégales de façons qui ont un effet sur la vie économique, politique et sociale ».

2 Pour des définitions du sigle LGBTA, voir A. M. Barbara, Asking the right questions 2: Talking about sexual orientation and gender identity in mental health, counselling, and addiction settings, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2007. Sur Internet : http://www.camhx.ca/Publications/Resources_for_Professionals/ARQ2/arq2.pdf

3 E. Macnaughton (rédacteur en chef), « Spirituality and recovery » [numéro spécial], Visions: BC's Mental Health Journal, no 12 (2001). Sur Internet : http://2010.cmha.bc.ca/files/visions_spriritуality.pdf

4 J. Weisser, M. Morrow et B. Jamer, A critical exploration of social inequities in the mental health recovery literature, 2011.

5 L. J. Kirmayer, K. Fung, C. Rousseau, H.-T. Lo, P. Menzies, J. Guzder, S. Ganesan, L. Andermann et K. McKenzie, Guidelines for training in cultural psychiatry, 2012. Exposé de position de l'Association des psychiatres du Canada. Sur Internet : http://www.academia.edu/2824551/Guidelines_for_Training_in_Cultural_Psychiatry

6 L. M. Simonds, R. A. Pons, N. J. Stone, F. Warren et M. John, « Adolescents with anxiety and depression: Is social recovery relevant? », Clinical Psychology and Psychotherapy, vol. 21, no 4 (2013), p. 289–298. doi : 10.1002/cpp.1841

7 Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les populations ethno culturelles : Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs, Mississauga, l'Initiative, 2006. Sur Internet : http://www.shared-care.ca/files/FR_CompanionToolkitforEthnocultural.pdf

8 J. Sadavoy, R. Meier, et A. Y. M. Ong, « Barriers to access to mental health services for ethnic seniors: The Toronto study », Revue canadienne de psychiatrie, vol. 49, no 3 (2004), p. 192–199.

9 E. Hansson, A. Tuck, S. Lurie et K. McKenzie, Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés – Enjeux et options pour l'amélioration des services, Calgary, Commission de la santé mentale du Canada, Groupe de travail sur la diversité, 2010. Sur Internet : http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/Diversity_Issues_Options_Report_Summary_FRE_0.pdf

10 K.M. Abel, R. Drake et J.M. Goldstein, « Sex differences in schizophrenia », International Review of Psychiatry, vol. 22, no 5 (2010), p. 417–428. doi : 10.3109/09540261.2010.515205

11 Organisation mondiale de la santé, Gender and mental health, Genève, OMS, 2002. Sur Internet : http://www.who.int/gender/other_health/en/genderMH.pdf

12 S. A. Kidd, A. Veltman, C. Gately, J. Chan et J. N. Cohen, « Lesbian, gay, and transgender persons with severe mental illness: Negotiating wellness in the context of multiple sources of stigma », American Journal of Psychiatric Rehabilitation, vol. 14, no 1 (2011), p. 13–39. doi : 10.1080/15487768.2011.546277

13 A. Lucksted, « Lesbian, gay, bisexual, and transgender people receiving services in the public mental health system: Raising issues », Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, vol. 8, no 3–4 (2004), p. 25–42. doi : 10.1300/J236v08n03_03

Répondre aux besoins diversifiés de toute personne vivant au Canada

Les pratiques axées sur le rétablissement sont adaptées aux besoins des personnes selon le stade de leur vie, leurs antécédents, leur orientation sexuelle, leurs capacités, leurs croyances religieuses et leurs pratiques spirituelles, leur groupe linguistique et leur collectivité.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

- Le point de départ de la pratique axée sur le rétablissement est d'adopter une démarche générale qui se fonde sur le respect de la diversité des besoins, porte un intérêt envers ceux-ci et mise sur les forces des personnes.
- Les pratiques axées sur le rétablissement reconnaissent que les groupes n'ont pas tous un accès égal aux services, aux mesures de soutien et aux traitements en matière de santé mentale.
- Les services respectent les personnes qui sont à différents stades de la vie, dont l'orientation sexuelle et les antécédents sont diversifiés, de toutes les croyances religieuses et pratiques spirituelles, de tous les groupes linguistiques et de toutes les collectivités, ou qui ont des incapacités physiques, et ils leur sont réceptifs.
- Les services axés sur le rétablissement s'attaquent aux conséquences négatives qu'ont sur la santé mentale et le bien-être les disparités se rapportant aux déterminants sociaux de la santé et ils cherchent à les surmonter.

LES PRATICIENS ET LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE…

Valeurs et attitudes

- endossent la notion de diversité comme un atout et la valorisent
- reconnaissent et tiennent pour vraies les expériences de toutes les formes de discrimination
- sont disposés à travailler avec des personnes de collectivités défavorisées ou marginalisées pour éliminer les obstacles qui les empêchent d'accéder aux ressources dont elles ont besoin dans leur parcours de rétablissement
- respectent et acceptent des vues différentes sur les problèmes de santé mentale, le bien-être, le traitement et les services et reconnaissent qu'il y a de nombreuses trajectoires qui mènent au rétablissement
- reconnaissent que les croyances personnelles sont valables et pertinentes pour la santé mentale et admettent que les personnes expriment leur identité différemment et qu'elles ont de nombreuses façons d'entretenir des relations avec les autres, y compris au sein de la famille, de la collectivité et de la société

Connaissances

- savent que l'autonomie individuelle, l'unité familiale et la cohésion communautaire ne revêtent pas toutes la même valeur selon différentes traditions, dans différentes cultures et dans différents contextes
- comprennent les stades du développement de la personne et leurs répercussions sur les démarches axées sur le rétablissement aux différents stades de la vie
- comprennent l'importance que revêtent la réceptivité, la sécurité et la compétence culturelles pour la pratique et la prestation des services en matière de santé mentale
- apprécient le lien entre la santé physique et la santé mentale et comprennent les besoins particuliers des personnes qui ont une incapacité physique
- reconnaissent la gamme des facteurs qui influencent les attentes des gens sur le plan de la sécurité et des services

Compétences et comportements

- utilisent un langage et des démarches empreints de sensibilité dans leur travail auprès de personnes et de familles qui n'ont pas les mêmes antécédents ni les mêmes expériences
- demandent de l'information de façon proactive aux personnes au sujet de leurs préférences, de leurs attentes et de leurs besoins et utilisent cette information pour élaborer des solutions appropriées
- collaborent avec des personnes de différentes collectivités pour définir leurs besoins et concevoir des programmes et des services
- aident les personnes à définir et à pratiquer les activités spirituelles qu'elles jugent utiles et qui favorisent leur santé mentale et leur bien-être

QUESTIONS POUR ALIMENTER LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

Pratique axée sur le rétablissement

- Comment vos propres valeurs, vos suppositions et votre vue du monde façonnent-elles votre approche envers autrui et influencent-elles votre pratique?
- À quelles ressources avez-vous accès lorsque vous avez des doutes au sujet de certains aspects de la diversité et comment avez-vous tiré parti de ces ressources pour mieux individualiser vos démarches au sein de votre pratique?
- Comment avez-vous modifié vos démarches pour apporter des solutions appropriées sur le plan développemental et répondre aux besoins en matière de sécurité, compte tenu de l'âge, du stade de développement, des incapacités physiques, du genre et des traditions culturelles?
- Comment offrez-vous des occasions aux personnes de communiquer leurs préférences, leurs attentes et leurs besoins lorsqu'elles sont en contact avec les services?
- Comment intégrez-vous des démarches axées sur le rétablissement qui englobent la famille, appuyez-vous les personnes lorsqu'elles jouent des rôles sociaux importants et forgez-vous des liens avec les aidants naturels pour répondre aux besoins diversifiés des collectivités?

Leadership axé sur le rétablissement

- Comment l'accès à des services de soutien de la diversité et de soutien culturel est-il rendu disponible en cas de besoin?
- Comment avez-vous favorisé l'accès au savoir en matière de diversité acquis par les personnes ayant un savoir expérientiel des enjeux de la santé mentale? Comment avez-vous inclus des personnes ayant des perspectives diversifiées dans l'élaboration de la politique organisationnelle et l'amélioration des programmes et des services?
- Quelles tribunes et quelles occasions ont été créées dans la communauté pour susciter une compréhension partagée et des perspectives différentes de la santé mentale, notamment des possibilités pour les enfants, les jeunes et les aînés?
- Quels partenariats ont été constitués avec des organismes et des services de soutien, particulièrement ceux qui sont en contact avec des communautés diversifiées?
- Comment avez-vous rendu disponibles des possibilités et du matériel de formation pour favoriser l'acquisition de compétences en vue de composer avec la diversité?
- Quels systèmes sont en place pour déterminer les besoins changeants des groupes démographiques locaux et en faire le suivi?

POSSIBILITÉS À ENVISAGER POUR LES DIRIGEANTS ET LES GESTIONNAIRES

- Dresser un état des lieux de la collectivité pour cartographier sa diversité et renforcer votre connaissance des ressources existantes.
- Accroître l'utilisation de la technologie pour favoriser la réceptivité et faciliter l'accès aux services dans les communautés rurales et éloignées.
- Mettre sur pied des réseaux de formation et de prestation des services pour accroître les possibilités d'échange qui peuvent contribuer à renforcer la compétence culturelle. .

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

Aux différents stades de la vie

- Scottish Recovery Network. Neither seen nor heard: What about recovery for children and young people?, 2014. Sur Internet : http://www.scottishrecovery.net/Latest-News/neither-seen-nor-heard-what-about-recovery-for-children-and-young-people.html
- Spenser, H., B. Ritchie, P. Kondra et B. Mills. Child & youth mental health toolkits, Hamilton (Ontario), Collaborative Mental Health Care, s.d. Sur Internet : http://www.shared-care.ca/toolkits

Orientation sexuelle

- Kidd, S. A., A. Veltman, C. Gately, J. Chan, et J. N. Cohen. « Lesbian, gay, and transgender persons with severe mental illness: Negotiating wellness in the context of multiple sources of stigma », American Journal of Psychiatric Rehabilitation, vol. 14, no 1 (2011), p. 13–39. doi : 10.1080/15487768.2011.546277
- Lucksted, A. « Lesbian, gay, bisexual, and transgender people receiving services in the public mental health system: Raising issues », Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, vol. 8, no 3–4 (2004), p. 25–42. doi : 10.1300/J236v08n03_03

Diversité culturelle

- Jacobson, N., D. Farah et Toronto Recovery and Cultural Diversity Community of Practice. Recovery through the lens of cultural diversity, Toronto, Community Resource Connections of Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale et Wellesley Institute, 2010. Sur Internet : http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2010/07/RTLCD-report-jul0410.pdf
- Kirmayer, L. J., K. Fung, C. Rousseau, H.-T. Lo, P. Menzies, J. Guzder, S. Ganesan, L. Andermann et K. McKenzie. Guidelines for training in cultural psychiatry, 2012. Exposé de position de l'Association des psychiatres du Canada. Sur Internet : http://www.academia.edu/2824551/Guidelines_for_Training_in_Cultural_Psychiatry

Spiritualité

- Macnaughton, E. (rédacteur en chef). « Spirituality and recovery » [numéro spécial], Visions: BC's Mental Health Journal, no 12 (2001). Sur Internet : http://2010.cmha.bc.ca/files/visions_spriritуality.pdf

Répondre aux besoins à tous les stades de la vie

PRINCIPES FONDAMENTAUX

» Les services de santé mentale axés sur le rétablissement sont réceptifs et adaptés à l'âge et au stade de développement de l'usager.

» La pratique axée sur le rétablissement et les philosophies centrées sur la personne sont des démarches complémentaires basées sur les forces pour soutenir les personnes à chaque étape de leur vie.

» La pratique axée sur le rétablissement s'emploie à donner un sens à la vie, à hausser la qualité de vie, à stimuler l'espoir et à renforcer la résilience des personnes de tout âge.

» La participation des membres de la famille est adaptée à l'âge et au développement de la personne qui reçoit les services.

LES PRATICIENS ET LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE…

Valeurs et attitudes

- acceptent les personnes pour qui elles sont, peu importe leur âge, et les traitent avec respect
- mettent l'accent sur la résilience et les aspects développementaux uniques du parcours de rétablissement des jeunes
- voient ce que les personnes ont accompli dans leur vie, les respectent pour le rôle qu'elles continuent à jouer et les contributions qu'elles apportent à leur famille, leurs amis, la collectivité et la société et les traitent comme des êtres humains dignes de ce nom et des membres à part entière de la société
- reconnaissent que l'âgisme que constituent les préjugés ou la discrimination à l'encontre ou en faveur d'un groupe d'âge, quel qu'il soit, est une forme de discrimination qui amène à ne pas tenir compte des vues des jeunes ou qui se traduit par l'exclusion sociale des aînés

Connaissances

- comprennent comment les problèmes de santé mentale, ainsi que les facteurs de risque qui y sont associés, peuvent se manifester différemment selon l'âge
- reconnaissent que les démarches axées sur le rétablissement des enfants et des jeunes misent sur les perspectives de croissance, de santé et de bien-être reliées au développement social, émotionnel, cognitif et physique
- ont des notions de base en neuroscience et comprennent les répercussions à long terme d'expériences négatives et de traumatismes subis pendant l'enfance sur la santé mentale
- savent comment prendre appui sur la résilience inhérente des jeunes, soutenir la mise en valeur de leurs capacités et les aider à devenir compétents socialement, moralement, émotionnellement, physiquement et cognitivement
- comprennent que la maladie mentale ne devrait pas être considérée comme une conséquence inévitable du vieillissement et que des fausses perceptions de ce genre dissuadent les gens de demander de l'aide
- savent comment mobiliser et appuyer les aidants naturels de manière à favoriser le rétablissement de façon adaptée à l'âge
- reconnaissent les interrelations entre de nombreux problèmes de santé physique et des changements dans la santé mentale et le comportement
- reconnaissent que les structures physiques et sociales des quartiers ou des collectivités peuvent protéger les adultes âgés des risques de solitude et d'isolement social et que des services comme les services de soutien à domicile et de transport influencent la participation sociale, le sentiment de sécurité, l'indépendance et l'état général de santé et de bien-être des adultes âgés

Compétences et comportements

- encouragent et valorisent les perspectives des jeunes et des aînés et veillent à ce qu'ils participent à la prise de décisions de façon significative
- soutiennent les jeunes de façon à maximiser leurs possibilités d'apprentissage à mesure qu'ils exercent un contrôle de plus en plus grand sur la prise de décisions
- s'emploient à assurer une continuité harmonieuse des services aux points de transition du développement, en particulier lorsqu'un adolescent passe aux services de santé mentale destinés aux adultes et lorsqu'un adulte âgé a besoin de soins gériatriques spécialisés
- encouragent la participation sociale et les relations avec autrui chez les personnes de tout âge

LES PRATICIENS ET LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE (suite)

Compétences et comportements (suite)

- favorisent un environnement au sein duquel les aînés se voient fournir l'information, les possibilités et les mesures de soutien nécessaires pour faire des choix réels en fonction de leurs capacités
- offrent aux personnes à tous les stades de la vie des occasions de loisirs, d'activité physique et de mise en forme
- aident les adultes âgés à contrôler leur vie, à en faire le plus possible eux-mêmes et à faire leurs propres choix quand c'est possible

QUESTIONS POUR ALIMENTER LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

Pratique axée sur le rétablissement

- Comment votre processus d'évaluation donne-t-il aux personnes des occasions de partager de l'information au sujet de leurs besoins et de leurs attentes en ce qui concerne l'âge, le développement, le genre, l'identité sexuelle, l'orientation sexuelle et la spiritualité?
- Quelles occasions avez-vous prévues pour favoriser la participation des familles et comment les avez-vous aidées à se sentir à l'aise dans l'environnement des services?
- Quand les familles sont touchées par l'expérience de la maladie mentale d'un proche, quelles ressources avez-vous prévues pour favoriser la guérison au sein de la famille, particulièrement pour les enfants et, le cas échéant, pour les jeunes? Des conseils et un appui ont-ils également été offerts aux autres membres de la fratrie?
- Comment aidez-vous les adultes qui assument les responsabilités d'aidants et la prise de décisions pour leurs parents?
- Comment avez-vous adapté vos interactions et vos activités pour faire en sorte que les communications et les interventions soient adaptées à l'âge?
- Quels ajustements avez-vous apportés à vos programmes et à l'environnement physique pour assurer des possibilités de participation sûres pour tous, y compris les enfants et les jeunes?
- Comment avez-vous optimisé l'utilisation de la technologie appropriée, particulièrement pour les jeunes et les aînés?

Leadership axé sur le rétablissement

- Comment demandez-vous et intégrez-vous l'apport de personnes ayant un savoir expérientiel pour faire en sorte que la politique organisationnelle, la pratique et les améliorations dans les services soient adaptées à l'âge, au genre et à la diversité?
- Quels processus ont été établis pour définir systématiquement les besoins de formation et offrir régulièrement de la formation et du perfectionnement en matière de compétences appropriées à l'âge, au genre et à la diversité?
- Comment des examens réguliers de la pratique et de la documentation ont-ils été institués pour encourager le personnel et les bénévoles à épouser une pratique sûre et adaptée à l'âge?
- Comment démontrez-vous une approche positive envers les besoins particuliers des aînés aux prises avec une maladie mentale ou qui sont vulnérables à la maladie mentale, notamment en assurant l'accès à des consultations cliniques et éthiques, à une supervision et à un mentorat adéquats ainsi qu'à des ressources suffisantes?
- Quels partenariats de services ont été mis sur pied pour assurer l'accès à des services spécialisés pour les enfants et les jeunes et à des services gériatriques pour les aînés?
- Lorsque vous faites un examen critique du travail de votre organisme pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination, dans quelle mesure les récits, célébrations et événements sont-ils représentatifs de la collectivité et des différentes tranches d'âge?
- Comment avez-vous soutenu la prestation de services adaptés en fonction de l'âge et du développement et l'aménagement d'espaces spécialisés?

