



Canadian
Collaborative
Mental Health
Initiative

Initiative
canadienne de
collaboration en
santé mentale

La série de troussees d'outils

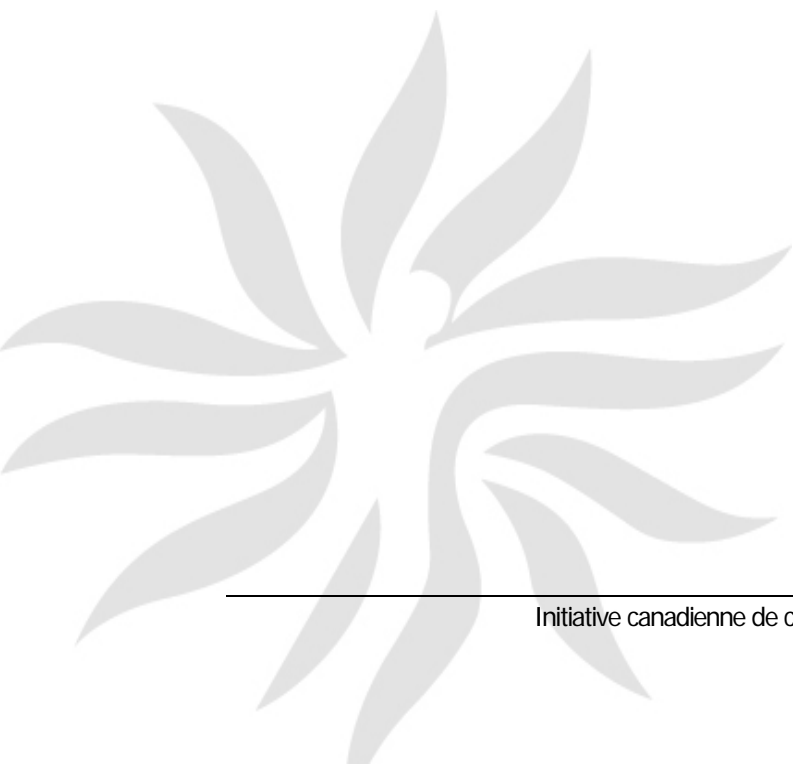
Pour

- ~ Les prestataires de soins de santé et les planificateurs ~
- ~ Les usagers, les familles et les aidant naturels ~
- ~ Les éducateurs ~

UN DOCUMENT SOMMAIRE

Table des matières :

TROUSSES D'OUTILS POUR LES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ ET LES PLANIFICATEURS	1
INTRODUCTION.....	1
COLLABORATION ENTRE LES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ MENTALE ET LES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES. UNE TROUSSE D'OUTILS SUR LA PLANIFICATION ET LA MISE EN ŒUVRE POUR LES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ ET LES PLANIFICATEURS	1
TROUSSES D'OUTILS POUR LES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ	6
ET LES PLANIFICATEURS.....	6
SOMMAIRES DES TROUSSES POUR ÉTABLIR DES INITIATIVES AXÉES SUR LA COLLABORATION ENTRE LES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ MENTALE ET LES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES POUR :	6
LES POPULATIONS AUTOCHTONES.	6
LES ENFANTS ET ADOLESCENTS.....	9
LES POPULATIONS ETHNO-CULTURELLES.....	12
LES PERSONNES ATTEINTES D'UNE MALADIE MENTALE GRAVE.	14
LES PERSONNES AYANT DES PROBLÈMES DE TOXICOMANIE.....	17
LES POPULATIONS RURALES ET ISOLÉES.	20
LES PERSONNES ÂGÉES.	23
LES POPULATIONS URBAINES MARGINALISÉES.	26
TROUSSES POUR LES USAGERS, LES FAMILLES, LES AIDANTS NATURELS	29
UNE INTRODUCTION À :	
TRAVAILLANT ENSEMBLE VERS LE RÉTABLISSEMENT : LES USAGERS, LES FAMILLES, LES AIDANTS NATURELS ET LES PRESTATAIRES DE SOINS.....	29
VERS LE RÉTABLISSEMENT : GUIDE DE SANTÉ MENTALE POUR.....	31
LES PEUPLES DES PREMIÈRES NATIONS.....	31
TROUSSE POUR LES ÉDUCATEURS.....	32
UNE INTRODUCTION À :	
RENFORCER LA COLLABORATION PAR LA FORMATION INTERPROFESSIONNELLE : UNE RESSOURCE POUR LA COLLABORATION ENTRE LES ÉDUCATEURS EN SANTÉ MENTALE	32



Trousseaux d'outils pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

Introduction

Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires. Une trousse d'outils sur la planification et la mise en oeuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

Que sont les soins de santé mentale axés sur la collaboration?

Les termes « soins de santé mentale axés sur la collaboration » désignent des modèles de pratique au sein desquels les usagers, leurs familles et leurs aidants naturels, en collaboration avec des prestataires de soins de santé de divers secteurs des soins de santé mentale et primaires, chacun doté d'une expérience, d'une formation, d'un savoir et d'une expertise différents, travaillent de concert pour offrir aux personnes nécessitant des soins de santé mentale des services mieux coordonnés et plus efficaces. Ces services comprennent la promotion de la santé mentale, la prévention des maladies, le dépistage et le traitement des maladies mentales ainsi que le soutien à la réhabilitation et au rétablissement.

Les soins de santé mentale axés sur la collaboration peuvent impliquer toute une variété d'activités telles que des visites fréquentes d'un travailleur spécialisé en soins de santé mentale dans un contexte de soins de santé primaires; des programmes homogènes offrant des soins de santé mentale et physique financés par une seule entité administrative; des consultations téléphoniques régulières entre les prestataires de soins de santé primaires et les prestataires de soins de santé mentale; l'intégration de spécialistes de la santé (p. ex., psychiatres, psychologues, infirmières et infirmiers, travailleurs sociaux,

ergothérapeutes, diététistes et pharmaciens) dans des contextes de soins de santé primaires; l'élaboration de plans de traitement conjoints entre les usagers et les prestataires; l'intégration d'interventions en matière de santé mentale à la gestion de troubles médicaux d'ordre général comme le diabète; la satisfaction des besoins en matière de soins de santé primaires des personnes atteintes de maladie mentale grave et chronique; et des stratégies visant à faciliter l'accès aux services de santé mentale communautaires.

Les soins de santé mentale axés sur la collaboration peuvent être mis en oeuvre dans divers contextes, notamment dans les centres de santé communautaires, les cabinets des prestataires de soins de santé, les cliniques de santé mentale, à domicile, les écoles, les établissements correctionnels et les emplacements communautaires comme les refuges. Les soins de santé mentale axés sur la collaboration peuvent s'appuyer sur un bon nombre de modèles différents, tout dépendant des prestataires impliqués, des services offerts et du niveau de collaboration. (Pour une comparaison de différents modèles de soins de santé mentale axés sur la collaboration, veuillez consulter l'Annexe A.) Les prestataires peuvent être situés dans un même endroit et être en mesure d'organiser des rencontres en personne mais, si tel n'est pas le cas, la collaboration peut quand même avoir lieu par téléphone, télécopieur, Internet, téléconférence,

vidéoconférence ou au moyen d'ateliers de formation. Les prestataires peuvent prendre part à des évaluations conjointes ou à des discussions de cas. Ils peuvent donner leur avis, des possibilités de formation, des consultations, leur soutien ou des soins directs aux usagers. L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale a également publié *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes* (Pauzé et Gagné, 2005), soit un document qui décrit et résume quelque 90 initiatives canadiennes axées sur la collaboration. Vous pouvez consulter cette publication en ligne au www.iccsm.ca.

Éléments clés

Les soins de santé mentale axés sur la collaboration se caractérisent par quatre éléments clés :

- Accessibilité
- Structures et systèmes qui favorisent la collaboration
- Richesse de la collaboration
- Système centré sur l'utilisateur

Principes fondamentaux

La réussite et la facilité de la mise en œuvre des soins de santé mentale axés sur la collaboration sont en partie déterminées par quatre facteurs extérieurs :

- Cohérence des politiques, de la législation et des structures de financement
- Fonds suffisants
- Recherche basée sur des données probantes
- Besoins communautaires

De plus amples détails concernant ces éléments clés et ces principes fondamentaux figurent à l'Annexe A de cette trousse d'outils de même que dans le document de l'Initiative

canadienne de collaboration en santé mentale intitulé *Les soins de santé mentale axés sur la collaboration, de quoi s'agit-il? Une introduction au Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration* (Gagné 2005), qui est disponible en ligne au www.iccsm.ca.

Rudiments de la collaboration

Dans les partenariats de collaboration, les prestataires et les usagers de soins de santé primaires et mentale partagent :

- Des objectifs ou des buts communs
- Un même langage
- Une connaissance et un respect des forces et des différences propres à chacun
- Une prise de décisions équitable
- Une communication claire et régulière

Avantages des soins de santé mentale axés sur la collaboration

Les autorités de compétence fédérale, provinciale et territoriale au Canada ont reconnu l'importance d'améliorer l'organisation et la prestation des soins de santé primaires en les rendant plus accessibles, plus complets et davantage axés sur l'interdisciplinarité, mieux coordonnés et orientés vers la promotion de la santé. Cette amélioration est tout particulièrement nécessaire au sein des services de santé mentale qui sont souvent mal coordonnés, stigmatisés et difficilement accessibles.

Un ensemble grandissant de données probantes amassées au cours des 10 dernières années démontrent que la collaboration permet de faciliter l'accès aux soins de santé mentale, particulièrement pour les populations qui sous-utilisent généralement ces services; d'améliorer la continuité des soins, la communication ainsi que la coordination au sein des soins de santé; de réduire éventuellement les coûts de la santé mentale

(quoique l'ajout de nouveaux cas puisse contrebalancer cette réduction); de réduire le recours à d'autres services de santé; d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles; et d'accroître la capacité des systèmes en matière de santé mentale et de soins de santé primaires.

On note de hauts taux de satisfaction de la part des prestataires de soins de santé primaires et mentale et des usagers envers les services de soins de santé mentale axés sur la collaboration. On note également que pour de nombreuses populations vues en consultation, mais pas toutes, les résultats sont plus satisfaisants que ceux des soins réguliers prodigués par les médecins de famille et que les résultats équivalent à ceux obtenus par les services de santé mentale. Pour une bibliographie annotée complète des publications de recherche (2000-2004) sur l'intégration des soins de santé mentale et primaires, veuillez consulter la *Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration* (Pautler et Gagné, 2005), qui est disponible au www.iccsm.ca.

Limites des soins de santé mentale axés sur la collaboration

Il faut envisager les soins de santé mentale axés sur la collaboration comme partie intégrante d'un ensemble de soins, avec un écoulement du trafic libre entre les services primaires, secondaires et tertiaires. Les services spécialisés en santé mentale peuvent traiter certains troubles plus efficacement en raison de leur accès à une vaste gamme de ressources, notamment les personnes avec un diagnostic complexe, celles qui nécessitent un suivi, un traitement spécifique comme une TCC, qui ont besoin de services de réhabilitation plus complets ou d'une gestion de cas plus

intensive. Certains services destinés aux enfants, aux adolescents ou aux personnes âgées peuvent également requérir davantage de ressources. De plus, il est probable que les médecins de famille ne soient pas tous également à l'aise avec la gestion de problèmes particuliers au sein de leur cabinet et ce, même avec le soutien d'un prestataire de soins de santé mentale. La gestion d'une multitude de services de santé mentale ou de prestataires peut représenter un tour de force pour les plus petites initiatives.

