

PROMOTION DE LA
SANTÉ MENTALE
AUPRÈS DES PERSONNES
ATTEINTES D'UNE MALADIE MENTALE

Un document de travail

de

Bonnie Pape, Association canadienne pour la santé
mentale
Jean-Pierre Galipeault, The Empowerment Connection

Pour l'Unité de la promotion de la santé mentale de Santé
Canada

Avril 2002

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	1
INTRODUCTION	3
La question.....	3
Les auteurs.....	4
Remerciements.....	4
PARTIE UN : CONCEPTS	5
Définitions.....	5
Promotion de la santé mentale.....	5
Santé et maladie mentale et termes connexes.....	6
MODÈLES EXISTANTS	7
Modèles afférents à la santé en général	7
Promotion de la santé.....	7
Santé de la population.....	7
Sens de la cohérence.....	8
Bien-être psychologique	8
Modèles afférents à la santé mentale	8
Le modèle à deux continuums.....	8
Approche bio-psycho-sociale envers la maladie mentale.....	9
Ressources de connaissances disponibles de l'ACSM.....	9
Ressources communautaires disponibles de l'ACSM.....	9
Spectre de l'effort en santé mentale :.....	10
Guérison.....	11
Ressort psychologique.....	12
MODÈLE DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE	15
PARTIE DEUX : STRATÉGIES	17
Frontières.....	17
STRATÉGIES DE PROMOTION DE LA SANTÉ	18
Créer des milieux favorables.....	18
Renforcer l'action communautaire/défendre les droits en vue de changements.....	19
Développer des capacités personnelles.....	20
Réorienter les services de santé.....	22
Établir une politique publique saine.....	25
EXEMPLE DE PROGRAMMES	29
Créer des milieux favorables	29
Études supérieures (ACSM, bureau national, 1993-2002).....	29
Inclusion in Community (ACSM, bureau national, 1993).....	30

Renforcer l'action communautaire; Défendre les droits en vue de changements 31

Projet Consommateurs à l'action en matière de santé mentale (Réseau national pour la santé mentale et Self-Help Connection, Nouvelle-Écosse, 2000)..... 31

Projet Consumer-Led Education and Action for Reform, (Association canadienne pour la santé mentale, Division de la Nouvelle-Écosse, 1995) 31

Développer les capacités individuelles, Renforcer l'action communautaire 31

Initiative ontarienne de développement favorisant l'aide entre pairs (1991 - présent) 31

Self-Help Connection, Nouvelle-Écosse (1987) 33

Réorienter les services 33

Salmon Arm, Adult Mental Health System Progress Report (Association canadienne pour la santé mentale, division de la Colombie-Britannique, 1998) 33

Créer une politique publique saine 35

La Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick..... 35

Intervention précoce..... 36

RECOMMANDATIONS À L'INTENTION DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL 37

En fonction de la discussion jusqu'à présent, le gouvernement fédéral peut prendre certaines mesures proposées pour améliorer la santé mentale des personnes atteintes d'une maladie mentale..... 37

Créer des milieux favorables..... 37

Renforcer l'action communautaire/Défendre les droits en vue de changements 37

Développer des capacités individuelles 37

Réorienter les services de santé..... 38

Établir une politique publique saine 38

CONCLUSION ET PROGRÈS 39

Progresser..... 39

Annexe A 41

OUTILS ET STRATÉGIES POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE 41

1. Guide de consultation 41

2. Protocoles d'évaluation 43

3. Modèles de centres de référence et de création de groupes d'entraide/de soutien mutuel..... 44

4. Étapes en vue de l'élaboration d'un projet d'inclusion communautaire intersectoriel 47

5. Aperçu d'un forum national sur la promotion de la santé mentale pour les personnes atteintes d'une maladie mentale 49

6. Fiche de rendement/Guide de discussion sur la promotion de la santé mentale 49

Annexe B 53

RÉFÉRENCES..... 53

RÉSUMÉ

Compte tenu de l'importance que l'on accorde de plus en plus à la promotion de la santé, importance appuyée par de la documentation, en misant sur les forces, les habiletés et les capacités de guérison de la personne, la promotion de la santé mentale est un concept de plus en plus pertinent. Le présent document analyse le potentiel de la promotion de la santé mentale chez les personnes atteintes d'une maladie mentale. La première section porte sur les concepts connexes et la façon dont ces concepts forment un modèle conceptuel proposé. La deuxième partie examine les stratégies de promotion de la santé mentale pour les gens souffrant d'une maladie mentale : d'abord, les stratégies générales correspondant à des champs d'action proposés pour la promotion de la santé et ensuite certains exemples précis de programmes nationaux et provinciaux. On trouve à la fin du document un ensemble de recommandations destinées au gouvernement fédéral et une annexe offrant des outils utiles et des méthodes de mise en œuvre que les gouvernements ou les communautés peuvent utiliser pour étudier plus en profondeur ce sujet.

Un certain nombre de concepts sont utiles pour la discussion. Certains d'entre eux portent sur la santé en général (notamment la santé de la population, la promotion de la santé, le sens de la cohérence) et d'autres sont plutôt relatifs à la santé mentale en particulier (notamment le modèle à deux continuums de Santé Canada, l'approche bio-psycho-sociale, les ressources communautaires disponibles et les modèles des ressources de connaissances de l'ACSM, le spectre de l'effort en santé mentale, la guérison et le ressort psychologique). Ces concepts contribuent à une perspective selon laquelle le but de la promotion de la santé mentale auprès des personnes atteintes d'une maladie mentale est *de veiller à ce que ces personnes aient la force, le choix et le contrôle sur leur vie et leur santé mentale, et à ce que leur communauté ait la force et la capacité pour appuyer l'habilitation et la guérison.*

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé définit un certain nombre de mesures et de stratégies pouvant servir de principe organisationnel pour prendre des mesures à l'égard de cette population en particulier : renforcer l'action communautaire/défendre les droits en vue de changements, développement des capacités individuelles, créer des milieux favorables, réorienter les services de santé et élaborer une politique publique saine. Pour chacun de ces champs d'action, il existe des stratégies qui sont précisément axées sur les gens atteints d'une maladie mentale : promouvoir l'effort autonome, développer les capacités dans la vie de tous les jours, se concentrer sur la participation et la promotion, combattre les stigmates et promouvoir l'intégration communautaire, déplacer l'objectif des services vers la promotion de l'autonomie et l'établissement de liens avec les communautés et s'assurer que les politiques appuient la guérison, la citoyenneté et la capacité du consommateur.

Les suggestions de stratégies ne sont pas seulement théoriques. Il est possible de trouver de nombreux exemples d'anciens programmes de promotion de la santé mentale ou des programmes actuels pour cette population, même s'ils n'ont peut-être pas été étiquetés de la sorte. Ce document décrit plusieurs de ces exemples. Ils incluent des programmes axés sur la promotion de l'intégration dans la communauté et de l'éducation supérieure, les initiatives de développement communautaire, les

approches sur les efforts autonomes, un système d'évaluation axé sur la guérison et des politiques axées sur la promotion.

Le gouvernement fédéral peut apporter son aide de différentes façons en vue d'appuyer la santé mentale des gens atteints d'une maladie mentale. Des stratégies propres à chaque champ d'action de la promotion de la santé sont proposées dans le document. En général, en faisant participer activement les consommateurs, en établissant des modèles d'essai pilote, en promouvant la recherche et le partage de l'information, en tenant des consultations, en déterminant des lignes directrices et en élaborant des politiques, le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de chef de file dans ce domaine.

Ce document démontre irréfutablement que la promotion de la santé mentale, qui s'applique à toute la population canadienne, est une initiative pertinente et appropriée pour les personnes atteintes d'une maladie mentale.

INTRODUCTION

La question

Compte tenu de l'importance que l'on accorde de plus en plus à la promotion de la santé, importance appuyée par de la documentation, en misant sur les forces, les habiletés et les capacités de guérison de la personne, la promotion de la santé mentale est un concept de plus en plus pertinent.

La *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, créée en 1986 par l'Organisation mondiale de la Santé, est reconnue à l'échelle internationale en tant que principal instrument permettant d'axer les débats de politiques et de programmes sur la façon dont la santé est créée et la façon dont une société en tant qu'entité peut être équitablement en santé. Sa définition de la promotion de la santé comme étant *le processus qui a pour but d'habiliter les personnes à accroître leur contrôle sur les déterminants de la santé et, par conséquent, d'améliorer leur état de santé* [traduction], persiste encore aujourd'hui.

Il est évident que cette description, vue sous l'angle du 21^e siècle, combine deux concepts distincts : les notions de la promotion de la santé comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci et la santé de la population comme une approche qui prend en considération la gamme complète des facteurs qui déterminent la santé d'une population.

Étant donné que les concepts de la promotion de la santé et de la santé de la population deviennent de plus en plus acceptés à l'échelle mondiale, on porte désormais une attention à leur application à des groupes précis de la population. Mais à quels groupes la promotion de la santé mentale s'applique-t-elle? Qu'en est-il plus particulièrement des gens chez qui la maladie mentale a été diagnostiquée? Les efforts en matière de promotion de la santé mentale ne sont pas destinés à guérir, à traiter ou à prévenir les maladies mentales graves. Si on répond plus efficacement aux maladies mentales au moyen de traitements et de services formels, l'approche axée sur la promotion de la santé mentale n'est donc pas appropriée dans ces situations. Quelle est donc la place, si place il y a, de la promotion de la santé mentale pour cette population?

La réponse, selon laquelle la promotion de la santé mentale s'applique à la population entière, y compris les gens atteints d'une maladie mentale, est généralement fondée sur la conviction que la maladie mentale et la santé mentale ne sont pas mutuellement exclusives et qu'elles doivent être abordées conformément à de nouvelles politiques et pratiques. Elle s'appuie sur des recherches qui démontrent la faisabilité d'une approche axée sur la promotion de la santé mentale envers la prestation de services et le développement communautaire, mais généralement à l'extérieur du domaine du traitement médical. Cette approche, centrée sur les habiletés et les capacités de la personne, peut donner lieu à une force, à un ressort psychologique et à une confiance en soi accrus chez les gens souffrant d'une maladie mentale, et à une réduction globale de leur dépendance aux systèmes de santé mentale dont la situation financière est difficile.

Ce document présentera un cadre conceptuel visant à comprendre la promotion de la santé mentale pour les personnes atteintes d'une maladie mentale. D'après ce cadre, on analysera la façon dont les stratégies de promotion de la santé mentale peuvent être appliquées aux personnes chez qui on a diagnostiqué une maladie mentale et étudiera les politiques et les méthodes de mise en œuvre nécessaires pour appuyer ces approches. On trouve à la fin du document un ensemble de recommandations précises destinées au gouvernement fédéral pour mettre en œuvre des actions requises et des politiques nationales qui accroîtront la promotion de la santé mentale chez cette population, et certains outils et certaines stratégies en vue d'élaborer une approche nationale destinée aux gens chez qui on a diagnostiqué une maladie mentale.

Le document soutiendra donc que les personnes atteintes d'une maladie mentale ne doivent pas être exclues de l'initiative sur la promotion de la santé mentale. Le document illustre des stratégies puissantes et efficaces qui accroissent la santé mentale de cette population, et, se fondant sur des recherches sur la guérison, souligne la puissance et le potentiel des approches axées sur la promotion de la santé mentale pour protéger et rétablir la santé mentale des personnes atteintes d'une maladie mentale.

Les auteurs

Les auteurs, Bonnie Pape et Jean-Pierre Galipeault, partagent une passion particulière pour l'effort autonome/le soutien mutuel et la promotion de la santé mentale et s'efforcent d'appliquer cette philosophie aux gens qui sont aux prises avec de graves problèmes de santé mentale. Depuis 16 ans, Bonnie acquiert son expérience de la santé mentale au bureau national de l'Association canadienne pour la santé mentale, où elle est actuellement directrice des programmes et de la recherche. Quant à Jean-Pierre, il acquiert de l'expérience dans le domaine depuis 13 ans en tant que directeur des programmes, de la politique et de la recherche au Réseau national pour la santé mentale à St. Catharines (Ontario) et en tant qu'ancien gestionnaire de programme au Self-Help Connection à Dartmouth (Nouvelle-Écosse). Il est actuellement copropriétaire/gestionnaire de The Empowerment Connection, une entreprise sur la santé mentale dirigée par des consommateurs et des survivants à St. Catharines (Ontario).

Remerciements

On souhaite remercier tout particulièrement Barbara Neuwelt et Glen Dewar d'avoir examiné avec soin ce document et d'avoir fourni des suggestions très utiles et appréciées. On souhaite également remercier Sylvia Berkhout pour son appui personnel et technique.

PARTIE UN : CONCEPTS

Définitions

Promotion de la santé mentale

Même si bon nombre de personnes croient que la promotion de la santé mentale consiste en des efforts d'éducation du public pour sensibiliser la population en vue de gérer les situations quotidiennes, et même si certaines personnes croient encore qu'elle ne devrait porter que sur la population « saine », des études provenant de différentes sources sont d'un autre avis. Il est de plus en plus évident que la promotion de la santé mentale est un concept utile avec d'importantes possibilités de contribution à la santé mentale de toutes les personnes et les communautés.

Ses fondements reposent sur la tradition de la promotion de la santé, bien définie par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé comme étant *le processus qui a pour but d'habiliter les personnes à accroître leur contrôle sur les déterminants de la santé et, par conséquent, d'améliorer leur état de santé* [traduction]. La promotion de la santé mentale, en s'inspirant de ces concepts, a été définie dans un atelier international parrainé par Santé Canada (1996) comme étant *le processus de renforcement de la capacité des personnes et des collectivités à prendre en main leur vie et à améliorer leur santé mentale. La promotion de la santé mentale utilise des stratégies qui encouragent le soutien de l'environnement et le ressort psychologique des personnes, tout en respectant l'équité, la justice sociale, les interrelations et la dignité humaine* (Centre for Health Promotion, 1997). [traduction]

Cette définition contient plusieurs éléments communs que l'on peut trouver dans la documentation et que des informateurs clés peuvent nous fournir (Willinsky et Pape, 1997). En extrayant l'information provenant de diverses sources, certains éléments clés de la promotion de la santé voient le jour. Le *sentiment de contrôle* sur sa santé et le *ressort psychologique* (ou la capacité à se remettre des difficultés de la vie) sont deux buts fondamentaux. Les mesures prises pour atteindre ces buts ont tendance à faire intervenir des environnements qui favorisent la *justice sociale*, le *soutien social* et la *participation aux décisions au sujet de sa vie et de sa santé*.

En se servant de ces éléments comme point de départ, le cheminement vers une bonne santé mentale devrait donc inclure l'accroissement des capacités individuelles ainsi que l'amélioration de l'environnement externe de la personne. Cet effort exige que nous prenions en considération des points critiques lorsque des interventions seront nécessaires, tel le besoin de composer avec un trouble mental.