POSSIBILITÉS À ENVISAGER POUR LES DIRIGEANTS ET LES GESTIONNAIRES

- Mettre sur pied des conseils des jeunes, des conseils des aînés et des conseils intergénérationnels pour promouvoir l'apprentissage intergénérationnel et renforcer la mobilisation à l'égard de la planification et de la mise en œuvre des services.
- Établir des partenariats avec des écoles pour élaborer des stratégies de prévention, de dépistage précoce et de promotion de la santé mentale et aider les jeunes à ne pas décrocher.
- S'allier à des réseaux communautaires qui s'intéressent à des groupes d'âge particuliers pour déterminer les besoins, lancer des campagnes de développement communautaire et de militantisme et élaborer une programmation spécialisée et des outils passant par les médias sociaux.
- Élargir la disponibilité de pairs spécialisés et mettre en lumière le rétablissement chez les enfants, les jeunes et les aînés.
- Établir des partenariats réunissant des services de santé mentale, des omnipraticiens, des services de soins infirmiers communautaires, des services de soins aux aînés, des services d'hébergement et des établissements résidentiels, des services de soutien aux personnes handicapées, des soins à domicile et dans la collectivité, des services destinés aux toxicomanes et d'autres services de soutien communautaire.
- Aider les établissements et les services de soins de longue durée destinés aux aînés à reconnaître les besoins des personnes aux prises avec des problèmes de santé et à y devenir plus réceptifs.

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

Enfants et jeunes :

- Cavanaugh, D., S. Goldman, B. Friesen, C. Bender et L. Le. Designing a recovery-oriented care model for adolescents and transition age youth with substance use or co-occurring mental health disorders, Rockville (Maryland), U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009. Sur Internet : http://gucchdtacenter.georgetown.edu/resources/Recovery_Report_Adolescents - FINAL.pdf
- Family Service Thames Valley. mindyourmind, London (Ontario), FSTV, s.d. Portail en ligne axé sur la santé mentale des jeunes, créé en collaboration avec des jeunes ayant une expertise expérientielle. Sur Internet : http://www.mindyourmind.ca/
- Institute of Families. Creating a culture of feedback: Feedback informed child and youth mental health care, 2014. Sur Internet : http://www.instituteoffamilies.ca/sites/default/files/publications/Feedback%20Informed%20Mental%20Health-%20%20GFSE.pdf
- Institute of Families. Preliminary consensus statements: Urgency, action, role modeling and caring adults, Vancouver, Institute of Families, 7 mai 2014. Sur Internet : http://www.familysmart.ca/sites/default/files/Preliminary%20Consensus%20Statements%20-%20May%207%202014%20%282%29_0.pdf

Aînés

- MacCourt, P. Promoting seniors' well-being: A seniors' mental health policy lens toolkit, Victoria (C.-B.), British Columbia Psychogeriatric Association, 2008. http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/Seniors_Seniors_Mental_Health_Policy_Lens_Toolkit_ENG_0.pdf
- MacCourt, P., K. Wilson et M-F Tourigny-Rivard. Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens, Calgary, Commission de la santé mentale du Canada, 2011. Sur Internet :: http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/csmc_lignes_directrices_pour_les_aines_0.pdf

Répondre aux besoins des immigrants et des réfugiés et des collectivités ethnoculturelles et racialisées (IRER)

PRINCIPES FONDAMENTAUX

» Le rétablissement est un processus qui se passe à l'intérieur d'un réseau de relations comprenant la personne, la famille et la collectivité et il est contextualisé par la culture, la langue, l'expérience du racisme et d'autres formes de discrimination, les antécédents de migration et l'influence variable des déterminants sociaux de la santé.

» La réceptivité aux besoins des immigrants, des réfugiés et des communautés ethnoculturelles et racialisées (IRER) nécessite le renforcement des capacités sur le plan des systèmes, des organismes et de la pratique.

» Des démarches réceptives et axées sur le rétablissement exigent que les praticiens soient sensibilisés à leur propre identité ethnoculturelle, au risque de discrimination à l'intérieur du système et aux diverses façons dont la santé mentale, la maladie et le rétablissement sont vécus.

LES PRATICIENS ET LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE…

Valeurs et attitudes

- voient l'importance de réfléchir à leur propre identité et à leurs antécédents ainsi qu'à leurs relations avec des personnes qui ont d'autres antécédents et d'autres expériences
- demeurent ouverts aux perspectives d'autres personnes sur la santé mentale, la maladie et le rétablissement et tolérants à l'égard des opinions, des expériences et des croyances différentes qui influencent les réactions et les comportements
- valorisent un système de soutien qui donne aux personnes des collectivités IRER les moyens de connaître et d'exercer leurs droits de la personne et leurs droits reconnus par la loi, sans subir de traumatisme, de harcèlement ni de discrimination
- reconnaissent la valeur de la curiosité respectueuse et l'importance de l'apprentissage continu au sujet des diverses cultures et de la diversité

Connaissances

- comprennent comment les suppositions au sujet des personnes des collectivités IRER et de leurs expériences peuvent influencer la réceptivité
- connaissent les collectivités IRER locales ainsi que les mesures de soutien et les ressources disponibles dans la collectivité
- comprennent les répercussions des déterminants sociaux de la santé sur la santé mentale et le bien-être et y sont réceptifs
- voient les conséquences possibles de la migration, de la recherche d'asile, des traumatismes et de la séparation
- se familiarisent avec les différences culturelles dans les façons dont s'exprime la détresse et se présentent les symptômes et les modèles de la santé et de la maladie
- n'oublient pas que le racisme, la discrimination et les obstacles à l'accès peuvent accroître les disparités en matière de santé et empêcher les personnes des collectivités IRER d'exercer leurs droits et d'obtenir l'aide dont elles ont besoin

Compétences et comportements

- font preuve de compassion et de respect envers les personnes des collectivités IRER
- explorent activement de quelle façon les personnes des collectivités IRER et leurs familles comprennent la santé mentale, la maladie, le traumatisme et le rétablissement
- ont recours aux services d'interprètes, d'intermédiaires culturels, d'intervenants chargés de l'accueil des immigrants et de dirigeants religieux pour soutenir les plans de rétablissement
- fournissent des services d'orientation dans des lieux sûrs et confortables
- fournissent l'information nécessaire pour la prise de décisions au sujet des services de santé mentale dont des documents rédigés dans une langue facile à comprendre et, au besoin, dans plusieurs langues ou par l'entremise de services d'interprétation
- communiquent avec les personnes dans le contexte de leurs familles et de leurs relations importantes et explorent les conséquences sur le rétablissement d'expériences comme la perte, la séparation, la violence et le traumatisme

QUESTIONS POUR ALIMENTER LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

Pratique axée sur le rétablissement

- Comment avez-vous eu recours à des pratiques adaptées à la culture pour toutes les personnes demandant du soutien dont les antécédents sont différents des vôtres?
- Comment le plan de rétablissement intègre-t-il des mesures pour tenir compte des croyances culturelles et religieuses des gens et de leurs traditions religieuses?
- Comment votre pratique fait-elle participer les familles et d'autres personnes pertinentes pour les collectivités IRER et les soutient-elle?

Leadership axé sur le rétablissement

- Quels processus et quelles initiatives en matière de services avez-vous adoptés pour devenir un organisme culturellement adapté et diversifié (p. ex. politiques linguistiques, plans de diversité culturelle, collecte et analyse de données sur les populations locales et leurs besoins)?
- À quelles interventions particulières avez-vous recours pour lutter contre la discrimination, le harcèlement et l'intimidation?
- Un plan de réceptivité culturelle à l'échelle de l'organisme a-t-il été élaboré? Que faites-vous pour en favoriser la réalisation?
- Comment travaillez-vous avec la collectivité et les décideurs locaux pour comprendre la diversité des besoins dans votre collectivité, défendre les enjeux pertinents pour eux et promouvoir l'équité et l'accès aux services?
- Comment avez-vous utilisé les évaluations des répercussions sur l'équité en matière de santé pour évaluer l'efficacité de la démarche axée sur le rétablissement auprès de populations diversifiées?
- Quelles ressources ont été rendues disponibles pour aider les praticiens à travailler efficacement avec les interprètes, participer à la formation et disposer de ressources ou de matériels appropriés pour soutenir des services réceptifs, y compris suffisamment de temps pour interagir avec les familles, les aidants naturels et les dirigeants culturels et spirituels?
- Comment participez-vous aux activités et célébrations culturelles dans la collectivité pour favoriser des relations positives et une compréhension partagée des enjeux de la santé mentale?

POSSIBILITÉS À ENVISAGER POUR LES DIRIGEANTS ET LES GESTIONNAIRES

- Établir des postes au sein de l'effectif ou des réseaux partagés pour renforcer les capacités afin de répondre aux besoins particuliers de la population IRER locale (p. ex. travailleurs bilingues, agents de liaison en matière culturelle, pairs aidants immigrants et réfugiés, champions en matière culturelle).
- S'allier à des réseaux de collectivités ethnospécifiques pour mettre en œuvre des initiatives de développement communautaire, des campagnes de militantisme et une programmation spécialisée.
- Se prévaloir d'offres de communications et de formation multiculturelles et les mettre à la disposition de votre personnel..

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

- Beiser, M. « Resettling refugees and safeguarding their mental health: Lessons learned from the Canadian Refugee Resettlement Project », Transcultural Psychiatry, vol. 46, no 4 (2009), p. 539–583.
- Dunn, J. R., et I. Dyck. « Social determinants of health in Canada's immigrant population: Results from the National Population Health Survey », Social Science & Medicine, vol. 51, no 11 (2000), p. 1573–1593.
- Hansson, E., A. Tuck, S. Lurie et K. McKenzie. Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés : Enjeux et options pour l'amélioration des services, Calgary, Commission de la santé mentale du Canada, Groupe de travail du Comité consultatif sur les systèmes de prestation de services, 2010. Sur Internet : http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/Diversity_Issues_Options_Report_Summary_FRE_0.pdf

Tenir compte des différences entre les genres et des besoins des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres et transsexuelles (GLBTT), de leurs familles de prédilection et de leurs collectivités

PRINCIPES FONDAMENTAUX

- La pratique axée sur le rétablissement reconnaît et soutient la diversité au chapitre de la sexualité, du sexe et du genre.
- Les soins sensibles aux différences entre les genres reconnaissent que les femmes et les hommes peuvent avoir des expériences différentes des problèmes de santé mentale et ils se montrent sensibles aux divers aspects du genre et à la sécurité dans la conception des services, le perfectionnement des effectifs, les politiques et les procédures.
- La pratique axée sur le rétablissement reconnaît les conséquences négatives de la discrimination, de la stigmatisation et de la phobie sur le bien-être des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres et transsexuelles (GLBTT) et reconnaît que ces populations peuvent être très vulnérables.
- Les services préservent la sécurité physique, sexuelle et émotionnelle des usagers en tout temps, offrent des environnements sûrs et accueillants et sont libres de discrimination.

LES PRATICIENS ET LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE…

Valeurs et attitudes

- soutiennent la diversité au chapitre de la sexualité, du sexe et du genre
- considèrent les personnes dans le contexte de leur genre, de leur identité par rapport au genre et de leurs préférences sexuelles, ainsi que de la gamme des autres facteurs qui interagissent avec le genre
- sont capables de réfléchir aux répercussions de leur propre genre sur la prestation de services adaptés au genre
- respectent le droit des transsexuels et d'autres personnes de choisir leur genre et les normes associées au genre

Connaissances

- sont au courant des tendances actuelles en matière de fourniture de soins adaptés au genre et de prestation des services pour les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres et transsexuelles (GLBTT)
- envisagent le genre, l'identité par rapport au genre et la sexualité en fonction de l'identité des gens, de leurs expériences, de leur sécurité, de leur résilience, de leur vulnérabilité et de leur bien-être
- comprennent que les hommes et les femmes sont parfois prédisposés à des problèmes de santé physique différents et que certains médicaments peuvent avoir des répercussions différentes sur les hommes et sur les femmes
- connaissent les cultures, les identités, le langage et les expériences communes de discrimination chez les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres et transsexuelles (GLBTT)
- reconnaissent que les traumatismes et les mauvais traitements peuvent avoir des effets complexes et durables sur les gens, qu'on peut admettre que leurs effets sont différents selon le genre du point de vue de la prévalence de certains types de traumatismes et reconnaissent la prévalence élevée des expériences de voies de fait et de mauvais traitements chez les personnes qui accèdent à des services de santé mentale
- connaissent des groupes de soutien et des organismes locaux et en ligne de défense des intérêts qui s'intéressent aux enjeux en rapport avec le genre en lien avec la réalité des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres et transsexuelles (GLBTT)
- envisagent une pratique adaptée sur le plan culturel lorsqu'il s'agit de communiquer avec des hommes et des femmes qui ont des antécédents diversifiés qui peuvent afficher des conceptions divergentes du genre, de l'identité par rapport au genre et de l'identité sexuelle et sont sensibilisés aux différentes manifestations des rapports de force reposant sur le genre
- reconnaissent les multiples niveaux de stigmatisation et de discrimination dont peuvent être victimes les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres et transsexuelles (GLBTT) qui ont également une invalidité, sont de milieux culturels ou linguistiques différents ou s'identifient comme Autochtones

LES PRATICIENS ET LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE (suite)

Compétences et comportements

- veillent à ce que la pratique soit adaptée et sensible aux différences entre les genres, à l'orientation sexuelle et aux besoins individuels
- font la promotion de la sensibilité et de la réceptivité aux enjeux associés à l'identité par rapport au genre et à l'identité sexuelle dans l'élaboration des politiques, des procédures et des programmes
- offrent un accès équitable et un service inclusif pour éliminer la discrimination envers les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres et transsexuelles (GLBTT)
- établissent des contacts en utilisant un langage neutre en matière de genre et inclusif et en employant le prénom choisi par la personne
- font une analyse critique et amorcent des discussions au sujet des suppositions, croyances et valeurs culturelles courantes quant aux rôles des genres et de la sexualité
- préconisent et soutiennent l'automilitantisme et le choix des gens par rapport à leur sexualité et aux normes de leur genre
- explorent la gamme et les répercussions des réactions des familles aux enjeux de l'orientation sexuelle (p. ex. secret, isolement, soutien), reconnaissent les principales sources de soutien personnel de l'usager et misent sur ces sources, notamment les partenaires ou les amis proches
- recherchent et saisissent des occasions de formation sur la sécurité culturelle, la compétence culturelle et la diversité

QUESTIONS POUR ALIMENTER LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

Pratique axée sur le rétablissement

- Comment les mots que vous employez, le ton de votre voix et l'environnement de votre pratique démontrent-ils que vous comprenez la crainte de la discrimination ressentie par de nombreuses personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres et transsexuelles?
- Comment démontrez-vous votre sensibilité dans les mots que vous employez, le ton de votre voix et votre pratique et intégrez-vous le savoir expérientiel pour prévenir la discrimination?
- Comment votre pratique intègre-t-elle des consultations avec les usagers pour déterminer comment ils aimeraient que les renseignements personnels les concernant soient enregistrés, utilisés et communiqués?
- Comment le respect et la tolérance envers les choix d'autres personnes sont-ils mis en évidence dans vos relations avec les usagers, particulièrement si votre situation personnelle est différente de la leur?

Leadership axé sur le rétablissement

- Comment assurez-vous un environnement sûr et accueillant, qui intègre notamment des signes visibles affirmant votre réceptivité au genre et à l'orientation sexuelle?
- Quels partenariats avez-vous forgés avec des organismes et des services dans l'intention expresse de rejoindre les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres et transsexuelles (GLBTT) afin de les informer du soutien offert et des possibilités pour leur vie en société?
- Avez-vous fait un examen critique de la documentation et des procédures, comme celles de l'accueil et les formulaires connexes, ainsi que des mécanismes de rétroaction pour veiller à ce que des options appropriées soient offertes afin de renforcer l'ouverture et le respect quant aux différences sur le plan du genre et de l'orientation sexuelle?
- À quels mécanismes pouvez-vous recourir pour intégrer de manière proactive la réceptivité envers les personnes ayant un savoir expérientiel en tant que personnes gaies, lesbiennes, de bisexuelles, transgenres et transsexuelles (GLBTT) dans la politique organisationnelle et la pratique?
- Comment les systèmes de collecte de données et d'information incluent-ils de l'information sur la diversité en matière de sexualité, de sexe et de genre qui favorise la réceptivité?
- Comment avez-vous encouragé l'acceptation de la diversité sexuelle, corrigé la discrimination et normalisé l'expression de la diversité en matière de sexualité et de l'identification par rapport au genre?
- Quelles ressources sont à la disposition du personnel et des bénévoles pour la formation et le perfectionnement en matière de réceptivité envers les genres et les orientations sexuelles?

POSSIBILITÉS À ENVISAGER POUR LES DIRIGEANTS ET LES GESTIONNAIRES

- Mettre sur pied des programmes et des initiatives de renforcement de la sécurité qui reconnaissent les expériences sexospécifiques.
- Utiliser des recherches et des données probantes pour améliorer la pratique, la prestation des services et les résultats pour les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres et intersexuées et leurs familles.
- Établir des liens et partager votre expertise avec des groupes de soutien de collectivités particulières, des organisations et des praticiens qui réservent un bon accueil aux personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres et intersexuées.

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

- Barbara, A. M. Asking the right questions 2: Talking about sexual orientation and gender identity in mental health, counselling, and addiction settings, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2007. Sur Internet : http://www.camhx.ca/Publications/Resources_for_Professionals/ARQ2/arq2.pdf
- Egale Canada Human Rights Trust. Œuvre de bienfaisance nationale qui fait la promotion des droits des LGBT par la recherche, l'éducation et l'engagement communautaire. Voir http://egale.ca/
- Parents, Families and Friends of Lesbians and Gays (PFLAG). Rachel Maddow loves the PFLAG pride parade contingent [billet de blogue], 4 septembre 2009. Sur Internet : http://blog.pflag.org/2009/09/rachel-maddow-loves-pflag-pride-parade.html
- Parents, Families and Friends of Lesbians and Gays Canada. Liens utiles pour les fournisseurs/euses de soins de santé, 2011. Sur Internet : http://www.pflagcanada.ca/fr/links-f.php?audience=clinicians
- Zwiers, A. « LGBT people and mental health: Healing the wounds of prejudice », Visions: BC's Mental Health and Addictions Journal, vol. 6, no 2 (2009), p. 10–11. Sur Internet : http://www.heretohelp.bc.ca/visions/lgbt-vol6/lgbt-people-and-mental-health

CHAPITRE 5

Travailler avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis

Il y a trois éléments de premier plan qu'il est important que les praticiens de la santé mentale prennent en considération pour être en mesure d'offrir les meilleurs services axés sur le rétablissement aux personnes des Premières Nations, aux Inuits et aux Métis :

- Premièrement, la généralisation des principes du rétablissement dans le système de la santé mentale peut être considérée à bien des égards comme l'intégration dans la culture conventionnelle des notions de mieuxêtre que possèdent de longue date les peuples autochtones, ce qui aurait dû être fait depuis longtemps.
- Deuxièmement, soutenir le rétablissement des personnes des Premières Nations, des Inuits et des Métis signifie comprendre les conséquences intergénérationnelles qu'a eues la colonisation.
- Troisièmement, le contexte dans lequel s'inscrit le rétablissement des personnes des Premières Nations, des Inuits et des Métis est influencé par le caractère unique de leurs cultures, de leurs droits et de leur situation partout où ils vivent, y compris en milieu urbain.