Parmi les autres limites possibles, mentionnons le manque d'espace, les contraintes de temps et l'ouverture des partenaires à s'impliquer au sein de modèles axés sur la collaboration.

Les documents *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes Vol. I : Analyse des initiatives* (Pauzé et al., 2005) et *Vol. II : Guide des ressources* (Pauzé et Gagné, 2005), qui sont disponibles au www.iccsm.ca, décrivent plus amplement les obstacles aux soins de santé mentale axés sur la collaboration de même que les stratégies pour les surmonter. Les obstacles mentionnés par les quelque 90 initiatives canadiennes de collaboration en soins de santé mentale interrogées comprennent le financement et la rémunération, les structures et les systèmes, le ralliement, les ressources humaines, les compétences, l'emplacement géographique, l'évaluation, les politiques et les lois.

Ce qu'il faut savoir concernant cette trousse d'outils

Cette trousse d'outils a été élaborée dans le but d'aider les prestataires de soins de santé, les gestionnaires, les usagers et les services communautaires intéressés à élaborer et à

mettre en œuvre des initiatives de collaboration en soins de santé mentale, principalement en intégrant les services spécialisés dans le contexte de soins de santé primaires. Elle offre des conseils pratiques sur les différents aspects de la réussite de la mise en œuvre d'une initiative axée sur la collaboration et ce, de l'identification des besoins jusqu'à l'évaluation de l'initiative. Elle comprend des listes de vérification, des documents de travail et des ressources à votre disposition. Elle peut être utile aux particuliers ou aux groupes intéressés à élaborer une initiative de A à Z, ou encore à ceux qui souhaitent modifier ou étendre une initiative existante. Cette trousse d'outils ne prétend pas être un guide de pratique clinique ou de gestion.

La compréhension des principes de gestion des maladies « chroniques » dans le contexte des soins de santé primaires et de la nécessité d'un changement du système est primordiale aux approches proposées si nous voulons que ces troubles soient gérés de façon optimale.

Six fonctions clés essentielles à la prestation de soins optimaux sont communes aux modèles de gestion des maladies chroniques (aussi connu sous le nom de modèle des soins chroniques ou modèle de soins complets). Les fonctions sont les suivantes :

- Un éventail complet de services intégrés à un modèle de prestation de services coordonné avec efficacité
- Un accent soutenu sur l'autogestion des usagers bien informés et habilités et sur de nouveaux partenariats entre ces derniers et des prestataires préparés et prêts à apporter leur soutien
- Des lignes directrices fondées sur l'expérience clinique intégrées au contexte

de traitement au moyen d'algorithmes de traitement ou du suivi par un spécialiste

- Des systèmes d'information qui faciliteront le partage des dossiers entre les différents prestataires chargés des soins d'un usager et permettront d'assurer un suivi continu des personnes à risque de développer un trouble mental
- Des changements organisationnels qui véhiculent cette vision et qui soutiennent les objectifs des initiatives, y compris l'allocation de ressources adéquates
- L'intégration des services de santé aux ressources de la collectivité dans le but de promouvoir la santé tant du point de vue de la population que de celui de l'individu

Par conséquent, la réussite de toute initiative relève avant tout de la capacité de reconnaître que toute intervention spécifique doit être considérée comme un élément d'un système de soins en général, et d'envisager les autres ajustements ou modifications à apporter au système dans le but de soutenir l'initiative planifiée. Il ne faut jamais perdre de vue ces conditions lorsqu'on se penche sur les lignes directrices présentées dans cette trousse d'outils.

Les soins de santé mentale axés sur la collaboration constituent une toute nouvelle pratique et doivent s'appuyer sur des lignes directrices fondées, autant que possible, sur les meilleures expériences cliniques possibles (pratiques exemplaires). Les conseils et les recommandations proposés dans cette trousse d'outils sont basés sur l'étude de la documentation actuelle, sur des rapports d'initiatives réussies de même que sur des entretiens avec des personnes qui ont pris part à des initiatives axées sur la collaboration.

Bien que cette trousse d'outils soit présentée étape par étape, le changement ne se produit pas toujours de façon linéaire. Vous pourriez considérer certaines étapes comme inappropriées à votre initiative, ou encore qu'il vous faudrait les aborder dans un ordre différent. Cette trousse d'outils est un guide proposant des solutions et non pas une démarche unique.

Les ressources et les compétences des prestataires de soins de santé, les besoins des usagers et les problèmes particuliers qui y sont exposés varieront selon les initiatives. Cette trousse d'outils propose toute une variété de solutions qui cherchent à combler le fossé entre la situation « idéale » (ce qu'on pourrait accomplir si la disponibilité du financement et des ressources n'était pas un problème) et la « réalité » (ce qu'on peut réaliser à partir des ressources à notre disposition).

Nous espérons que les planificateurs de soins de santé et les organismes de financement se serviront aussi de cette trousse d'outils comme une ressource dans le cadre du processus des réformes des soins de santé mentale et primaires. La mise en oeuvre des soins de santé mentale axés sur la collaboration serait nettement facilitée par des stratégies et des politiques de réforme coordonnées entre les divers secteurs de compétence, de même que par un financement approprié et soutenu.

Cette trousse d'outils est destinée à l'usage de la population en général. Elle s'accompagne de huit autres trousse d'outils, chacune d'elles abordant des questions à considérer lors de la

planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation d'initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration auprès de huit populations spécifiques : les populations autochtones, les enfants et adolescents, les populations ethno-culturelles, les populations rurales et isolées, les personnes âgées, les personnes atteintes d'une maladie mentale grave, les personnes ayant des problèmes de toxicomanie et les populations urbaines marginalisées. La série de trousse d'outils complète est disponible sur le site Web de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale au www.iccs.ca.

Les renseignements fournis par les trousse spécifiques aux populations complètent et approfondissent ceux de la trousse générale, sans toutefois les répéter ou les remplacer. La trousse d'outils générale et les trousse spécifiques doivent être utilisées conjointement.

Un glossaire des termes employés dans cette trousse d'outils se trouve à l'Annexe C. Nous avons choisi le terme « usager » plutôt que « patient » ou « client » pour faire référence aux personnes (et à leurs familles et aidants naturels, s'il y a lieu) qui utilisent directement ou indirectement les services de soins de santé ou les services de soutien qui s'y rattachent. Une trousse d'outils conçue par et pour les usagers intitulée *Travaillant ensemble vers le rétablissement : Les usagers, les familles, les aidants naturels et les prestataires de soins* (Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, février 2006) est disponible sur le site Web de l'Initiative au www.iccs.ca.

Trousses d'outils pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

Sommaire

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 autochtones.

Introduction

Les constantes inégalités socio-économiques et la marginalisation continue dont les populations autochtones ont été victimes ont mis à rude épreuve leur santé mentale. Bien que les problèmes de santé mentale qui les affligent soient les mêmes que ceux qui touchent la population générale, le taux d'incidence des problèmes de santé mentale tels que le suicide, la dépression, les abus d'alcool et d'autres drogues et la violence conjugale est significativement plus élevé dans de nombreuses communautés autochtones. L'état de santé mentale global des Autochtones est nettement pire que celui des non-Autochtones sur à peu près tous les aspects mesurés. Par exemple, le taux de suicide y est 2,1 fois plus élevé que chez les autres Canadiens. Les problèmes de santé mentale doivent être abordés dans le contexte d'un traumatisme et d'un deuil intergénérationnels provoqués par la perte excessive du territoire, la disparition de la langue et des moyens de subsistance et par l'héritage des pensionnats.

L'objectif de cette trousse d'outils est d'aider les prestataires de soins de santé et les autres professionnels à travailler en collaboration afin de mieux répondre aux besoins en santé mentale des populations autochtones. Parmi les faits saillants de cette trousse, mentionnons les sept principaux éléments à considérer lors de la planification et de la mise en oeuvre

d'une initiative, les six recommandations clés ainsi qu'une brève description de cinq initiatives de pratiques positives.

Définition d'une population

Selon la Loi constitutionnelle du Canada de 1982, « peuples autochtones s'entend notamment des Indiens, des Inuit(s) et des Métis du Canada ». Aujourd'hui, l'usage des termes Premières Nations est beaucoup plus répandu que celui du mot « Indien ».

Processus de consultation

Les consultations ont été effectuées principalement auprès des membres du groupe d'experts (groupe constitué de représentants de tous les coins du pays), de leurs collègues et des membres de leurs réseaux respectifs.

Messages clés

- **Pour les Autochtones, le concept traditionnel de la santé est « holistique ».** Bien que l'accès à des soins médicaux de grande qualité soit important, les prestataires de soins de santé autochtones perçoivent la « santé » comme le fruit de plusieurs choses qui vont au-delà des services telles que les expériences vécues pendant la plus jeune enfance, la pauvreté, l'autodétermination personnelle et politique (Mussell et Stevenson, 1999).
- **L'accessibilité est une question primordiale.** À l'heure actuelle, le Canada ne possède aucun programme national de

santé mentale organisé et systématique. Aux échelles nationale et régionale, les services de santé mentale actuellement dispensés (par ex. accès à des services d'évaluation, de consultation et aux traitements) ne répondent pas aux besoins et ne sont pas bien intégrés.

- **La répartition des ressources n'est ni équitable ni conséquente.** Le financement ne répond pas aux besoins des communautés vivant une situation de crise.
- **Il y a un manque de services de santé intégrés dits holistiques** (santé physique, émotionnelle, mentale et spirituelle) et ces derniers ne sont pas bien reliés aux autres services tels que les services sociaux, l'éducation, etc. Les services dispensés par les différents ministères fédéraux et provinciaux sont fragmentés, tandis que le financement est alloué de façon indépendante.
- **La formation des prestataires de services est inadéquate.** Les prestataires de soins de santé mentale non autochtones (par ex. médecins de famille, psychologues et psychiatres) ont un criant besoin de formation dans des domaines touchant aux réalités autochtones et aux problèmes de santé mentale qui affligent les Premières Nations et qui favoriserait la mise en œuvre de stratégies axées sur la collaboration. Une formation en santé mentale destinée aux aînés des communautés autochtones a déjà vu le jour et elle est proposée en tant que technique de collaboration utile.
- **Il existe peu de modèles de soins de santé mentale partagés/axés sur la collaboration destinés aux populations autochtones** dans lesquels les usagers, les

prestataires de soins de santé primaires, les prestataires de soins de santé mentale et d'autres professionnels de la santé associés travaillent en collaboration selon une approche intégrée.

- Le manque constant de clarté en regard des responsabilités des gouvernements fédéral et provinciaux relatives à la prestation de soins de santé mentale complets met en lumière la nécessité **d'élaborer un cadre de travail national en matière de santé mentale propre aux populations autochtones.** Des pays tels que la Nouvelle-Zélande ont déjà créé un tel cadre de travail.
- **Il importe d'inclure des représentants des communautés autochtones dans la planification des services de santé mentale** de façon à s'assurer de la pertinence et de l'accessibilité de ces services. Il est fortement recommandé que les représentants des communautés autochtones participent à la planification des services de santé mentale et que l'accent soit mis sur le développement des capacités.
- **Un financement stable des services de santé mentale** améliorerait nettement la prestation des services. Pour financer ces nouvelles initiatives axées sur la collaboration, il s'agira d'aller puiser auprès d'une variété de sources, notamment dans les budgets des gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux ainsi que dans ceux des conseils de bande et des conseils tribaux.
- **Les principes clés** qui sont essentiels aux initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration destinés aux populations autochtones sont : la reconnaissance et le respect mutuels, le

partage, la réciprocité dans les relations ainsi que les responsabilités communes.