Les concepts de la prévention et de la santé de la population, bien qu'ils soient distincts de la promotion de la santé, ont beaucoup de caractéristiques en commun avec la promotion de la santé mentale. Ces activités, qui favorisent l'habilitation, le ressort psychologique ou l'autoefficacité, tout en promouvant la santé mentale, peuvent également aider à prévenir ou à réduire les problèmes de santé mentale éventuels; la prévention primaire en particulier, qui cible la population entière, est très liée à la

promotion de la santé mentale. Mais, les finalités et le but de la prévention et de la promotion sont différents. Les efforts de prévention en matière de santé mentale ont tendance à être dirigés vers les populations qui sont à risque de développer des troubles mentaux. Ils cherchent à éliminer les facteurs qui causent l'incidence de la maladie mentale ou qui y contribuent. D'autre part, la promotion de la santé mentale cherche à mettre en valeur la santé mentale au lieu de prévenir la maladie, et elle dessert la population dans son ensemble ainsi que des sous-groupes. Elle ne se penche pas sur l'incapacité mais sur la force, elle ne cherche pas à « réparer ce qui est brisé » mais à « prendre soin de ce qu'il y a de mieux en nous » [traduction] (Seligman, 1998 lors de la mission de la psychologie, cité à Compton 2001).

La distinction entre la santé de la population et la promotion de la santé mentale est encore plus nébuleuse, mais on peut déterminer certaines frontières (minces de l'aveu général). La santé de la population est axée sur la gamme des conditions qui déterminent la santé et leurs conséquences sur la population en général, dans une optique axée sur les différentes étapes de la vie, et traitées en fonction de stratégies intersectorielles. La santé de la population, au même titre que la promotion de la santé mentale, se préoccupe de la participation et des conséquences des facteurs sociaux/environnementaux sur la santé, mais n'insiste pas sur le contrôle individuel et communautaire quant aux préoccupations en matière de santé, contrairement à la promotion de la santé mentale. La mesure dans laquelle l'approche axée sur la santé de la population inclut l'ampleur de la concentration sur des groupes en particulier, notamment les personnes souffrant d'une maladie mentale, est encore sujet à débat, mais il semble évident qu'il s'agit d'une composante de la promotion de la santé mentale. Pour que ce document demeure intelligible, nous essaierons de nous conformer aux définitions et aux éléments de la promotion de la santé mentale tels que décrits ci-dessus, y compris les déterminants de la santé qui chevauchent le point de vue de la santé de la population.

Santé et maladie mentale et termes connexes

Il est important de faire la distinction entre les divers termes utilisés en matière de santé mentale. La publication *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*, ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada, 1988 donne les définitions suivantes :

Santé mentale : la capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement de réagir de manière à favoriser le bien-être personnel, le développement et l'utilisation des habiletés mentales (cognitives, affectives et relationnelles), l'atteinte des buts individuels ou collectifs compatibles avec la justice, l'atteinte et la préservation des conditions d'égalité.

Trouble mental (ou maladie mentale) : une maladie qui peut être diagnostiquée et reconnue d'un point de vue médical et qui résulte d'une incapacité importante à utiliser ses habiletés cognitives, affectives ou relationnelles. Les troubles mentaux sont causés par des facteurs biologiques, de croissance et psychosociaux, et peuvent – au moins en principe - être contrôlés par des approches semblables à celles auxquelles on a recours pour traiter les maladies physiques (c'est-à-dire la prévention, le diagnostic, le traitement et la réadaptation).

Problème de santé mentale : Correspond à un dérèglement au niveau des interactions entre l'individu, le groupe et l'environnement. Un tel dérèglement peut résulter de facteurs personnels, y compris une maladie physique ou mentale, ou d'habiletés d'adaptation inadéquates. Les problèmes peuvent également découler de causes externes, par exemple des conditions environnementales difficiles, des structures sociales inappropriées ou des tensions au sein de la famille ou de la collectivité.

Voici la définition de « consommateur » d'après les discussions avec l'ACSM :

Consommateur : Une personne ayant été aux prises avec de graves problèmes de santé mentale ou une maladie mentale et ayant fait appel aux ressources du système de santé mentale. Il s'agit du terme le plus couramment utilisé au Canada pour cette population, même si on reconnaît que d'autres termes, notamment consommateur/survivant, survivant (psychiatrique) ou utilisateur, sont également utilisés pour tenir compte de l'expérience des gens au sujet des problèmes de santé mentale et du système de santé mentale (Consumer Celebration Package, ACSM, National, 1994).

MODÈLES EXISTANTS

Il existe un certain nombre de modèles qui peuvent contribuer à une compréhension de la promotion de la santé mentale pour les gens souffrant d'une maladie mentale. Nous avons groupé ces modèles conformément à ceux afférents à la santé en général, et ceux afférents à la santé mentale.

Modèles afférents à la santé en général

Promotion de la santé

La tradition de la promotion de la santé est le contexte à partir duquel la promotion de la santé mentale fait surface. La promotion de la santé mentale se fonde sur les concepts de promotion de la santé au sujet de l'importance de la participation des individus et des communautés pour déterminer et examiner leurs questions relatives à la santé, leur contrôle sur les déterminants de la santé, leur choix au sujet des stratégies en matière de soins de santé et leurs connaissances des questions sur la santé. Elle repose également sur les mesures et les stratégies suivantes, définies dans la Charte d'Ottawa comme moyen de promouvoir la santé individuelle et collective : établir une politique publique saine, réorienter les services de santé, développer les aptitudes personnelles, créer des environnements favorables et renforcer l'action communautaire.

Santé de la population

Tout comme la promotion de la santé mentale, l'approche axée sur la santé de la population diffère de la pensée médicale traditionnelle. Les stratégies d'amélioration de la santé de la population traitent de toute la gamme de facteurs qui déterminent la santé et sont conçues de manière à avoir une incidence sur toute la population. Les stratégies de promotion de la santé mentale correspondent à cette approche, dans la mesure où elles prennent également en compte les facteurs qui déterminent la santé (mentale), lesquelles peuvent s'appliquer à l'ensemble de la population ainsi qu'aux personnes aux prises avec des facteurs de risque particuliers.

La santé de la population se fonde sur les preuves de plus en plus nombreuses au sujet des facteurs qui déterminent la santé, et tente d'influencer le statut de la santé de la population en examinant ces déterminants d'une manière globale. Voici les déterminants inventoriés par Santé Canada :

Revenu et situation sociale
Réseaux de soutien social
Niveau d'instruction
Emploi et conditions de travail
Environnements physiques
Patrimoine biologique et génétique
Habitudes de santé et capacité d'adaptation personnelles
Développement sain de la petite enfance
Services de santé

La collaboration entre de nombreux secteurs, y compris l'économie, l'instruction, l'environnement, l'emploi et les services sociaux, est essentielle à la réussite de stratégies d'amélioration de la santé de la population.

Sens de la cohérence

Aaron Antonovsky, sociologue médical, qui a cherché à comprendre les raisons pour lesquelles certaines personnes demeurent en santé dans un monde rempli de facteurs stressants, a déterminé que le « sens de la cohérence » est une caractéristique commune aux personnes qui conservent leur santé en présence de circonstances difficiles. Ce sens peut être défini comme un sentiment de confiance quant à la prévisibilité de son environnement, et le sentiment que les choses s'arrangeront du mieux qu'elles le peuvent. Dans certaines cultures, cette notion serait semblable au fait de « se sentir en contrôle ».

Un certain nombre de ressources favorisent le sens de la cohérence : ressources matérielles, physiques, cognitives, émotionnelles, soutien social, valeurs et attitudes, culture et appartenance dans le monde. Les travaux les plus anciens de Antonovsky sont antérieurs à la plupart de la documentation sur la promotion de la santé et certainement de la documentation sur la santé de la population, mais ils ont également prédit une grande partie des idées qui ont vu le jour plus tard au sujet de l'importance de contrôler sa vie ainsi qu'au sujet des déterminants de la santé (Antonovsky, 1979, 1987).

Bien-être psychologique

Le domaine de la psychologie contribue également à notre compréhension de la santé mentale. Selon des recherches psychologiques provenant de différentes sources, la santé mentale positive ou le bien-être psychologique pour toutes les personnes sous-entend plusieurs facteurs fondamentaux : bonheur ou satisfaction de vivre, réalisation de soi ou sens de la valeur personnelle et but dans la vie et spiritualité mettant en cause la « centralité des autres » ou les services aux autres (Compton, 2001). Les gens atteints d'une maladie mentale ont les mêmes besoins humains que les autres en ce qui a trait au bien-être et la même capacité à les combler.

Les approches relatives à la promotion de la santé mentale peuvent être perçues comme des façons d'aider à actualiser la possibilité de jouir d'un bien-être psychologique pour les consommateurs. Comme on le verra dans les exemples qui suivent, on peut utiliser de nombreuses stratégies mises en œuvre à partir d'un point de vue de la promotion de la santé mentale conformément à la participation, au choix et au contrôle. Toutes ces stratégies (notamment le développement des compétences personnelles, la participation à la prise de décision et à la communauté et la participation à des relations réciproques de soutien par les pairs) peuvent contribuer à la satisfaction de vivre, à la réalisation de soi et à la capacité de tendre la main vers les autres – les trois composantes du bien-être psychologique.

Modèles afférents à la santé mentale

Le modèle à deux continuums

Pour appliquer la promotion de la santé mentale aux personnes atteintes d'une maladie mentale, il faut aller au-delà de la simple catégorisation « sains » et « atteints d'une maladie mentale ». En fait, une personne peut jouir d'un bien-être mental malgré un diagnostic de maladie mentale, ou, au contraire, la personne peut ne pas être atteinte d'une maladie mentale mais vivre dans la souffrance mentale. L'hypothèse selon laquelle la promotion de la santé mentale est une initiative appropriée pour les gens

atteints d'une maladie mentale repose sur le concept de la santé mentale et du trouble mental tel qu'il existe sur deux lignes distinctes ou continuums.

« Sur le continuum du trouble mental, on trouverait à une extrémité la gravité des symptômes (détresse et déficience), et à l'autre une absence totale de symptômes ou d'effets. Entre ces deux extrémités, on trouverait différentes situations dans lesquelles les symptômes du trouble mental seraient présents à divers degrés. Sur le continuum de la santé mentale, les deux pôles seraient respectivement la santé mentale optimale et la mauvaise santé mentale. La santé mentale optimale est une situation dans laquelle les demandes et les contributions respectives de la personne, du groupe et de l'environnement sont équilibrées de manière à appuyer les valeurs et les objectifs exprimés dans la définition de la santé mentale » [traduction] (La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre, ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada, 1988).

Ce modèle démontre la façon dont la santé mentale d'une personne peut être accrue sans égard au diagnostic de maladie mentale, et est donc essentiel à la compréhension de la façon dont les principes de promotion de la santé mentale peuvent être appliqués aux gens souffrant d'une maladie mentale (Prager et Scallet, 1992).

Approche bio-psycho-sociale envers la maladie mentale

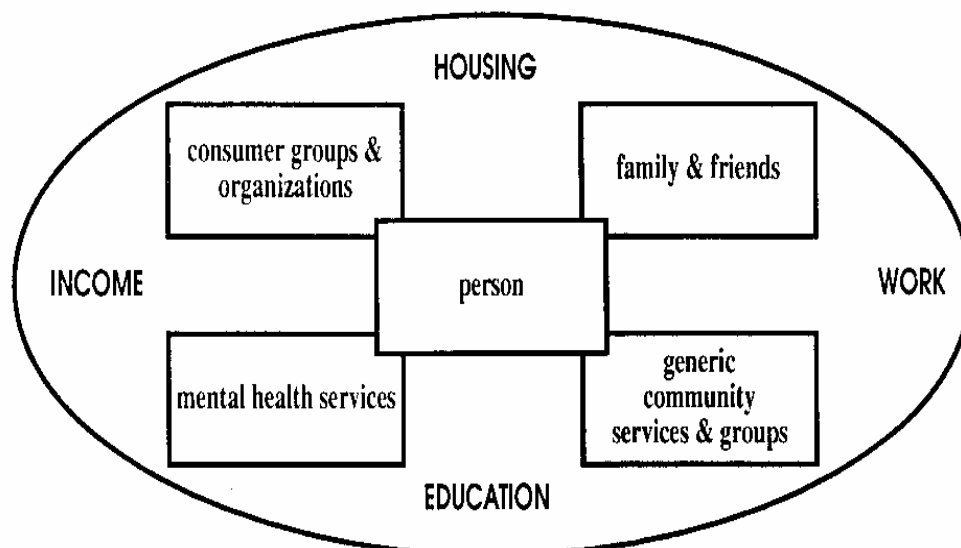
Les origines du trouble mental sont complexes. Les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont tous conçus de manière à jouer un rôle dans la genèse de la plupart des maladies mentales. C'est pour cette raison que de nombreux médecins utilisent une combinaison de traitement biologique, de consultations psychologiques et d'interventions sociales pour aborder la maladie mentale.

Bien que l'aspect biologique, et le traitement médical qui découle de ce modèle, ne font généralement pas partie de la promotion de la santé mentale, l'approche bio-psycho-sociale démontre que les perspectives cliniques/médicales ne sont qu'une pièce du casse-tête. Les interventions psychologiques/comportementales et les interventions sociales ou de niveau communautaire visant à aborder les maladies mentales, également légitimées par ce modèle, peuvent être assurées d'une manière qui promeut la santé mentale et sont donc pertinentes pour cette discussion.

Ressources de connaissances disponibles de l'ACSM

Ce modèle conceptuel sert de méthode pour mieux comprendre la maladie mentale. S'opposant à l'importance prédominante accordée au point de vue clinique/médical, ce modèle souligne la légitimité des sources d'information généralement négligées au sujet de la santé mentale et de la maladie mentale : non seulement les sources médicales/cliniques, mais également celles portant sur la science sociale, les sources expérientielles et les perspectives coutumières et traditionnelles. Les approches sur la promotion de la santé mentale sont également fondées sur des sources de connaissances autres que cliniques et peuvent donc être perçues comme éléments mettant en œuvre les ressources de connaissances disponibles (Trainor, Pomeroy et Pape, 1997).