Comme ce fut le cas pour l'Orientation stratégique 5 de la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada[1], le présent chapitre a été rédigé à l'issue d'un processus de dialogue continu avec l'Assemblée des Premières Nations, l'Inuit Tapiriit Kanatami, le Ralliement national des Métis, le Congrès des Peuples Autochtones et l'Association nationale des centres d'amitié. Ce processus qui a reposé sur des documents de politique et des recherches menées en collaboration avec les Aînés et les communautés partout où c'était possible[2].

Les cultures des Premières Nations, des Inuits et des Métis sont distinctes les unes des autres, en plus de présenter une grande diversité à l'intérieur de chaque peuple ainsi que des variantes régionales et locales. Les peuples autochtones souscrivent à un éventail de croyances et de valeurs qui peuvent s'inspirer d'une variété de sources traditionnelles et occidentales. En même temps, ils peuvent avoir en commun un grand nombre de principes sur lesquels repose la notion de mieuxêtre. Beaucoup de ces principes, comme la promotion de l'autodétermination et de la dignité, l'adoption d'une approche holistique qui repose sur les forces, l'encouragement de l'espoir et d'un but et le soutien de relations significatives, sont également à la base d'une orientation axée sur le rétablissement, comme on le voit tout au long de ce document.

Dans un contexte autochtone, l'autodétermination est une composante essentielle pour concrétiser à la fois le droit inhérent des peuples autochtones à l'autonomie gouvernementale et le droit de chaque personne de suivre son propre parcours dans la dignité. Une approche holistique s'exprime souvent par un équilibre entre les aspects physique, émotionnel, mental et spirituel du mieuxêtre, parallèlement à la compréhension des répercussions de tous les déterminants sociaux de la santé, au même titre qu'une orientation axée sur le rétablissement envisage toutes les dimensions de la vie de la personne. Entretenir l'espoir signifie encourager une attitude

positive et mettre l'accent sur les forces et la résilience, même quand il y a des défis à relever, tout en valorisant l'avenir des enfants et des jeunes autochtones. Avoir un but dans la vie est aussi un élément clé du mieuxêtre mental, comme le rétablissement qui met l'accent sur l'importance de bâtir une vie pleine de sens. Les relations avec la famille et la communauté ainsi qu'avec la terre occupent une place centrale dans les notions de mieux-être des personnes des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Cette importance qui est accordée aux relations a également influencé la façon dont le rétablissement est abordé dans les présentes directives, à savoir que le processus de rétablissement se déroule dans le contexte de la vie de la personne.

Ce point commun entre les principes du rétablissement et les notions du mieuxêtre communes aux Autochtones offre de nombreuses occasions fertiles d'apprentissage et de renforcement de la politique et de la pratique en matière de santé mentale. En même temps, les praticiens de la santé men-

LES NOTIONS DE MIEUX-ÊTRE CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS, LES INUIT ET LES MÉTIS

Chez les Premières Nations, le mieux-être mental consiste en un équilibre entre les aspects mental, physique, spirituel et émotionnel. Il y a renforcement de cet équilibre chez les individus : qui entretiennent à l'égard de leur avenir et de celui de leur famille un espoir découlant de leur volonté de vivre leur vie en se fondant sur la connaissance de soi, des valeurs autochtones uniques et une croyance en l'esprit; qui éprouvent un sentiment d'appartenance et d'attachement à leur famille, à leur communauté et à la création, et ce sont ces relations qui nourrissent une attitude à l'égard de la vie; qui ont le sentiment que la vie a un sens et qui comprennent de quelle façon leur vie et celles des membres de leur famille et de leur communauté s'inscrivent dans la création et dans une histoire riche; et, enfin, qui ont un but dans leur vie quotidienne, que ce but passe par l'éducation, l'emploi, la prestation de soins ou une façon d'être et de faire ancrée dans la culture. (NWATM – Copyright 2015, National Native Addictions Partnership Foundation)

Pour les Inuits, « le mieux-être mental inclut l'estime de soi, la dignité de la personne, l'identité culturelle et l'harmonie entre les dimensions physique, affective, mentale et spirituelle de la personne, le tout dans un état de mieuxêtre ». Selon leur vision du mieux-être mental, les Inuits « auront des possibilités accrues de s'exprimer de manière positive; adopteront le meilleur des modes de vie contemporains et traditionnels; posséderont les connaissances de base pour prospérer dans leur environnement; et jouiront de conditions socioéconomiques qui favoriseront le mieux-être mental. En définitive, les Inuits vivront dans une société dans laquelle chaque personne a sa valeur, chacun a sa raison d'être et un rôle, et chacun est perçu comme un membre nécessaire et utile à la société. » (Plan d'action du comité Alianait pour le mieux-être mental des Inuits, 2007, p. 1 et p. 13)

Les Métis envisagent l'environnement comme un ensemble de relations sacrées qui unissent des choses telles la langue, la tradition et la terre afin de promouvoir la santé communautaire, spirituelle, physique, intellectuelle et émotionnelle. (Changer les orientations, changer des vies, 2012, p. 112) Selon les Aînés métis, la santé et le mieux-être des Métis dépendent de la terre et de l'eau ainsi que d'un grand nombre d'influences sociales, culturelles, politiques et économiques; et le tout est à la base du savoir traditionnel métis en matière de santé. (Centre métis, Organisation nationale de la santé autochtone, In The Words of Our Ancestors: Métis Health and Healing, 2008, p. 7)

tale doivent comprendre comment le rétablissement des Autochtones est spécifiquement influencé par l'histoire de la colonisation au Canada. Des politiques comme celles des pensionnats autochtones ont gravement endommagé le tissu des cultures des Premières Nations, des Inuits et des Métis, ce qui s'est traduit par une vaste gamme de problèmes de santé et de problèmes sociaux complexes qui se sont transmis de génération en génération. Les pensionnats ont également laissé derrière eux de profondes divisions dans la société canadienne, des divisions sur lesquelles se penchent les travaux de la Commission de vérité et réconciliation.

La discrimination et le racisme continuent de toucher les peuples autochtones aujourd'hui, non seulement dans la façon dont ils s'expriment dans les comportements individuels, mais aussi dans la façon dont ils sont enracinés dans les systèmes et les institutions. On peut en voir des preuves dans la persistance obstinée des stéréotypes et des attitudes racistes, mais aussi dans les taux élevés d'incarcération, les grands nombres d'enfants placés dans des foyers d'accueil et les taux élevés de violence envers les femmes et les filles autochtones. De plus, compte tenu des répercussions intergénérationnelles des traumatismes et de la jeunesse relative des populations, le mieuxêtre mental des enfants membres des Premières Nations, inuits et métis revêt une importance particulière.

Certains enjeux de nature géographique ont aussi des répercussions importantes sur le travail des praticiens orientés vers le rétablissement qui aident à répondre aux besoins de ces populations. Les Premières Nations, les Inuits et les Métis vivent dans des régions géographiques très diversifiées. Dans l'ensemble, 56 % des personnes qui s'identifient comme autochtones vivent en milieu urbain (bien que ce pourcentage soit beaucoup plus faible

La sécurité culturelle est ancrée dans le savoir et l'expérience autochtones. Elle est fondée sur la reconnaissance de la diversité culturelle et de l'influence que les inégalités sociales et le déséquilibre dans les rapports de force exercent sur la relation entre les pourvoyeurs et les utilisateurs de services.

(Changer les orientations, changer des vies, 2012, p. 101)

La sécurité culturelle va au-delà de la sensibilisation culturelle dans les services et comprend un examen des différences culturelles, historiques et structurales ainsi que des relations de pouvoirs dans le cadre des services offerts. Elle comporte un processus d'auto-examen continu et de croissance organisationnelle à l'intention des fournisseurs de services et du système dans son ensemble dans le but de répondre adéquatement aux besoins des peuples des Premières Nations.

(Honorer nos forces, 2011, p. 9)

chez les Inuits et plus élevé chez les Métis). Les autres sont dispersées dans des centaines de réserves, de hameaux, d'établissements et d'autres communautés rurales d'un océan à l'autre. L'isolement, les différends concernant le palier de gouvernement responsable, les services à offrir et les groupes de population à desservir, ainsi que le manque de capacité peuvent poser des défis de taille en matière d'accès aux traitements et aux services. Cela signifie que les Autochtones peuvent avoir un accès très limité à l'éventail complet de services, de traitements et de formes de soutien. Nous devons néanmoins nous efforcer collectivement de veiller à ce que chacun ait l'occasion de choisir la combinaison de services occidentaux et traditionnels/culturels qui répond le mieux à ses besoins, tout en respectant ses notions de la culture comme base du mieuxêtre.

Les praticiens de la santé mentale dont la pratique est axée sur le rétablissement ont l'occasion et la responsabilité de comprendre les ressemblances et les différences entre une approche axée sur le rétablissement d'une part et les valeurs et expériences partagées des Autochtones dont il a été question ci-dessus d'autre part. Les services axés sur le rétablissement destinés aux Autochtones doivent non seulement être sensibilisés aux traumatismes subis par les Autochtones, mais aussi être culturellement sécuritaires (voir volet latéral) et être dispensés le plus près possible du lieu de résidence. Les systèmes de santé mentale axés sur le rétablissement doivent mettre en équilibre le soutien aux personnes qui souffrent déjà d'un problème de santé mentale et des mesures visant à promouvoir le bienêtre mental et à éviter que des problèmes n'apparaissent, particulièrement chez les enfants et les jeunes. La pratique axée sur le rétablissement dans le contexte autochtone doit aussi reconnaître

les ressemblances et les différences entre le rétablissement dans le contexte de la santé mentale et la signification particulière du rétablissement dans le cadre du mouvement très puissant de lutte contre les dépendances chez les Autochtones qui existe de longue date. Dans le cadre du mouvement de lutte contre les dépendances, le rétablissement peut être associé à l'abstinence et à la réduction des méfaits ainsi qu'au processus de toute une vie qui consiste à soutenir le mieuxêtre en renouant les liens avec la nature, en renforçant l'identité et en se concentrant sur les forces. De plus, les dépendances et la santé mentale sont souvent réunies dans l'expression plus holistique de « mieuxêtre mental » dans le contexte autochtone.

Il est tout aussi important de reconnaître la situation, les cultures et les droits distincts des Premières Nations, des Inuits et des Métis ainsi que des Autochtones vivant en milieu urbain et de se familiariser avec eux. Les aperçus qui suivent sont adaptés de l'Orientation stratégique 5 de la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada.

APERÇU : LES PREMIÈRES NATIONS

Les droits des Premières Nations ont été reconnus par divers instruments, c'estàdire des traités, des lois dont la première a été la Loi constitutionnelle de 1867, des ententes d'autonomie gouvernementale et des accords sur les revendications territoriales ainsi que des décisions des tribunaux. Le quart des personnes issues des Premières Nations ne sont pas des Indiens inscrits en vertu de la Loi sur les Indiens et ne sont pas admissibles à la plupart des prestations de santé offertes par le gouvernement fédéral.

Les Premières Nations se caractérisent par leur grande diversité : elles ont plus de 60 langues et plus de 600 bandes d'un bout à l'autre du pays. Et malgré ce degré de diversité, le mode de vie des Premières Nations trouvait traditionnellement ses assises dans des valeurs qui reposaient notamment sur l'importance de la spiritualité, de la culture et du lien avec la terre. Les notions clés des visions du monde chez les Premières Nations comprennent l'esprit, le cercle, l'harmonie et l'équilibre; la notion voulant que toute créature vivante soit un être appartenant à un autre genre que le genre humain avec qui il est nécessaire d'entretenir une relation; la compassion, la promotion des forces et les connexions avec la Terre; le cheminement de la vie en tant que continuum; et une langue pour exprimer la culture[3]. Historiquement, le rôle joué par chaque membre de la communauté était valorisé à chaque stade de la vie, et les Aînés et les praticiens culturels avaient l'aval de la communauté pour appuyer la santé mentale.

Les cultures et les modes de vie évolutifs des Premières Nations ont pratiquement été éliminés durant le processus de colonisation La fréquentation forcée des pensionnats et les sévices généralisés qui y étaient infligés aux enfants, ainsi que les nombreuses appréhensions et adoptions d'enfants lors de ce qu'il est convenu d'appeler la « rafle des années soixante » ont eu des répercussions négatives sur le paysage de la santé mentale d'une bonne partie des Premières Nations[4] qui avaient déjà subi les traumatismes des processus coloniaux et des pratiques d'assimilation[5]. Les conséquences intergénérationnelles de ces expériences sont l'un des facteurs expliquant les taux élevés de toxicomanie et de problèmes de santé mentale, de suicide, d'incarcération et de violence familiale et latérale. De nombreuses communautés des Premières Nations sont aussi aux prises avec des taux élevés de pauvreté, des pénuries de logements adéquats et d'eau potable, l'insécurité alimentaire et le manque de possibilités

en matière d'éducation et d'emploi et de débouchés économiques, autant de facteurs qui minent la santé et le bienêtre.

Les Premières Nations ont encore beaucoup de défis à relever pour avoir accès en temps opportun à des services de mieuxêtre mental, en particulier dans les communautés nordiques, rurales et éloignées. Même les communautés des Premières Nations qui ont les ressources financières nécessaires pour offrir des services ont souvent de la difficulté à recruter et à retenir des pourvoyeurs de services qualifiés[6] ou des pourvoyeurs qui possèdent une certaine compétence culturelle et qui sont disposés à travailler avec des praticiens culturels. Il faut offrir un meilleur soutien aux pourvoyeurs de services actuels et futurs issus des Premières Nations pour renforcer la prestation des services à long terme. Parallèlement, tous les pourvoyeurs de services doivent recevoir une formation sur la façon d'offrir une pratique qui fait place à des collaborations culturellement sécuritaires et efficaces.

Pour être en mesure de changer la situation actuelle, les Premières Nations reconnaissent qu'il faudra une guérison des effets du traumatisme historique. La communauté a établi des programmes nationaux, régionaux et communautaires qui cherchent à combler les lacunes et à réduire la fragmentation dans le continuum des services de mieux-être mental tout en reconnaissant qu'elle est la meilleure ressource pour elle-même, de sorte qu'elle fait appel au savoir traditionnel et culturel. Par exemple, le projet de recherche « Culture as Intervention » a pour objet de renforcer le corpus des connaissances sur les interventions culturelles. En général, la reconnaissance des forces inhérentes des communautés des Premières Nations revêt une importance critique dans l'approche retenue.

« Je travaille depuis des années dans le domaine du rétablissement des personnes qui ont des problèmes de santé mentale au niveau individuel, mais il ne faut pas oublier le rétablissement à une plus grande échelle. Il doit y avoir partage du pouvoir et des ressources, et le vécu des gens doit être respecté. Ces éléments doivent être les moteurs du rétablissement dans les communautés autochtones. »

(participant de Yellowknife cité dans le rapport Holding Hope in Our Hearts, 2011, p. 26)

APERÇU : LES INUITS

Les droits des Inuits ont été reconnus par divers textes législatifs, ententes d'autonomie gouvernementale et accords sur les revendications territoriales dans les quatre régions inuites : la région désignée des Inuvialuits dans les Territoires du NordOuest, le Nunavik dans le Nord du Québec, le Nunatsiavut dans le Nord du Labrador et le Nunavut.

Tirant leur subsistance de la terre, les Inuits ont appris à travailler ensemble pour survivre. Cette réalité a façonné leur vision du monde, laquelle est axée sur les forces. Les Inuits ont une approche holistique du mieux-être mental « qui inclut l'estime de soi, la dignité de la personne, l'identité culturelle et l'harmonie entre les dimensions physique, affective, mentale et spirituelle de la personne, le tout dans un état de mieuxêtre »[7].

L'expérience de la colonisation des Inuits et de leur contact avec les Européens est relativement récente dans l'histoire du Canada. De nombreux Inuits aujourd'hui plus âgés, particulièrement dans le Nunavut et le Nunavik, ont grandi en passant toute l'année sur la terre, jusqu'à ce que leur famille commence à miser davantage sur le commerce ou soit forcée de s'installer à demeure dans des communautés[8]. Les Inuits fréquentaient des pensionnats ou des écoles de jour et les enfants étaient logés dans des résidences ou des foyers, placés en pension dans des familles ou envoyés dans le Sud. Les enfants inuits ont subi des sévices et ont perdu leur culture et leur langue[9]. On note d'autres expériences traumatisantes dont la délocalisation forcée des communautés, la famine, les maladies et le massacre des chiens de traîneau.

La culture, la langue et le mode de vie en ont été perturbés, ce qui a eu des conséquences dramatiques et négatives sur la santé mentale et le bienêtre. Encore aujourd'hui, beaucoup d'Inuits continuent de vivre selon le mode de vie traditionnel et parlent une langue traditionnelle, et quelquesuns sont encore unilingues. En même temps, dans les régions inuites, on trouve de nombreux endroits où les taux de suicide, de dépendances, d'abus, de violence et de dépressions sont élevés[10]. Pour les Inuits, la question des déterminants sociaux de la santé doit être abordée en priorité puisque les communautés se trouvent confrontées à des taux élevés de chômage, à une faible scolarité et à des conditions de logement inadéquates et des logements surpeuplés ainsi qu'à une insuffisance de nourriture saine[11].