▪ **Exemples de collaboration :**

- Première Nation Dilico Ojibway : les médecins de famille, les infirmières praticiennes et les cliniciens en santé mentale travaillent de concert, les psychologues et les psychiatres se rendent disponibles pour des consultations et possibilité de télépsychiatrie grâce à la collaboration de spécialistes.
- Programme de santé mentale Muskiki : services de counselling et autres services qui mettent à profit les enseignements sur les Cercles d'influences et accès possible à un guérisseur traditionnel.
- Programme de santé mentale du centre de santé Waadiziwin, Fort Frances (Ontario) : service d'avion, équipe multidisciplinaire composée de médecins de famille, d'infirmières praticiennes, de travailleurs de soins de santé mentale, d'un coordonnateur des services dispensés aux victimes du syndrome d'alcoolisation foetale (SAF) ou effet de l'alcool sur le fœtus (EFA) et d'un guérisseur traditionnel.
- « Dans le nouveau paradigme de la collaboration, les praticiens traditionnels et les praticiens de la bio-médecine travailleraient de concert pour élaborer des techniques et des

pratiques novatrices en vue de promouvoir et de restaurer la santé, en tirant les meilleurs éléments des deux systèmes ou en recombinaison ces éléments pour créer des approches entièrement nouvelles de la santé et de la guérison » (Rapport de la Commission royale sur les Peuples autochtones, 1996). Ce modèle exige que le personnel de soins de santé communautaire, les familles, les pairs et autres groupes sociaux agissant comme soutien thérapeutique auprès des usagers endossent des rôles et responsabilités nouveaux/modifiés pour que ces derniers tirent pleinement profit de la thérapie. Dans de nombreuses communautés, les employés rémunérés constituent les principaux soutiens dont disposent les usagers. Selon le nouveau paradigme de collaboration, les pairs, les familles et les autres membres du réseau d'un usager auraient un plus grand rôle à jouer afin d'optimiser les résultats. La spiritualité autochtone et les connaissances ancestrales sont des pivots de cette nouvelle approche.

Vous pouvez vous procurer des exemplaires de cette trousse d'outils de l'ICCSM ainsi que des documents d'accompagnement à l'adresse www.iccsm.ca.

Sommaire

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 enfants et adolescents.

Introduction

Les services de santé mentale pour les enfants et les adolescents ont souvent été mis sur pied comme une annexe des services aux adultes. Cependant, les besoins de cette population sont uniques et exigent des habiletés spécialisées pour poser un diagnostic et effectuer un traitement correctement.

L'objectif de cette trousse d'outils est d'aider les prestataires de services, les gestionnaires, les usagers et d'autres services communautaires dans l'élaboration et la défense des initiatives de soins primaires axés sur la collaboration impliquant des services de santé mentale pour les enfants et les adolescents. Parmi les faits saillants de cette trousse d'outils, mentionnons des suggestions pour la formation des médecins, les besoins spéciaux de la jeunesse transitoire, les problèmes de la médecine familiale en régions rurales et éloignées, les éléments clés à considérer, la description d'initiatives de pratiques positives, des sites Web clés ainsi que des outils et des ressources utiles.

Définir la population

Cette trousse définit les enfants et les jeunes selon l'âge (0-18 ans). Le taux de prévalence des problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes est d'environ 20 %. Près de 10 % des enfants qui reçoivent des soins primaires se plaignent en premier lieu de problèmes de santé mentale. Un jeune sur dix envisage le suicide. Jusqu'à 80 % des enfants ayant des besoins en santé mentale ne recevront aucun service de santé mentale.

Processus de consultation

Un groupe d'experts expérimentés en matière de services de santé mentale axés sur la collaboration pour les enfants et les adolescents a recueilli des renseignements et des commentaires de différentes sources profanes et professionnelles de partout au Canada représentant une vaste gamme de disciplines, dont la psychologie, le travail social, les soins infirmiers, la diététique, la psychiatrie pour enfants et adolescents, la pédiatrie et la médecine familiale, ainsi que des services policiers pour jeunes, des enseignants et des jeunes.

Messages clés

- **Les soins primaires représentent un important contexte pour servir les enfants et les adolescents ayant des besoins en santé mentale** parce que la plupart des enfants consultent un prestataire de soins de santé primaires au moins une fois l'an. Les avantages de fournir des soins de santé mentale dans le contexte des soins de santé primaires comprennent la connaissance de la famille, moins de stigmates et le choix du patient.
- **Les enfants et les adolescents ont certains problèmes d'accès qui leur sont propres.** Les enfants et les adolescents ne s'identifient habituellement pas par eux-mêmes et sont normalement portés à l'attention des services par d'autres sources telles que leurs parents, leurs tuteurs, les agences de service social, les écoles, etc. Les services doivent comprendre ces sources importantes afin

de recueillir tous les renseignements diagnostiques, ce qui, en retour, exige de tenir compte des questions de confidentialité et de logistique (p. ex., la planification, l'emplacement, la coopération de parties qui peuvent quelquefois être en situation de litige).

- **Les adolescents qui ont des besoins en santé mentale risquent d'être les moins bien servis.** Ils n'ont souvent pas de contact régulier avec le système de soins de santé, ont tendance à consulter un professionnel de la santé uniquement pour des blessures sportives ou pour une évaluation physique et cherchent rarement à obtenir des soins pour des problèmes de santé mentale. De plus, il a peu de professionnels spécialisés en santé mentale des adolescents.
- **Pour effectuer une évaluation complète, il faut plus qu'un clinicien, et le barème de tarification de la médecine traditionnelle comme le modèle de rémunération à l'acte ne le prévoit pas.**
- **Les jeunes plus âgés de 16 à 24 ans, que l'on appelle « jeunesse transitoire », passent souvent « à travers les mailles » des services pour les jeunes et les adultes, et il reste beaucoup de chemin à parcourir afin de les servir efficacement.**
- **On considère que les soins de santé mentale axés sur les jeunes sont la meilleure approche et signifient :** favoriser la participation des jeunes à la prise de décisions quant aux soins et à la conception de programme; intégrer le soutien par les pairs; reconnaître les problèmes de développement et l'impact de la maladie mentale sur le développement normal; éviter les traumatismes du traitement associés au

premier diagnostic et à la première hospitalisation; identifier les effets particuliers des stigmates sur les jeunes; se concentrer sur les soins à domicile et les soins communautaires; élaborer une séance de formation portant sur la maladie mentale adaptée à l'âge et à l'état des « élèves »; aborder les déterminants sociaux de la santé (p. ex., sexe, scolarité et réseaux de soutien social); et se concentrer sur le bien-être et la capacité.

- **Les politiques et la législation** ont un impact sur des questions telles que la confidentialité, le respect de la vie privée, le partage des renseignements et le consentement au traitement, et comportent souvent des contradictions et des incohérences au niveau de la façon dont les services sont fournis. Il y a un besoin d'ententes et de protocoles afin d'améliorer la collaboration.
- **Les besoins en éducation des prestataires de soins de santé primaires travaillant auprès des enfants et des jeunes ayant des problèmes de santé mentale ne peuvent pas être pleinement comblés par la formation générique ou la formation médicale continue.** Il faut adopter des approches particulières afin de s'impliquer auprès de cette population précise, de l'évaluer adéquatement et d'élaborer des plans d'intervention appropriés. Les activités de formation doivent commencer à l'étape de la formation professionnelle pour toutes les disciplines de soins de santé primaires et mentale, et se poursuivre tout au long de la carrière de ceux qui travaillent auprès des enfants et des jeunes.
- **Les responsables des politiques et les décideurs doivent participer** dès le début

à l'identification des besoins de la collectivité, des ressources disponibles et des lacunes en matière de services, et à l'élaboration de plans et de stratégies permettant d'améliorer les services adéquats et d'améliorer les stratégies de collaboration.

- **Les problèmes de la médecine familiale en régions rurales et éloignées** comme l'offre et la demande, le manque de formation et les problèmes de rémunération posent d'autres difficultés pour répondre aux besoins de santé mentale des enfants et des adolescents.
- **La meilleure pratique est favorisée par la participation d'une équipe multidisciplinaire** au sein de laquelle les membres ont tous des tâches et des fonctions propres (p. ex., un pédiatre, un médecin de famille, un infirmier, un psychiatre, un psychologue, un diététiste, un pharmacien, un travailleur social, un ergothérapeute, etc.).
- **Les programmes de soins axés sur la collaboration à l'intention des enfants et des jeunes doivent établir des relations de travail avec d'autres secteurs de services aux enfants**, p. ex., la protection de l'enfance, les besoins particuliers, l'éducation, la santé, les écoles, la justice,

les services sociaux, les loisirs et d'autres organismes communautaires.

- **Les programmes de soins pédiatriques axés sur la collaboration seront assez différents des services aux adultes, et il faut recourir à des procédés distincts.**
- Voici des exemples de **modèles de soins de santé mentale et primaires axés sur la collaboration à l'intention des enfants et des jeunes** :
 - Consultations de télépsychiatrie à l'aide d'équipes multidisciplinaires virtuelles
 - Soutien aux médecins et aux agences de santé mentale en régions rurales
 - Participation coordonnée avec d'autres secteurs tels que l'éducation et les services aux enfants
 - Gestion des soins par des spécialistes travaillant en contextes de soins primaires
 - Gestion des soins par des praticiens de soins de santé primaires avec du soutien d'un spécialiste
 - Équipes interdisciplinaires de soins de santé primaires
 - Un seul intervenant en santé mentale primaire est présent au sein d'un service de soins de santé primaires pour enfants et adolescents

Sommaire

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.

Introduction

Les groupes ethno-culturels ne sont pas, en soi, une population « particulière », mais plutôt une population à risque puisqu'ils ont peu accès aux services spécifiques et/ou uniques dont ils pourraient avoir besoin. Il est essentiel de consulter les usagers et les communautés de cette population pour déterminer si les approches potentielles sont culturellement appropriées et pertinentes ainsi que pour aider à fournir le soutien linguistique approprié. Pour certaines populations ethno-culturelles, utiliser des services de santé mentale ou admettre leur besoin potentiel fait toujours l'objet de stigmates. De plus, le concept de la santé mentale varie selon les groupes culturels et il est nécessaire d'obtenir des conseils des membres de ces groupes.

L'objectif de cette trousse d'outils est d'aider les prestataires de services et les autres intervenants clés à travailler en collaboration pour répondre aux besoins de santé mentale des populations ethno-culturelles. Parmi les faits saillants de cette trousse, mentionnons les dix problèmes clés à considérer lors de la planification et de la mise en œuvre d'une initiative, les descriptions de deux initiatives de pratiques positives et une liste de sites Web clés.

Définir la population

La définition ad hoc de cette population « particulière » inclut les immigrants, les réfugiés et les Canadiens de deuxième et troisième génération appartenant à des groupes minoritaires.

Processus de consultation

Le groupe d'experts a employé plusieurs stratégies durant l'élaboration de cette trousse d'outils, y compris effectuer des sondages, distribuer des questionnaires et mener des entrevues auprès d'une variété de prestataires de services, de prestataires de soins de santé et d'usagers. Il a également impliqué des organismes chargés de l'établissement et des interprètes en plus de consulter des représentants communautaires.