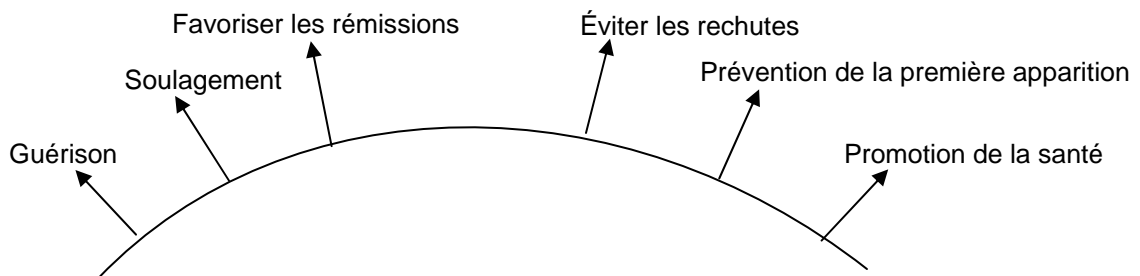
Ressources communautaires disponibles de l'ACSM



Le modèle des ressources communautaires disponibles, qui s'inscrit à l'intérieur du Cadre pour le soutien, offre un appui communautaire aux gens aux prises avec de graves problèmes de santé mentale (bureau national de l'ACSM, 1993). Il présente le message clé selon lequel les services de santé mentale formels, bien qu'ils soient importants, ne sont pas la seule ressource pour promouvoir la santé mentale et la guérison. Tout aussi importants sont les pairs de la personne (auto-assistance ou groupes de consommateurs), sa famille et ses amis et des groupes et des services communautaires de base. De plus, l'accès de la personne à des « éléments fondamentaux de la citoyenneté » (travail, hébergement, éducation et revenu) est essentiel.

Le modèle des ressources communautaires disponibles sous-entend plusieurs autres principes de base : la participation des consommateurs à l'élaboration de politiques sur la santé mentale, la planification et l'évaluation de systèmes; un centre d'intérêt sur l'intégration et la participation de la communauté; un équilibre des ressources entre les services formels et les autres formes de soutien; le besoin en stratégies pour aborder les stigmates et les autres facteurs qui empêchent les gens atteints d'une maladie mentale d'être des membres à part entière de leur communauté; et la mesure des résultats et la recherche qui reflètent les besoins et la participation de tous les intervenants et aident à veiller à ce que les services soient assurés selon l'approche fondée sur les « meilleures pratiques » (ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, 2000).

Spectre de l'effort en santé mentale :
Approches globales et propres à la prévention



Le spectre de l'effort

Le modèle du spectre de l'effort illustré par Alex H. Leighton en 1989 montre la maladie et la santé sur un continuum. Il est le résultat de l'étude Stirling County (Nouvelle-Écosse) grâce à laquelle on a commencé à suivre les individus au diagnostic psychiatrique en 1952 et il est désormais le travail ponctuel à plus long terme du genre dans le monde.

En plus des composantes du diagramme ci-dessus, Leighton a également présenté « quatre variables de la prévention » : réduction des risques environnementaux extraordinaires; augmentation des ressources environnementales; réduction des obligations personnelles et augmentation des biens personnels. Il conclut que les variables ne sont pas applicables seulement à la prévention, mais également au spectre au complet (pour aborder la question de la maladie également). Il résume en affirmant que la réduction des dangers et l'élaboration de ressources dans l'environnement social ainsi que la réduction des obligations et la création de biens chez les personnes ont autant d'influence sur la portion clinique du spectre de l'effort que sur le segment relatif à la prévention.

Même si les distinctions entre la maladie et la santé ne sont pas aussi bien illustrées dans ce cadre que dans le modèle à deux continuums de Santé Canada, nous avons décidé d'inclure le spectre étant donné qu'il établit le bien-fondé de la promotion de la santé en tant que composante de l'étude de la maladie. Le modèle du spectre de l'effort illustre comment une personne peut être atteinte d'une maladie mentale et

recevoir un traitement pour raccourcir la durée d'un épisode ou diminuer les symptômes tandis que les « quatre variables » sont des facteurs continuellement présents pouvant contribuer à la santé mentale d'une personne.

Le modèle du spectre de l'effort peut s'appliquer à tous et chacun, y compris les gens atteints d'une maladie mentale. Cependant, pour de nombreuses personnes atteintes d'une maladie mentale persistante et à long terme, vivant dans la pauvreté et sans soutien social, les éléments de base mentionnés par Leighton (notamment l'équilibre du travail, le repos, la relaxation et, en général, le contrôle sur sa maladie mentale) sont des défis difficiles, voire même impossibles, à relever. Un modèle plus complexe est nécessaire.

Guérison

Au cours des dernières années, des recherches et des travaux universitaires effectués par les consommateurs ont contesté la croyance traditionnelle selon laquelle une maladie mentale grave doit, par définition, suivre un cours chronique et s'aggraver. Ces données témoignent du phénomène de la « guérison » à la suite de la maladie mentale. La compréhension commune a une connotation différente lorsque l'on parle de guérison appliquée aux troubles mentaux et lorsque l'on parle de guérison appliquée à une maladie physique. Tandis que la guérison à la suite d'une maladie physique laisse sous-entendre une rémission complète, la guérison à la suite d'une maladie mentale fait plutôt référence au sentiment de maîtrise de la personne par rapport à sa vie et à sa maladie, et peut se produire pendant que les symptômes sont encore présents.

Les bénéficiaires en santé mentale ont décrit la guérison de différentes façons. Selon la littérature, la guérison est un processus très personnel et unique qui permet de changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et/ou ses rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, prometteuse et contributive. La guérison peut s'effectuer avec ou sans intervention professionnelle. Elle sous-entend la détermination de nouvelles significations et de nouveaux buts dans la vie d'une personne au fur et à mesure qu'elle dépasse les effets catastrophiques de la maladie psychiatrique ou les conséquences sociales de la maladie (ce qui est parfois plus difficile que de guérir de la maladie elle-même) (Anthony, 1993 et 2002). Puisqu'elle est souvent décrite en fonction du contrôle à exercer sur sa vie et la maladie (et non du contrôle de la maladie sur la personne), la guérison a de nombreux points communs avec la promotion de la santé mentale.

Selon les preuves découlant de recherches des consommateurs aux États-Unis et au Canada, les consommateurs perçoivent la guérison comme un lent processus individuel et continu qui donne lieu à :

- Des relations positives
 - Accepter et être accepté
 - Prendre conscience de la famille et des amis et communiquer avec eux de manière positive
- Une activité quotidienne significative
 - Être en mesure de retourner travailler et se respecter
 - Maximiser nos forces pour vivre, travailler et nous amuser dans notre communauté
- Une spiritualité
 - Mobiliser notre capacité intérieure à nous guérir; trouver une raison de vivre, même si l'on souffre

- Paix intérieure; se rapprocher du bien-être dans toutes les circonstances
 - Une croissance personnelle
 - Un processus personnel permettant de surmonter sa déficience malgré sa présence continue
 - Développer son potentiel au maximum
- (Deegan et. al., 2000, Association canadienne pour la santé mentale, division de la N.-É., 1995).

Éléments qui contribuent à la guérison

Les recherches de William Anthony sur la guérison démontrent qu'un dénominateur commun est la présence de gens qui croient en la personne nécessitant une guérison, et qui l'épaulent, et que l'importance des choix dans la vie de la personne est primordiale.

Réflétant les résultats de recherches provenant de certaines sources, les participants au projet Consumer-Led Education and Action for Reform effectué en 1995 (Association canadienne pour la santé mentale, division de la N.-É.), ont mentionné que les facteurs suivants ont aidé à leur guérison :

- Soutien mutuel (groupes d'entraide)
- Possibilités sociales (groupe professionnel; centres de consultation)
- Développement personnel (passe-temps; auto-éducation; prière; contrôle de sa vie; exercice; établissement d'objectifs personnels)
- Connaissance de soi (monitorage de soi; reconnaître le moment auquel on doit chercher de l'aide; reconnaître ses réalisations et accepter ses échecs et/ou en tirer profit)
- Médication

Éléments qui nuisent à la guérison

Dans le même projet de recherche, les participants ont mentionné que les facteurs suivants ont nui à leur guérison : stigmates/discrimination; difficultés financières; chômage; manque de proximité, de compréhension et d'acceptation des membres de la famille et manque d'information.

Selon certaines preuves, les systèmes de santé mentale eux-mêmes peuvent contribuer ou nuire au processus de la guérison. Anthony (2000) a examiné les systèmes qui ne sont pas axés sur la guérison et a trouvé les caractéristiques suivantes :

- La mission ne sous-entend aucune mesure des résultats de la guérison
- Les résultats de chaque service sont uniquement des mesures du processus ou des mesures de la qualité du programme
- On ne cherche pas activement à connaître les points de vue du consommateur et de la famille en vue de l'évaluation du système
- Les politiques ne veillent pas à ce que les protocoles du service guident la prestation du service
- Les politiques encouragent les programmes du service à valoriser la conformité et l'autorité professionnelle

Ressort psychologique

Le ressort psychologique est communément perçu comme la qualité qui permet à une personne ou à un groupe de bien fonctionner malgré les aspects négatifs et, à ce titre, complète la notion de la promotion de la santé. Deux concepts fondamentaux sont associés au ressort psychologique : facteurs de risque et facteurs de protection.

Le risque sous-entend de vivre un certain nombre d'événements stressants (notamment la pauvreté, l'itinérance et une série de graves problèmes de santé mentale) ou un seul événement traumatisant (tel un divorce ou un deuil). On entend par « facteurs de protection » les aptitudes, les facteurs de la personnalité et les ressources du milieu qui contribuent à la capacité à se remettre de ces événements et à poursuivre son chemin. Ils servent d'amortisseur et offrent un réservoir de ressources afin de composer efficacement au stress (Willinsky et Pape, 1997, 2001).

Certains considèrent le ressort psychologique comme un *équilibre* entre les facteurs de stress et les conditions défavorables, d'une part, et la capacité de s'adapter et la présence de soutien, d'autre part. Lorsque les événements stressants l'emportent sur les facteurs de protection, même les personnes qui ont eu du ressort psychologique dans le passé sont parfois incapables de composer avec la situation (Réseau atlantique pour la promotion de la santé communautaire, 1995).

Voici certains attributs individuels relatifs au ressort psychologique mentionnés dans le document précité :

- Sens des responsabilités
- Aptitudes cognitives à la résolution de problèmes
- Aptitudes à la lecture
- Estime de soi positive/autoefficacité
- Sentiment de contrôle sur sa vie
- Planification des événements futurs, notamment un emploi ou des études
- Optimisme et attentes positives par rapport à l'avenir
- Antécédents de compétence ou de succès
- Compétence sociale et aptitudes sociales et interpersonnelles
- Connaître un événement positif avant ou après une situation stressante
- Se détacher d'un conflit à la maison ou dans son quartier, ou ne pas y donner suite
- Chercher du soutien

Le *soutien social* est une importante ressource d'adaptation associée au ressort psychologique; les milieux favorables sont reconnus comme d'importants facteurs de protection pour promouvoir le ressort psychologique. La mobilisation du soutien des groupes de pairs et de la famille est recommandée dans la documentation sur le ressort psychologique comme moyen d'intervention pertinent et efficace pour les personnes atteintes d'une maladie mentale.

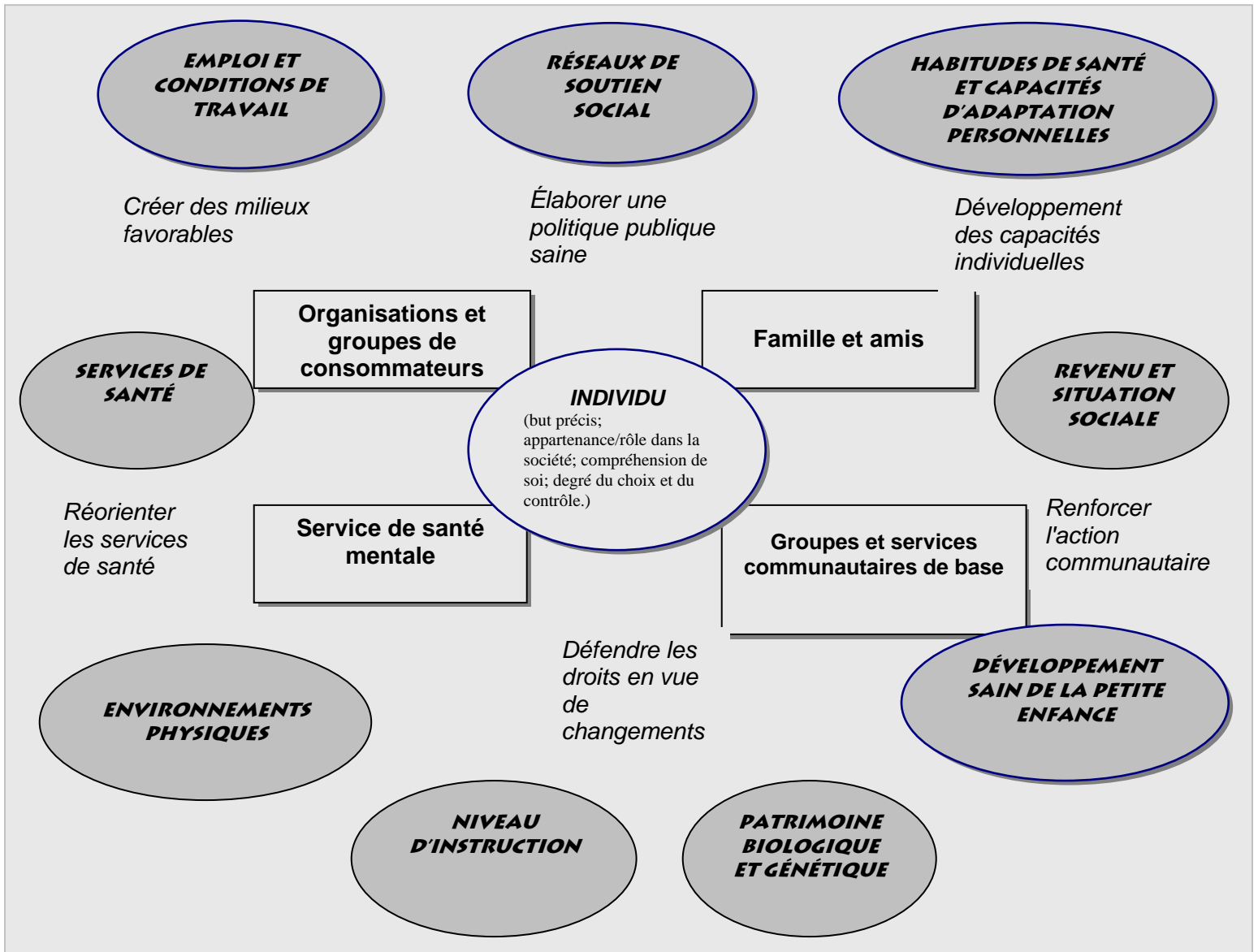
On traite rarement de *l'auto-assistance*, un concept clé dans le cadre de la promotion de la santé, dans la documentation sur le ressort psychologique, mais une forme semi-structurée de soutien social est une ressource évidente à prendre en considération. Même si nous commençons à découvrir des hypothèses selon lesquelles les interventions, qui permettent l'auto-assistance, peuvent favoriser le ressort psychologique, il est évident que le lien entre l'auto-assistance et le ressort psychologique pourrait tirer profit d'autres recherches (afin d'analyser son potentiel en tant que stratégie visant à renforcer le ressort psychologique dans l'intérêt de la promotion de la santé).