Les approches traditionnelles et culturelles mettent l'accent sur la promotion du bien-être, faisant appel à l'entraide et aux forces de la communauté et amenant les personnes sur le territoire pour apprendre le mode de vie traditionnel des Inuits. L'accessibilité de programmes fondés sur la terre varie d'une région à l'autre, tout comme le degré d'intégration avec les services cliniques de santé mentale. En même temps, le roulement élevé du personnel et l'insuffisance du financement se traduisent souvent par un manque de services de base en matière de santé mentale, de sorte que de nombreux Inuits doivent se déplacer à l'extérieur de leur communauté pour obtenir des soins. Il faut qu'un plus grand nombre d'Inuits aient accès à de l'éducation et de la formation en matière de santé mentale, ce qui permettrait de mettre en valeur les capacités locales et d'améliorer l'accès à des services offerts dans les langues inuites. Les praticiens de la santé mentale qui ne sont pas Inuits ont besoin de plus de formation en matière de compétence et de sécurité culturelles afin de pouvoir dispenser des services dans le respect et la compréhension de la culture inuite et du rôle des Aînés, tout en reconnaissant l'importance de la communication non verbale.

APERÇU : LES MÉTIS

Les aspects distincts et uniques de la culture, de l'histoire, des droits et de la situation des Métis ne sont pas bien compris au Canada. Les Métis sont les descendants de commerçants de fourrures européens et de femmes indiennes. Des communautés métisses distinctes, qui se sont établies tout le long des routes servant au commerce des fourrures et partout dans le Nord-Ouest, continuent d'exister aujourd'hui. Lors du recensement de 2011, plus de 450 000 personnes se sont déclarées Métis, dont 85 % vivaient au « pays des Métis » (l'Ouest canadien et l'Ontario).

Avant même que le Canada ne devienne un pays en 1867, la culture métisse a émergé avec ses propres traditions, une langue (le mitchif), un mode de vie, une conscience collective et un sentiment national. Les Métis envisagent l'environnement comme un ensemble de relations sacrées qui unissent des choses telles la langue, la tradition et la terre afin de promouvoir la santé communautaire, spirituelle, physique, intellectuelle et émotionnelle[12].

Pendant des générations, et de différentes façons dans différentes régions, les Métis se sont montrés réticents à admettre ouvertement leur ascendance métisse. Les contrecoups des luttes des Métis pour faire reconnaître leurs droits et de l'exécution de leur leader, Louis Riel, en 1885, le mépris des droits territoriaux des Métis et les expériences négatives de beaucoup d'enfants métis, autant dans les pensionnats et les écoles de jour que dans le système scolaire conventionnel (même encore aujourd'hui) ont été autant de raisons pour les Métis de nier leur ascendance[13]. De nombreux Métis ont été pris entre deux mondes dont aucun ne les acceptait pleinement, ce qui a eu des conséquences sur leur identité et leur bienêtre mental

Il faudra plus de recherche soutenue par un financement pluriannuel stable pour mieux comprendre les effets intergénérationnels de la colonisation et leurs répercussions sur les besoins en matière de santé mentale des Métis aujourd'hui. Ce que l'on sait, c'est que les Métis sont exposés à plusieurs facteurs de risque de problèmes de santé mentale tels que les logements non adéquats, la toxicomanie, la violence conjugale, les démêlés avec le système de justice pénale et la prise en charge des enfants par le système. En 2008 en ColombieBritannique, 9 % des jeunes Métis ont signalé éprouver des sentiments extrêmes de désespoir; 24 % ont affirmé avoir été victimes de mauvais traitements physiques; et 16 % ont dit qu'ils songeaient sérieusement à mettre fin à leurs jours[14]. D'après une récente étude, les Métis du Manitoba auraient un taux plus élevé de dépression (22,0 % c. 20,3 %) de troubles anxieux (9,3 % c. 8,0 %) et de toxicomanie (13,8 % c. 10,5 %) que les autres habitants de la province.[15] Des programmes de prévention destinés aux jeunes et adaptés expressément aux besoins des Métis sont une priorité de premier plan pour les Métis.

Ce n'est qu'en 1982 que le gouvernement fédéral a reconnu les Métis dans la Constitution comme l'un des trois groupes autochtones distincts[16], et aujourd'hui les tribunaux canadiens reconnaissent de plus en plus les droits des Métis. Néanmoins, les Métis n'ont pas accès à des programmes financés par le gouvernement fédéral qui viseraient expressément la santé mentale et la lutte contre la toxicomanie. Ils continuent de relever des administrations territoriales et provinciales, dont les programmes et services s'adressant expressément aux Métis présentent encore souvent des lacunes. Certains Métis, particulièrement ceux qui vivent à proximité

de réserves, peuvent avoir à faire le choix difficile de demander le statut d'Indien inscrit pour être admissibles aux prestations fédérales, choix qui peut parfois diviser des familles et des communautés, en plus d'avoir des répercussions sur l'identité individuelle. Parallèlement, de nombreux Métis renouent avec leur culture et ils travaillent ensemble afin d'améliorer leur santé et leur bienêtre et d'élargir le rôle qu'ils jouent dans les services de santé et les services sociaux.

APERÇU : LES AUTOCHTONES EN MILIEU URBAIN

Comme on l'a vu cidessus, le Recensement de 2011 montre que plus de 56 % des populations autochtones vivent en milieu urbain. Dans les centres urbains, il y a un fort sentiment d'appartenance à la communauté qui fait que les personnes des Premières Nations, les Inuits et les Métis se regroupent, collectivement et au sein de leur propre groupe culturel. Certains ont de solides racines dans le milieu urbain, et d'autres font la navette entre le centre urbain et leur collectivité d'origine.

Les raisons qui poussent une personne à se déplacer d'une petite communauté à un plus grand centre urbain sont bien connues des Canadiens qui ont fait le même choix : de meilleures perspectives économiques et un plus large accès à l'emploi, une plus grande disponibilité des services, notamment dans le domaine de la santé et, dans certains cas, l'occasion de quitter une situation difficile. Pour plusieurs personnes, ce choix mène à l'amélioration de facteurs clés de protection de la santé mentale, comme un meilleur accès à l'éducation et à l'emploi[17].

Malheureusement, bon nombre de personnes des Premières Nations, d'Inuits et de Métis habitant dans les centres urbains et les centres ruraux continuent de vivre dans la pauvreté[18]. Même dans les grands centres urbains, elles continuent de faire face à des problèmes d'accès aux services, comme de longues listes d'attente, le manque de transport et des enjeux liés aux compétences fédérales et provinciales. Par exemple, les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis qui vivent en milieu urbain ont différents degrés d'accès aux services de counseling d'urgence en santé mentale financés par le gouvernement fédéral. Par ailleurs, le manque de connaissance et de compréhension des différences culturelles par les pourvoyeurs de services a des répercussions sur les usagers des services. La santé mentale des Premières Nations, des Inuits et des Métis en milieu urbain a aussi été perturbée par le processus de colonisation et les répercussions intergénérationnelles des traumatismes.

Il importe d'élargir l'accès à un continuum complet de services de santé mentale, de traitements et de formes de soutien qui mettent solidement l'accent sur les services de prévention, particulièrement pour les jeunes. Les services doivent être culturellement sécuritaires et il conviendrait d'encourager et d'aider les personnes des Premières Nations, les Inuits et les Métis vivant en milieu urbain à faire carrière en santé mentale. Il faut accroître la capacité de dispenser des services par l'entremise des organismes conventionnels et des organismes des Premières Nations, des Inuits et des Métis, d'autant plus que ceuxci manquent souvent de ressources. En particulier, il faut renforcer la capacité de dispenser des services spécialisés qui intègrent les approches traditionnelles et culturelles aux approches conventionnelles et qui peuvent répondre à des besoins complexes.

NOTES DE FIN DU CHAPITRE 5

1 « Travailler avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis pour répondre aux besoins distincts de ces populations en matière de santé mentale en reconnaissant le caractère unique de leur situation, leurs droits et leur culture », dans Changer les orientations, changer des vies, Commission de la santé mentale du Canada, 2012, p. 100.

2 Ce chapitre ne donne qu'un bref aperçu de certaines questions très complexes. Les lecteurs sont encouragés à consulter d'autres sources de renseignements, en commençant par la section Ressources du tableau d'orientation à la fin du chapitre.

3 Aîné Jim Dumont, Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, « Honorer nos forces : Indigenous Culture as Intervention in Addictions Treatment Project », Definition of Culture, Muskoday (Saskatchewan), la Fondation, 2014. Sur Internet : http://www.addictionresearchchair.ca/wp-content/uploads/2012/04/Definition-of-culture.pdf.

4 Canada, Commission royale sur les peuples autochtones, À l'aube d'un rapprochement : Points saillants du Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, 1996. Sur Internet : http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014597/1100100014637.

5 C. C. Wesley-Esquimaux et M. Smolewski, Traumatisme historique et guérison autochtone, Ottawa, Fondation autochtone de guérison, 2004. Sur Internet : http://www.fadg.ca/downloads/historic-trauma.pdf.

6 B. Mussell, M. Adler, G. Hanson, J. White et V. Smye, Holding hope in our hearts: Relational practice and ethical engagement in mental health and addictions, Calgary, Commission de la santé mentale du Canada, 2011. Sur Internet : http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/FNIM_Holding_Hope_In_Our_Hearts_ENG.pdf.

7 Groupe de travail Alianait axé sur le mieux-être mental des Inuits, Plan d'action du comité Alianait pour le mieux-être mental des Inuits, Ottawa, Inuit Tapiriit Kanatami, 2007.

8 Pauktuutit Inuit Women of Canada, Sivumuapallianiq-Journey forward. National Inuit Residential Schools healing strategy, 2007. Sur Internet : http://www.pauktuutit.ca/wp-content/uploads/2011/01/JourneyForward_ENG.pdf.

9 D. King, Bref compte-rendu du Régime des pensionnats pour les Inuits du gouvernement fédéral du Canada, Ottawa, Fondation autochtone de guérison, 2006. Sur Internet : http://www.fadg.ca/downloads/king-summary.pdf.

10 Ibid.

11 Inuit Tapiriit Kanatami, Backgrounder on Inuit health, Ottawa, ITK, 2004.

12 Métis National Environment Committee, Métis Traditional Knowledge, Ottawa, Métis National Council, 2011. Sur Internet : http://www.metisnation.ca/wp-content/uploads/2011/05/Metis-Traditional-Knowledge.pdf.

13 J. Teillet, Métis Law in Canada, éd. rev., Toronto, Pape Salter Teillet, 2013. Sur Internet : http://www.pstlaw.ca/resources/MLIC-2011.pdf.

14 S. Tsuruda, A. Smith, C. Poon, C. Hoogeveen, E. Saewyc et McCreary Centre Society, Métis youth health in BC, Vancouver, McCreary Centre Society, 2012. Sur Internet : http://www.mcs.bc.ca/pdf/Sept_2012_brief_report.pdf.

15 J. Sanguins, J. Bartlett, S. Carter, N. Hoeppner, P. Mehta, et M. Bassily, Depression, anxiety disorders, and related health care utilization in the Manitoba Métis population, Winnipeg, Manitoba Métis Federation, 2013.

16 J. Teillet, Métis Law in Canada, 2013.

17 Environics Institute, Urban Aboriginal peoples study: Main report, Toronto, l'Institut, 2010. Sur Internet : http://uaps.ca/wp-content/uploads/2010/03/UPAS-Main-Report_Dec.pdf.

18 Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, Autochtones en milieu urbain, 2014. Sur Internet : http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014265/1369225120949

Travailler avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis

La pratique axée sur le rétablissement tire des enseignements de la façon dont les Autochtones voient le mieux être et travaille avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis pour soutenir le rétablissement en tenant compte du caractère unique de leurs cultures, de leurs droits et de leur situation.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

- Les cultures distinctes des Premières Nations, des Inuits et des Métis, avec toutes leurs variantes dans les régions et au sein des communautés, constituent le contexte dans lequel a lieu le rétablissement.
- La pratique axée sur le rétablissement doit être une pratique holistique, adaptée aux forces et sécuritaire sur le plan culturel, en plus de promouvoir l'espoir, un sentiment d'appartenance, un sens et un but.
- La famille, la communauté et les déterminants sociaux plus vastes de la santé ont tous des répercussions sur le mieux être et le rétablissement.
- Il faut appuyer l'autodétermination et favoriser un choix parmi un continuum complet de pratiques conventionnelles, culturelles et traditionnelles pour promouvoir le rétablissement.
- Il faut toujours répondre aux besoins des personnes d'abord; les enjeux de compétence des divers paliers de gouvernement ne doivent pas faire obstacle et ils seront réglés ensuite, une fois les gens en sécurité et en santé.

LES PRATICIENS ET LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE…

VALEURS ET ATTITUDES

- font preuve d'humilité culturelle, connaissent leurs propres valeurs et reconnaissent les ressemblances ou les différences entre leur éthique professionnelle et les cultures des Premières Nations, des Inuits et des Métis
- respectent les cultures et les expériences des Premières Nations, des Inuits et des Métis et cherchent à en tirer des enseignements
- reconnaissent et honorent le savoir faire des Aînés, des guérisseurs traditionnels, des praticiens culturels et des membres de la communauté en matière de mieux être mental des Premières Nations, des Inuits et des Métis
- s'engagent à assurer des pratiques culturellement sécuritaires, dont la sécurité est déterminée par la personne qui reçoit les services; ces pratiques doivent reconnaître l'influence des inégalités sociales et des déséquilibres dans les rapports de force sur les relations entre les pourvoyeurs et les usagers des services
- sont disposés à remettre en question leurs attitudes personnelles et les comportements qui peuvent par inadvertance être entachés de racisme et de discrimination
- favorisent l'autodétermination et la prestation des services par les Autochtones pour les Autochtones

CONNAISSANCES : Premières Nations

- comprennent que les droits des Premières Nations ont été reconnus de longue date par des traités et des lois, des ententes d'autonomie gouvernementale et des accords sur les revendications territoriales ainsi que des décisions des tribunaux au fil des ans
- sont sensibilisés aux concepts fondamentaux des cultures des Premières Nations, y compris une vue du monde centrée sur l'esprit, une connexion à la terre/à la création, une connexion aux ancêtres le long du continuum de la vie et la langue comme expression de la culture
- comprennent le rôle clé joué par les Aînés et les guérisseurs traditionnels dans le soutien du mieux être mental
- reconnaissent l'importance du mieux être communautaire lorsqu'il s'agit de soutenir le rétablissement individuel
- comprennent les conséquences intergénérationnelles du colonialisme et des politiques d'assimilation comme les pensionnats indiens et la « rafle des années soixante » sur le mieux être mental des Premières Nations
- savent de quelle façon la pauvreté, les pénuries de logement, l'insécurité alimentaire et des possibilités limitées en matière d'éducation et d'emploi minent la santé et le bien être des Premières Nations.

CONNAISSANCES : Inuits

- savent que les droits des Inuits ont été établis dans le cadre de lois et d'accords de revendications territoriales
- comprennent l'importance d'adopter une approche holistique, de mettre l'accent sur la promotion du bien être, de faire appel aux forces de la communauté et d'amener les gens dans les terres
- sont sensibilisés aux traditions et aux pratiques culturelles locales
- comprennent l'expérience relativement récente et traumatisante de la colonisation des Inuits, qui s'est manifestée par la perte rapide de la langue et de la culture, la délocalisation forcée et la fréquentation forcée des pensionnats
- comprennent les défis que doivent relever les Inuits en matière de logements adéquats, de sécurité alimentaire et d'emploi ainsi que d'accès à des services de santé mentale de base

LES PRATICIENS ET LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE (suite)

CONNAISSANCES : Métis

- comprennent qu'une culture métisse distincte est apparue dans les communautés qui se sont établies le long des routes servant au commerce des fourrures avant la Confédération de 1867
- comprennent comment la colonisation, la discrimination et le mépris des droits des Métis ont fait que des générations de Métis se sont montrés réticents à admettre ouvertement leur ascendance
- savent que ce n'est qu'en 1982 que le gouvernement fédéral a reconnu les Métis comme un groupe autochtone distinct et que les Métis ne reçoivent aucun financement fédéral pour des programmes axés expressément sur la santé mentale
- savent qu'il reste d'importantes lacunes dans les connaissances au sujet des besoins des Métis en matière de santé mentale et des lacunes dans les services destinés expressément aux Métis
- comprennent que des programmes de prévention pour les jeunes Métis constituent une priorité des Métis.

CONNAISSANCES : Autochtones en milieu urbain

- savent que 56 % des Autochtones habitent en milieu urbain, où beaucoup continuent de vivre dans la pauvreté
- comprennent que les personnes des Premières Nations, les Inuits et les Métis en milieu urbain ont aussi été touchés par le processus de colonisation et les effets intergénérationnels des traumatismes
- comprennent que les questions de compétence se traduisent par différents degrés d'accès aux services de santé mentale financés par le gouvernement fédéral pour les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis en milieu urbain
- comprennent que le manque d'accès à des services de santé mentale culturellement sécuritaires qui respectent la diversité culturelle des Premières Nations, des Inuits et des Métis constitue un défi important en milieu urbain

COMPÉTENCES ET COMPORTEMENTS

- se livrent à une réflexion critique sur leurs propres partis pris et préjugés culturels et sur leurs privilèges en tant que praticiens de la santé mentale, ainsi que sur l'impact de la colonisation
- soutiennent des actions axées sur les déterminants sociaux de la santé comme la pauvreté, les pénuries critiques au chapitre de l'accès à des services de santé mentale et le manque d'accès à des logements adéquats, à de l'eau et à des denrées alimentaires
- offrent des lieux sûrs et respectueux aux personnes qui ont connu des traumatismes et subi les effets intergénérationnels des traumatismes
- travaillent en collaboration avec les Aînés, les praticiens traditionnels, les familles et les communautés tout en étant sensibilisés aux questions de la protection de la vie privée et de la confidentialité dans les petites communautés
- travaillent pour lutter contre le racisme et la discrimination qui continuent d'avoir des conséquences sur le mieux être des Autochtones, qu'ils s'expriment dans les comportements individuels ou qu'ils se manifestent dans les systèmes et les institutions.