Problèmes clés à considérer

- **L'accessibilité est une question clé.** Les services doivent être culturellement et linguistiquement appropriés; des traducteurs doivent être disponibles; l'information doit être offerte dans une variété de langues et de formats; les prestataires de services doivent comprendre les obstacles raciaux et systémiques; il est avantageux d'offrir de multiples services dans un même emplacement.
- **Les prestataires de soins de santé primaires doivent développer une sensibilité accrue à l'égard de la somatisation des plaintes puisqu'il est possible que les individus ne décrivent pas leurs problèmes de santé mentale ainsi.**
- **La compétence culturelle est essentielle à l'utilité des services.** Fournir un accès équitable, éliminer les obstacles et être inclusif représentent certaines des caractéristiques de la compétence culturelle (Sue, 2001). D'autres caractéristiques incluent l'éveil aux signaux contextuels et non verbaux, aux

différences de styles de communication ainsi qu'aux facteurs liés au pouvoir, au rôle, au sexe et à l'âge (Gorman, 2001).

- **Il est important d'être sensible aux questions de pauvreté et à la manière dont elles peuvent affecter ceux qui reçoivent les services.** Ces questions peuvent comprendre le coût du transport, des médicaments, des articles essentiels comme la nourriture et les vêtements ainsi que la disponibilité des rendez-vous en dehors des heures de travail régulières.
- **Un obstacle majeur à l'accès aux services appropriés qui ont un bon taux de réussite est le manque de sensibilisation (de la part des prestataires de soins et des usagers) au sujet des services culturellement spécifiques.**
- **La participation des usagers requiert une plus grande attention.** Le système centré sur l'utilisateur signifie qu'il existe des avenues formelles en ce qui concerne les examens, les révisions, les consultations et les commentaires. Le droit d'autodétermination doit être respecté et les usagers doivent être informés au sujet de la prise de décision et des options.
- **Une compréhension accrue des politiques et des lois qui touchent les populations ethno-culturelles est essentielle.** Les problèmes sont divers et comprennent de nombreuses inégalités ainsi qu'un manque de conscience à l'égard des besoins qui doivent être abordés.
- **Il est nécessaire d'avoir du financement pour les interprètes, les défenseurs et le matériel culturellement approprié ainsi que du soutien financier pour le rétablissement des immigrants et des personnes protégées.**
- **Il n'existe aucun outil de mesure ou d'évaluation valide pour cette population**

en général et aucune recherche significative basée sur des données probantes sur laquelle s'appuyer afin d'élaborer des lignes directrices pour les services ethno-culturels. Le dépistage basé sur des données probantes et des lignes directrices pour le maintien de la santé relatives aux types de maladies de différents groupes d'immigrants devraient être élaborés.

- **Les prestataires de services qui participent aux soins axés sur la collaboration** peuvent inclure des médecins, des travailleurs chargés de l'établissement, des défenseurs, des groupes religieux et communautaires, des infirmiers, des physiothérapeutes, des psychologues, des conseillers cliniciens, des agents de santé, des interprètes, des psychiatres, des avocats, des travailleurs en santé mentale, des diététistes, des conseillers en toxicomanie, des pharmaciens et des agents de liaison communautaire. Des dispositions devraient être prises pour que les interprètes et les agents de santé puissent agir à titre d'agents de liaison communautaire.
- **Les structures de soins axés sur la collaboration doivent d'abord établir des relations de confiance avant de pouvoir s'attaquer aux problèmes importants.**

Il existe présentement deux types de modèles de collaboration pour cette population, soit les modèles ethno-culturels inclusifs qui s'occupent des besoins de multiples ethnies et cultures dans un même contexte, alors que les modèles ethno-culturels spécifiques s'occupent et fournissent des services à un certain groupe culturel ou ethnie.

Sommaire

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 personnes atteintes d'une maladie mentale grave.

Introduction

Grâce au travail des défenseurs des usagers ainsi qu'à celui des organismes pour les familles et la santé mentale, des progrès énormes ont été accomplis afin de redéfinir les enjeux touchant les personnes atteintes d'une maladie mentale grave. Par le passé, cette population a souvent été stigmatisée et déshumanisée. En revanche, on considère aujourd'hui que les usagers atteints d'une maladie mentale grave seront soutenus afin qu'ils atteignent et conservent des rôles normaux dans un contexte de vie où ils sont aux prises avec une maladie mentale grave. Les services seront dorénavant organisés et fournis de façon à les soutenir dans ces rôles. L'accent est mis sur la citoyenneté, l'autonomisation, l'intégration à la collectivité et le rétablissement.

Cette trousse d'outils a pour objectif d'aider les prestataires de soins et les autres intervenants clés à travailler en collaboration afin de répondre aux besoins en santé mentale des personnes atteintes d'une maladie mentale grave. Parmi les faits saillants de cette trousse, mentionnons une liste d'articles recommandés, la description de quatre initiatives de pratiques positives, des sites Web, des ressources et des outils ainsi que dix problèmes clés à considérer lors de la planification et de la mise en œuvre d'une initiative.

Définir la population

Les termes « maladie mentale grave » désignent la présence d'un problème de santé mentale assez sérieux pour rendre une

personne significativement incapable dans un certain nombre de domaines sociaux et fonctionnels, et qui requiert d'importantes ressources de système pour permettre à la personne d'établir et d'atteindre des objectifs de vie pleinement satisfaisante et de s'intégrer à la collectivité de façon réussie. Cette trousse d'outils cible les personnes atteintes d'une maladie mentale grave comme la schizophrénie et le trouble affectif bipolaire, ainsi que deux autres groupes dont la maladie répond aux critères de cette population, soit les individus souffrant d'un trouble de la personnalité limite et les personnes âgées atteintes de troubles psychotiques.

Processus de consultation

Un comité d'experts a été mis sur pied et ce dernier a préparé une ébauche qui a été revue par un comité consultatif formé d'usagers, de membres de leur famille et par une gamme de prestataires de soins. De plus, un groupe de discussion composé d'usagers a été tenu, et douze programmes de soins partagés/axés sur la collaboration qui fournissent des services à cette population ont été consultés.

Problèmes clés à considérer

- Lors de la création de projets axés sur la collaboration, **les prestataires de soins ont besoin d'un cadre conceptuel** pour comprendre ce qui est nécessaire pour soutenir les personnes atteintes d'une maladie mentale grave afin que ces dernières vivent pleinement et avec succès au sein de leur collectivité. Ce cadre doit placer l'utilisateur au centre de la prestation des soins, promouvoir le rétablissement de

l'usager et intégrer les soins médicaux et psychiatriques en plus de faire le lien avec les autres prestataires de soins (p. ex., pour l'hébergement, le revenu et l'éducation).

- Le **paradigme du rétablissement** considère que les personnes atteintes d'une maladie mentale grave sont des citoyens avec des droits et des responsabilités, et que les services doivent être adaptés de façon à favoriser leur pleine intégration au sein de la collectivité.
- **Les défis clés** comprennent l'accessibilité, le travail auprès d'individus souffrant de troubles liés à la toxicomanie/dépendance et/ou de troubles de la personnalité, la communication entre les prestataires de soins, les enjeux idiomatiques/culturels, la pauvreté/le sans-abrisme, la comorbidité (présence d'un problème de santé physique), la complexité des besoins et l'implication envers les services.
- **L'implication de l'usager dans l'élaboration de programmes** est fondamentale afin d'assurer que ses besoins sont satisfaits (p. ex., son point de vue portant sur le lieu où il est à l'aise pour recevoir ces services, sur le genre de services qu'il peine à obtenir).
- **La création de liens entre la vaste gamme de prestataires de soins** qui peuvent soutenir l'individu est essentielle.
- **Les évaluations du processus et des résultats doivent être prises en considération.**
- La **documentation décrit quatre approches** permettant d'améliorer les soins physiques et de santé mentale pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave :

- Transférer le lieu de prestation des soins de santé mentale vers le contexte des soins primaires
 - Fournir des soins primaires dans un contexte de santé mentale
 - Fournir un continuum pleinement intégré de soins de santé mentale et primaires au sein d'un même organisme et/ou d'un même lieu
 - Augmenter les liens entre les prestataires de soins de santé mentale et de soins primaires lorsque les deux services assument une responsabilité conjointe envers chaque usager
- **Les conditions locales ont aidé à concevoir les modèles existants** (p. ex., des facteurs comme la disponibilité des ressources, le désir de collaborer et la capacité des organismes dont l'engagement consiste à travailler auprès des personnes atteintes d'une maladie mentale grave).
 - **Les fonctions uniques des modèles axés sur la collaboration réussis** pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave comprennent le soutien à l'autogestion, la défense des droits, l'accès rapide, la gestion de cas/la navigation au sein du système, les services d'approche/l'implication, les soins individualisés/les plans de traitement, la capacité de traiter des troubles concomitants (c.-à-d., capacité à dépister, évaluer et traiter des problèmes de toxicomanie concomitants) et des soutiens à la réhabilitation (comme l'hébergement, la profession et l'éducation).
 - **Les exemples d'initiatives axées sur la collaboration** comprennent :
 - Des cliniques et des médecins spécifiquement désignés pour fournir

des soins primaires aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave au sein d'un vaste système de santé mentale

- Des centres de soins primaires infirmiers au sein d'un grand centre de santé mentale axé sur la réadaptation
- Une équipe multidisciplinaire de santé mentale qui fournit des services dans un contexte de soins primaires
- Les **éléments clés** pour la création de services axés sur la collaboration pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave comprennent :
 - Une vision commune et des objectifs partagés clairement articulés pour la collaboration
 - Une implication de tous les partenaires d'égal à égal dans la collaboration

- Un respect mutuel des rôles de chaque prestataire de soins et de l'utilisateur
- Des liens solides avec les programmes de l'hôpital
- Un protocole d'entente/d'accord clair
- Des rôles et des responsabilités clairement établis pour les membres de l'équipe
- L'assurance que les employés sont fermement engagés envers les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et qu'ils ont de l'expérience de travail auprès de cette population
- Des protocoles clairement établis pour le partage de l'information

Ces éléments doivent être en place avant toute prestation de services.

Sommaire

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 personnes ayant des problèmes de toxicomanie.

Introduction

Les problèmes impliquant les drogues et l'alcool sont invariablement interreliés avec un large éventail de facteurs sociaux et de santé, nécessitant ainsi une perspective intégrée sur la prévention et les soins. Alors qu'il existe des preuves considérables à l'effet que les prestataires de soins de santé primaires peuvent avoir un impact positif sur la toxicomanie au sein de leur contexte de pratique, les faibles taux de dépistage et de traitement par l'entremise des soins de santé primaires soulignent le besoin pour une meilleure coordination et collaboration dans la prestation des soins.

L'objectif de cette trousse d'outils est de décrire les possibilités pour accélérer le transfert des connaissances et l'amélioration des soins pour les personnes ayant des problèmes de toxicomanie par l'entremise d'une collaboration interprofessionnelle accrue. Parmi les faits saillants de cette trousse, mentionnons les neuf problèmes clés à considérer, les huit étapes pour mettre en œuvre des soins axés sur la collaboration pour cette population ainsi que des outils et ressources clés.

Définir la population

Cette trousse d'outils met l'accent sur les personnes ayant des problèmes de toxicomanie provenant de l'usage de drogues licites et illicites. L'usage de substances psychoactives incluant l'alcool, le tabac et les drogues illicites a contribué à 12,4% des décès dans le monde en l'an 2000 (Organisation mondiale de la santé, 2002). On estime que

l'alcool seul est responsable de 4% du fardeau mondial de la maladie.

Processus de consultation

Un groupe d'experts représentant diverses professions à travers le Canada a été formé. On a mené une étude approfondie sur les soins de santé axés sur la collaboration dans d'autres juridictions, incluant au Royaume-Uni, et sur les informations fournies par les trois groupes interprofessionnels qui dirigent actuellement la mise en œuvre de soins de santé axés sur la collaboration en Colombie-Britannique et au Yukon. De plus, un groupe de réflexion s'est réuni durant un congrès à Whitehorse pour soutenir la mise en œuvre régionale des soins de santé primaires axés sur la collaboration pour les problèmes de toxicomanie.