Le ressort psychologique est un élément crucial de la promotion de la santé pour les personnes souffrant d'une maladie mentale. Tout comme la « guérison », il doit être intégré aux politiques fédérales/provinciales/territoriales sur la santé mentale et doit également sous-entendre la participation des consommateurs dans son

développement. On devrait porter une attention particulière à la partie que joue le ressort psychologique d'un point de vue culturel.

MODÈLE DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE POUR LES PERSONNES ATTEINTES D'UNE MALADIE MENTALE

*Ce modèle lie les ressources communautaires disponibles de l'ACSM * aux mesures à prendre à l'égard de la promotion de la santé et aux déterminants de la santé (ovales ombragés) qui influencent la santé/santé mentale des gens atteints d'une maladie mentale tout comme celle de la population en général.*



* A New Framework for Support for People with Serious Mental Health Problems, Association canadienne pour la santé mentale, 1993.

Le modèle de promotion de la santé ci-dessus s'appuie sur tous les concepts abordés dans la section précédente pour illustrer la variété des facteurs qui peuvent contribuer au bien-être positif des personnes atteintes d'une maladie mentale.

Les ressources communautaires disponibles (RCD) de l'ACSM implantent notre modèle de promotion de la santé mentale. Dans les RCD, la personne atteinte d'une maladie mentale est le centre d'intérêt : elle s'investit dans sa communauté, participe à la prise de décision au sujet des services de santé mentale et elle choisit le soutien le plus approprié. Il existe quatre ressources clés qui devraient être mises à la disposition de la personne pour l'aider : a) services de santé mentale; b) famille et amis; c) groupes de consommateurs et organisations; et d) groupes et services communautaires de base.

Se démarquant des RCD, les déterminants de la santé, précisés par Santé Canada, sont fondamentaux pour la personne et les ressources clés : les facteurs qui influencent l'état de santé (revenu et situation sociale, services de santé mentale, soutien social, niveau d'instruction, environnements physiques, biologie, développement de la petite enfance et emploi). La plupart des déterminants de la santé, à l'exception du patrimoine biologique/génétique et certains services propres au traitement, peuvent être façonnés de manière à favoriser la santé mentale de la personne au centre du modèle.

Afin d'opérationnaliser ce modèle, il est possible d'appliquer les mesures à prendre qui influencent la santé mentale, tel que précisé dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (créer une politique publique saine; réorienter les services de santé mentale; développer les capacités personnelles; créer des milieux favorables; défendre les droits en vue de changements; et renforcer l'action communautaire). Toutes ces mesures sont incluses dans ce modèle, lequel nécessiterait des composantes politiques et de services ainsi que des aptitudes, une promotion et une action communautaire dans sa mise en œuvre.

Par conséquent, le modèle montre qu'une variété de facteurs, à divers degrés, peuvent être mobilisés pour influencer l'état de santé mentale des personnes atteintes d'une maladie mentale. Il existe de vastes facteurs de macro-niveau (tels les déterminants de la santé) qui nécessitent des initiatives stratégiques à grande échelle, des facteurs communautaires (telles les ressources clés) qui peuvent être mis en valeur par une action communautaire, et même des facteurs individuels. Cette dernière catégorie est importante, car elle souligne que la personne possède, même si elle est encore malade, des talents et des capacités pour favoriser sa propre santé mentale. En effet, même si la santé mentale peut bénéficier de soutien et d'aide externes, elle dépend en fin de compte des personnes elles-mêmes.

En résumé, pour définir les stratégies utilisées pour ce document, nous nous concentrerons sur l'extraction des éléments clés de la promotion de la santé mentale et des concepts connexes :

Le but de la promotion de la santé mentale auprès des personnes atteintes d'une maladie mentale est de veiller à ce que ces personnes aient la force, le choix et le contrôle sur leur vie et leur santé mentale, et à ce que leur communauté ait la force et la capacité pour appuyer l'habilitation et la guérison.

PARTIE DEUX : STRATÉGIES

Frontières

Il existe différentes stratégies pour aborder la maladie mentale et les problèmes de santé mentale. Même si elles peuvent être très efficaces pour des personnes et des situations en particulier, elles ne sont pas toutes adaptées à un cadre de promotion de la santé mentale. Tout dépendant du point de vue qu'adopte une personne pour comprendre ou expliquer la maladie mentale, elle peut se servir de différentes approches pour composer avec la situation. Parmi ces points de vue et ces approches, la perspective psychosociale, dans la moitié inférieure ombragée de la matrice ci-dessous, s'appliquerait le plus aisément à la promotion de la santé mentale. Les explications et les approches fondées sur une perspective biologique relèvent moins du ressort du modèle de la promotion de la santé mentale, mais elles peuvent être abordées dans le but de se concentrer sur le choix et le contrôle du consommateur et une orientation vers la guérison.

La matrice suivante présente une différenciation approximative des concepts et des stratégies qui pourraient ou non cadrer avec la promotion de la santé mentale, mais nous nous contenterons de la considérer comme étant approximative. Le point le plus important est que ce n'est pas seulement le *type* de service de santé mentale qui le définirait comme promouvant la santé mentale, mais également la *façon* dont il est réalisé. Tous les services énumérés ci-dessous seraient compatibles avec la promotion de la santé mentale seulement s'ils sont réalisés de manière à mettre l'accent sur le choix, le contrôle, la dignité et la guérison du consommateur.

	<i>Étiologie</i>	<i>Approches avec services</i>	<i>Approches sans service</i>
<i>Perspective biologique</i>	Biochimie Influences prénatales Développement du cerveau Patrimoine génétique	Médication TEC Nutrition Tests génétiques et counselling Recherche	
<i>Perspective psychosociale</i>	Revenu (pauvreté), soutien social, éducation, environnement physique (hébergement), travail Vision cognitive du monde Inclusion/exclusion	Réadaptation psychosociale Thérapie cognitivo-comportementale Développement des capacités Participation à la conception, à la prestation et à l'évaluation des services Liens intersectoriels	Mettre en valeur les déterminants de la santé et accès aux éléments de la citoyenneté Promouvoir les initiatives, l'auto-assistance et la revendication des consommateurs Accroître l'accès à des groupes et à des organisations de base

STRATÉGIES DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Les actions et les stratégies soulignées dans la Charte d'Ottawa comme moyen de promotion de la santé individuelle et collective peuvent être appliquées à la santé mentale (Willinsky et Pape, 1997, 2001). Voici ces actions et stratégies : créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, défendre les droits en vue de changements, développer les capacités personnelles, réorienter les services de santé mentale et élaborer une politique publique saine. Pour les associer plus particulièrement aux personnes atteintes d'une maladie mentale, il faut cependant relever certains défis propres à cette population.

Créer des milieux favorables

Cette stratégie met l'accent sur la promotion du changement communautaire et organisationnel pour créer des milieux sains et permettre d'accéder à un soutien social (Willinsky et Pape, 1997, 2001).

Stigmates

Le changement communautaire est primordial à la promotion de la santé mentale chez les personnes atteintes d'une maladie mentale. Cela est principalement dû au fait que, parmi les défis qui nuisent à combler les préférences des individus souffrant d'une maladie mentale, les attitudes du public à l'égard de la santé mentale est l'un des plus confusionnelles. Les stigmates ont des conséquences sur l'accès des gens à l'emploi, au logement et sur l'inclusion dans la vie communautaire, et, par conséquent, nuisent à leurs chances de guérison.

Les stigmates peuvent également faire obstacle à l'accès aux services. Aux États-Unis, le Surgeon General Report on Mental Health (1999) cite des études démontrant que près des deux tiers des gens souffrant d'un trouble mental pouvant être diagnostiqué ne cherchent pas à obtenir un traitement (Regier et al., 1993; Kessler et al., 1996). Bien que les raisons de ce refus à obtenir de l'aide varient, nous savons que les stigmates entourant la décision de bénéficier de services de santé mentale est un obstacle important qui décourage les gens à chercher un traitement, et que les stigmates peuvent, avec le temps, s'intensifier au lieu de diminuer (Sussman et al., Cooper-Patrick et al., 1997).

Il n'existe pas de stratégie simple ou unique pour éliminer les stigmates associés à la maladie mentale, mais certaines mesures positives ont été adoptées. D'après des études, les perceptions négatives au sujet des maladies mentales graves peuvent être amoindries en fournissant des renseignements empiriques sur l'association entre la violence et les maladies mentales graves (Penn & Martin, 1998). Les programmes de défense des droits et d'éducation du public aident de façon similaire à changer les attitudes et, par conséquent, contribuent à la réduction des stigmates (Surgeon General Report on Mental Health, 1999).

Une conclusion intéressante qui se dégage de manière assez constante dans la documentation est que la proximité ou le contact avec des personnes souffrant d'un trouble mental a tendance à réduire les stéréotypes négatifs (Corrigan & Penn, 1999). Ainsi, les programmes qui aident les gens à mieux s'intégrer dans la communauté par les écoles, le travail, le logement intégré ou les groupes sociaux axés sur des intérêts, ne servent non seulement à promouvoir la santé mentale de la personne en réduisant son exclusion, mais peuvent également jouer un rôle en remplaçant graduellement les attitudes négatives adoptées de manière courante.

Inclusion

Les gens aux prises avec de graves maladies mentales vivent généralement en marge de la société, exclus de la vie communautaire. John McKnight a écrit de manière éloquente la façon dont les gens « étiquetés » peuvent développer leurs propres capacités et s'associer à la communauté au moyen de structures médiatrices tels des clubs de bienfaisance ou des groupes d'intérêts (Kretzmann et McKnight, 1993). En redéfinissant extérieurement les services et les politiques pour exploiter les ressources sociales naturelles déjà en place dans la communauté, notamment les programmes généraux relatifs à l'emploi et à l'éducation (mesures de soutien comprises si nécessaire), des organisations, des institutions

religieuses et des clubs réguliers ainsi que des logements ordinaires, on pourra créer un environnement davantage axé sur les personnes atteintes d'une maladie mentale. Le projet « Inclusion in Community » de l'ACSM, décrit plus en détail dans ce document, applique ces théories aux gens souffrant d'une maladie mentale.

Renforcer l'action communautaire/défendre les droits en vue de changements

La promotion de la santé mentale s'effectue par l'entremise d'une action communautaire concrète visant l'établissement des priorités, la prise de décision, l'élaboration de stratégies de planification ainsi que leur mise en œuvre afin d'atteindre un meilleur niveau de santé mentale. Au cœur de ce processus, on trouve l'habilitation des communautés et leur appropriation et contrôle de leurs propres efforts et destinées (Willinsky et Pape, 1997, 2001).

Pour les consommateurs, cette stratégie est essentielle et sert de fondement pour les autres. Elle sous-entend la création de structures de soutien pour que les gens s'organisent, définissent leurs besoins et leurs problèmes et y donnent suite. Pour bénéficier d'un modèle de soutien mutuel pur, il se peut que ces consommateurs nécessitent des ressources financières minimales et simplement le soutien permettant de travailler ensemble au sein de groupes pouvant provenir d'une organisation-cadre, tel un centre d'entraide. Pour des réalisations plus ambitieuses, telles la création de réseaux de défense ou d'initiatives de développement économique communautaire, des ressources financières et une formation organisationnelle seront probablement nécessaires également.

Auto-assistance/soutien mutuel

Nous revenons souvent au concept d'auto-assistance/de soutien mutuel dans ce document, car il s'agit d'une ressource puissante axée sur la promotion de la santé mentale. Puisqu'elle est fondée sur les relations entre semblables, c.-à-d. entre des gens qui ont également vécu la maladie mentale, l'auto-assistance a été caractérisée comme une approche limitative et non inclusive. Cependant, bon nombre de personnes sont d'avis que les groupes d'entraide ne les ont pas seulement aidées à composer avec leurs problèmes liés à la maladie, mais les ont aidées à être plus confiantes et à choisir des associations communautaires plus régulières (Trainor et. al., 1996).

Au cours des dernières décennies, la popularité et le nombre de groupes d'entraide sur des questions sociales et de santé n'ont cessé de croître. Il est donc naturel que les gens qui ont expérimenté le système de santé mental utilisent également cette ressource. Pour cette population, ces groupes offrent de précieux avantages. Non seulement ils offrent la possibilité de partager un soutien émotionnel et tangible, mais ils font appel aux forces et aux capacités des personnes pour aider les autres. L'auto-assistance et le soutien mutuel, fondés sur des principes d'expériences partagées, d'engagements conjoints et de leadership, en plus d'être gratuits, représentent un outil fondamental permettant aux gens de travailler ensemble et de gérer leur propre vie. Les groupes d'entraide servent de forum où la personne acquiert des connaissances et des aptitudes pour « obtenir de l'aide », « offrir de l'aide » et « apprendre à s'aider elle-même ».

On commence à noter des preuves de l'efficacité de l'auto-assistance. En ce qui a trait aux personnes atteintes d'une maladie mentale, des conclusions de recherches préliminaires venant d'être publiées par la Community Mental Health Evaluation Initiative en Ontario ont montré que « le soutien par les pairs est bénéfique aux consommateurs et aux membres de la famille de parents malades. Les programmes de

soutien par les pairs ont également des conséquences positives sur les communautés et les systèmes au service des personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants. Cependant, ces programmes reçoivent actuellement moins de 1 % du budget provincial (Ontario) consacré à la santé mentale » [traduction]. Certaines améliorations particulières relevées comprennent le fonctionnement dans la communauté, la qualité de la vie, les symptômes, la consommation d'alcool et de drogues ainsi que le nombre de crises et de journées d'hospitalisation (Centre de toxicomanie et de santé mentale et. al., 2002).

Depuis quelques années, la gamme d'initiatives contrôlées par les consommateurs et à l'intention de ceux-ci inclut maintenant des activités autres que celles des groupes d'entraide. Par exemple, on trouve des réseaux et des groupes de défense dirigés par des consommateurs, des entreprises exploitées par des consommateurs, des consommateurs qui forment d'autres consommateurs dans le domaine du développement des compétences et des consommateurs qui perfectionnent leurs propres connaissances. Contrairement au modèle d'auto-assistance/de soutien mutuel pur, certaines de ces initiatives nécessitent des ressources financières afin d'être viables, et certaines ont des structures qui incluent le personnel de même que les bénévoles. Elles se distinguent cependant des services de santé mentale formels en ce sens où toutes les activités sont réalisées et contrôlées par les consommateurs eux-mêmes qui travaillent ensemble. On verra dans la prochaine section des exemples d'approches axées sur l'auto-assistance.