QUESTIONS POUR ALIMENTER LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

PRATIQUE AXÉE SUR LE RÉTABLISSEMENT

- De quelles façons avez vous collaboré systématiquement avec les praticiens traditionnels et culturels et avec les Aînés des Premières Nations, des Inuits et des Métis et les avez vous inclus dans la prestation de vos services?
- Qu'avez vous fait pour approfondir votre connaissance des droits, des cultures et de la situation des personnes des Premières Nations, des Inuits et des Métis?
- Comment avez vous mené une réflexion critique sur les déséquilibres des rapports de force et les iniquités sociales qui existent peut être entre vous à titre de pourvoyeur ou de pourvoyeuse de services et les personnes qui ont recours à vos services, conformément à votre engagement à adopter une pratique culturellement sécuritaire?
- Dans quelle mesure votre pratique a t elle été influencée par ce que vous savez de la façon dont le rétablissement chez les Autochtones est défini par la culture et spécifiquement influencé par l'histoire de la colonisation du Canada?
- Comment vous êtes vous employé(e) à renforcer les partenariats de collaboration entre des secteurs comme ceux de la santé, des services sociaux, de l'enseignement, de l'emploi, du logement et de la justice afin d'atténuer les défis complexes auxquels font face les Autochtones?
- Comment travaillez vous à partir d'une approche reposant sur les forces qui favorise la résilience?

QUESTIONS POUR ALIMENTER LA PRATIQUE RÉFLEXIVE (suite)

LEADERSHIP AXÉ SUR LE RÉTABLISSEMENT

- Quels sont les signes visibles d'un environnement culturellement sécuritaire et accueillant dans votre organisme?
- Comment avez vous assuré aux membres du personnel une formation continue appropriée en matière de sécurité culturelle?
- De quelles façons le savoir autochtone est il valorisé parallèlement au savoir conventionnel en matière de santé mentale dans votre organisme et comment est il intégré dans vos façons de travailler, particulièrement lorsqu'il s'agit de créer un lieu propice à la pratique culturelle?
- Comment votre organisme collabore t il avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis pour soutenir leur autodétermination, y compris en matière de gouvernance de la prestation des services?
- Comment votre organisme collabore t il avec d'autres pour lutter contre la discrimination et améliorer l'équité dans d'autres secteurs comme la santé, l'enseignement, la protection de l'enfance, l'emploi, le logement et la justice?
- Comment votre organisme soutient il un meilleur accès à des soins efficaces de santé mentale pour les Autochtones, peu importe où ils vivent?
- Votre organisme commence t il par répondre aux besoins des personnes d'abord et se préoccupe t il ensuite seulement des enjeux de compétence des divers paliers de gouvernement, une fois les gens en sécurité et en santé?

POSSIBILITÉS À ENVISAGER : EN GÉNÉRAL

- Vous renseigner sur les leçons apprises par la B.C. First Nations Health Authority au sujet de l'autonomie gouvernementale et de la collaboration entre les divers paliers de gouvernement et vous en inspirer.
- Intégrer les conclusions du projet de recherche sur la culture en tant qu'intervention (Culture as Intervention) à la pratique de la santé mentale, en examinant notamment comment les services que vous offrez permettent de renforcer l'espoir, l'appartenance, le sens et le but.
- Appuyer l'établissement d'un continuum complet de services de santé mentale par et pour les Premières Nations.

POSSIBILITÉS À ENVISAGER : Premières Nations

- Learn about and build on lessons learned from the B.C. First Nations Health Authority regarding self-governance and cross-jurisdictional collaboration.
- Integrate the findings from the "Culture as Intervention" research project into mental health practice, specifically by examining how your services contribute to measures of hope, belonging, meaning and purpose.
- Support the establishment of a full continuum of mental wellness services by and for First Nations.

POSSIBILITÉS À ENVISAGER : Inuits

- Appuyer l'établissement d'un continuum complet de services de santé mentale par et pour les Inuits au niveau national, au niveau régional et au niveau des communautés.
- Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits.

POSSIBILITÉS À ENVISAGER : Métis

- Renforcer la capacité de recherche existante des Métis et vous en inspirer pour orienter l'établissement d'un continuum complet de services de santé mentale par et pour les Métis.
- À long terme, appuyer des changements dans les politiques qui tablent sur la reconnaissance de plus en plus fréquente des droits et de la juridiction des Métis par les tribunaux.

POSSIBILITÉS À ENVISAGER : Autochtones en milieu urbain

- Appuyer la mise en œuvre d'une stratégie de santé mentale pour les Autochtones en milieu urbain, en se laissant guider par les données et les recherches axées sur la collectivité.
- Appuyer et renforcer les services de santé mentale dispensés en milieu urbain par les Premières Nations, les Inuits et les Métis.

RESSOURCES DOCUMENTAIRES : EN GÉNÉRAL

- Commission de la santé mentale du Canada. Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada – Orientation stratégique 5, 2002. Sur Internet : http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/MHStrategy_Strategy_FRE.pdf
- Premiers soins en santé mentale Canada. Premiers soins en santé mentale pour les Peuples du Nord, s.d. Sur Internet : http://www.mentalhealthfirstaid.ca/FR/course/descriptions/Pages/MHFANorthernPeoples.aspx

RESSOURCES DOCUMENTAIRES : EN GÉNÉRAL (suite)

- Centre de toxicomanie et de santé mentale. Journey to healing: Aboriginal people with addiction and mental health issues, sous la direction de P. Menzies et L. F. Lavallée, Toronto, le Centre, 2014.
- Mussell, B., M. Adler, G. Hanson, J. White et V. Smye. Holding hope in our hearts: Relational practice and ethical engagement in mental health and addictions, Calgary, Commission de la santé mentale du Canada, 2011. Sur Internet : http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/FNIM_Holding_Hope_In_Our_Hearts_ENG.pdf
- Organisation nationale de la santé autochtone. Fact sheet: Cultural safety, 2006. Sur Internet : http://www.naho.ca/documents/naho/english/Culturalsafetyfactsheet.pdf
- Association des femmes autochtones du Canada. Fact sheet: Root causes of violence against aboriginal women and the impact of colonization, s.d. Sur Internet : http://www.nwac.ca/files/download/NWAC_3F_Toolkit_e_0.pdf
- Provincial Health Services Authority BC. Indigenous Cultural Competency Training Program, s.d. Sur Internet : http://www.culturalcompetency.ca/
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. Ils sont venus pour les enfants : Le Canada, les peuples autochtones et les pensionnats, Winnipeg, la Commission, 2012. Sur Internet : http://www.myrobust.com/websites/trcinstitution/File/2039_T&R_fr_web%5B1%5D.pdf

RESSOURCES DOCUMENTAIRES : Premières Nations

- Assemblée des Premières Nations, Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances et Santé Canada. Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations du Canada, 2011. Sur Internet : http://nnadaprenewal.ca/wp-content/uploads/2012/03/honorer-nos-forces-cadre-renouvele-du-programme-de-lutte-contre-les-toxicomanies-chez-les-premieres-.pdf
- Dell, C. A. Honouring our strengths: Culture as intervention in addictions treatment, s.d. Sur Internet : http://www.addictionresearchchair.ca/creating-knowledge/national/honouring-our-strengths-culture-as-intervention/
- Cadre du continuum du mieux être mental des Premières Nations (en cours d'élaboration).

RESSOURCES DOCUMENTAIRES : Inuits

- Groupe de travail Alianait axé sur le mieux être mental des Inuits. Alianait Inuit Mental Wellness Action Plan, Ottawa, Inuit Tapiriit Kanatami, 2007. Sur Internet : https://www.itk.ca/publication/alianait-inuit-mental-wellness-action-plan
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, Bien-être des Inuits, 2014. Sur Internet : http://www.ccsa.ca/fra/topics/first-nations-inuit-and-metis/inuit-wellness/pages/default.aspx
- Inuit Tapiriit Kanatami. Mental wellness fact sheet, 2014. https://www.itk.ca/publication/comprehensive-report-social-determinants-inuit-health-national-inuit-organization

RESSOURCES DOCUMENTAIRES : Métis

- Partenariat canadien contre le cancer. Rapport de référence sur la lutte contre le cancer chez les Métis au Canada, Toronto, le Partenariat, 2014. Sur Internet : http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/metis_baseline_report_fr.pdf
- Manitoba Métis Federation. Health and Wellness Department: Publications, s.d. Sur Internet : http://www.mmf.mb.ca/departments_portfolios_and_affiliates_details.php?id=11&type=publications
- Organisation nationale de la santé autochtone, Centre Métis. In the words of our ancestors: Métis health and healing, Ottawa, l'Organisation, 2008. Sur Internet : http://www.naho.ca/documents/Métiscentre/english/TK_IntheWordsofOurAncestorsMétisHealthandHealing.pdf
- Tsuruda, S., A. Smith, C. Poon, C. Hoogeveen, E. Saewyc et McCreary Centre Society. Métis Youth Health in BC, Vancouver, McCreary Centre Society, 2012. Sur Internet : http://www.mcs.bc.ca/pdf/Sept_2012_brief_report.pdf

RESSOURCES DOCUMENTAIRES : Autochtones en milieu urbain

- Montreal Urban Aboriginal Community Strategy Network, The Aboriginal justice research project: Report, Montreal, International Centre for the Prevention of Crime, 2012. Sur Internet : http://www.crime-prevention-intl.org/uploads/media/Aboriginal_Justice_Research_Project_-_Final_Report.pdf
- Smylie, J. Our health counts: Urban Aboriginal health database research project (rapport communautaire, Ville de Hamilton), Hamilton, Our Health Counts Governing Council, 2011. Sur Internet : http://www.stmichaelshospital.com/crich/wp-content/uploads/our-health-counts-report.pdf
- Conseil canadien de la santé, Empathie, dignité et respect : Créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain, Toronto, le Conseil, 2012.
- Urban Aboriginal Task Force, Embracing good mind: Final report on mental health, Toronto, Ontario Association of Indian Friendship Centres, 2013. Sur Internet : http://www.ofifc.org/sites/default/files/docs/U-ACT%20Compiled%20Report%20FINAL%202013%20MS%20Apr%2023.pdf

CHAPITRE 6

Le rétablissement passe par la transformation des services et des systèmes

Ce chapitre porte sur les répercussions de l'adoption d'une orientation axée sur le rétablissement dans les organismes qui dispensent des services de santé mentale et les systèmes qui les appuient. On y examine quatre dimensions qui jouent un rôle central dans la promotion d'une orientation axée sur le rétablissement imprégnant les activités de chaque organisme et embrassée par le personnel, les cadres et les dirigeants. Même si ce chapitre se concentre sur ce que les organismes peuvent faire, les enjeux qui y sont examinés sont pertinents pour les pourvoyeurs de services à titre individuel, peu importe leur domaine d'intervention.

Le soutien du rétablissement ne peut pas se réduire à un seul programme, à un seul modèle ou à un seul élément de service. Il nécessite de réfléchir à la façon dont nous percevons les troubles mentaux et de prendre en considération ses répercussions sur la relation entre les pourvoyeurs et les personnes qui veulent accéder à des mesures de soutien et à des services. Il exige d'examiner la façon dont les services sont organisés, comment ils sont reliés à la collectivité dans son ensemble et qui participe à leur prestation.

Ce chapitre porte sur les orientations suivantes :

- Implanter une vision et une culture du rétablissement à l'échelle des organismes
- Reconnaître et valoriser le savoir expérientiel et en tirer des enseignements
- Forger des partenariats de services qui favorisent le rétablissement
- Former des effectifs qui privilégieront une approche axée sur le rétablissement

Peu importe le type de service, l'endroit où il est dispensé, la population desservie ou les rôles professionnels, une orientation axée sur le rétablissement représente un prisme à travers lequel évaluer ce que font les particuliers et les organismes.

Concrétiser un système de santé mentale axé sur le rétablissement qui soit complètement intégré est un processus continu qui prendra du temps à mettre en œuvre. Le rétablissement est une trajectoire par laquelle transitent non seulement les personnes aux prises avec un problème de santé mentale et leurs familles, mais aussi quiconque participe à la prestation de mesures de soutien et de services. Peu importe le type de service, l'endroit où il est dispensé, la population desservie ou les rôles professionnels, une orientation axée sur le rétablissement représente un prisme à travers lequel évaluer ce que font les particuliers et les organismes. Pour accélérer l'adoption de mesures axées sur le rétablissement, on a besoin de « champions » promoteurs d'une telle orientation au sein des organismes, depuis le sommet jusqu'à la base, parmi les personnes qui cherchent du soutien et leurs familles ainsi que les bénévoles, les militants, les décideurs et les bailleurs de fonds. L'engagement en faveur du rétablissement doit s'exprimer dans toutes les activités des organismes.

Dans le cadre des services axés sur le rétablissement, on considère que les personnes aux prises avec un problème de santé mentale ont des aspirations, des espoirs et des besoins fondamentaux semblables à ceux de quiconque. Les services axés sur le rétablissement n'imposent pas de définition prédéterminée de ce qui est « normal » ni ne tente de « réparer » les autres. Adopter une démarche axée sur le rétablissement, c'est miser sur la conviction que les gens vont se rétablir et qu'ils sont capables de déterminer ce dont ils ont besoin. Les services axés sur le rétablissement ont pour objet de soutenir et d'encourager les gens pour qu'ils puissent prendre des décisions tout au long de leur processus de rétablissement.

Les services axés sur le rétablissement nécessitent une orientation et un leadership clairs au sein des organismes. Cette orientation doit faire en sorte que tous les aspects de la pratique communiquent l'espoir et que tous les services et toutes les interventions du personnel soient centrés sur la personne et qu'ils soient souples et réceptifs aux objectifs de rétablissement définis par l'usager. Le rétablissement est favorisé lorsque les pourvoyeurs utilisent leurs connaissances, leurs compétences et leur expertise de façon à aider les usagers à participer activement à leur thérapie, au rythme qui leur convient, et qu'ils travaillent avec les usagers pour les amener à assumer une part de plus en plus importante de responsabilité individuelle pour leur rétablissement.

La pratique axée sur le rétablissement fait appel au travail en collaboration pour améliorer la gestion des symptômes; elle évalue les risques de façon à équilibrer les possibilités de croissance personnelle et les considérations liées à la sécurité et se penche sur les enjeux éthiques qui se présentent chaque fois qu'un traitement est imposé contre la volonté de l'usager. Les pourvoyeurs ne renoncent pas à leur responsabilité personnelle mais ils cherchent à aider l'usager et les personnes qui l'appuient à s'approprier le pouvoir d'agir en fournissant de l'information et en agissant à titre de « coach » de la prise de décisions partagée plutôt qu'à titre d'« expert » qui oriente le plan d'intervention. Une orientation axée sur le rétablissement est compatible avec l'application des critères existants d'évaluation de la responsabilité professionnelle dans tous les milieux de pratique, y compris dans les services aux patients hospitalisés et les services d'urgence. Il s'agit d'examiner les normes de pratique professionnelle pertinentes, de veiller à l'exhaustivité de la prise de décisions et de s'assurer que les souhaits de l'usager soient reflétés et que son rôle dans l'orientation de son plan d'intervention ait été pris en considération.

Le rétablissement est favorisé lorsque les pourvoyeurs utilisent leurs connaissances, leurs compétences et leur expertise de façon à aider les usagers à participer activement à leur thérapie, au rythme qui leur convient, et qu'ils travaillent avec les usagers pour les amener à assumer une part de plus en plus importante de responsabilité individuelle pour leur rétablissement.

PROMOUVOIR LA CITOYENNETÉ À PART ENTIÈRE

Des mesures visant à éliminer les obstacles à l'inclusion sociale et à soutenir les usagers pour qu'ils puissent participer pleinement à la vie de la collectivité sont des éléments clés de la pratique axée sur le rétablissement. Leur participation à part entière, à titre de citoyens égaux qui jouent des rôles sociaux et économiques significatifs, n'est pas considérée comme un élément à réserver pour « quand ça ira mieux » mais plutôt comme un processus fondamental du rétablissement. Promouvoir le rétablissement, c'est aller au-delà des mesures qui consistent exclusivement à gérer les symptômes pour appuyer une évolution positive de toutes les dimensions de la vie de l'usager : sociale, psychologique, culturelle, sexuelle et spirituelle. La pratique axée sur le rétablissement s'emploie à faire en sorte que les usagers aient le choix d'accéder à une gamme complète d'options en matière de services, y compris des services psychiatriques spécialisés, des services de réadaptation psychosociale, des thérapies cognitives et comportementales, des traitements contre la toxicomanie et un soutien de la part de pairs aidants qui ont reçu une formation à cet effet. La réadaptation psychosociale, par exemple, est une pratique reposant sur des données probantes qui fait appel à des outils reconnus pour favoriser le rétablissement, et elle devrait être offerte le plus rapidement possible.

LA DÉTERMINATION À TIRER DES ENSEIGNEMENTS DES PERSONNES AYANT UN SAVOIR EXPÉRIENTIEL

Un changement de cap radical qu'entraîne la pratique axée sur le rétablissement consiste à voir l'usager et sa famille non pas comme les « destinataires » du service mais plutôt comme des « partenaires » avec qui collaborer tout au long du parcours de rétablissement.

> La pratique axée sur le rétablissement démontre la propension à reconnaître la contribution de chaque personne à l'élaboration d'une programmation réceptive centrée sur la personne

Les connaissances que les personnes tirent de leur expérience ainsi que l'expertise des organisations familiales et de pairs jouent un rôle essentiel dans l'amélioration des services. Il est impératif qu'elles contribuent systématiquement à la conception, la prestation et l'organisation des services. La pratique axée sur le rétablissement démontre la propension à reconnaître la contribution de chaque personne à l'élaboration d'une programmation réceptive centrée sur la personne, y compris les services pilotés par les pairs. L'inclusion du savoir expérientiel peut influencer la culture de l'équipe et de l'organisation et aider celles-ci à tenir compte des besoins locaux et à faire preuve d'innovation en faisant appel aux ressources locales[1]. La recherche participative pilotée par des pairs qui engage des personnes ayant un vécu expérientiel dans la définition des priorités de recherche et l'élaboration des protocoles de recherche[2] peut aider à trouver les meilleurs moyens d'améliorer le rétablissement.

PERFECTIONNEMENT DE L'EFFECTIF

Au moment d'adopter une orientation axée sur le rétablissement, il faut revoir systématiquement la composition, le recrutement et la formation de l'effectif des services de santé mentale, en plus d'examiner la façon dont la réussite sera mesurée. La pratique axée sur le rétablissement implique la constitution d'équipes interdisciplinaires qui réunissent l'apport de toutes les disciplines professionnelles et qui accordent la même valeur à leurs connais-

sances et compétences. Il faut se demander quelle est la meilleure façon d'équilibrer les services psychiatriques et médicaux et les approches psychologiques et comportementales cognitives, les approches de la réadaptation psychosociale et les approches alternatives en matière de soins. Pour se doter d'un effectif centré sur le rétablissement, il faut activement augmenter le nombre de personnes ayant un savoir expérientiel et de membres de leurs familles à chaque palier de l'organisme et employer des pairs aidants ayant reçu de la formation en matière de soutien à l'échelle des services de santé mentale[3]. La pratique axée sur le rétablissement fait honneur à la diversité des perspectives et s'inspire d'une vaste gamme de domaines d'études, y compris l'étude des interventions conformes à l'éthique et à la spiritualité. Les compétences spécialisées des praticiens en réadaptation psychosociale peuvent contribuer au renforcement interdisciplinaire de la pratique axée sur le rétablissement.

SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE ET SOINS DE SANTÉ MENTALE AXÉS SUR LA COLLABORATION

Les médecins de famille et les autres professionnels des services de santé de première ligne constituent généralement le premier point de contact, et souvent le seul, pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale[7]. Dans la majorité des cas, ces personnes se sentent à l'aise de parler de leur santé mentale et croient que le niveau de soins offerts par leur médecin est suffisant pour répondre à leurs besoins émotionnels et psychologiques[8].

Toutefois, de nombreux médecins estiment que leurs connaissances et leur formation sont insuffisantes pour évaluer et traiter les maladies mentales et signalent des difficultés à accéder aux services spécialisés d'évaluation psychiatrique. Parallèlement, les personnes atteintes d'un trouble mental grave ne reçoivent pas les soins en santé physique dont elles ont besoin et meurent à un âge de beaucoup inférieur à celui des autres Canadiens[9,10].

La création de pratiques collaboratives et d'équipes interdisciplinaires de soins primaires contribue à améliorer les soins en santé mentale, à diriger les personnes vers les services spécialisés et à renforcer les capacités en intervention précoce et en soins complets et holistiques. Les soins en collaboration et les pratiques axées sur le rétablissement reposent sur des approches communes, notamment :

- l'adoption d'une approche centrée sur la clientèle prenant appui sur la communication, le respect et la confiance;
- la participation des personnes à leurs propres soins à titre de partenaires;
- l'affirmation du droit d'une personne à choisir ses traitements et soutiens;
- l'adoption d'une approche holistique en matière de soins mentaux et corporels;
- la reconnaissance de l'importance du soutien de la famille et de la collectivité;
- l'adaptation du soutien au contexte et à la culture où les soins sont prodigués;
- la facilitation de l'accès homogène et rapide aux soutiens communautaires;
- l'application de pratiques exemplaires fondées sur des preuves;
- l'engagement à contrer la stigmatisation et la discrimination.

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale a créé une volumineuse trousse d'outils factuels pour promouvoir ces approches.

LA SANTÉ MENTALE EN MILIEU DE TRAVAIL

Un milieu de travail sain sur le plan psychologique est sensible aux besoins en matière de santé mentale des employés, favorise l'engagement et la productivité du personnel et aide à améliorer les services[4]. Acquérir une plus grande capacité d'affronter les problèmes, avoir le sentiment de faire œuvre utile, participer à la prise de décisions et s'épanouir sont tout aussi importants pour les fournisseurs de services que pour les gens avec qui ils travaillent. Changer la culture organisationnelle et adopter des pratiques axées sur le rétablissement peuvent accroître la satisfaction au travail et réduire le risque d'usure de compassion et d'épuisement affectif et professionnel[5].

Beaucoup de personnes ayant un savoir expérientiel sont actives dans les services de santé mentale – à tous les paliers des organismes – mais continuent de le taire par crainte de discrimination. Ou encore, la réglementation et la formation professionnelles les empêchent de s'inspirer des enseignements de leur propre parcours de rétablissement. Dans la pratique axée sur le rétablissement, par contre, les personnes ayant un savoir expérientiel sont un atout plutôt qu'un boulet. Favoriser une culture du rétablissement, c'est encourager le personnel à exploiter son propre savoir expérientiel, le cas échéant, pour inspirer l'espoir et donner l'exemple du rétablissement. La divulgation est un outil utile à utiliser dans un contexte thérapeutique qui peut favoriser une culture organisationnelle fondée sur un but commun.

La composition de l'effectif – employés et bénévoles – doit refléter la diversité de la collectivité et le recrutement doit se fonder sur les compétences, les connaissances et les attitudes centrées sur le rétablissement et les qualités personnelles qui inspirent la confiance, suscitent l'espoir, encouragent l'autonomie et valorisent le partenariat. Il faut rechercher activement la participation des personnes ayant un savoir expérientiel lorsqu'il s'agit de façonner les pratiques de gestion des ressources humaines, de contribuer à la révision des descriptions des rôles, d'orienter les processus de recrutement, de prendre part à l'embauche et à l'orientation, d'éclairer et d'offrir la formation continue. L'établissement de plans de recrutement et de perfectionnement professionnel de l'effectif en partenariat avec les personnes qui ont un savoir expérientiel et leurs familles assurera que la formation et les outils fournis au personnel et aux bénévoles renforcent la pratique axée sur le rétablissement.

PARTENARIATS DE SERVICES QUI FAVORISENT LE RÉTABLISSEMENT

La plus grande partie du parcours de rétablissement a lieu à l'extérieur des services de santé mentale, en grande partie à la maison, où les personnes profitent du soutien de leurs réseaux naturels de membres de la famille, d'amis et de voisins, ainsi que dans les lieux où les gens travaillent, apprennent, jouent ou se livrent à des activités culturelles ou spirituelles. Cela signifie qu'il existe un vaste éventail de groupes, de mesures de soutien et de services pouvant apporter une contribution au rétablissement. La mise sur pied de partenariats avec eux est un élément central de la pratique axée sur le rétablissement. Repérer les ressources communautaires hors de la sphère de la santé mentale (notamment les services de logement et d'employabilité, les services de santé primaires, de transport, de sports, de loisirs et de garde d'enfants), entrer en contact et conclure avec eux des ententes de services réciproques favoriseront la prestation de soins holistiques et exhaustifs.

Pour la plupart des gens, le médecin de famille est le premier point de contact pour soigner les troubles mentaux. La constitution d'équipes de soins reposant sur la collaboration qui sont axées sur le rétablissement et de partenariats entre les services de santé mentale et les omnipraticiens peut améliorer les soins, autant en matière de santé physique que de santé mentale. L'accès à des services de santé mentale dans les collectivités rurales et éloignées pose des défis considérables et il faudra de nouvelles approches faisant appel à la technologie, de nouveaux modèles de financement et de nouveaux partenariats de services pour élargir cet accès. En appliquant les principes du partenariat et du développement communautaire, les partenariats et les alliances en matière de services peuvent également militer en faveur des mesures à prendre pour influencer les facteurs socioéconomiques importants pour la santé mentale et le bien-être des personnes, des familles et des collectivités[6].

NOTES DE FIN DU CHAPITRE 6

1 J. Glasby et P. Beresford, « Who knows best? Evidence-based practice and the service user contribution », Critical Social Policy, vol. 26, no 1 (2006), p. 268–284.

2 G. Nelson, E. Macnaughton, S. E. Curwood, N. Egalité, J. Voronka, M. Fleury, M. Kirst, L. Flowers, M. Patterson, M. Dudley, M. Piat et P. Goering, « Collaboration and involvement of persons with lived experience in planning Canada's At Home / Chez Soi project », Health & Social Care in the Community, publication anticipée en ligne, 2015. doi : 10.1111/hsc.12197

3 E. S. Rogers, G. B. Teague, C. Lichenstein, J. Campbell, A. Lyass, R. Chen et S. Banks, « Effects of participation in consumer-operated service programs on both personal and organizationally mediated empowerment: Results of multisite study », Journal of Rehabilitation Research and Development, vol. 44, no 6 (2007), p. 785800.

4 CSA Group et Bureau de normalisation du Québec, Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail - Prévention, promotion et lignes directrices pour une mise en œuvre par étapes, Mississauga (Ontario), CSA Group; Québec, le Bureau, 2013. Sur Internet : http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/issues/workplace/national-standard

5 S. L. Ray, C. Wong, D. White et K. Heaslip, Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals, 2013.

6 Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les populations rurales et isolées : Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs, Mississauga (Ontario), l'Initiative, 2006. Sur Internet : http://www.shared-care.ca/files/FR_CompanionToolkitforRuralandIsolated.pdf

7 A. Hoelscher, Mental Health and Addictions in Primary Care Project Report, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2007, p. 5.

8 D. Macfarlane, Current state of collaborative mental health care, Mississauga (Ontario), Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, 2005, p. 5. Sur Internet : www.ccmhi.ca.

9 Early Onset Illness and Mortality Working Group, 40 is too young to die, Toronto, EOIMWG, 2011. Sur Internet : https://sparknews.wordpress.com/2011/12/08/40-is-too-young-to-die/

10 Ontario Medical Association, Better Care. Healthier Patients. A Stronger Ontario, Toronto, l'Association, août 2010, p. 24. Sur Internet : https://www.oma.org/Resources/Documents/InsightsAndRecommendations.pdf

Vision, engagement et culture axés sur le rétablissement

La vision, la mission et la culture des organismes qui dispensent des services de santé mentale reposent sur une orientation axée sur le rétablissement.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

- La mission et la vision de l'organisme présentent le soutien du rétablissement comme l'activité primordiale des services de santé mentale et le principal objectif de la pratique en matière de santé mentale.
- La vision et les valeurs de l'organisme reflètent une croyance dans la faculté de chaque personne d'utiliser ses capacités, de prendre des décisions et de se rétablir.
- Les dimensions physiques, sociales et culturelles de l'environnement des services incarnent des pratiques humanistes et suscitent l'espoir et l'optimisme.
- La prestation des services est guidée par la mission, la vision, les valeurs et la philosophie du leadership de l'organisme.
- Tous les membres du personnel sont déterminés à concrétiser l'engagement de l'organisme envers le rétablissement.

LES PRATICIENS ET LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE…

Valeurs et attitudes

- reconnaissent que la promotion du rétablissement est un travail primordial et non un ajout optionnel ou un objectif supplémentaire
- s'engagent à tirer des enseignements des personnes ayant un savoir expérientiel des problèmes de santé mentale au sujet de la façon dont le service peut le mieux soutenir leurs tentatives de rétablissement
- reconnaissent l'importance de faire preuve d'inclusivité et de chercher à offrir aux usagers un maximum d'occasions de se prendre en charge eux-mêmes et d'assumer la responsabilité de leur rétablissement

Connaissances

- se tiennent au courant des pratiques exemplaires émergentes en matière de soutien du rétablissement
- connaissent des façons de maximiser la capacité de l'usager de prendre des décisions et d'exercer un contrôle sur son parcours de rétablissement
- sont capables d'accéder à des outils, des ressources et de la formation pour favoriser une transformation de la culture axée sur le rétablissement

Compétences et comportements

- préconisent la mise en avant des valeurs et des principes du rétablissement dans la mission, la vision, le plan stratégique de l'organisme ainsi que dans son matériel promotionnel, ses ressources pédagogiques et son site Web
- enchâssent les principes, les valeurs et le langage du rétablissement dans les outils d'évaluation, les plans de rétablissement, les rapports sur les progrès et le service et la correspondance
- intègrent les principes du rétablissement dans le recrutement, la supervision, le matériel d'évaluation, de vérification et de planification ainsi que dans les politiques et procédures opérationnelles

QUESTIONS POUR ALIMENTER LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

Pratique axée sur le rétablissement

- Comment votre approche individuelle de la pratique s'harmonise-t-elle avec la vision de l'organisme pour ses activités principales et ses objectifs en matière de prestation des services?
- Quels exemples illustrent vos efforts systématiques pour instaurer une culture axée sur le rétablissement dans le contexte des services?
- Comment avez-vous aidé à célébrer les réussites des équipes cliniques lorsqu'il s'agissait de renforcer l'adoption d'une orientation axée sur le rétablissement?
- De quelles façons avez-vous partagé l'information, les recherches et les ressources qui contribuent à enchâsser des principes et des pratiques axés sur le rétablissement au sein de l'organisme?

Leadership axé sur le rétablissement

- Comment l'organisme démontre-t-il les éléments fondamentaux des principes axés sur le rétablissement dans la sélection des membres du conseil d'administration et de la direction, la nomination du personnel, la participation de la collectivité et les interactions avec les médias?
- Faites un examen critique des énoncés de la mission, de la vision et des valeurs de l'organisme. Dans quelle mesure correspondent-ils aux objectifs de rétablissement?
- Avez-vous examiné le temps et les ressources qui ont été consacrés à la mise en œuvre et au maintien d'une approche axée sur le rétablissement dans la prestation des services?
- Quels sont les obstacles systémiques qui se répercutent sur votre organisme et quelles sont les mesures que vous prenez pour les éliminer ou en limiter les répercussions?
- Quelles autres mesures pourriez-vos prendre pour promouvoir une orientation axée sur le rétablissement dans la prestation des services?
- Comment encouragez-vous des milieux de travail sûrs, sains, solidaires, réconfortants et qui favorisent le rétablissement?

POSSIBILITÉS À ENVISAGER POUR LES DIRIGEANTS ET LES GESTIONNAIRES

- Participer à des tribunes de dirigeants et à des communautés de pratique qui peuvent contribuer à élargir les possibilités de promotion du rétablissement au sein de l'organisme.
- Démontrer aux organismes d'accréditation et de réglementation l'importance d'une vision, d'un engagement et d'une culture du rétablissement et préconiser leur inclusion dans les normes et les compétences.
- Mener une vérification publique de la mission, de la vision et des valeurs par rapport aux éléments du rétablissement et aux pratiques exemplaires..

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

- Daniels, A., E. Grant, B. Filson, I. Powell, L. Fricks et L. Goodale. Pillars of peer support: Transforming mental health systems of care through peer support services, 2010. Sur Internet : http://www.pillarsofpeersupport.org/final%20%20PillarsofPeerSupportService%20Report.pdf
- Kidd, S. A., K. J. McKenzie et G. Virdee. « Mental health reform at a systems level: Widening the lens on recovery-oriented care », Canadian Journal of Psychiatry, vol. 59, no 5 (2014), p. 243–249.
- Lagueux, N., D.Harvey, et H. Provencher. « Quand le savoir expérientiel influence nos pratiques... L'embauche de pairs aidants à titre d'intervenants à l'intérieur des services de santé mentale », Pratiques De Formation-Analyses, 58-59 (2010), 155-174. Sur internet (pour achat) : http://www-ufr8.univ-paris8.fr/pfa/textpdf/plaq_def_pfa_010210.pdf
- Piat, M., J. Sabetti et D. Bloom. « The transformation of mental health services to a recovery-orientated system of care: Canadian decision maker perspectives », International Journal of Social Psychiatry, vol. 56, no 2 (2010), p. 168–177. doi : 10.1177/0020764008100801
- Shepherd, G., J. Boardman, et M. Slade. Faire du rétablissement une réalité, Sainsbury Centre for Mental Health, London, 2007. Traduction en 2012 du document Making Recovery a Reality, Institut universitaire de santé mentale Douglas, Montréal. Sur Internet : www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Making_recovery_a_reality_policy_paper.pdf
- Slade, M. 100 ways to support recovery: A guide for mental health professionals, 2e éd., Londres, Rethink Mental Illness, 2013. Sur Internet : http://www.rethink.org/about-us/commissioning-us/100-ways-to-support-recovery

Reconnaître et valoriser le savoir expérientiel des usagers, en tirer des enseignements et apprendre des familles, du personnel et des collectivités

Les services de santé mentale axés sur le rétablissement valorisent et respectent le savoir expérientiel des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, de leur famille et de leurs amis ainsi que du personnel et de la collectivité locale et en tirent des enseignements.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

- Le savoir expérientiel des personnes aux prises avec un problème de santé mentale, de leurs familles et de leurs amis ainsi que du personnel et de la collectivité locale est recherché et respecté.
- Les services de santé mentale axés sur le rétablissement offrent des rôles et des postes significatifs aux personnes ayant un savoir expérientiel des problèmes de santé mentale.
- La culture organisationnelle aide le personnel à s'inspirer de son savoir expérientiel dans ses rapports avec les personnes qui ont recours à ses services.

LES PRATICIENS ET LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE…

Valeurs et attitudes

- sont disposés à apprendre des personnes ayant un savoir expérientiel du rétablissement et à être transformés et mis au défi par elles, et le font avec enthousiasme, qu'il s'agisse d'usagers, d'employés de l'organisme ou de membres de la collectivité
- recherchent des sources de savoir expérientiel à l'extérieur de l'organisme, comme des groupes de défense des droits et des intérêts et des comités de personnes ayant un savoir expérientiel, des groupes d'entraide et des sympathisants ainsi que des rétroactions issues de consultations, d'évaluations des services et de recherches participatives
- préconisent l'inclusion, l'équité et l'emploi de processus robustes pour faciliter la participation des personnes ayant un savoir expérientiel

Connaissances

- comprennent l'importance de la participation des personnes ayant un savoir expérientiel et les processus pour la faciliter et savent comment adapter ces processus à différents contextes, notamment les services à l'enfance et aux jeunes, les services destinés aux aînés et les milieux judiciaires ou contraignants
- voient la contribution du savoir expérientiel lorsqu'il s'agit d'optimiser l'orientation des services et l'exercice du choix à divers âges et dans différents contextes
- savent comment encourager le recrutement équitable qui permet de disposer d'un effectif possédant les qualifications et les titres appropriés et ayant un savoir expérientiel des problèmes de santé mentale et du rétablissement, et sont capables de reconnaître des pratiques de recrutement discriminatoires
- connaissent les normes d'accessibilité et de sécurité psychologique dans le milieu de travail ainsi que les lois pertinentes sur les droits

Compétences et comportements

- recherchent et utilisent activement de l'information et des rétroactions auprès de personnes ayant un savoir expérientiel des problèmes de santé mentale et de leurs familles, individuellement ou collectivement, par l'entremise d'associations qui les représentent, afin d'innover et d'apporter des améliorations dans les services
- intègrent à la pratique des connaissances tirées de recherches et recueillies auprès de personnes ayant un savoir expérientiel
- donnent aux personnes en cours de rétablissement l'occasion d'apprendre auprès de pairs qui font partie de l'effectif, notamment par l'entremise d'activités de mentorat, d'encadrement ou de formation offertes par les pairs

QUESTIONS POUR ALIMENTER LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

Pratique axée sur le rétablissement

- Qu'avez-vous observé au sujet de la façon dont la divulgation efficace et le partage du savoir expérientiel peuvent favoriser la pratique axée sur le rétablissement?
- Comment combinez-vous savoir expérientiel et expertise professionnelle pour créer un corpus de connaissances en collaboration et favoriser la création conjointe de programmes?
- Comment avez-vous préconisé le recours à des services et des programmes gérés par des pairs et intégré de tels services et programmes à votre pratique pour promouvoir le rétablissement?