Messages clés

- **Améliorer l'accès au traitement** nécessitera non seulement une augmentation de la disponibilité des services, mais aussi un changement dans les pratiques mises en œuvre lorsque le seuil des soins a été franchi. Un dépistage universel est nécessaire pour identifier les besoins de santé reliés à la toxicomanie parce que, souvent, les personnes aux prises avec ces problèmes (ou à risque) ne se présentent pas pour un traitement de toxicomanie proprement dit. Par conséquent, un dépistage universel est nécessaire pour identifier les besoins de santé reliés à la toxicomanie. Les professionnels et les usagers ont besoin d'un plus grand accès à l'information

portant sur les meilleures pratiques.

L'administration des services doit aussi être réformée afin que les usagers aient accès à un ensemble de soutiens de soins santé primaires qui sont appropriés pour eux.

- Une communauté canadienne donnée peut avoir une douzaine d'agences ou plus qui fournissent des services pour les problèmes de toxicomanie. **Il y a un besoin de clarification des rôles, des responsabilités et des champs d'activités** entre les services de soins de santé primaires et les autres contextes de services, ainsi qu'un besoin d'établir des pratiques et des stratégies de documentation pouvant être mises en œuvre de façon constante au sein de plusieurs services (p. ex., des approches de dépistage et d'évaluation complémentaires). On devrait aussi envisager le développement d'une base d'expertise commune chez les prestataires de soins de santé qui pourrait être augmentée par des habiletés spécialisées particulières.
- **Tout traitement réussi pour des problèmes de toxicomanie est centré sur l'utilisateur.** Les soins centrés sur l'utilisateur peuvent être organisés autour des principes d'opportunité, de justesse, de continuité et d'inclusion des services. Une collaboration efficace nécessite que l'information pertinente voyage plus vite que l'utilisateur. Les professionnels de la santé devraient examiner la possibilité d'harmoniser les pratiques relatives à la vérification et à l'échange d'information (p. ex., le consentement éclairé) de façon à ce que chaque professionnel dispose d'un dossier de santé complet et que les

demandes faites aux usagers soient minimisées (p. ex., raconter leur histoire à différents prestataires).

- **Les politiques et la législation peuvent nécessiter une réforme afin de soutenir les modèles de soins axés sur la collaboration.** Les prestataires de soins de santé peuvent jouer un rôle important dans l'identification des réformes de politiques nécessaires. Les secteurs de réforme possibles incluent les politiques concernant la désaccoutumance du tabac, la conduite avec les facultés affaiblies et le traitement de maintien à la méthadone, de même que les pratiques concernant le consentement éclairé, le partage d'information sur les usagers et la tenue de dossiers.
- **La pratique intégrée est freinée par un manque de financement intégré.** La motivation pour créer des soins de santé primaires axés sur la collaboration pour la toxicomanie doit suivre un plan stratégique, et le financement doit être alloué de façon à soutenir le plan stratégique, ce qui comprend l'intégration de médecins et d'autres services de santé, la formation interprofessionnelle et d'autres soutiens tels que la recherche sur l'efficacité et les systèmes d'information communs.
- **Les soins de santé axés sur la collaboration basés sur des données probantes doivent être développés et raffinés grâce à une évaluation continue et significative.** Cela requiert des partenariats continus entre les cliniciens, les responsables des politiques, les administrateurs et les chercheurs.
- **Deux modèles généraux** pour intégrer les services de soins de santé primaires, les

services de santé mentale et les services de toxicomanie sont présentés : les modèles centralisés rassemblent les prestataires et les usagers en un seul endroit, tandis que les modèles décentralisés impliquent le développement de liens et de pratiques partagées entre prestataires séparés.

- **Les modèles de soins interprofessionnels présentent des occasions** pour améliorer la coordination des références provenant des services de soins de santé primaires vers les services spécialisés, pour améliorer les transitions des services spécialisés vers les contextes de soins de santé primaires (p. ex., recourir à une équipe multidisciplinaire localisée dans un centre de désintoxication) et pour intégrer des approches comportementales et pharmacologiques au traitement des problèmes de toxicomanie.
- **Les administrateurs doivent favoriser une discussion continue** entre les prestataires de soins de santé primaires et

d'autres cliniciens, les usagers et la communauté pour s'assurer que les ressources de santé sont harmonisées avec les besoins changeants des usagers ayant des problèmes de toxicomanie.

- **Les étapes pour mettre en oeuvre des soins de santé axés sur la collaboration** pour les problèmes de toxicomanie, fondées sur l'étude de Kotter (1998), incluent :
 - établir un sentiment d'urgence;
 - former une puissante coalition pour guider le travail;
 - créer une vision;
 - communiquer la vision;
 - autoriser les autres à agir sur la vision;
 - planifier et créer des gains à court terme;
 - consolider les améliorations et produire davantage de changements; et
 - institutionnaliser de nouvelles approches.

Sommaire

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.

Introduction

Les personnes vivant dans les régions rurales et isolées forment une population culturellement unique et diversifiée. Malgré cette diversité, les communautés rurales et isolées sont touchées par des problèmes communs en termes d'état de santé et d'accès aux soins de santé. La plupart des provinces et des territoires illustrent la tendance de la détérioration progressive de la santé en fonction de la distance les séparant des régions urbaines : une moins grande espérance de vie que la moyenne nationale; des taux plus élevés d'invalidité, de violence, d'empoisonnement, de suicide et de décès accidentels; et plus d'enjeux mentaux et physiques liés à la santé que leurs contreparties urbaines. Lorsqu'on considère les populations rurales et isolées du Canada, il faut accorder une attention particulière aux besoins des Autochtones dans la mesure où ils constituent l'un des plus grands segments des populations isolées.

Cette trousse d'outils a été conçue pour encourager une plus grande collaboration entre les professionnels des soins de santé primaires, les professionnels des soins de santé mentale, les usagers, les familles et les organismes de la communauté pour traiter les besoins de soins de santé mentale et primaires des personnes vivant dans les régions rurales et isolées du Canada. Parmi les faits saillants de cette trousse d'outils, mentionnons un guide servant à fournir des soins de santé mentale axés sur la collaboration efficaces dans les régions rurales et isolées, les sept principaux éléments à considérer, la

description de six initiatives de pratiques positives de même que les outils et les ressources clés.

Définition d'une population

Il n'existe aucune définition normalisée pour les populations rurales et isolées. Les aspects touchant la qualité de vie des populations rurales et isolées sont rarement compris dans les définitions actuelles. Pour les besoins de cette trousse d'outils, nous recourons à la définition suivante : les communautés rurales ainsi que les petites villes sont celles qui comptent 10 000 résidents ou moins et qui sont situées à l'extérieur des zones de transport des grandes régions métropolitaines et des villes. « Isolé » sous-entend avoir un accès routier limité ou inexistant ou aucun accès facile aux services spécialisés.

Processus de consultation

Les membres du groupe d'experts ont été choisis en fonction de leur implication dans la prestation de soins de santé primaires et de soins de santé mentale dans des régions rurales et isolées partout au Canada. Parmi les stratégies utilisées lors de la conception de cette trousse d'outils, mentionnons entre autres un sondage (plus de 30 participants à partir d'une gamme de prestataires de soins) et la tenue de plusieurs groupes de discussion (ciblant les usagers, les familles, les aidants naturels, les prestataires de soins et les membres de différentes associations).

Messages clés

- **Bon nombre d'enjeux liés à l'accès existent**, y compris un nombre insuffisant

de ressources et de professionnels de la santé, les obstacles liés au déplacement et les coûts engendrés par l'éloignement des professionnels de la santé dans les centres urbains. **Les stratégies pour améliorer l'accès comprennent :** l'utilisation de différents moyens de communication (comme la radio, la télévision, les journaux et Internet) pour disséminer de l'information sur les soins de santé; la création de sous-organismes de régie régionale de la santé ou d'autres organismes pour aider les groupes à risque élevé; la conception de guides d'auto-assistance pour les usagers afin d'encourager la promotion de la santé et la prévention; l'utilisation de la télémédecine pour pallier la distance et l'isolement des services; et la prestation de transport.

- **Le système centré sur l'utilisateur** peut impliquer la tenue de réunions entre les usagers et les prestataires de soins; l'aide d'agents de défense/des plaintes aux usagers/clients pour pourvoir à leurs besoins; le droit aux usagers de s'auto-orienter vers les soins de santé mentale; et la prestation de transport vers les services de santé mentale situés à l'extérieur des régions rurales.
- **Les enjeux liés à la politique et à la législation reflètent des contradictions** entre les compétences fédérales et provinciales, particulièrement pour les Autochtones, et limitent la prestation de services. Il est nécessaire de mandater les prestataires de soins de santé mentale dans des régions rurales et isolées de compétences fondamentales.
- **Les enjeux de financement sont critiques :** les ressources servant à fournir les soins de base sont inadéquates et des

fonds supplémentaires doivent être injectés pour fournir des incitatifs financiers permettant d'attirer des professionnels de la santé. Un financement est aussi nécessaire pour allouer des ressources en fonction des usagers qui requièrent et utilisent de plus hauts niveaux de soins de santé mentale afin de prévenir l'utilisation de services plus onéreux.

- **La recherche fondée sur une base de données probantes est nécessaire** pour aider à mieux planifier et fournir des services aux populations rurales et isolées. De plus, la créativité est nécessaire pour planifier et soutenir ce genre de recherches. Les membres de la communauté doivent être impliqués afin que les besoins de la communauté soient assurés.
- **Démontrer la réussite en termes d'évaluation est nécessaire** pour faire place au changement. Des soins particuliers doivent être portés pour assurer que les outils d'évaluation sont adaptés aux populations rurales et isolées.
- Même s'il existe plusieurs approches qualifiées de « meilleures pratiques », le succès des initiatives axées sur la collaboration dans les régions rurales et isolées semble reposer sur **les adaptations souples et locales qui rendent chaque effort unique**, comme deux cliniciens travaillant sur place, les visites par avion ou l'utilisation de la vidéoconférence. Ce sont tous des moyens pour combler les lacunes dans la prestation de services cliniques qui, autrement, ne seraient pas fournis.

- **Les approches axées sur la collaboration doivent tenir compte des aspects suivants :**
 - L'utilisation d'équipes multidisciplinaires formées de membres des comités consultatifs de la communauté et d'usagers
 - L'accréditation d'intervenants clés comme les médecins de famille et d'autres prestataires de soins de santé mentale pour fournir des soins de santé mentale
 - La mise en oeuvre informelle de partenariats axés sur la collaboration et l'implication de non-cliniciens (par ex., le clergé, les enseignants et les prestataires de soins)
 - Fournir une formation fondamentale aux professionnels des soins de santé
 - La création d'un réseau d'appuis officiels et officieux pour soutenir les cliniciens fournissant des soins de santé mentale dans le contexte des soins de santé primaires
- **Les stratégies axées sur la collaboration pour améliorer l'efficacité comprennent :**

- L'augmentation de la richesse de la collaboration pour améliorer la coordination globale des services par les prestataires de soins et diminuer le fardeau des soins reposant sur les médecins de famille et d'autres prestataires de soins de santé primaires
- L'utilisation d'un modèle pyramidal pour la prestation de soins de santé afin de servir un plus grand nombre d'usagers plus efficacement, c.-à-d. engager des surveillants et des superviseurs pour aider les travailleurs de la santé communautaires de façon à ce que les psychiatres ne soient pas le premier point de contact
- Une souplesse dans la délégation des rôles « afin d'accomplir le travail »
- La facilitation de l'accès à la supervision clinique ou à la supervision par les pairs pour obtenir un soutien, même si cela implique une relation à distance
- La formation sur « les soins axés sur la collaboration » pour ceux qui travaillent dans la région

Sommaire

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 personnes âgées.