Développer des capacités personnelles

Certaines aptitudes pouvant être utiles à cette population se rapportent à la gestion de la maladie, d'autres à des activités de la vie quotidienne et d'autres à la participation à la prise de décision ou à la défense des droits en vue de changements. Certaines peuvent être transmises par des professionnels ou des pairs, tandis que d'autres peuvent être développées par les personnes elles-mêmes.

Gérer la maladie

Pour gérer la maladie, une thérapie cognitivo-comportementale (TCC), plus souvent perçue comme une stratégie pour traiter la dépression, a également été récemment utilisée pour aider les gens pendant les premiers stades de la psychose. En général dirigée par des psychologues, la TCC aide les gens à recadrer les épreuves négatives en des expériences plus positives et prometteuses. À ce titre, il peut s'agir d'une stratégie utile pour faciliter les étapes vers la guérison à la suite d'une maladie mentale grave telle que la psychose.

Vie quotidienne

Pour composer avec les activités quotidiennes telles que les loisirs, le travail ou l'école, certaines personnes peuvent profiter d'aptitudes à l'apprentissage pour gérer leur temps, demander des mesures de soutien et socialiser avec les pairs. Ces aptitudes sont souvent enseignées par des conseillers en réadaptation, mais elles peuvent également être apprises par la famille ou les pairs.

Participation/défense

La plupart des activités directives qui favorisent la santé mentale, notamment la participation à la prise de décision et à la défense des droits en vue de changements, nécessitent également certaines compétences et un certain degré de confiance. Les manuels ou guides de participation pour les conseils et comités, les séances

d'information avant et après les réunions à l'intention des consommateurs qui y participent, les systèmes de jumelage, l'attention à la langue et les groupes de soutien pour les consommateurs participant à l'élaboration de politiques dans différents groupes et organismes, ne sont que quelques-unes des nombreuses stratégies qui se sont avérées utiles pour accroître la force des consommateurs. En particulier, la participation à la prise de décision sera plus significative si elle provient d'initiatives des consommateurs ou d'initiatives d'entraide, et ainsi, le soutien envers de telles initiatives est une première étape importante.

Techniques individuelles : Ce que nous disent les consommateurs

Les personnes peuvent également adopter certaines mesures éprouvées pour contrôler davantage leur situation et gérer leur maladie mentale (Galipeault, 1998). En gardant à l'esprit le contexte essentiel d'un environnement de soutien, les consommateurs ont inventorié les stratégies de promotion de la santé mentale reconnues suivantes :

- Se renseigner sur la maladie. Cerner les symptômes et examiner ses choix en matière de gestion de ces symptômes et prendre des décisions sur les meilleures façons de gérer les symptômes.
- Faire des choix au sujet de la médication : se renseigner sur les effets secondaires de chaque médicament, ainsi que les effets de l'arrêt de la prise de certains d'entre eux. Écrire les symptômes dans un carnet pendant la prise de médicaments et utiliser ces renseignements pour appuyer la poursuite ou l'arrêt de l'utilisation d'un médicament en particulier. Ce carnet peut servir à renseigner les médecins sur les meilleurs choix pour votre condition.
- Examiner les interventions sans recours à la médication et les approches non médicales ou pour la gestion des symptômes et le maintien de la santé mentale.
- Apprendre différentes stratégies et activités d'adaptation telles que la méditation, les techniques de relaxation, la prière ou les passe-temps qui peuvent aider à réduire le stress; se joindre à des clubs et à des organisations.
- Chercher à obtenir l'aide de programmes de soutien à l'emploi et au travail indépendant.
- Chercher à obtenir l'aide mutuelle, notamment de la part de groupes d'entraide, de cuisines communautaires et de banques alimentaires.
- Apprendre à mettre à profit les programmes d'aide sociale, le transport à faibles coûts.

Utiliser la documentation

La documentation sur l'autothérapie est une autre ressource intéressante pour développer les capacités individuelles. L'utilisation de livres sur l'autothérapie favorise l'autodétermination. Cette documentation cadre également bien dans les ressources communautaires disponibles puisque la collection des livres et la vitesse et la manière auxquelles ils sont étudiés sont contrôlées par le consommateur lui-même, la personne au centre du modèle. Les livres sur l'autothérapie peuvent être stimulants, et la personne a donc plus de choix et d'options, ce qui lui permet de mieux maîtriser sa santé mentale ainsi que d'autres éléments connexes de sa vie (Dewar, 2000).

Un milieu favorable nécessaire

Nous terminons cette section avec un message d'avertissement. Pour bien des consommateurs, leur expérience de vie fait directement obstacle à l'acquisition des compétences et de la confiance dont nous avons parlé. Par conséquent, avant même de commencer à penser au développement des compétences individuelles et à l'exercice des droits et des responsabilités par les consommateurs, nous devons faire un pas en arrière.

La pauvreté et l'aliénation entraînent la marginalisation de cette population et nuisent à sa capacité à maîtriser sa propre santé mentale. Les consommateurs ont énuméré comme obstacles au maintien de la

santé mentale les taux élevés de chômage, la discrimination de la part des employeurs et un soutien familial fragmenté (ACSM, division de la N.-É., 1995). Toutes ces expériences peuvent miner l'estime d'une personne et contribuer au développement de sentiments de désespoir. De plus, nombre de politiques et de cadres de prestation de soins de santé mentale possèdent des composantes intégrées qui renforcent et favorisent la dépendance.

Pour développer les compétences personnelles, il est donc nécessaire de commencer avec des stratégies, axées sur les services et la communauté, qui favorisent l'autonomie, l'habilitation et le choix. Diffuser des lignes directrices sur les services et les politiques axés sur la guérison, combattre la discrimination et encourager les consommateurs à mettre à profit leurs propres forces et capacités en adoptant des techniques telles que celles énumérées précédemment ou en s'organisant eux-mêmes, permettra de créer un environnement dans lequel il sera plus faisable et facile de développer les compétences individuelles.

Réorienter les services de santé

Les services de santé mentale peuvent être perçus sur un continuum. À une extrémité, on trouverait ceux qui traitent exclusivement des aspects biologiques de la maladie. En tant qu'ensemble d'interventions biologiques, cette composante aurait tendance à exister à l'extérieur des paramètres de la promotion de la santé mentale. On compte, parmi des exemples de ce genre de services, le contrôle et l'administration de médicaments et d'autres traitements médicaux, notamment l'électroconvulsothérapie.

À l'autre extrémité du continuum, on retrouve les services qui sont plus favorables aux approches psychosociales, grâce auxquelles il est possible d'orienter la prestation de services sur la santé et la guérison. Ces approches incluraient la thérapie cognitivo-comportementale, la « psychoéducation » (au sujet de la maladie) et les services de réadaptation qui mettent en valeur les loisirs, le travail ou le logement. À cet égard, les services de santé mentale sont une pièce importante du casse-tête de la promotion de la santé mentale. Cependant, que le centre d'intérêt soit davantage biologique ou psychosocial, il existe toujours des moyens d'assurer des services qui favorisent, ou non, la santé mentale. Les fournisseurs de soins peuvent adopter une approche centrée sur la promotion de la santé en se concentrant non seulement sur la résolution des problèmes du client, mais en forgeant des liens dans la communauté entre la personne et certaines ressources peut-être inexploitées, et en favorisant les capacités, l'autonomie et le choix de la personne.

Qu'est-ce que les consommateurs nous disent au sujet des services?

Dans le contexte des programmes de santé mentale, à l'intérieur et à l'extérieur du milieu institutionnel, les personnes atteintes d'une maladie mentale ont cerné les approches qui favorisent la santé mentale :

- L'information est communiquée aux participants des programmes.
- Les participants ont plusieurs options à partir desquelles ils peuvent faire des choix.
- Les participants sont encouragés à devenir des experts de leurs propres soins.

- L'échec et la réussite sont acceptables. Le personnel et les participants valorisent le concept de la dignité du risque et du droit à l'échec.
- L'accent est mis sur la croissance et non sur la gestion du comportement.
- Le soutien par les pairs, l'entraide et le soutien mutuel sont valorisés et encouragés.
- Le personnel aide les participants en cas de douleur, d'angoisse, de colère et de peur. Les *sentiments* ont de l'importance, et il est acceptable de se sentir mal.
- Le personnel est disponible pour répondre aux participants en tant qu'être humain à part entière.
- Le personnel fait preuve d'espoir et d'optimisme et non de désespoir ou de pessimisme.
- Le personnel utilise une approche individualisée pour travailler avec les participants. Les programmes sont modifiés de manière à s'adapter aux besoins des participants – on ne demande pas aux participants de changer pour s'adapter aux programmes.
- Les personnes atteintes d'une déficience psychiatrique font partie du personnel et sont d'importants modèles d'identification pour les participants.
- Les participants ont leur mot à dire sur les règles, les politiques et les procédures des programmes et ont également le droit de vote à cet égard.
- Les participants sont inclus dans le processus d'embauche du personnel et dans les évaluations annuelles du rendement.

(Association canadienne pour la santé mentale, division de la N.-É., 1996)

Inversement, les consommateurs ont beaucoup à nous dire sur les milieux, à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital, qui renforcent la dépendance, la conformité et l'impuissance. Malheureusement, le système de santé mental lui-même peut miner l'assurance du patient. Dans la même étude, on a cerné les caractéristiques négatives des services :

- Le « rôle de malade » est le rôle prescrit. Il n'y a rien de valable à faire. On devient des « invalides ».
- L'obéissance est valorisée. L'apprentissage par essais et erreurs est perçu comme problématique et indésirable. On dit d'une personne dont les opinions diffèrent de celles du personnel qu'elle est résistante au traitement et non conforme.
- La peur de la punition est utilisée pour forcer la conformité et l'obéissance.
- Les droits fondamentaux sont transformés en privilèges à gagner. Souvent, les gens apprennent donc à se protéger contre une perte en ne voulant rien et en ne s'intéressant à rien. Si tu ne veux rien, on ne peut rien t'enlever.
- Les attentes du personnel à l'égard des participants sont peu élevées. On perçoit toute initiative auprès des personnes atteintes d'une maladie mentale comme vouée à l'échec.
- Le personnel est distant sur le plan professionnel mais s'attend à ce que les participants se rapprochent et établissent des relations de confiance.
- On enseigne aux participants à se méfier de leurs propres perceptions.
- Le personnel croit qu'il doit prendre les décisions dans le « meilleur intérêt du patient »
- Il y a peu ou pas d'option.
- Aucune personne atteinte d'une déficience psychiatrique qui pourrait servir de modèle d'identification ne travaille pour le programme.
- L'auto-assistance et le soutien mutuel ne sont pas valorisés ni encouragés.

L'exemple des programmes de logement

Parmi les déterminants de la santé, le logement contribue grandement à la santé mentale. Mais, les responsables des politiques et les décideurs gouvernementaux ainsi que les fournisseurs de services de santé mentale doivent savoir qu'il existe des approches envers le logement qui favorisent la santé mentale et d'autres qui favorisent la dépendance. L'exemple suivant est tiré directement d'un document de travail non publié sur le logement du Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2002.

L'Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale, préparé en 1997 par l'Unité de recherche sur les systèmes de santé, Institut psychiatrique Clarke, a permis d'examiner les constatations de la recherche applicables à la réforme des soins de santé mentale. Malgré certaines faiblesses méthodologiques dans la recherche à ce jour, de nombreuses études démontrent que :

- les programmes résidentiels communautaires peuvent constituer un substitut adéquat aux soins à long terme en clinique interne;
- les modèles de logements encadrés peuvent répondre aux besoins d'un groupe diversifié de personnes atteintes de maladies mentales si les services de soutien sont en place et surveillés de près;
- l'exercice du libre choix par les usagers résulte en une meilleure satisfaction envers le logement, une plus grande stabilité résidentielle et un meilleur bien-être émotionnel;
- les consommateurs préfèrent habiter seuls et bénéficier de services de soutien sur demande.

Le rapport sur les *meilleures pratiques* recommande une réaffectation des ressources et un accent sur les logements encadrés qui intègrent les éléments clés suivants :

- L'utilisation de logements ordinaires dispersés au sein de la collectivité;
- La variation du type et de l'importance de la prestation de services de soutien individualisés;
- Les choix des consommateurs;
- L'aide aux usagers pour trouver et conserver un logement;
- L'occupation de logements sans limite de temps;
- Des services de gestion de cas qui ne sont pas liés au milieu d'habitation que les usagers déménagent ou qu'ils soient hospitalisés.

Cette promotion du logement encadré est équilibrée dans *l'Examen des meilleures pratiques* par la reconnaissance de la nécessité d'une variété d'options. Les préférences et les besoins des personnes atteintes de maladies mentales sévères et persistantes varient considérablement, et on ne s'attend pas à ce qu'un seul modèle de logement tienne compte de la situation de tout le monde.

Depuis *l'Examen des meilleures pratiques*, Parkinson, Nelson et Horgan (1999) et Newman (2001) ont résumé la preuve selon lesquelles les qualités et les caractéristiques des logements engendrent des résultats positifs auprès des personnes

souffrant d'une maladie mentale grave. Cette preuve démontre que le soutien social, la bonne qualité des logements, les endroits abordables dans la communauté, l'intimité, un petit nombre de résidents ainsi que le contrôle et le choix en matière de résidence contribuent à la satisfaction globale et au bien-être émotionnel. Ces caractéristiques de logement sont en général des aspects des modèles innovateurs et sont rarement observés dans les programmes de logement surveillé.

La plupart des logements surveillés ne sont pas conformes aux bonnes pratiques, surtout aux meilleures pratiques. Néanmoins, les logements surveillés sont la forme de logement la plus disponible. On a relevé des étapes visant à développer à nouveau ces installations de manière à ce qu'elles tiennent compte de certaines pratiques associées aux modèles de logements innovateurs (Pulier & Hubbard, 2001) :

- *Amélioration de l'établissement physique*, notamment l'endroit, l'accès au transport et aux services communautaires, une sécurité et une qualité physique améliorées, une meilleure accessibilité, la réduction du nombre de résidents, l'introduction de zones communes et l'introduction d'aires d'entreposage personnelles;
- *L'introduction de commodités maison*, notamment des articles de décoration personnels et des meubles confortables;
- *Programme interne*, notamment l'habilitation personnelle et en groupe, développement des compétences;
- *Collaboration avec un centre de réadaptation psychosocial*, notamment des services professionnels et une réadaptation.

Cependant, la réforme la plus essentielle est de transformer ces installations de manière à ce qu'elles s'éloignent du modèle surveillé (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2002).