Leadership axé sur le rétablissement

- Comment avez-vous aidé votre personnel à réfléchir à sa propre expérience en matière de problèmes de santé mentale et qu'avez-vous fait pour encourager l'utilisation appropriée de son savoir expérientiel?
- Comment recherchez-vous et obtenez-vous les points de vue des personnes ayant un savoir expérientiel et comment utilisez-vous cette information pour façonner les services et les programmes?
- Faites un examen critique des énoncés de principes de votre organisme, des possibilités de perfectionnement professionnel qu'il offre, de son approche envers le financement et le soutien des cadres. Quelles mesures avez-vous prises pour intégrer des pairs aidants et d'autres personnes ayant un savoir expérientiel dans le contexte de vos services?
- Comment les processus de prise de décisions prévoient-ils la participation des usagers des services de santé mentale et des personnes ayant un savoir expérientiel du rétablissement?
- Les mécanismes de planification, d'évaluation et d'examen de votre organisme ou de votre service incluent-ils des personnes ayant un savoir expérientiel du rétablissement?
- Quels lieux sûrs offrez-vous aux pairs pour qu'ils tiennent des réunions, se rencontrent et organisent des activités, des campagnes et des services conçus et dirigés par des pairs?

POSSIBILITÉS À ENVISAGER POUR LES DIRIGEANTS ET LES GESTIONNAIRES

- Offrir des programmes d'éducation et de formation dirigés par des pairs et des personnes en rétablissement à tout le personnel, dans toutes les disciplines et à tous les niveaux; planifier des occasions qui permettront au personnel et aux personnes ayant un vécu expérientiel d'apprendre ensemble et prévoir du temps réservé à la formation.
- Promouvoir des activités de recherche et d'évaluation qui font participer des pairs et des personnes en rétablissement; en concrétiser les résultats en améliorations dans le service et en normes de pratique.
- Lancer de nouveaux modèles et de nouveaux programmes dirigés par les pairs qui réunissent des personnes ayant un vécu expérientiel, des familles et des soignants ainsi que les fournisseurs de services.
- Établir des contacts avec les associations de familles et de pairs et organiser des façons dont le personnel et les fournisseurs de services peuvent profiter de leur expertise.

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

- Canadian Coalition of Alternative Mental Health Resources. Ratified position papers [exposés de position rédigés par des consommateurs], St. Catharines (Ontario), la Coalition, s.d. Sur Internet : http://ccamhr.ca/positions.html
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. From surviving to advising [billet de blogue], 9 février 2015. Description d'un programme novateur qui jumelle des résidents en psychiatrie de quatrième année avec des personnes ayant une expérience vécue pour que les dernières conseillent les premiers sur les questions d'engagement, de respect et de rétablissement. Sur Internet : http://camhblog.com/2015/02/09/from-surviving-to-advising/#more-1467
- in2mentalhealth. Empowerment, identity and hope: Recovery and peer/user-led models in global mental health, 2012. Sur Internet : http://in2mentalhealth.com/2012/09/03/empowerment-identity-and-hope-recovery-and-peeruser-led-models-in-global-mental-health/
- PeerZone. Leading our recovery, s.d. Liste de ressources établie par des consommateurs. Sur Internet : http://www.peerzone.info/leading-our-recovery#resources
- Provencher, H., C. Gagné, et L. Legris. L'intégration de pairs aidants dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté: points de vue de divers acteurs, 2012. Synthèse des résultats de l'étude, sur internet : http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/06/Pairs-aidants-synthese.pdf . Sommaire du document, sur internet : http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/09/pairs-aidants-rapport-sommaire.pdf.

Des partenariats de services pour favoriser le rétablissement

Un service de santé mentale axé sur le rétablissement établit des partenariats avec d'autres organismes à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé mentale.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

- Plusieurs services et mesures de soutien à l'extérieur du système de santé mentale jouent un rôle important dans la promotion du rétablissement et du bien-être et sont nécessaires pour aider les personnes à se sentir liées à leur collectivité, à leurs traditions et à leurs cultures.
- Les partenariats renforcent l'efficacité du système de santé mentale en faisant le meilleur usage de ressources complémentaires.
- Les praticiens de la santé mentale travaillent par l'entremise de partenariats judicieux qui facilitent l'accès aux services et aux ressources disponibles localement.

LES PRATICIENS ET LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE…

Valeurs et attitudes

- regardent au-delà du milieu de la santé mentale pour repérer des possibilités de partenariats de services
- réservent un bon accueil aux initiatives proposant de nouveaux mécanismes de prestation des services
- reconnaissent que de solides partenariats de services facilitent la prestation de soins holistiques et exhaustifs
- reconnaissent et valorisent l'expertise et la contribution d'autres disciplines, d'autres services et d'autres secteurs
- considèrent les organismes partenaires et leur personnel comme des égaux

Connaissances

- comprennent que l'expertise et les connaissances nécessaires pour faciliter le rétablissement viennent autant de l'intérieur que de l'extérieur des services de santé mentale
- se tiennent au courant des services, des ressources, des points de référencement et d'accès et des procédures en la matière dans la localité
- sont sensibilisés aux ressources locales qui offrent des mesures de soutien en matière de logement, d'aide au revenu, d'employabilité, de transport et d'activités sociales et récréatives
- sont au courant des données probantes émergentes concernant la coordination des services et la mise sur pied de partenariats ainsi que des outils d'analyse des partenariats qui permettent de mesurer les alliances, d'en faire le suivi et de les renforcer

Compétences et comportements

- consacrent du temps et affectent du personnel, du matériel et des ressources à la mise sur pied de partenariats de service et mettent des locaux à leur disposition
- font du soutien du rétablissement l'objectif commun des partenariats de services
- préconisent l'élaboration de plans de prise en charge personnelle et de directives préalables en matière de soins et la désignation de mandataires habilités à prendre des décisions pour faciliter les choix et la prise de décisions par les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ainsi que les transitions entre les organismes partenaires
- veillent à ce que tous les membres des partenariats de services envisagent de la même façon les rôles, les responsabilités et les attentes de chacun

QUESTIONS POUR ALIMENTER LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

Pratique axée sur le rétablissement

- Comment misez-vous régulièrement et systématiquement sur les points forts, les connaissances, l'expertise et les ressources d'autres services pour appuyer et favoriser l'atteinte des objectifs de rétablissement?
- Consacrez-vous du temps et des ressources à la coordination efficace des services et à l'établissement de relations positives avec d'autres services et à l'intérieur de l'équipe?
- Comment décidez-vous des services et des organismes vers lesquels vous dirigez les usagers ou que vous leur recommandez?

Leadership axé sur le rétablissement

- Un engagement en faveur de la maîtrise de la pratique et de la prestation de services axées sur le rétablissement est-il inclus dans vos énoncés de principe et dans les ententes de services et les contrats que vous avez conclus?
- Examinez un échantillon de vos ententes de partenariat et de vos arrangements de services partagés. Les structures d'administration, de communication et de prise de décisions sont-elles faciles à utiliser, accessibles et basées sur les principes du rétablissement?
- Comment accédez-vous au savoir expérientiel au moment de constituer des partenariats de services solidaires, réceptifs et centrés sur la personne?
- Comment encouragez-vous et récompensez-vous la collaboration de la part du personnel et la réciprocité entre organismes?
- Quels mécanismes avez-vous utilisés pour travailler avec d'autres, par exemple des groupes de réglementation, des bailleurs de fonds ou des leaders communautaires, pour promouvoir des possibilités élargies de partenariats?
- Comment vos initiatives continues d'amélioration et de qualité permettent-elles de veiller à ce que des pratiques exemplaires de coordination et de collaboration soient mises en place (p. ex. mécanismes de référencement, conférences entre services, soins partagés, planification commune du congé des patients, directives des usagers)?

POSSIBILITÉS À ENVISAGER POUR LES DIRIGEANTS ET LES GESTIONNAIRES

- Normaliser les processus communs entre organismes, notamment les protocoles, les processus d'aiguillage, les normes de service, la collecte des données et la production de rapports.
- Établir des moyens pour faciliter l'utilisation de directives préalables et d'approches communes pour promouvoir une orientation axée sur le rétablissement entre les administrations gouvernementales et les secteurs.
- Participer à des réseaux de planification multisectorielle et militer en faveur de l'inclusion; tenir le personnel et les bénévoles au courant de ces initiatives à l'échelle du système.
- Souscrire des abonnements à des bulletins publiés par des organismes communautaires et des personnes ayant un vécu expérientiel et les faire circuler.
- Établir des communautés de pratique locales multisectorielles ayant des buts communs qui visent à promouvoir les approches axées sur le rétablissement, l'équité et l'inclusion.

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

- Annapolis Valley Health. Healthy & flourishing communities, 2013. Sur Internet : http://www.avdha.nshealth.ca/mental-health-addiction-services/flourishing-communities/healthy-flourishing-communities
- Heffernan, J., et P. Pilkington. « Supported employment for persons with mental illness: Systematic review of the effectiveness of individual placement and support in the UK », Journal of Mental Health, vol. 20, no 4 (2011), p. 368–380. doi : 10.3109/09638237.2011.556159
- Heyland, M., C. Emery et M. Shattell. « The Living Room, a community crisis respite program: Offering people in crisis an alternative to emergency departments », Global Journal of Community Psychology Practice, vol. 4, no 3 (2013), p. 1–8. Sur Internet : http://www.gjcpp.org/pdfs/2013-007-final-20130930.pdf
- Mitchell, S. « Ontario's Minding Our Bodies initiative: Partnering locally and provincially to promote mental and physical health », Visions: BC's Mental Health and Addictions Journal, vol. 10, no 2 (2014), p. 24. Sur Internet : http://www.heretohelp.bc.ca/visions/mind-body-connection-vol10/ontarios-minding-our-bodies-initiative#sthash.TiRfv34i.dpuf
- Vasilevska, B., A. Madan et L. Simich. Refugee mental health: Promising practices and partnership building resources, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2010. Sur Internet : http://wiki.settlementatwork.org/w/uploads/Refugee_Mental_Health_Promising_practices_guide.pdf

Planification et perfectionnement de l'effectif

Pour les services de santé mentale axés sur le rétablissement, c'est une priorité de se doter d'un effectif bien informé, compatissant, réceptif à la collaboration, compétent et diversifié qui intègre le savoir expérientiel et qui est déterminé à soutenir le rétablissement d'abord et avant tout.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

- Les organismes axés sur le rétablissement ont besoin d'un effectif bien informé, compatissant, réceptif à la collaboration et qui est compétent et diversifié.
- Les organismes axés sur le rétablissement valorisent et respectent le savoir expérientiel et le considère comme un atout.
- Les processus de perfectionnement professionnel et d'amélioration continue de l'organisme comprennent l'apprentissage et le perfectionnement systématiques et encouragent une réflexion sur les moyens de mettre de l'avant la pratique axée sur le rétablissement.
- Les organismes axés sur le rétablissement s'efforcent d'offrir des milieux de travail mentalement sains et psychologiquement sécuritaires.

LES PRATICIENS ET LES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE…

Valeurs et attitudes

- sont ouverts au changement et au perfectionnement et accueillent favorablement de nouvelles pratiques de travail
- prennent un engagement en faveur de l'apprentissage et de l'amélioration continue
- réservent un bon accueil au savoir expérientiel lorsqu'il s'agit de mettre de l'avant des façons de travailler empreintes de compassion et centrées sur la personne
- sont en faveur de la constitution d'un effectif comptant davantage de professionnels qui ont un savoir expérientiel des problèmes de santé mentale et valorisent des rôles professionnels pour les pairs
- font preuve de générosité et d'esprit de collaboration lorsqu'il s'agit de partager des ressources et d'acquérir des connaissances
- respectent la dignité de pouvoir prendre des risques et abordent la prise de risques en contexte positif comme une occasion de réussir

Connaissances

- savent comment les éléments centraux d'une orientation axée sur le rétablissement peuvent être appliqués dans n'importe quel contexte de la santé mentale et comment cette orientation peut être appliquée auprès de diverses populations
- recherchent des connaissances dans une vaste gamme de domaines pour appuyer l'apprentissage et le perfectionnement axés sur le rétablissement
- comprennent les données probantes sur lesquelles reposent les pratiques de travail qui renforcent l'adoption d'une orientation axée sur le rétablissement
- sont au courant des pratiques, des valeurs et des compétences en matière de réadaptation psychosociale et des rôles qu'elles jouent dans le rétablissement personnel
- connaissent les lois pertinentes et les exigences en matière de sécurité et les motifs qui peuvent justifier des interventions coercitives
- sont au courant de la gamme des options de traitement, de thérapie et d'autres modes d'intervention et de la meilleure façon de contribuer à la gestion des symptômes
- comprennent clairement les normes de pratique professionnelle et les obligations redditionnelles
- comprennent les facteurs qui contribuent à la santé mentale et à la sécurité psychologique en milieu de travail ainsi que leur impact sur l'alliance thérapeutique

Compétences et comportements

- sont compétents pour évaluer l'orientation axée sur le rétablissement de l'organisme
- collaborent avec des personnes ayant un savoir expérientiel lorsqu'ils formulent des plans de formation et de perfectionnement
- encouragent les équipes à renforcer l'application d'une orientation axée sur le rétablissement dans divers contextes et auprès de populations variées et diversifiées et leur donnent les moyens de le faire
- travaillent avec des spécialistes de la réadaptation psychosociale qui dispensent des services spécialisés et appuient l'adoption de pratiques axées sur le rétablissement dans diverses disciplines et divers services
- élaborent un plan et mettent sur pied une infrastructure pour favoriser le perfectionnement et le maintien en poste du personnel dans un milieu de travail solidaire, sain et réconfortant
- apportent une contribution à l'innovation dans les services à tous les niveaux de l'organisme et invitent les personnes qui recherchent du soutien, les familles et d'autres partenaires locaux à participer à l'élaboration des services et à la formation du personnel
- font régulièrement une analyse réflexive de leur pratique pour continuellement élargir leurs connaissances, examiner leur propre travail, leur façon de voir les choses et leurs habitudes et réaliser des progrès dans le soutien du rétablissement

QUESTIONS POUR ALIMENTER LA PRATIQUE RÉFLEXIVE

Pratique axée sur le rétablissement

- Avez-vous intégré des pairs aidants en tant que membres d'une discipline qui apportent leurs compétences et leur expertise aux services de santé mentale ? Avez-vous des postes rémunérés de soutien par les pairs?
- Avez-vous tiré des enseignements de la sagesse et de l'expérience d'autrui dans les domaines de la supervision, du mentorat et de l'encadrement?
- Comment utilisez-vous des ressources comme les programmes de formation, les consultations en matière d'éthique ou les discussions avec des pairs pour résoudre des conflits, régler des situations difficiles ou atténuer les tensions dynamiques qui se présentent dans votre travail?

Leadership axé sur le rétablissement

- Comment vos procédures de recrutement favorisent-elles la sélection de membres du personnel qui ont les valeurs, les attitudes et les connaissances appropriées, tirées à la fois du savoir expérientiel et des études ou de la formation professionnelle pour soutenir les processus de rétablissement?
- Quelles mesures ont été mises en place au sein de l'organisme pour bâtir un effectif compétent et diversifié sur le plan culturel?
- Comment vos pratiques de recrutement, de formation, de perfectionnement et de supervision du personnel reflètent-elles et encouragent-elles la primauté des forces et des résultats positifs plutôt que des déficits?
- Comment le système de gestion du rendement évalue-t-il les progrès accomplis par les membres du personnel dans le soutien du rétablissement?
- Comment avez-vous validé les indicateurs utilisés dans les évaluations du personnel et des services et comment avez-vous fait en sorte qu'ils soient pertinents et significatifs pour les personnes qui recherchent du soutien et leur famille?
- Qu'avez-vous fait pour récompenser un leadership, à tous les niveaux, solide et déterminé et qui inspire l'application de principes et de valeurs axés sur le rétablissement?
- Les personnes ayant un savoir expérientiel des défis de la santé mentale et du rétablissement sont-elles valorisées et intégrées partout dans l'organisme, depuis la prestation directe des services jusqu'à la gouvernance?
- Comment faites-vous l'évaluation et la promotion de la santé mentale en milieu de travail?

POSSIBILITÉS À ENVISAGER POUR LES DIRIGEANTS ET LES GESTIONNAIRES

- Mettre sur pied des cercles d'apprentissage et des communautés de pratique pour faciliter le rétablissement dans la vie et au travail; inclure une grande variété de perspectives, p. ex. les collectivités IRER, les GLBTT, les familles, les aînés et les adolescents.
- Rechercher des partenariats multi organismes et promouvoir des études multi sites pour encourager l'apprentissage et la recherche en collaboration; partager les méthodes d'évaluation et les conclusions.
- Créer une stratégie et un plan d'action locaux pour les effectifs/les ressources humaines qui intègrent le savoir expérientiel et comprennent des attentes explicites conformes au soutien du rétablissement.
- Travailler avec des bailleurs de fonds, des groupes syndicaux et professionnels, des établissements d'enseignement, des décideurs et des organismes de réglementation pour favoriser l'harmonisation des stratégies concernant les effectifs (y compris le recrutement, l'embauche et la formation de personnes ayant un vécu expérientiel et de pairs spécialisés) de façon à ce que des administrations entières puissent mettre le rétablissement de l'avant.