Introduction

Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 13 % de la population canadienne lors du recensement de 2001, soit presque 12 % de plus qu'en 1991 (Statistique Canada, 2002). On prévoit que d'ici 2016, plus de 16 % de la population canadienne aura 65 ans ou plus (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1999). Une plus grande proportion de la population des personnes âgées du Canada vit aussi plus longtemps : celles qui ont 85 ans et plus représentent le segment de cette population qui augmente le plus rapidement (Statistique Canada, 2002).

On estime que 20 % des adultes de plus de 65 ans ont un trouble mental (Jeste et al., 1999) alors qu'il y a des pénuries de médecins de famille et de services de santé mentale spécialisés pour les personnes âgées. Il y a un besoin grandissant d'élaborer de nouveaux modèles de prestation des services afin de mieux aborder les besoins biomédicaux, psychologiques, sociaux, fonctionnels et environnementaux qui sont interdépendants des personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale.

L'objectif de cette trousse d'outils est d'assister les prestataires de soins de santé dans leur travail de collaboration afin de mieux satisfaire les besoins de soins de santé uniques des personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale. Parmi les faits saillants de cette trousse, mentionnons une vue d'ensemble de la collaboration « idéale » en soins de santé mentale primaires et gériatriques, les problèmes clés à considérer lors de la planification et de la mise en œuvre d'une

initiative, une analyse documentaire approfondie, la description de plus de 20 initiatives de pratiques positives ainsi que des sites Web clés.

Définir la population

L'âge est un facteur principal de la définition de cette population, mais est insuffisant en soi. Bien que l'âge 65 soit souvent utilisé comme référence, les personnes de moins de 65 ans peuvent être considérées comme faisant partie de cette population si elles éprouvent des problèmes de santé mentale liés à l'âge. La définition utilisée dans cette trousse d'outils comprend : une maladie mentale primaire avec des problèmes de santé primaire liés à l'âge, ce qui comprend les personnes ayant des symptômes de dépression ou de schizophrénie à déclenchement tardif et une maladie psychiatrique de longue durée avec des complications relatives à l'âge telles qu'un accident vasculaire cérébral, des problèmes de mobilité ou de la démence; des conditions de démence/neurologiques/médicales complexes avec une maladie psychiatrique associée ou comorbide; des patients relevant de la médecine légale; et des personnes ayant des problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues, des troubles concomitants ou celles qui vieillissent avec des retards du développement. Les personnes ayant une maladie mentale de longue durée et qui vieillissent sans d'importants problèmes relatifs à l'âge ne sont pas comprises dans cette population. Les prestataires de soins de santé mentale primaires doivent être les derniers juges pour décider qui, parmi leur population, est le plus susceptible de profiter des initiatives

de soins de santé mentale axés sur la collaboration.

Processus de consultation

Les membres du groupe d'experts possèdent des antécédents personnels et professionnels variés, ce qui comprend l'aide naturelle, le travail social, les soins infirmiers communautaires, la psychiatrie gériatrique, la médecine familiale, l'analyse des politiques et l'évaluation de programmes. L'élaboration de cette trousse d'outils a impliqué quatre étapes clés : une analyse documentaire; 23 entrevues en profondeur (qualitatives); 30 entrevues (modèle de sondage quantitatif); et la présentation des ébauches de cette trousse d'outils durant un certain nombre d'ateliers et de conférences.

Messages clés

- **Les obstacles d'accès** comprennent les facteurs relatifs à l'âge, aux attitudes et aux valeurs; les critères d'admissibilité; la mobilité physique; les problèmes de financement; et le manque de connaissances des options. Les problèmes d'accès sont aussi aggravés par les difficultés rencontrées par les aidants naturels âgés dans la gestion de leurs propres besoins de santé, les problèmes financiers ainsi que la coordination complexe requise afin d'organiser les soutiens et les ressources nécessaires.
- **L'accessibilité peut être améliorée** par une plus grande sensibilisation parmi les usagers et les aidants naturels concernant les services disponibles; des visites à domicile accrues par les professionnels de la santé; une coordination des transports et des soins de relève; du soutien aux aidants naturels; et une capacité accrue à défendre les droits avec conviction.
- **Un nombre limité de prestataires de soins de santé mentale et primaires**

détiennent une formation officielle spécialisée en santé des personnes âgées.

- **Le système centré sur l'utilisateur comprend** un accès accru aux services axés sur la collaboration, des soutiens accrus pour les usagers/familles/aidants naturels ainsi qu'une période de temps suffisante pour permettre une interaction et une implication valables avec les prestataires; une formation et du counseling accrus; des soins à domicile au besoin; et des occasions de contribuer en tant que représentants des usagers.
- **Les politiques, la législation et le financement** doivent soutenir la cohésion entre les services essentiels aux personnes âgées (p. ex., services de santé, de transport et sociaux); améliorer la transférabilité des services de santé; aborder les critères d'admissibilité contradictoires; et créer une certaine souplesse dans les modèles de services afin que les prestataires de soins de santé primaires puissent aborder de façon appropriée les besoins uniques et complexes des personnes âgées ayant des besoins en santé mentale.
- **La recherche basée sur des données probantes** indique les meilleures pratiques qui comprennent : le système centré sur l'utilisateur; la collaboration avec les prestataires de soins de santé (professionnels et non-professionnels) de même qu'avec les services sociaux et de soins; les soins fournis par l'entremise du système de soins de santé primaires; l'utilisation d'équipes interdisciplinaires et de gestionnaires de cas; la planification de traitement basée sur les résultats; l'utilisation d'un modèle biopsychosocial de soins; l'utilisation de directives établies pour les soins; l'approche communautaire, ce qui comprend des visites à domicile; et

le soutien des aidants naturels ainsi que leur formation.

- **Les structures de collaboration doivent s'assurer que les personnes âgées ont le temps d'interagir et de s'impliquer de façon valable et que leurs prestataires de soins ne sont pas trop occupés pour aborder leurs inquiétudes.** Une contribution tout aussi significative d'une variété d'intervenants est nécessaire afin de s'assurer que les besoins variés des personnes âgées sont satisfaits. Les personnes âgées avec des besoins en santé mentale doivent être représentées au sein des groupes consultatifs de soins axés sur la collaboration qui sont responsables de l'élaboration de politiques, de la planification et de la mise en œuvre de services, et un soutien doit être fourni pour développer la capacité au sein de la communauté à s'assurer que les divers besoins des personnes âgées sont identifiés et abordés.
- **De quelle façon les divers groupes d'intervenants travaillant l'un avec l'autre sont-ils cruciaux pour la qualité ou la richesse de la collaboration, et comment sont-ils liés entre eux.** Les intervenants importants peuvent comprendre : psychiatres (en gériatrie); internistes (en gériatrie); neurologues; équipes d'approche communautaire en psychiatrie gériatrique; médecins de famille, infirmières et infirmiers, infirmières et infirmiers psychiatriques; infirmières et infirmiers auxiliaires; psychologues; neuropsychologues; travailleuses et travailleurs sociaux; conseillers de personnes en deuil; gestionnaires de cas spécialistes de l'humeur; pharmaciens; ergothérapeutes; éducateurs et agents de liaison; physiothérapeutes; diététistes; prestataires

de soins de santé non professionnels (préposés, aides de maintien à domicile, aide à domicile payée); soutiens informels (familles, personnel de soutien par les pairs, groupes de personnes ayant la même origine culturelle, amis, voisins); un large éventail de ressources de soins de santé de la communauté (établissements de soins, soins de jour, services de soutien pour les personnes âgées); et des soutien « à l'extérieur des soins de santé » (police, clergé, bistrot, bibliothèques, banques, avocats, etc.).

- **Les exemples de pratiques positives en soins de santé mentale axés sur la collaboration pour les personnes âgées comprennent :** équipe interdisciplinaire de soins de santé mentale en partenariat avec une équipe interdisciplinaire de la communauté; gestionnaire de cas en santé mentale sur place dans un cabinet de médecine familiale; infirmière ou infirmier praticien et membres de l'équipe d'approche communautaire de psychogériatrie visitant ensemble les usagers à leur domicile; centres pour la santé des personnes âgées avec des intervenants situés sous le même toit; travailleur de soutien/navigateur affectés pour faciliter l'accès aux ressources; équipes de santé mentale gériatrique soutenant des médecins de famille; équipe de liaison de soins directs effectuant la transition des usagers des soins complexes vers les soins de longue durée; équipe d'approche communautaire rurale collaborant avec un programme de psychiatrie universitaire; services d'approche communautaire pour les personnes âgées; programmes de stages interdisciplinaires; et programmes novateurs de soutien par les pairs pour les personnes âgées.

Sommaire

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 urbaines marginalisées.

Introduction

Lorsqu'une personne est marginalisée mentalement, physiquement, socialement, spirituellement et financièrement des structures de soutien normales, les déterminants sociaux de la santé subissent tous des effets néfastes. La documentation publiée est remplie de conclusions qui lient la marginalisation urbaine à la mauvaise santé. Quand un prestataire de services se préoccupe de la santé et du bien-être de l'utilisateur urbain marginalisé, il est essentiel de percevoir l'utilisateur comme un tout et d'adopter une approche de prestation des services de soins de santé primaires axée sur la collaboration.

L'objectif de cette trousse d'outils est d'aider le développement des soins de santé mentale axés sur la collaboration pour les populations urbaines marginalisées, d'encourager la création de nouvelles initiatives, de partager les enseignements des leaders dans le domaine et, éventuellement, de fournir à cette population des soins plus convenables, équitables, rentables et de meilleure qualité. Parmi les faits saillants de cette trousse d'outils, mentionnons les dix problèmes clés à considérer lors de la planification et de la mise en oeuvre d'une initiative, la description de cinq initiatives de pratiques positives, des sites Web clés (canadiens, américains et internationaux) ainsi que d'importants outils et ressources.

Définir la population

La population urbaine marginalisée est extrêmement hétérogène. La définition de « population urbaine marginalisée » adoptée dans cette trousse d'outils inclut les sans-abri, les personnes ayant des problèmes de toxicomanie, les personnes handicapées, les jeunes de la rue, les parents seuls soutiens de famille, les peuples autochtones, les personnes atteintes d'une maladie mentale, les homosexuels, les lesbiennes, les bisexuels, les transgenres et les minorités raciales (y compris les immigrants et les réfugiés) qui vivent dans un environnement urbain et possèdent les déterminants courants liés à l'exclusion sociale et à la pauvreté. Ce ne sont pas nécessairement tous les membres de ces groupes qui sont marginalisés, mais ces derniers ont une plus grande probabilité de l'être que d'autres groupes.

Processus de consultation

Un groupe d'experts formé de représentants de partout au Canada a été créé, lequel incluait des leaders dans le domaine des soins de santé mentale axés sur la collaboration pour cette population. Des commentaires d'utilisateurs ont été obtenus et des agences communautaires ont été consultées.