Établir une politique publique saine

Il est également possible d'améliorer la santé et la guérison à l'échelle du système. Cette situation n'est non seulement importante d'un point de vue abstrait, mais peut représenter un investissement plus rationnel des ressources. Les systèmes de santé mentale qui sont conçus en fonction des besoins des personnes engendrent la dépendance et encouragent les gens à demander continuellement l'aide d'autres services. On insiste donc sur le fait qu'il n'y aura pas assez de ressources financières et humaines destinées à ces systèmes pour répondre à la demande, peu importe la quantité qu'on y consacre. Mais, les systèmes peuvent s'inspirer plutôt des capacités et des forces de la personne, et se fonder sur la croyance fondamentale que les personnes, les groupes et les communautés ont la capacité de s'occuper de leur propre santé mentale et de la maintenir et d'acquérir les connaissances, les aptitudes et les ressources pour le faire. De tels changements dans la philosophie et la pratique réduiront l'accès inutile au système de soins de santé et assureront des coûts liés aux soins de santé moins élevés.

Le Cadre pour le soutien de l'ACSM propose un certain nombre d'étapes interdépendantes devant être suivies pour réformer les systèmes de service. Ces étapes, qui éclairent la discussion qui suit, contribuent aux systèmes qui appuient le plus la promotion de la santé mentale.

Investir dans les capacités des consommateurs pour qu'ils puissent s'aider

La gamme d'activités que les groupes de consommateurs réalisent pour eux-mêmes, sans suggestion des organismes de service, s'est énormément élargie depuis la dernière décennie. La politique dans ce domaine devrait porter sur les dispositions directes en matière de financement destiné aux organismes dirigés par des consommateurs, la structure de ces organismes - la façon dont ils peuvent exploiter les aptitudes et les capacités des gens qui ont utilisé le système de santé mentale - et la nécessité de créer des réseaux provinciaux et territoriaux d'organismes dirigés par des consommateurs.

Faire participer entièrement les consommateurs et leur famille à la conception et à la prestation des services

Cette étape reconnaît la valeur des connaissances découlant de l'expérience de la vie et fait intervenir les consommateurs en tant que partenaires dans la planification, l'exploitation et l'évaluation du système de service de santé mentale. Elle vise à favoriser que les documents de politique provinciaux sur la santé mentale, produits depuis les dernières années, adoptent un système qui est centré sur le consommateur/client, ou axé sur le consommateur/client. Théoriquement, cette expression « ne signifie pas uniquement que les consommateurs doivent participer à la planification et à l'élaboration de politiques sur la santé mentale, mais également à la prestation de services de santé mentale qui les touchent. On reconnaît également la participation des consommateurs dans des rôles plus vastes à l'échelle de la communauté relativement aux activités de promotion et de prévention » [traduction] (Galipeault, 1997).

Ce but ne peut être atteint sans le développement des connaissances et des compétences des consommateurs pour fonder leur participation. Tout comme les systèmes de santé mentale fournissent des ressources en vue de créer des possibilités éducatives et de la formation pour les fournisseurs de services et les décideurs, on doit offrir de manière semblable les mêmes possibilités aux consommateurs. On s'assurera ainsi que les futures politiques sur la santé mentale seront fondées sur une approche plus pragmatique « *qui commence avec les gens, non les services ou les modèles administratifs* » [traduction] (Trainor, Pomeroy et Pape, 1997).

Réinvestir les sommes d'argent institutionnelles dans les services communautaires axés sur la guérison

Comme elle est un élément crucial de la promotion de la santé mentale, la guérison doit être perçue dans un contexte de politique en santé mentale et être intégrée dans des plans et des politiques en santé mentale à tous les niveaux. Voici certains « services essentiels dans un système axé sur la guérison » : traitement; intervention en situation de crise; gestion de cas; réadaptation; enrichissement (faire participer les consommateurs à des activités satisfaisantes et valorisantes); protection des droits; soutien de base; auto-assistance et mieux-être. La planification au sein des services doit être guidée par les résultats des consommateurs, et l'évaluation doit être fondée sur une norme d'un système de guérison. De plus, il est important que la mission de l'organisme de service comprenne la vision de la guérison, et que le leadership renforce cette vision (Anthony, 2000).

Puisque c'est par les consommateurs eux-mêmes que la guérison est le mieux définie et comprise, ces plans et politiques nécessitent, comme principe de base au développement des consommateurs, leur

participation. On a donc besoin de l'engagement et de l'aide financière de tous les ordres du gouvernement pour s'assurer que la participation des consommateurs soit significative et efficace.

Élaborer des modèles de service qui favorisent l'accès à des éléments de la citoyenneté. Élaborer des stratégies d'adaptation positives

Les consommateurs se retrouvent trop souvent devant un dilemme. D'une part, s'ils cherchent des possibilités de travail ou d'éducation dans des établissements normaux, ils sont souvent confrontés à une discrimination manifeste ou à un manque de soutien quant à leur adaptation à la nouvelle situation. D'autre part, si les consommateurs cherchent à profiter de ces possibilités par l'entremise du système de santé mentale, ils deviennent souvent des « clients » des services au lieu d'étudiants ou de travailleurs normaux.

Afin de maximiser la santé mentale des gens, les modèles de service doivent favoriser l'autonomie et accroître leur participation en tant que citoyens ordinaires, ce qui nécessite de travailler avec les consommateurs et la communauté en général pour changer les structures, notamment les milieux de travail et les établissements d'enseignement qui ont peut-être tenu les gens à l'écart (Trainor, Pomeroy, Pape, 1997). Dans les milieux de travail, il se peut que l'on ait à évaluer les pratiques de recrutement et d'embauches discriminatoires, à définir les fonctions essentielles de l'emploi en particulier et les limites de l'emploi causées par une maladie mentale, et à prévoir des assouplissements des régimes de travail. Dans les établissements d'enseignement, l'accès est amélioré en raison de pratiques flexibles relativement aux critères d'admission, aux délais de remise des travaux, aux exigences de cours ou à la présentation aux examens par exemple. Une politique détaillée sur la santé mentale reconnaîtra l'importance de cet autre côté de l'inclusion communautaire et inclura des mesures telles la recherche, la collecte de données et l'éducation du public pour composer avec la situation.

Rendre accessibles le soutien et les services communautaires génériques et s'assurer qu'ils font partie de la planification coordonnée

Bon nombre des consommateurs déclarent que les services offerts par les organismes communautaires génériques (qui ne sont pas axés en particulier sur la maladie mentale) sont essentiels à leur santé mentale – qu'ils sont en fait plus importants que les services de santé mentale formels. Malgré l'importance de ces ressources, telles que l'aide sociale, le logement social, les institutions religieuses ou les services de loisirs, ils sont souvent tenus à l'écart lors de la planification des services. Les représentants du système générique devraient prendre part au processus coordonné de planification et de prestation de services aux personnes atteintes d'une maladie mentale, et on devrait les encourager à rendre leurs services accessibles à cette population.

En se concentrant davantage sur les animateurs de ressources d'aide plus naturelles, et non sur les fournisseurs de services, les systèmes peuvent favoriser l'inclusion communautaire et accroître la capacité des gens à affronter leurs propres problèmes de

santé mentale. Pour ce faire, il faut établir des réseaux avec diverses ressources communautaires, créer des liens et élaborer des nouvelles stratégies de collaboration. Au niveau du gouvernement fédéral, on suggère des approches de collaboration avec le secteur bénévole, des liens interministériels au sein des ministères et une collaboration avec les gouvernements provinciaux. Il faut également réorienter la caractérisation des consommateurs en fonction de leur maladie (problème) vers une caractérisation qui perçoit les gens d'une manière plus holistique et comme pouvant offrir leurs forces, capacités et atouts.

Réorienter les programmes d'enseignement et le perfectionnement professionnel
Les médecins doivent tenir compte de la pertinence des programmes universitaires et collégiaux dans une optique de prestation de services axés sur la guérison. Pour ce faire, l'élaboration de l'évaluation individuelle et des plans de traitement doit d'abord être axée sur les forces et les capacités et non sur les besoins. La formation en sensibilisation dirigée par des consommateurs dans l'ensemble du spectre des services ainsi que la rééducation et le perfectionnement professionnel continu à l'intention des fournisseurs de services en santé mentale peuvent ouvrir la voie à la réorientation du système envers la promotion de la santé.

EXEMPLE DE PROGRAMMES

Voici des descriptions de programmes nationaux et provinciaux qui illustrent l'approche sur la promotion de la santé mentale envers les personnes atteintes d'une maladie mentale.

Créer des milieux favorables

Études supérieures (ACSM, bureau national, 1993-2002)

Financé par : DRHC

Bien que le rôle de l'emploi, de l'hébergement et du soutien social en tant que facteurs influençant la santé mentale est généralement admis, l'importance accordée aux études postsecondaires chez les personnes atteintes d'une maladie mentale est souvent négligée. L'ACSM a commencé les travaux dans ce domaine en 1993 avec une publication intitulée « La diversité dans l'apprentissage », laquelle a permis de cerner les problèmes auxquels sont confrontés les consommateurs en matière d'études supérieures et de sensibiliser les gens sur les mesures d'adaptation aux études fructueuses.

Ensuite, une recherche effectuée en partenariat avec la Brock University en Ontario a illustré les expériences des consommateurs quant aux études supérieures. Le résultat de cette recherche est « Le livre de classe », lequel contient des descriptions d'expériences de consommateurs qui réussissent leurs études supérieures, des exemples de mesure d'adaptation et le rôle du soutien formel et informel pour que l'expérience d'instruction soit une réussite.

Le livre de classe a donné lieu à des partenariats avec six universités et collèges du Canada visant à mettre en œuvre des stratégies créatives pour inclure et soutenir les étudiants aux prises avec des problèmes de santé mentale. Ces partenariats ont permis à l'ACSM de déterminer des « stratégies exemplaires en matière de mesures de soutien » et le rôle que peut jouer la diverse clientèle (les étudiants, la faculté, l'administration et la communauté dans son ensemble) pour rendre les études supérieures complètement accessibles. Les renseignements sur les mesures de soutien, les droits et les responsabilités sont actuellement disponibles sur le Web, grâce à l'aide des groupes de consommateurs du Canada.

L'éducation, qu'elle serve à hausser les qualités de la main-d'œuvre, ou quelle soit une fin en soi permettant de vivre une expérience enrichissante et habilitante en vue de la guérison, est un élément important de la promotion de la santé mentale dans le contexte de la vie communautaire. De nombreuses personnes aux prises avec une maladie mentale joignent les rangs des étudiants d'études supérieures, ou aimeraient les rejoindre; beaucoup d'autres connaissent leur premier épisode d'une maladie mentale tout en poursuivant leurs études supérieures. Travailler avec les décideurs, les

éducateurs, les étudiants et la communauté pour rendre les études supérieures plus accessibles et prendre des mesures de soutien pour les personnes atteintes d'une maladie mentale est une importante stratégie de promotion de la santé mentale pour cette population.

Inclusion in Community (ACSM, bureau national, 1993)

Financé par : Santé Canada et Fondation Trillium (Ontario)

Inclusion in Community était un projet d'une durée de deux ans qui a vu le jour à la suite du modèle du Cadre pour le soutien de l'Association canadienne pour la santé mentale. Au lieu de considérer les services traditionnels de santé mentale comme la seule réponse à la maladie mentale, le Cadre fait pencher la balance en faveur des nombreux soutiens naturels déjà en place dans la communauté.

Une des catégories de ces ressources « groupes et services communautaires de base » était le centre d'attention du projet « Inclusion in Community ». Cette catégorie représente les ressources qui ne sont pas adaptées à la maladie mentale, mais qui existent pour combler les besoins de la population en général : prestation d'aide sociale, services des parcs et des loisirs, clubs de bienfaisance, groupes d'intérêt, etc. Le but du projet « Inclusion » était de démontrer que ces groupes de base pourraient améliorer ou même remplacer les services formels de santé mentale tout en favorisant l'intégration des gens à la vie communautaire normale. Le projet était une tentative visant à remplacer le « paradigme des services », où, par exemple, les besoins sociaux doivent être comblés par un « paradigme du processus communautaire », où les mêmes besoins pourraient être comblés, par exemple, en participant à une soirée dansante à la YMCA ou en se joignant à une ligue de quilles communautaire.

Le défi pour les huit localités du projet au Canada était de rendre les groupes et les services de base plus accessibles aux gens atteints d'une maladie mentale. L'approche visait à rassembler divers partenaires communautaires intersectoriels afin de déterminer et de mettre en œuvre conjointement des stratégies d'inclusion. On comptait parmi les partenaires différentes communautés, en plus des responsables du secteur de la santé mentale, des hommes et femmes d'affaires, des collèges communautaires, le gouvernement, des leaders religieux, du personnel des loisirs et bien d'autres.

Voici différentes approches dans les diverses localités :

- Troupe de théâtre communautaire illustrant les préoccupations en matière de santé mentale;
- Diverses initiatives d'emplois applicables à la population en général;
- Services d'approche assurés par les consommateurs/survivants et destinés aux pairs dans des hôpitaux en vue d'assurer un lien avec la communauté;
- Développer les occasions de bénévolat des consommateurs dans les groupes communautaires de base, notamment les banques d'alimentation et les Anciens combattants de la marine;
- Élargir l'accès des consommateurs aux services récréatifs de la YMCA;
- Boulangerie dirigée par les consommateurs.

Le projet « Inclusion in Community » a permis de concrétiser les principes du Cadre et d'élaborer de nouveaux partenariats qui pourraient maintenir l'élan au-delà de la portée du projet.

Renforcer l'action communautaire. Défendre les droits en vue de changements

Projet Consommateurs à l'action en matière de santé mentale (Réseau national pour la santé mentale et Self-Help Connection, Nouvelle-Écosse, 2000)

Financé par DRHC, Departments of Health and Community Services de la Nouvelle-Écosse

Ce projet en trois étapes était conçu pour élaborer des mécanismes et des stratégies visant à améliorer le leadership, les capacités et les aptitudes à la défense des droits des consommateurs/survivants. Le projet est actuellement en cours en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique, où les consommateurs reçoivent de la formation dans les domaines suivants : auto-assistance; leadership; participation à la communauté; maintien de la santé mentale; défense des droits et élaboration de politiques. Le projet a également permis de créer des guides sur les composantes énumérées ci-dessus qui sont distribués aux consommateurs dans les trois provinces. Le personnel et les participants du projet dont des personnes souffrant d'une maladie mentale. Les approches de promotion de la santé mentale sont incorporées dans le projet car les composantes du projet portent sur les déterminants de la santé, améliorent les capacités individuelles, tentent de modifier la politique publique et ont permis de réduire la dépendance envers les services de santé mentale et les systèmes de services sociaux.