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

- Adams, E., et J. Bateman. Mental health recovery: Philosophy into practice: A workforce development guide, Rozelle (Australie), Mental Health Coordinating Council, 2008. Sur Internet : http://www.mhcc.org.au/media/10405/wfdg-intro.pdf
- Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation. Principled leadership in mental health systems, Boston, l'Université, s.d. Sur Internet : http://cpr.bu.edu/resources/newsletter/principled-leadership-mental-health-systems
- Boardman, J., et G. Roberts. Risk, safety and recovery, Londres, Centre for Mental Health et Mental Health Network NHS Confederation, Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC), 2014. Sur Internet : http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/ImROC-Briefing-Risk-Safety-and-Recovery.pdf
- Canadian Patient Safety Institute. Mental health modules, 2012. Sur Internet : http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/education/PatientSafetyEducationProject/PatientSafetyEducationCurriculum/MentalHealthModules/Pages/default.aspx
- Lyon, A. R., S. W. Stirman, S. E. Kerns et E. J. Bruns. « Developing the mental health workforce: review and application of training approaches from multiple disciplines », Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, vol. 38, no 4 (2011), p. 238–253. doi : 10.1007/s10488-010-0331-y
- Psychosocial Rehabilitation / Réadaptation Psychosociale Canada (PSR/RPS). Competencies of practice for Canadian recovery-orientated psychosocial rehabilitation practitioners, Bradford (Ontario), PSR/RPS, 2013. Sur Internet : http://www.psrrpscanada.ca/index.php?src=gendocs&ref=competencies&category=Main

Démarrage
ET MESURE DES PROGRÈS

Ce Guide de référence a été élaboré pour répondre de façon détaillée à la question « À quoi ressemble une orientation axée sur le rétablissement dans les faits? ». Le Guide vise à répondre au besoin exprimé par les intervenants concernant un langage uniformisé et une compréhension commune des principes du rétablissement afin de stimuler les discussions et d'accélérer l'adoption de pratiques axées sur le rétablissement partout au Canada.

La mise en place de services axés sur le rétablissement est l'affaire de tous, depuis le personnel directement chargé des soins jusqu'au personnel administratif, en passant par les professionnels, les superviseurs d'équipe, les principaux dirigeants et les bénévoles. Bien que de nombreux intervenants, par exemple les spécialistes de la réadaptation psychosociale, aient depuis longtemps adopté une démarche axée sur le rétablissement, il faudra du temps pour mettre en œuvre une telle approche à l'échelle des services et des systèmes. L'instauration de pratiques axées sur le rétablissement a des incidences d'envergure sur la conception et la prestation des services, et les provinces, les régions, les organismes et les praticiens progresseront forcément à leur propre rythme.

Un leadership et un engagement organisationnel sont nécessaires pour promouvoir le changement et guider la modification des politiques et des pratiques. Favoriser l'amélioration continue de la qualité et le renforcement des données probantes à l'appui d'une pratique axée sur le rétablissement exigera une évaluation continue des dimensions multiples et complexes de cette pratique au niveau du système, du service, du programme et de la pratique individuelle[1].

Les praticiens peuvent compter sur un nombre croissant d'outils à leur disposition pour mesurer les valeurs, les croyances et les relations de soutien associées au rétablissement[2], y compris les outils qui permettent de mesurer l'espoir et l'optimisme ressentis par une personne, ses relations interpersonnelles, son identité personnelle, son degré d'autonomie et son sentiment que la vie a un sens et un but[3]. Des mesures sont également disponibles pour évaluer les résultats du rétablissement relatifs à de nombreuses dimensions de la qualité de vie, dont l'emploi, le revenu, les relations sociales, la participation communautaire, la protection des droits et la participation civique[4]. Il est également possible d'évaluer la qualité de l'appui fourni par les services axés sur le rétablissement à l'aide de mesures du respect, de la sécurité, de la confiance et de l'inclusion[5].

Le Guide de référence constitue une ressource supplémentaire qui renforcera les mesures existantes du progrès et contribuera à la création d'outils permettant d'évaluer le degré d'inclusion sociale et de protection des droits, ainsi que la mesure dans laquelle le rétablissement a été adapté aux approches du service spécifiques au Canada et aux besoins en santé mentale de sa population diversifiée. Ce processus sera accéléré par la création de partenariats de collaboration entre les « experts par expérience », les fournisseurs de services, les gestionnaires et les chercheurs ayant des compétences en évaluation[6].

DES IDÉES POUR DÉMARRER…

Chacun a un rôle à jouer dans la mise en œuvre d'une pratique axée sur le rétablissement et dans la transformation des services. Il n'y a pas de solution universelle ou facile pour mettre en place une approche axée sur le rétablissement. Aussi, chaque personne et organisme entreprend un cheminement différent en fonction de ses besoins et du contexte. Les suggestions qui suivent ne constituent pas une liste exhaustive de ce qui doit être fait et ne représentent pas non plus une marche à suivre linéaire. Les dix points proposés reposent toutefois sur des stratégies reconnues pour la mise en pratique de politiques.

1 Acquisition de connaissances sur la pratique axée sur le rétablissement

La création d'un langage commun et une compréhension commune du rétablissement et de la pratique axée sur le rétablissement sont des étapes essentielles dans l'élaboration d'un plan d'action.

a) Diffuser le Guide de référence pour une pratique axée sur le rétablissement dans tout l'organisme et dans les réseaux. Activités possibles :

- Organiser une rencontre pour discuter du Guide de référence.
- Tenir des dînerscauseries interdisciplinaires sur le rétablissement avec des personnes ayant un vécu expérientiel.
- Inviter les pairs aidants à parler du rôle et des avantages du soutien offert par les pairs.
- Organiser des présentations sur les derniers résultats de recherche en matière de pratique axée sur le rétablissement.
- Soutenir le développement de collectivités de praticiens permanentes.

b) Apprendre des autres et communiquer les innovations :

- Inviter les pourvoyeurs de la collectivité ou de la région ayant élaboré une pratique axée sur le rétablissement à parler de leur expérience.
- Lire le document intitulé 100 Ways To Promote Recovery (http://www.rethink.org/aboutus/commissioningus/100waystosupportrecovery).
- Joindre les rangs de Star Wards, organisme qui vise à promouvoir des moyens simples d'améliorer les services aux patients hospitalisés (http://www.starwards.org.uk/).
- Collaborer avec d'autres intervenants par l'entremise des plateformes de collaboration en matière de rétablissement.

2 Établissement d'un leadership

La mise en œuvre d'une approche axée sur le rétablissement exige un leadership à tous les échelons organisationnels. Le soutien de la haute direction et de la fonction de gouvernance fournit un mandat pour agir et renforce la responsabilisation à l'égard des mesures prises.

- Encourager le conseil d'administration et la haute direction à intégrer les principes du rétablissement dans la mission, la vision et les énoncés de valeurs de l'organisme.
- Signer la Déclaration d'engagement envers le rétablissement à titre individuel ou au nom de l'organisme et afficher publiquement le certificat.
- Dialoguer des questions de gouvernance entre partenaires et avec les groupes d'intervenants afin de comprendre les besoins et de déterminer une stratégie de collaboration pour promouvoir le développement de services axés sur le rétablissement.

3 Désignation de « champions » promoteurs du rétablissement

Des personnes qui font la promotion de la transition vers une approche axée sur le rétablissement peuvent jouer un rôle clé pour stimuler le changement et donner l'impulsion requise à leurs pairs, qu'il s'agisse de personnes ayant un savoir expérientiel et des membres de leur famille, de groupes particuliers de pourvoyeurs ou de catégories d'intervenants au sein de chaque organisme. Ces « champions » peuvent définir une vision claire et convaincante des avantages liés à l'adoption d'une orientation axée sur le rétablissement et mettre en pratique les valeurs et les comportements axés sur le rétablissement.

- Élaborer une stratégie pour désigner des « champions » promoteurs du rétablissement au sein de l'organisation et dans l'ensemble de la collectivité.
- Reconnaître, honorer et célébrer les réussites et reconnaître et récompenser le leadership.

4 Évaluation de la situation

Pour progresser, il faut avoir une bonne compréhension de la nature de la pratique ou du service et connaître la mesure dans laquelle cette pratique ou ce service est déjà axé sur le rétablissement ainsi que les ressources disponibles pour soutenir un changement plus approfondi. Beaucoup de praticiens, de programmes et d'organismes ont déjà mis en œuvre les éléments essentiels d'une pratique axée sur le rétablissement. Le recensement des points forts de l'organisme et de la pratique contribue à stimuler la confiance en plus de conférer un sentiment de progression.

- Utiliser les questions pour alimenter une pratique et un leadership réflectifs énoncées dans le Guide de référence pour ouvrir la voie à l'évaluation des pratiques courantes.
- Mobiliser les personnes qui utilisent les services et faire appel aux membres de leurs familles pour évaluer les progrès réalisés.
- Tirer profit de discussions informelles menées régulièrement par les cadres et dirigeants ainsi que d'assemblées générales, de discussions sur les cas et autres pour cerner les points forts de l'organisme et accroître l'engagement.

5 Engagement envers la prise de mesures

Il importe de prendre, consciemment et délibérément, la décision de réorienter la pratique vers le rétablissement et d'examiner tous les processus et pratiques. Il s'agit d'une étape difficile de la transformation des politiques, des pratiques, des services et des systèmes qui a une incidence sur tous les volets de l'organisme ou du service.

- Examiner tous les volets de l'organisme et s'engager à prendre les mesures qui s'imposent.
- Créer des plateformes permanentes pour les discussions regroupant le personnel, les personnes ayant un savoir expérientiel, les membres de leur famille et les aidants.
- Recenser les points communs et s'entendre sur les mesures à prendre.
- Déterminer ce qui peut être fait au moyen des structures et des ressources actuelles et où les nouveaux investissements peuvent être réaffectés ou mis à profit pour faire progresser le plan d'action.
- Prévoir des vérifications régulières et fréquentes pour soutenir l'engagement envers les mesures à prendre.

6 Élaboration de plans de mise en œuvre

Les changements ont lieu simultanément à plusieurs niveaux, et une planification systématique peut faciliter l'intégration des valeurs, des principes et des pratiques axés sur le rétablissement dans tous les volets des programmes, des politiques et des services. Par exemple, le Guide de référence peut faciliter l'élaboration d'objectifs pour l'organisme, les services ou les programmes afin de :

- Promouvoir le rétablissement individuel.
- Mobiliser des personnes ayant un savoir expérientiel et leur famille.
- Élaborer un plan en matière de ressources humaines et de formation.
- Veiller à ce que les droits de chacun soient respectés et soutenus.
- Élaborer une approche axée sur le rétablissement pour la gestion des risques.
- Harmoniser la pratique de chacune des disciplines professionnelles avec une approche axée sur le rétablissement.

7 Obtention du soutien de la direction

La mise en œuvre de changements se fait toujours mieux quand la direction fournit une orientation cohérente pour l'atteinte d'objectifs spécifiques et quand les responsabilités et les obligations de rendre compte de chacun sont clairement définies.

- Établir les principaux pouvoirs et responsabilités des personnes concernées pour chaque volet du plan, une structure de reddition de comptes claire et des outils de communication efficaces.
- Trouver des moyens visibles de promouvoir et de reconnaître l'engagement envers une pratique axée sur le rétablissement.

8 Élaboration d'un plan d'évaluation

Une pratique axée sur le rétablissement exige la mise en place de nouvelles façons de mesurer les incidences en fonction de critères qui reflètent les résultats importants du programme de rétablissement et l'atteinte des objectifs de la personne en matière de rétablissement. Un plan d'évaluation doit aussi prévoir des façons de :

- Mesurer les progrès individuels à l'égard des objectifs de la personne en matière de rétablissement, y compris l'amélioration de la qualité de vie et la participation à la collectivité dans des rôles significatifs.
- Mesurer les améliorations de la pratique professionnelle en matière d'adoption de valeurs favorisant le rétablissement comme le respect, l'engagement et l'opportunité de faire des choix.
- Surveiller l'atteinte des jalons, les points de référence et l'amélioration continue de la qualité au sein de l'organisme.

9 Utilisation des résultats de recherche et établissement de faits quant aux pratiques axées sur le rétablissement

Les pratiques axées sur le rétablissement reposent sur des pratiques étayées par des faits issues d'un grand éventail d'approches associées aux disciplines et aux milieux de pratique.

- Prendre connaissance des recherches et des documents de référence cités dans le Guide de référence pour acquérir une meilleure compréhension de ce qu'est le rétablissement.
- Encourager l'apprentissage réciproque et le partage des ressources au sein des réseaux.
- Inviter des personnes ayant un savoir expérientiel et leur famille à participer à la conception et à l'exécution des recherches.
- Explorer le Répertoire canadien sur le rétablissement, lequel renferme plus de 1 000 documents jugés valables par des pairs, et contribuer à l'alimenter en soumettant d'autres ressources.

10 Planification en collaboration avec tous les intervenants

La pratique axée sur le rétablissement est rehaussée par la planification intersectorielle, par des ententes solides d'intégration des services et par des mesures coordonnées pour surmonter les barrières structurelles qui restreignent les possibilités.

- Identifier les partenaires de la collectivité qui peuvent soutenir le rétablissement.
- Trouver des moyens de conclure des partenariats de collaboration et d'entreprendre des initiatives de planification coordonnée avec les responsables de la planification des politiques gouvernementales, les organismes non gouvernementaux, les associations (de personnes vivant un problème de santé mentale, de familles et proches ainsi que professionnelles), les personnes ayant un savoir expérientiel et les aidants naturels.
- Stimuler la volonté politique en invitant les élus sur place et en leur fournissant de l'information à propos du rétablissement et de l'importance d'une collaboration à l'échelle du système.
- Recenser les possibilités de planification conjointe et de prise de mesures coordonnées par les ministères qui ont un impact sur les questions de santé mentale et de bienêtre.

NOTES DE FIN DE LA PRÉSENTE SECTION SUR LE DÉMARRAGE ET LA MESURE DES PROGRÈS

1 B. Happell, « Determining the effectiveness of mental health services from a consumer perspective: Part 2. Barriers to recovery and principles for evaluation », International Journal of Mental Health Nursing, vol. 17, no 2 (2008), p. 123–130. doi : 10.1111/j.1447-0349.2008.00520.x
M. Piat et J. Sabetti, « The development of a recovery-oriented mental health system in Canada: What the experience of Commonwealth countries tells us », Canadian Journal of Community Mental Health, vol. 28, no 2 (2009), p. 17–33. doi : 10.7870/cjcmh-2009-0020

2 M. Sklar, E. J. Groessl, M. O'Connell, L. Davidson et G. A. Aarons, « Instruments for measuring mental health recovery: A systematic review », Clinical Psychology Review, vol. 33, no 8 (2013), p. 1082–1095. doi : 10.1016/j.cpr.2013.08.002

3 M. Leamy, V. Bird, C. Le Boutillier, J. Williams et M. Slade, « Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis », British Journal of Psychiatry, vol. 199, no 6 (2011), p. 445–452. doi : 10.1192/bjp.bp.110.083733

Penumbra, Penumbra I.ROC – Individual Recovery Outcomes Counter, 2013. Sur Internet : http://www.penumbra.org.uk/innovation/personalised-services/

4 M. Slade, Recovery & the CHIME Framework [webinaire], 2014. Sur Internet : http://knowledgex.camh.net/researchers/areas/sami/webinars/archive/Pages/02252014.aspx

5 B. Happell, Determining the effectiveness of mental health services from a consumer perspective: Part 2, 2008.

6 University of Edinburgh, University of Strathclyde et Swansea University, Meaningful and Measurable: Personal outcomes: A collaborative action research project, s.d. Sur Internet : http://meaningfulandmeasurable.wordpress.com/

Conclusion

Le premier chapitre de ce Guide souligne l'importance de l'espoir dans le rétablissement. Les pages qui précèdent illustrent les importants progrès réalisés au cours de la dernière décennie dans la définition des pratiques axées sur le rétablissement. Ces progrès devraient nous donner confiance dans notre capacité collective de créer un système de santé mentale réellement axé sur le rétablissement. Cependant, il reste encore beaucoup à faire pour que ce nouveau « paradigme » devienne réalité pour tous les membres de la population canadienne aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Les pratiques axées sur le rétablissement aident les gens à définir leurs objectifs, à exercer leurs capacités et à tirer parti de leurs forces afin de réaliser leur potentiel. Elles reconnaissent que le parcours de chaque personne est unique et complexe et lui permettent de maximiser sa capacité de diriger et de gérer elle-même son parcours. Comme nous l'avons vu, le fait de reconnaître la nature individuelle de ce processus ne veut pas dire qu'il se déroule en vase clos. Le processus de rétablissement peut bénéficier de multiples sources et types de soutien et ne dépend pas d'un cadre ou d'un type d'intervention donné. Il est très encourageant de voir que le message se répand.

Il est aussi encourageant de constater que les gens reconnaissent de plus en plus l'importance de la santé mentale et du bien-être, non seulement pour les individus mais aussi pour les familles, les communautés et la société dans son ensemble. La santé mentale doit rester une priorité publique et l'adoption d'une orientation axée sur le rétablissement est un pas dans la bonne direction. Les valeurs et les principes qui sous-tendent une orientation axée sur le rétablissement reflètent également bon nombre de nos aspirations collectives : permettre à chaque personne de bénéficier du meilleur état de santé et de bien-être possible; veiller à ce que les gens, dans toute leur diversité, soient en mesure de profiter de possibilités enrichissantes et satisfaisantes; et faire preuve de vigilance afin de promouvoir la justice, l'équité et la liberté et de lutter contre toutes les formes de discrimination.

Le Guide de référence a été conçu, élaboré et publié par la Commission, mais il n'aurait pas vu le jour sans l'aide de nombreuses parties que la Commission remercie pour leurs contributions. Il faudra maintenant des efforts soutenus de la part d'un nombre toujours croissant de gens, à tous les niveaux du système et de la société, pour maintenir l'impulsion et mettre en pratique l'approche préconisée dans le Guide. Toutes les personnes qui ont apporté une contribution et toutes celles qui reconnaissent l'importance de la santé mentale et du bien-être doivent mettre l'épaule à la roue. Il existe de nombreuses formes de contribution : s'engager dans des actions concertées et aider à bâtir des communautés de pratique afin d'assurer la mise en œuvre du Guide; défendre la cause et montrer la voie à suivre dans l'avenir; célébrer et partager les réalisations existantes qui promettent des possibilités encore plus grandes dans l'avenir.

Le Guide de référence est une ressource précieuse, mais ce sont les gens qui feront du système axé sur le rétablissement une réalité.

Commission de la santé mentale du Canada

Mental Health Commission of Canada

Commission de la santé mentale du Canada

350, rue Albert, bureau 1210
Ottawa (ON) K1R 1A4

Téléphone: 613.683.3755
Télécopieur: 613.798.2989

info@commissionsantementale.ca
www.commissionsantementale.ca

@MHCC_ /theMHCC /1MHCC @theMHCC
/Mental Health Commission of Canada