Messages clés

- **Les obstacles qui empêchent cette population d'obtenir des soins de santé appropriés surviennent à l'échelle « macro » et « micro ».**

- L'absence d'adresse, d'identification, de transport, de téléphone et de soutien social pour venir à bout de la bureaucratie, de même qu'un contrôle minimal sur les activités de la vie quotidienne, combinés aux complications liées à la rémunération à l'acte qui nécessite un numéro de carte d'assurance-maladie pour établir une facture et à l'absence d'une couverture pour les médicaments, réduisent tous l'accès aux soins et les options de traitement pour cette population. Cette population a grandement besoin de défenseurs.
- Le financement compte parmi les obstacles les plus fréquemment rapportés et indique le besoin d'élargir la base de financement en établissant des partenariats clés et en s'assurant de la participation de la communauté entière.
- D'autres facteurs compliquent la relation thérapeutique et les orientations des patients marginalisés, y compris la haute susceptibilité aux affections, la gravité des affections, les blessures involontaires, la prévalence de troubles concomitants, l'absence d'un réseau de soutien social, les antécédents de violence, la méfiance et les sentiments d'impuissance.
- **Les éléments qui maximisent les réussites** comprennent une bonne communication réciproque et des liens, par l'intermédiaire de partenariats formels et informels, avec tous les structures et services de soutien pertinents comme les refuges, les programmes d'approche communautaire, le logement, les services sociaux, les pharmacies et les services d'aide aux toxicomanes.
- **La stabilité du traitement est facilitée lorsque les membres du personnel qui travaillent directement avec les usagers développent un haut niveau de confiance et un passé social avec ceux-ci.** La planification du traitement doit être centrée sur les usagers pour s'assurer qu'ils acceptent, comprennent et soutiennent tous les aspects de la stratégie suggérée et qu'ils sont en mesure de les suivre.
- **L'accessibilité aux services est un élément clé qui doit être pris en considération lors de l'élaboration de politiques à l'échelle du programme.** Les usagers doivent participer au processus d'élaboration en tant que partenaires égaux. Puisque de nombreuses agences doivent lier leurs services, un protocole d'entente et des accords de services doivent être considérés.
- **L'équipe de collaboration peut inclure une grande variété de personnes et elle devrait être adaptée aux besoins uniques des usagers.** Les membres courants de l'équipe peuvent être : des infirmier(ère)s ou des infirmier(ère)s praticiens ayant des connaissances spécialisées dans le domaine de la santé mentale ou de la santé publique; des travailleurs des services d'approche ayant des connaissances spécialisées dans le domaine de la santé mentale; des travailleurs sociaux; des traducteurs; des conseillers (toxicomanie); des travailleurs qui aident les gens à se trouver un logement; des gestionnaires de cas; des thérapeutes familiaux; des travailleurs au soutien par les pairs; des pharmaciens; des ergothérapeutes; des

physiothérapeutes; des diététistes; des psychologues; des bénévoles; des dentistes; et des médecins ou psychiatres de famille.

- **Les collaborations les plus efficaces** ont lieu au sein d'équipes de soins interprofessionnels/interdisciplinaires institutionnalisées et formelles qui ont tendance à mieux travailler quand les membres de l'équipe sont situés sous un même toit et offrent des services d'approche communautaire satellites. Les services devraient être fournis dans un emplacement qui maximise l'accès des usagers, comme un centre de santé communautaire en plein centre-ville comportant des volets d'approche communautaire ou des initiatives basées dans des refuges ou des centres d'accueil qui sont liées aux prestataires de soins primaires. Grâce à un volet interdisciplinaire d'approche communautaire dynamique, des usagers difficiles à atteindre peuvent se faire traiter.
- **Concevoir une fondation de soins axés sur la collaboration pour la population urbaine marginalisée nécessite :**
 - Des soins centrés sur l'utilisateur, des soins holistiques intégrés qui sont

bâties sur la confiance et les commentaires des usagers

- Un modèle de prestation des services qui comprend de nombreux emplacements
- Des équipes interdisciplinaires
- Un service dont les volets et l'intensité sont flexibles, ainsi qu'un accès aux services de santé réguliers
- L'approche communautaire et l'engagement, y compris l'approche communautaire dans la rue et dans d'autres endroits où les services sont reçus
- Des travailleurs des services d'approche et des gestionnaires de cas qui encouragent l'engagement des usagers
- Des relations non critiques entre l'équipe et l'utilisateur permettant de soutenir ce dernier
- De mesures incitatives qui encouragent l'engagement des usagers
- Des normes de soins basées sur des données probantes comme celles fournies à ceux qui possèdent plus de ressources

Trousses pour les usagers, les familles, les aidants naturels

Introduction

Travaillant ensemble vers le rétablissement : Les usagers, les familles, les aidants naturels et les prestataires de soins

« *Quand j'ai été diagnostiqué, l'idée que je pourrais rétablir était ce qui me préoccupait le moins. Je croyais que j'étais tombé dans un trou profond et que je ne pourrais jamais en ressortir. Mais je l'ai fait, petit à petit à petit, avec beaucoup d'aide. Aujourd'hui, ma vie n'est pas toujours rose, mais c'est beaucoup mieux que tout ce que j'aurais jamais pu imaginer.* »

Lorsque vous avez réalisé que vous ou quelqu'un que vous aimez pourrait avoir une maladie mentale, vous avez sûrement ressenti beaucoup d'émotions : choc, peur, tristesse, colère. Vous vous sentiez probablement seul au monde. Vous ne l'êtes pas. Durant une année donnée, un Canadien sur cinq vivra une maladie mentale.

Une équipe d'experts (des gens qui ont eux-mêmes vécu une maladie mentale, des membres de familles et des aidants naturels) se sont rassemblés afin de vous fournir cette trousse d'outils pour que vous ne vous sentiez pas seul. Elle a été conçue afin de vous offrir les renseignements qu'ils auraient souhaité avoir dès le départ.

Le rétablissement de la maladie mentale est le phare qui guide cette trousse d'outils. Le rétablissement, c'est vivre la vie pleinement et ce, malgré la maladie mentale. Au départ, la guérison peut sembler aussi GROSSE qu'une montagne à franchir, mais il s'agit surtout de trouver l'espoir et de s'y accrocher.

Travaillant ensemble vers le rétablissement décrit les meilleures sources de renseignements que nous avons pu trouver. Beaucoup se

trouvent sur Internet parce que c'est accessible à partir du confort de votre maison au moment où vous le désirez, mais aussi parce que les ressources sont gratuites. Si vous n'avez pas d'ordinateur ou que vous n'y avez pas accès, votre bibliothèque locale dispose du service Internet gratuit. Lorsque disponibles, nous avons inclus les adresses et les numéros de téléphone des organismes qui hébergent les sites recommandés. Nous avons aussi recommandé des brochures et des livres qui doivent cependant être commandés moyennant certains coûts.

Les objectifs de *Travaillant ensemble vers le rétablissement* sont :

1. de fournir des renseignements faciles à trouver et auxquels vous pouvez vous fier afin que vous et votre famille puissiez être des partenaires efficaces dans votre traitement et votre rétablissement;
2. de s'assurer que vous savez qu'il est normal de demander aux professionnels que vous consultez de travailler en équipe, si cela pourrait mieux fonctionner pour vous;
3. de vous assurer que les membres les plus importants de votre équipe sont vous ainsi que ceux qui vous aiment; et
4. de vous aider, vous ou votre famille, à vous impliquer, si vous êtes prêt et intéressé à créer une initiative de soins axés sur la collaboration ou tout autre service de santé mentale dans votre communauté.

Nous avons tenté de vous fournir les renseignements les plus à jour possibles, tout en

sachant que de nouvelles ressources sont publiées chaque jour. Avec le temps, il y aura de nouveaux livres et sites Web utiles à votre disposition.

Finalemant, la plus grande inquiétude des centaines de personnes qui ont été consultées par l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale était qu'elles se préparent, à l'avance, en vue de crises. Si c'est aussi votre inquiétude, veuillez consulter l'Annexe 2 pour un **Plan en situation de crise**.

Un mot concernant Internet

Internet était autrefois considéré comme la voie du futur, mais voilà qu'il s'agit maintenant de la réalité d'aujourd'hui. Les Canadiennes et les Canadiens utilisent le plus souvent Internet afin de trouver des renseignements sur la santé.

Le Réseau canadien de la santé (www.canadian-health-network.ca ou www.reseau-canadien-sante.ca) offre des conseils sur ce que vous devez chercher lorsque vous déterminez si un site Web sur la santé est fiable ou s'il ne l'est pas.

La source est-elle crédible?

- Est-ce que l'organisme qui héberge le site est bien connu et de bonne réputation?
- S'il s'agit d'un particulier, s'identifie-t-il et a-t-il les références appropriées lui permettant de fournir des renseignements sur la santé mentale et la maladie mentale?
- Si le site est hébergé par quelqu'un qui a eu une maladie mentale ou par un membre de la famille de cette personne, est-ce que c'est clairement indiqué? Les renseignements empiriques sont précieux, mais diffèrent tout de même des renseignements médicaux ou de ceux fournis par d'autres sources professionnelles.

L'information est-elle pertinente?

- Est-ce que le site possède un contenu canadien? Beaucoup de renseignements sont sans frontière, c'est-à-dire qu'ils restent

les mêmes peu importe le pays qui héberge le site Web. Il peut tout de même y avoir des différences substantielles dans le nom des médicaments, les lois et d'autres faits si le site provient d'un autre pays que le Canada.

- Est-ce que les renseignements semblent superficiels ou provenir de l'opinion d'un individu? Cela peut toujours être utile, mais ce n'est pas semblable à une recherche scientifique ou à des renseignements provenant d'un organisme reconnu pour se spécialiser dans les renseignements sur la santé mentale et la maladie mentale.

Est-ce que les renseignements sont à propos?

- Le site a-t-il été mis à jour récemment?
- Est-ce que les renseignements fournis sont identifiés par une date afin que vous sachiez qu'ils sont actuels?
- Les liens vers d'autres sites sont-ils actifs?

Y a-t-il une divulgation?

- Si le site souhaite vous vendre quelque chose, est-ce clairement indiqué? Pouvez-vous avoir accès à des renseignements précieux sans avoir à acheter quelque chose?
- Est-ce que tous les côtés d'un problème sont présentés ou est-ce que les auteurs du site semblent essayer de vous convaincre de croire seulement en ce que eux croient?
- Si le site est parrainé, est-il indiqué clairement qui en est le parrain? Par exemple, une source de renseignements sur la santé mentale et la maladie mentale provient des sites de fabricants de produits pharmaceutiques. Ces renseignements peuvent être utiles, mais vous devez être conscient que l'hôte vend un produit.
- Si vous devez vous inscrire pour utiliser le site, est-il clairement indiqué pourquoi et de quelle manière votre confidentialité sera protégée?

Introduction

Vers le rétablissement : Guide de santé mentale pour les peuples des Premières Nations

À propos de « Vers le rétablissement »

L'objectif de cette trousse d'outils est d'aider les peuples des Premières Nations qui envisagent de prendre des mesures pour s'aider eux-mêmes et d'autres personnes à se rétablir afin de :

- Comprendre leur histoire et la douleur émotionnelle causée par la colonisation.
- Aider à devenir conscient de soi et à comprendre comment le passé nous affecte individuellement, en tant que famille et en tant que collectivité. Comprendre comment les connaissances, les façons de penser, les croyances, les valeurs, les langues et les coutumes traditionnelles soutiennent le renouvellement, le rétablissement et le bien-être.
- Commencer à réaliser à quel point la douleur inexprimée nuit à nos enfants, à nos jeunes et à notre capacité d'établir des relations d'adultes saines avec nos partenaires, en tant que parents, et avec nos aînés.