Projet Consumer-Led Education and Action for Reform, (Association canadienne pour la santé mentale, Division de la Nouvelle-Écosse, 1995)

Financé par : ministère fédéral de la Santé, région de l'Atlantique

Le but de cette initiative était d'accroître la participation des consommateurs à la réforme du système des soins de santé mentale en Nouvelle-Écosse. Pour ce faire, on a élaboré une approche de promotion de la santé mentale en demandant aux consommateurs de penser à la santé mentale plutôt qu'à la maladie mentale. On avait mis les participants au défi de penser à la signification qu'a pour eux la santé mentale, à ce qu'ils ont fait pour conserver leur santé mentale, aux obstacles au maintien de la santé mentale rencontrés dans leur communauté et à ce qui les ont aidés dans leur communauté à maintenir leur santé mentale. Les participants ont reçu de la formation sur les méthodes de soins autonomes et ils ont eu la possibilité de développer leurs connaissances et leurs aptitudes en matière de promotion de la santé mentale et de l'élaboration de politiques sur la santé mentale. De plus, la base de données sur les ressources communautaires disponibles de l'ACSM a été utilisée pour élaborer un modèle de partenariat à l'égard de la réforme du système de soins de santé mentale axé sur la promotion de la santé mentale.

Développer les capacités individuelles. Renforcer l'action communautaire

Initiative ontarienne de développement favorisant l'aide entre pairs (de 1991 jusqu'à maintenant)

Financé par : ministère de la Santé de l'Ontario

L'Initiative ontarienne de développement favorisant l'aide entre les pairs (IODAP), anciennement appelée l'initiative de développement des usagers/survivants, a été créée en 1991 dans le but d'offrir aux consommateurs en Ontario d'autres méthodes pour maintenir leur santé mentale au-delà des approches médicales/cliniques qu'on leur a offertes dans le passé. Cette année, 36 projets destinés aux consommateurs/survivants, y compris des organismes locaux, régionaux et provinciaux, ont été financés. On compte aujourd'hui plus de 60 projets destinés aux consommateurs/survivants en Ontario.

On a créé l'IODAP dans le but d'aborder les préoccupations des consommateurs telles qu'elles sont indiquées dans les documents de politique provinciaux, notamment Building Community Support for People: A Plan for Mental Health in Ontario (1988) et Putting People First: The Reform of Mental Health Services in Ontario (1993). L'IODAP est une initiative contrôlée et dirigée par les consommateurs. Tous les projets financés sont assurés et exploités par les consommateurs sous la supervision d'un conseil d'administration dont les membres ont été choisis démocratiquement. Tout le personnel et tous les membres du conseil sont des consommateurs. L'équipe de l'IODAP travaille à des projets visant à élaborer un ensemble de lignes directrices opérationnelles de base pour veiller :

- à la création d'occasions positives pour les consommateurs en Ontario;
- à ce que les projets continuent de refléter les aspects innovateurs de la politique sociale et en matière de santé prévue par le gouvernement;
- à ce que l'initiative, en tant qu'entité, continue de refléter une compatibilité élevée avec la politique du ministère de la Santé.

Les projets offrent diverses possibilités pour les consommateurs, notamment :

- Élaborer et entretenir des groupes d'entraide et offrir de l'aide par les pairs;
- Créer et exploiter de petites entreprises communautaires;
- Fournir de l'éducation, une sensibilisation et de la formation au public et aux professionnels de la santé mentale;
- Favoriser de meilleurs services de santé mentale et services sociaux connexes;
- Fournir des possibilités de développement des compétences par les consommateurs;
- Créer et distribuer des ressources fondées sur les connaissances des consommateurs;
- Poursuivre les activités artistiques et culturelles.

Grâce à la création de projets tels que : groupes d'entraide, programmes d'emplois, programmes d'enseignement, programmes de développement des connaissances et des compétences et programmes culturels, les capacités des consommateurs ont été intégrées et ils ont été en mesure de diminuer leurs demandes en matière de services formels de santé mentale. Parallèlement, la promotion de la santé mentale a guidé leurs efforts sur le développement des capacités, l'amélioration des réseaux de soutien social, le développement des pratiques de santé personnelles et des habiletés d'adaptation, l'accroissement du nombre de possibilités d'enseignement ainsi que le revenu et la situation sociale et la production de travail.

Voici certaines conclusions de l'évaluation extensive qui a été effectuée entre 1991 et 1995 :

- Les consommateurs sont plus contents d'eux-mêmes;
- Les consommateurs participent davantage aux activités de leur communauté;
- Les consommateurs sont plus en mesure de composer avec leurs problèmes de santé mentale;
- Les consommateurs utilisent moins de services traditionnels de santé mentale plus coûteux;

- Les consommateurs participent davantage à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé mentale;
- Les mesures de soutien planifiées et exploitées par les consommateurs étaient les solutions de rechange aux services formels de santé mentale les plus utiles.

Self-Help Connection, Nouvelle-Écosse (1987)

Financé par : Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse, services de santé mentale

Le Self-Help Connection a été créé en 1987 comme projet de démonstration de l'Association canadienne pour la santé mentale, division de la Nouvelle-Écosse. Sa philosophie et ses initiatives à titre de centre d'entraide portent sur l'approche axée sur la promotion de la santé. Son but est de permettre aux Néo-Écossais de mieux maîtriser leur santé en accroissant leurs connaissances, leurs compétences et les ressources en vue d'une action individuelle et collective.

En 1993, le Self-Help Connection a embauché une personne à temps plein pour qu'elle travaille plus particulièrement avec les personnes atteintes d'une maladie mentale. Son approche comprend : encourager la participation des consommateurs; renforcer les communautés à l'aide de mesures d'auto-assistance; promouvoir la santé mentale grâce à l'acquisition de connaissances, de compétences et de ressources; promouvoir les choix axés sur la santé; favoriser des partenariats; et travailler « avec » les gens et non « pour » ceux-ci. Ses efforts dans le domaine de la promotion de la santé mentale sur le développement des capacités des personnes atteintes d'une maladie mentale ont été reconnus à l'échelle nationale comme de bonnes pratiques en matière de santé mentale en 1999.

À la suite des analyses, les preuves présentées par ces programmes et initiatives démontrent que les gens souffrant d'une maladie mentale peuvent promouvoir leur santé mentale, et le font, et elles appuient le modèle conceptuel de la promotion de la santé, tel que précisé plus tôt. L'approche envers l'élaboration et la mise en œuvre est axée sur la personne atteinte d'une maladie mentale, les facteurs qui ont une incidence sur sa vie et sur la santé mentale de la personne et non de sa maladie.

Réorienter les services

Salmon Arm, Adult Mental Health System Progress Report (Association canadienne pour la santé mentale, division de la Colombie-Britannique, 1998)

Financé par : Adult Mental Health Policy Division, BC Ministry of Health et la North Okanagan Health Region et la Coast Garibaldi Health Services Society

Qu'est-ce que c'est?

Le Mental Health System Progress Report est une approche communautaire pragmatique axée sur la surveillance de systèmes locaux et régionaux de santé mentale. Le processus de ce rapport d'activité est dirigé par un comité directeur local

composé principalement de consommateurs, de familles, de fournisseurs de services hospitaliers et communautaires ainsi que de gestionnaires de la santé mentale. Dans certains cas, surtout en milieux ruraux, des groupes externes clés (médecins de famille, leaders religieux, etc.) sont également représentés. Le comité directeur participe à toutes les étapes du rapport d'activité, y compris aux adaptations à apporter au processus et/ou au contenu des outils d'enquête, aux bases de données, à la formulation de recommandations et au suivi.

Avec le rapport d'activité, on cherche à obtenir des renseignements sur le fonctionnement du système de santé mentale pour les gens âgés entre 19 et 64 ans en questionnant une vaste gamme de répondants, y compris les consommateurs, les familles, les fournisseurs de soins et des groupes externes clés comme des médecins de famille, la GRC, des travailleurs de l'aide au revenu et d'autres organismes gouvernementaux et à but non lucratif au sein de la communauté. Les données sont principalement recueillies grâce à l'utilisation d'instruments d'enquêtes personnalisés conformes à la documentation sur les meilleures pratiques nationales et provinciales.

Le rapport d'activité est fondé sur les ressources communautaires disponibles précisées dans *A New Framework for Support* du bureau national de l'ACSM. Ce modèle a appuyé l'élaboration d'un rapport d'activité fondé sur la façon dont les consommateurs et la famille expérimentent les systèmes de santé mentale. À l'aide des ressources communautaires disponibles servant de base, trois questions essentielles doivent être abordées dans le rapport d'activité :

- Dans quelle mesure le système de santé mentale représente-t-il un système discret. Chacun des services et des mesures d'appui au sein du système de santé mentale travaillent-ils vraiment de concert?
- Dans quelle mesure le système, dans son ensemble, interagit-il avec d'autres parties importantes de la communauté et y répond-il (groupes et services communautaires de base, notamment les médecins de familles, la police, les conseillers en toxicomanie et en alcoolisme, etc.)?
- Dans quelle mesure le système appuie-t-il les personnes atteintes d'une maladie mentale et leur famille dans le but d'optimiser leur guérison?

Ce qu'il offre :

- **Changement significatif**

Jusqu'à ce jour, des changements significatifs au sein du système de santé mentale ont commencé à voir le jour dans le Nord de l'Okanagan à la suite du rapport d'activité. On s'est engagé dans cette région à continuer d'utiliser le rapport d'activité en tant qu'instrument clé pour l'amélioration courante du système de santé mentale.

- **Prise en charge locale**

L'approche participative permet à diverses personnes de l'endroit de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du rapport d'activité, engendrant ainsi une prise en charge locale des conclusions et des recommandations et accroissant les probabilités que les conclusions soient intégrées de manière significative dans les activités de planification et de contrôle futures. L'approche participative permet également d'être créatif dans l'élaboration de solutions aux problèmes cernés.

- **Centré sur le consommateur**

Le rapport d'activité demeure axé sur les consommateurs en utilisant des instruments d'enquête qui recueillent des renseignements utiles et significatifs pour la vie quotidienne du consommateur. Grâce au processus du rapport d'activité, une communauté peut remplacer la prise de décision fondée sur des renseignements anecdotiques par une prise de décision fondée sur des renseignements recueillis systématiquement sur les expériences directes des gens avec le système local de santé mentale.

- **Centré sur la communauté**

Grâce à la participation de groupes externes, le rapport d'activité situe efficacement le système de santé mentale au sein de la communauté dans laquelle il est exploité et, par conséquent, recueille des renseignements critiques sur le fonctionnement du système. Cette information est essentielle pour élaborer des recommandations concrètes et pratiques en vue d'améliorer les relations de travail au-delà du système de santé mentale. Les services d'approche déployés aux organismes et aux groupes communautaires au-delà du système de santé mentale aident à renforcer et à mettre à profit les relations existantes.

- **Esprit d'équipe**

Le rapport d'activité rassemble des perspectives de divers groupes clés (consommateurs, familles, fournisseurs de services, personnes externes) sur le rendement du système dans un certain nombre de secteurs critiques. Avec ce processus, on cherche à résoudre de manière créative les problèmes et à cesser de jeter le blâme en faisant participer les fournisseurs de services et en se concentrant sur l'avenir.

- **Développement des compétences locales**

Le processus inclusif permet de comprendre l'évaluation et son importance parmi les consommateurs, les familles et les fournisseurs de services en cause. Les entrevues avec les pairs, y compris le soutien et la formation sur l'entrevue avec les pairs, font également partie intégrante du processus.

L'approche de Salmon Arm est un bon exemple de la promotion de la santé mentale dans la pratique pour plusieurs raisons. Elle encourage les gens à participer de manière significative à l'évaluation de leurs propres services de santé mentale. Elle va au-delà du fonctionnement du système pour chercher à comprendre la façon dont les services influencent les aspects plus généraux de la vie des gens. De plus, elle intègre la prise en charge des résultats par la communauté.

Créer une politique publique saine

La Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick

Financé par : Santé et Services communautaires, Nouveau-Brunswick

En octobre 1988, le ministre de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick a annoncé la formation de la Commission de la santé mentale pour mettre en œuvre le projet du gouvernement relativement à la création d'un système de santé mentale équilibré, inspiré des ressources

communautaires disponibles du Cadre pour le soutien. Informée par des comités consultatifs composés de consommateurs et de familles, la Commission avait comme mandat de mettre en œuvre un cadre stratégique exigeant, entre autres :

- Un réseau équilibré de services de santé mentale institutionnels et communautaires;
- L'utilisation de toutes les options communautaires possibles avant de procéder à l'institutionnalisation;
- L'allocation de ressources adéquates aux services communautaires en particulier;
- La création et le renforcement de groupes de soutien formels pour les personnes atteintes d'une maladie mentale;
- Une importance accrue sur la prévention de la maladie mentale.

La Commission a réussi à réaffecter les ressources du secteur institutionnel aux mesures d'appui et aux services communautaires de santé mentale. La plus grande partie de la réaffectation au cours des deux premières années des activités de la Commission a été destinée notamment aux solutions de rechange à l'hospitalisation, aux services consacrés aux enfants et aux adolescents et au *mouvement d'entraide*. Même si la Commission n'existe plus, ses conséquences sont encore apparentes dans la politique sur la santé mentale au Nouveau-Brunswick, où la part du lion des ressources en santé mentale se retrouve, et de loin, dans le secteur communautaire. Une droite de budget existe encore pour les « centres d'activités » : programmes d'entraide dirigés par les consommateurs (Niles et Ross, 1992).

Intervention précoce

Financé par : ministère de la Santé du Royaume-Uni

L'intervention précoce en cas de psychose fait appel à une variété de stratégies, lesquelles portent sur le traitement et les approches axées sur la promotion de la santé. Ses protocoles comprennent le traitement à l'aide de médicaments antipsychotiques à faibles doses et à petites augmentations. Cependant, elle impose également le développement des habiletés d'adaptation chez les familles et les adolescents conformément à un modèle de guérison ainsi que le renforcement de la capacité communautaire (notamment les écoles secondaires) pour comprendre la première épisode de psychose et y donner suite.

Au Royaume-Uni, le programme du gouvernement à l'égard de l'intervention précoce comprend un cadre de service, un plan de service de santé national et un guide de mise en œuvre de la politique sur la santé mentale. La nécessité de réduire la période de psychose non traitée est clairement énoncée, et les équipes pluridisciplinaires d'intervention précoce sont créées dans les régions dans l'ensemble du pays dans le but de fournir des traitements et un soutien actif aux jeunes et à leur famille. On vise, d'ici 2004, à ce que tous les jeunes souffrant d'un premier épisode de psychose reçoivent le soutien précoce et intensif dont ils ont besoin (ministère de la Santé du Royaume-Uni, 2001).

RECOMMANDATIONS À L'INTENTION DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

En fonction de la discussion jusqu'à présent, le gouvernement fédéral peut prendre certaines mesures proposées pour améliorer la santé mentale des personnes atteintes d'une maladie mentale.