Cette trousse d'outils est également écrite pour les familles, les amis et les aidants naturels parce que le déséquilibre d'une personne nous affecte tous, et parce que nous savons que les familles, les aidants naturels et la collectivité peuvent jouer un rôle clé dans le rétablissement.

L'information qui y est partagée provient de la sagesse de personnes qui ont cheminé à travers les effets de la colonisation, qui comprennent leur fondation culturelle et savent comment bâtir sur celle-ci et/ou

améliorer leur conscience de soi, qui ont appris à faire le deuil et ont trouvé la bonne voie vers le rétablissement, et qui ont effectué les meilleures recherches autochtones et occidentales disponibles à ce jour.

Voici ce que nous espérons transmettre :

- Une connaissance du lien qui existe entre nos choix de vie actuels et l'histoire des Premières Nations, et de la relation que cela entretient avec notre compréhension de l'équilibre et de la santé.
- L'espoir d'un meilleur avenir grâce au rétablissement.
- L'aide est souvent difficile à trouver, mais elle vaut la peine d'être cherchée.
- Travailler avec des professionnels de la santé, la famille, les aînés des Premières Nations et les pairs peut vous aider sur le chemin du rétablissement.
- Une bonne santé mentale est une problématique partagée.
- Vous n'êtes pas seul.

Cette trousse d'outils est écrite à l'intention des peuples des Premières Nations de tous les milieux. Elle vous sera utile peu importe où vous habitez, que ce soit en milieu urbain, rural, semi-isolé ou isolé. Elle vous fournira des conseils pratiques sur la façon d'établir des structures de soutien et de trouver de l'aide compétente et intelligente lorsque le parcours se fait plus difficile. Elle vous guidera vers où vous pourrez trouver plus d'information.

Cette trousse est un point de départ pour le changement.

Trousse pour les éducateurs

Introduction

Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle : Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale

Les techniques de formation et de stage des professionnels de la santé sont des déterminants clés de leur volonté de collaborer. Afin d'évaluer la fréquence des programmes canadiens de formation interprofessionnelle existants qui abordent les soins de santé mentale axés sur la collaboration, McVicar et al. (2005) ont mené deux sondages. Les conclusions aux niveaux de la préautorisation d'exercer et après l'obtention du permis d'exercer suggèrent qu'il y a un manque de programmes dans ce domaine, incitant ainsi à l'élaboration de cette trousse d'outils.

L'objectif de cette trousse d'outils est d'améliorer la santé mentale des gens vivant au Canada en améliorant la formation et les stages interprofessionnels des intervenants clés. Pour les besoins de cette trousse d'outils, les intervenants clés *ne se limitent pas* aux personnes détenant un titre professionnel et peuvent ainsi comprendre : un large éventail de prestataires de soins de santé mentale et primaires, des usagers, des familles et des aidants naturels, des organismes communautaires, des étudiants avant leur obtention du permis d'exercer, des responsables des politiques, des administrateurs et d'autres personnes qui ne détiennent pas nécessairement un titre professionnel. La collaboration dans le contexte des soins de santé mentale axés sur la collaboration accentue le rôle essentiel tenu par les usagers, les familles et les aidants naturels

en tant que membres d'une équipe de collaboration efficace.

Cette trousse d'outils comprend :

1. Une **section théorique** (Section A) : fournit des renseignements généraux sur l'application de la formation interprofessionnelle dans le contexte des soins de santé mentale axés sur la collaboration.
2. Une **section de mise en oeuvre** (Section B) : fournit des activités et des renseignements concrets afin de soutenir la mise en oeuvre d'un atelier de formation interprofessionnelle dans le contexte des soins de santé mentale axés sur la collaboration.
3. Un **guide de décision** (Annexe B) : fournit des questions afin d'aider les facilitateurs d'ateliers à identifier les besoins et la volonté de leur organisme à s'impliquer dans un atelier de formation interprofessionnelle afin d'améliorer la prestation des soins de santé mentale axés sur la collaboration dans les contextes de soins de santé primaires.

Comment utiliser la trousse d'outils :

- Si vous êtes un **lecteur d'intérêt général** :
 - La Section A fournit une brève vue d'ensemble ainsi qu'une étude des concepts et principes clés de la formation interprofessionnelle relatifs

à l'intégration des soins de santé mentale et primaires.

- Si vous êtes un éventuel **facilitateur** d'ateliers :
 - La Section B explique comment organiser et faciliter un atelier.
 - Il est essentiel d'avoir une compréhension approfondie du contenu des Sections A et B avant la mise en œuvre de l'atelier.
 - Il est possible que vous envisagiez de lire du matériel supplémentaire, selon votre maîtrise des concepts et principes présentés dans la Section A.
- Si vous désirez être un **participant** à un atelier :
 - Il vous sera peut-être avantageux de lire la Section A avant d'assister à l'atelier.
 - Il est possible que vous envisagiez de revoir les activités de la Section B.

Pourquoi la formation interprofessionnelle?

Traditionnellement, les professionnels de la santé ont été formés séparément des autres professionnels. Le contenu et la structure du programme d'enseignement suivent des lignes de démarcation strictes. Les étudiants de différentes professions peuvent effectuer un stage clinique au même endroit, mais les horaires de stage, le temps passé à cet emplacement, la supervision et les ententes avec le centre universitaire de santé sont tous négociés de façon indépendante.

Diverses forces encouragent le mouvement vers la formation interprofessionnelle. Premièrement, les étudiants doivent être en mesure, après leur graduation, de travailler en tant que membres d'une équipe. Par exemple, le Collège royal des médecins et chirurgiens

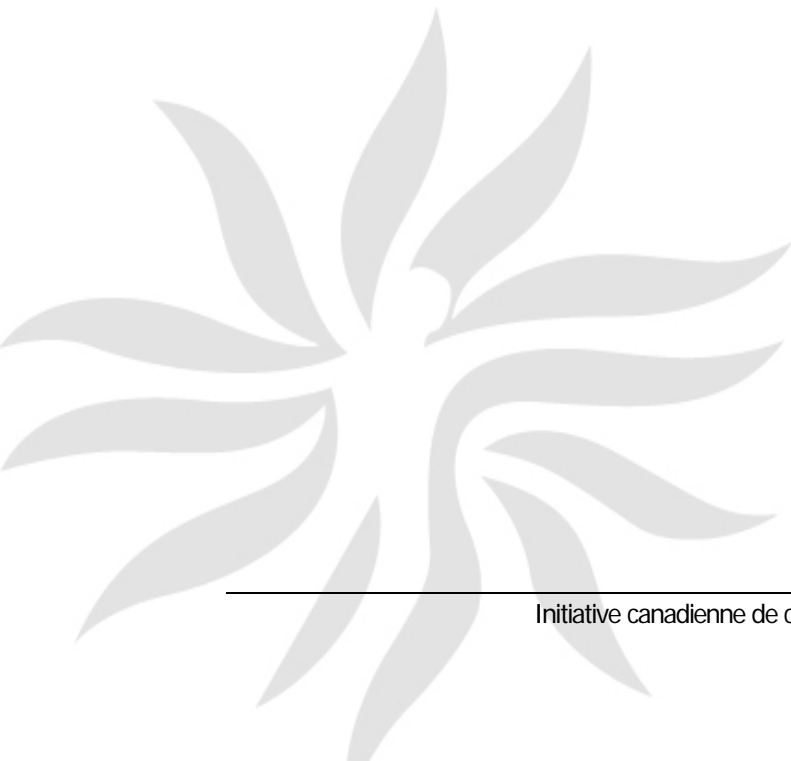
du Canada a reconnu l'importance du rôle de « collaborateur » comme une compétence clé dont doivent faire preuve tous les résidents supérieurs avant leur graduation.

Deuxièmement, un nombre de rapports clés concernant le système de santé canadien ont aussi souligné le besoin d'une plus grande collaboration impliquant des équipes interprofessionnelles de prestataires de soins de santé (Kirby, 2002; Romanow, 2002; Conseil canadien de la santé, 2005).

Que sont les soins de santé mentale axés sur la collaboration?

Les termes « soins de santé mentale axés sur la collaboration » désignent des modèles de pratique au sein desquels les usagers, leurs familles et leurs aidants naturels, en collaboration avec des prestataires de soins de santé de divers secteurs des soins de santé mentale et primaires, chacun doté d'une expérience, d'une formation, d'un savoir et d'une expertise différents, travaillent de concert afin de promouvoir la santé mentale et pour offrir aux personnes nécessitant des soins de santé mentale des services mieux coordonnés et plus efficaces.

De façon semblable à l'implication dans des activités de soins de santé mentale axés sur la collaboration, les possibilités d'inclure des usagers, des familles, des aidants naturels et d'autres personnes qui ne détiennent pas nécessairement un titre professionnel doivent être explorées et encouragées lors de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes ou des ateliers interprofessionnels.



Série de trousse d'outils

1. | Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires : Une trousse d'outils sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs
Une série de documents d'accompagnement
2. | Populations autochtones
3. | Enfants et adolescents
4. | Populations ethno-culturelles
5. | Personnes atteintes d'une maladie mentale grave
6. | Personnes ayant des problèmes de toxicomanie
7. | Populations rurales et isolées
8. | Personnes âgées
9. | Populations urbaines marginalisées

Trousses d'outils pour les usagers, les familles et les aidants naturels

10. | Travaillant ensemble vers le rétablissement : Les usagers, les familles, les aidants naturels et les prestataires de soins
11. | Vers le rétablissement : Guide de santé mentale pour les peuples des Premières Nations

Trousse d'outils pour les éducateurs

12. | Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle : Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale

Initiative canadienne de collaboration
en santé mentale
2630 avenue Skymark
Mississauga, Ont. L4W 5A4
Tél. : (905) 629-0900
Télec. : (905) 629-0893
Courriel : info@iccsm.ca

Le financement de l'ICCSM provient du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada.

Comité directeur

Joan Montgomery, Phil Upshall
Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale

Terry Krupa, Darene Toal-Sullivan
Association canadienne des ergothérapeutes

Elaine Campbell, Jake Kuiken, Eugenia Repetur Moreno
Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux

Keith Lowe, Penelope Marrett, Bonnie Pape
Association canadienne pour la santé mentale

Janet Davies
Association des infirmières et infirmiers du Canada

David Gardner, Barry Power
Association des pharmaciens du Canada

Nick Kates [président de l'ICCSM], Francine Knoops
Association des psychiatres du Canada

Linda Dietrich, Marsha Sharp
Diététistes du Canada

Denise Kayto
*Fédération canadienne des infirmières
et infirmiers en santé mentale*

Robert Allen, Barbara Lowe, Annette Osted
*Infirmières et infirmiers psychiatriques
autorisés du Canada*

Marilyn Craven, Francine Lemire
*Le Collège des médecins de famille
du Canada*

Lorraine Breault, Karen Cohen
Société canadienne de psychologie

Scott Dudgeon
Directeur général

Secrétariat de l'ICCSM

Maureen Desmarais, Coordinatrice de projet
Scott Dudgeon, Directeur général
Marie-Anik Gagné, Gestionnaire de projet
Valerie Gust, Gestionnaire de communications
Tina MacLean, Adjointe de recherche
Jeneviève Mannell, Assistante en communications
Enette Pauzé, Coordinatrice de recherche
Enric Ribas, Assistant en graphisme
Shelley Robinson, Adjointe administrative

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
a/s Le Collège des médecins de famille du Canada
2630 avenue Skymark, Mississauga, Ontario, L4W 5A4
Tél. : (905) 629-0900 Téléc. : (905) 629-0893
Courriel : info@iccsm.ca

www.iccsm.ca