Créer des milieux favorables

- Diffuser de l'information publique exacte sur la maladie mentale et la santé mentale pour réduire les stigmates;
- Faire des essais pilotes sur les modèles de promotion de mesures de soutien dans le travail et à l'école et de promotion d'options en matière de logements non surveillés, et diffuser des stratégies innovatrices efficaces;
- Élaborer des directives relativement aux milieux d'études supérieures et aux lieux de travail inclusifs (en partenariat avec DRHC);
- Établir des partenariats avec les services judiciaires pour appuyer l'élaboration de législation sur les droits de la personne et d'approches efficaces et équitables pour les consommateurs qui sont touchés par le système de la justice pénale et la loi;
- Établir des relations de collaboration interministérielles et intersectorielles pour aborder les questions de la pauvreté et de l'exclusion; tenir une consultation nationale sur les conséquences des enjeux propres au revenu sur la qualité de vie des consommateurs (en partenariat avec DRHC, CCDS).

Renforcer l'action communautaire/Défendre les droits en vue de changements

- Appuyer l'élaboration et l'évaluation des différents modèles d'initiatives d'entraide entre consommateurs;
- Accroître le partage des renseignements au Canada sur les modèles d'entraide;
- Appuyer les centres de référence provinciaux et territoriaux sur l'entraide;
- Maintenir et améliorer une infrastructure nationale organisationnelle destinée aux consommateurs;
- Faire des essais pilotes sur les modèles pour mobiliser les organismes et les groupes communautaires de base afin d'appuyer l'inclusion des gens atteints d'une maladie mentale.

Développer des capacités individuelles

- Promouvoir la recherche et le partage des renseignements sur des pratiques innovatrices et efficaces (notamment la thérapie cognitive du comportement) en vue de développer les capacités des personnes atteintes d'une maladie mentale;
- Diffuser des renseignements et des outils en vue de la participation et de la défense des droits des personnes atteintes d'une maladie mentale;
- Promouvoir les modèles de soins autonomes créés par les consommateurs;
- Élaborer et transmettre des outils et des renseignements sur la promotion de la santé mentale aux personnes atteintes d'une maladie mentale;
- Créer un site Web qui offre des renseignements sur la promotion de la santé mentale et la guérison, y compris des listes de distribution afin d'accéder à des renseignements sur les événements à venir et à des possibilités de dialogues au sujet de la guérison.

Réorienter les services de santé

- En consultation avec les consommateurs, déterminer des lignes directrices sur les meilleures pratiques sur la promotion de la santé mentale chez les personnes atteintes d'une maladie mentale;
- Guider et appuyer l'élaboration de modèles de prestations de services axés sur la « guérison »;
- Élaborer des modèles de systèmes de services sur la santé mentale qui ne sont pas uniquement fondés sur les besoins mais sur les forces et les capacités de la personne et de la communauté, et faire des recherches à ce sujet;
- Encourager et mettre en œuvre le partage intersectoriel d'information sur les pratiques efficaces.

Établir une politique publique saine

- Élaborer et incorporer un cadre de promotion de la santé mentale pour guider l'élaboration de politiques, l'allocation de ressources et l'évaluation des résultats; inclure une politique sur l'intervention précoce en cas de psychose;
- Promouvoir et appuyer la recherche participative des consommateurs sur les pratiques de promotion de la santé mentale;
- Tenir des consultations avec les consommateurs sur la santé mentale et la guérison;
- Appuyer et tenir un forum des politiques publiques sur la promotion de la santé mentale chez les personnes atteintes d'une maladie mentale;
- Créer un secrétariat sur la santé dont certains membres seraient des consommateurs.

CONCLUSION ET PROGRÈS

Il ne fait aucun doute que les approches axées sur la promotion de la santé mentale ont leur place au moment de prendre une mesure à l'égard des personnes atteintes d'une maladie mentale. Comme indiqué sur le site Web de l'Unité de la promotion de la santé mentale de Santé Canada :

La promotion de la santé mentale est « une approche qui (s'applique à tous) peu importe l'état de la santé mentale ou physique... Elle rejette l'idée de réduire des gens vulnérables à une maladie et montre qu'il est possible, par une approche pertinente, d'aider les individus à améliorer leur bien-être et leur qualité de vie, à surmonter leurs difficultés. Autrement dit, une personne considérée comme malade, nécessiteuse ou abattue possède quand même des ressources où elle peut puiser, des capacités à offrir et des talents à exploiter » (Santé Canada, site Web sur la promotion de la santé mentale, 2002).

Progresser

Notre exploration de ce domaine a permis de découvrir certains concepts fondamentaux à l'égard de la santé mentale, associés à des exemples qui démontrent la possibilité pour les personnes atteintes d'une maladie mentale de bénéficier de stratégies de promotion de la santé mentale. Par conséquent, on a besoin pour le moment d'efforts stratégiques coordonnés pour appliquer ces concepts aux personnes atteintes d'une maladie mentale.

Pour commencer, permettez-nous de mettre en évidence le besoin en recherches supplémentaires. Même si de nombreux modèles intéressants sont mis en œuvre au Canada et ailleurs, peu d'entre eux ont été évalués et on retrouve un nombre encore moins élevé de ces modèles dans la documentation. L'examen de la documentation actuelle n'a révélé aucun renseignement propre à la promotion de la santé mentale et aux personnes atteintes d'une maladie mentale, soit qu'il n'en existe simplement pas ou qu'un grand nombre d'initiatives entreprises par les consommateurs et des organismes communautaires ne sont pas publiées d'une façon qui les rendent facilement identifiables au sein du milieu de la recherche et d'examen de la documentation. On doit s'efforcer de promouvoir la documentation sur la promotion de la santé mentale chez les personnes atteintes d'une maladie mentale. Il est important de légitimer et d'encourager la documentation à l'intention des consommateurs et des communautés sur la santé mentale, le ressort psychologique et la guérison (Trainor, Pomeroy, et Pape, 1997).

Nous avons trouvé, en particulier, des demandes en matière d'études plus contrôlées et évaluées systématiquement et de recherches plus nombreuses dans le domaine de la santé mentale pour une maladie mentale en particulier lorsque la maladie ou les traitements peuvent modifier les comportements de santé (Sherr, 1998). De plus, il existe un besoin au niveau des recherches et des évaluations qui reflètent le point de vue des consommateurs. « Il ne s'agit pas uniquement d'inscrire tout service fourni pour les personnes atteintes d'une maladie mentale dans un contexte de promotion de la santé mentale. Pour être conforme aux principes en matière de promotion de la santé, ils doivent manifestement reposer sur les préoccupations des utilisateurs de service et être évalués en conséquence. Actuellement, les études sur l'évaluation des besoins qui reflètent les préoccupations des utilisateurs de services sont rarement décrites dans la documentation et les recherches évaluatives sont encore plus rares. Les spécialistes de la promotion de la santé pourraient, par conséquent, contribuer de façon significative dans ce domaine en travaillant avec d'autres groupes d'intérêt dans le but d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies appropriées d'évaluation des besoins et de recherche d'évaluation » [traduction] (Secker, 1998).

De plus, les recherches qui permettraient de démontrer la rentabilité des approches axées sur la promotion de la santé seraient très précieuses. Les adeptes de cette perspective croient intuitivement en son efficacité ainsi qu'en son efficacité, mais des études systématiques sont requises. Il faudra dorénavant se concentrer sur cette question.

Nous espérons que les pensées, les outils, les stratégies et les preuves contenus dans ce document aideront à guider d'autres discussions et débats à l'égard de la promotion de la santé mentale relativement aux personnes atteintes d'une maladie mentale. Les preuves présentées confirment que la promotion de la santé mentale peut s'appliquer, et s'applique, à cette population. Le défi est désormais d'opérationnaliser ces connaissances au moyen de politiques et de pratiques.

Annexe A

OUTILS ET STRATÉGIES POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE

1. Guide de consultation

Un instrument qui facilite la consultation sur la promotion de la santé doit d'abord et avant tout être inspiré des introspections des personnes atteintes d'une maladie mentale. Cette idée cadre avec les principes fondamentaux de l'engagement des citoyens ainsi qu'avec les politiques fédérales, provinciales et territoriales sur la réforme de la santé mentale. Les auteurs ont, toujours avec cette constatation en tête, examiné l'élément déclencheur qui aiderait à l'élaboration d'un guide de consultation. On a tiré des renseignements pertinents du projet effectué en 1995 (Consumer-Led Education and Action for Reform - CLEAR, Association canadienne pour la santé mentale, division de la Nouvelle-Écosse) et on les a approfondis pour les besoins de l'outil proposé suivant.

Le modèle des ressources communautaires disponibles de l'ACSM (A Framework for Support for Persons With Serious Mental Health Problems, 1993) a été utilisé pour obtenir des connaissances expérientielles des consommateurs sur leur signification de la santé mentale. À l'aide des méthodes utilisées pour solliciter des commentaires de la part des consommateurs qui ont participé à ce projet, on a proposé les questions suivantes pour l'élaboration du guide :

Information au sujet des consommateurs

À l'égard de la santé personnelle

- Que signifie pour vous la promotion de la santé mentale?
- Que faites-vous quotidiennement pour promouvoir votre santé mentale?
- Que signifie pour vous l'expression « guérir d'une maladie mentale »?
- Avez-vous déjà rédigé un plan de guérison pour vous-même?
- Pratiquez-vous des méthodes de guérison?
- Où avez-vous obtenu des renseignements sur la promotion de la santé mentale?
- Qui vous aide le plus à promouvoir votre santé mentale?

À l'égard du soutien communautaire

- Quelles ressources au sein de votre communauté vous aident à promouvoir votre santé mentale?
- Quels obstacles au sein de votre communauté vous empêchent de promouvoir votre santé mentale?
- Quels éléments vous aideraient à promouvoir votre santé mentale mais qui sont absents dans votre communauté?

À l'égard des autres mesures de soutien

- Quels éléments de la liste suivante considérez-vous utiles pour la promotion de votre santé mentale :
 - Vous-même?
 - Membre(s) de votre famille?
 - Amis?
 - Autres consommateurs?

- Services sociaux et le personnel?
- Services de santé mentale et les professionnels?

Information au sujet des communautés

- Quels atouts votre communauté possède-t-elle qui aideraient à accroître la promotion de la santé mentale auprès de ses citoyens?
- Quels atouts votre communauté possède-t-elle qui faciliteraient la participation des consommateurs dans la communauté et qui favoriseraient leur santé mentale?
- Quelles ressources votre communauté possède-t-elle qui favoriseraient la guérison?
- Quels obstacles dans votre communauté empêchent la promotion de la santé mentale?
- Quels obstacles dans votre communauté empêchent la participation des consommateurs?
- Quels obstacles dans votre communauté empêchent la guérison des consommateurs?

De plus, l'utilisation d'une liste de contrôle, comme celle ci-dessous, sera utile au moment de procéder au processus de consultation. La liste de contrôle peut être utilisée pour examiner comment les divers ordres de gouvernement, les communautés, les familles et les personnes atteintes d'une maladie mentale fournissent des actions, ou omettent d'en fournir, à l'égard de la promotion de la santé mentale.

LISTE DE CONTRÔLE SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE

Composante	Action	Omission
Politiques publiques saines		
Réorientation des services de santé mentale		
Développement des capacités individuelles (participation des consommateurs)		
Milieus favorables		
Défense des droits		
Action communautaire		
Habilitation et auto-efficacité		
Capacités d'adaptation		
Prévention		
Promotion de la santé		

2. Protocoles d'évaluation

Les méthodes actuelles d'élaboration d'indicateurs de la santé mentale et de résultats des systèmes, bien qu'elles offrent des renseignements utiles sur l'efficacité et la pertinence des systèmes ainsi que des renseignements nécessaires à des fins de gestion, n'abordent pas les questions de résultats du point de vue des utilisateurs et des personnes atteintes d'une maladie mentale.

De nombreuses provinces, si ce ne sont pas toutes les provinces, ont élaboré des outils d'évaluation pour déterminer le degré de satisfaction à l'égard des services fournis et pour solliciter des recommandations sur les façons dont les services pourraient être améliorés pour combler des besoins particuliers des consommateurs. L'outil d'évaluation qui nous permettrait de fournir des renseignements plus précis et de mieux comprendre les points de vue des consommateurs devrait inclure certains des points suivants :

- Faciliter la participation significative des personnes atteintes d'une maladie mentale (consommateurs), ainsi que leurs suggestions, à l'égard de l'élaboration de services de santé mentale dans l'ensemble des provinces et des territoires;
- Donner aux fournisseurs des rétroactions sur les services et les programmes du point de vue des consommateurs;
- Fournir des rétroactions aux gouvernements qui permettraient de prescrire d'autres études et recherches.

Un tel outil comprendrait certaines des composantes suivantes :

- Satisfaction des consommateurs
- Perception des consommateurs de l'état de santé, avant et après les soins
- Utilité des services, des mesures de soutien et des programmes non médicaux

De plus, une stratégie complète sur l'utilisation de l'outil offrirait :

- La possibilité d'intégrer les suggestions des consommateurs en vue de l'élaboration de services et de programmes fondés sur les préférences des consommateurs
- La possibilité de donner aux fournisseurs de services des suggestions de la part des consommateurs au sujet de certaines de leurs expériences en matière de soins.

3. Modèles de centres de référence et de création de groupes d'entraide/de soutien mutuel

L'entraide/l'aide mutuelle est, depuis longtemps, reconnue comme méthode d'amélioration de l'état de santé/santé mentale des Canadiens. En fait, il s'agit d'un phénomène planétaire.

L'entraide a été reconnue comme un mécanisme de promotion de la santé pour la première fois par Santé Canada en 1986 (La santé pour tous), mais les personnes atteintes d'une maladie mentale participent dans l'ensemble du pays à des groupes d'entraide, et profitent de cette participation, depuis plus de 20 ans. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux appuient la création de groupes d'entraide depuis la fin des années 80. Voici certains exemples de structures d'entraide provinciales : The Self-Help Resource Centre of Greater Toronto, Ontario; The Self-Help Connection, Dartmouth, (Nouvelle-Écosse) et le Self-Help Resource Association of British Columbia.

Les groupes d'entraide consistent en de petits groupes composés de bénévoles qui offrent de l'aide mutuelle et qui assistent à l'accomplissement d'un but en particulier. Ils sont habituellement composés de pairs qui se sont groupés dans le but de s'aider mutuellement à satisfaire un besoin commun, à surmonter un handicap commun ou un problème troublant et à apporter des changements sociaux et/ou personnels désirés. Les initiateurs et les membres de tels groupes insistent sur les interactions sociales face à face et la prise en charge de la responsabilité personnelle par les membres. Ils fournissent, dans bien des cas, de l'aide matérielle ainsi que du soutien affectif; ils sont souvent voués à une « cause » et promulguent une idéologie ou des valeurs grâce auxquelles les membres peuvent mieux définir leur identité personnelle (Romedor et al., 1990).

À une époque où il y a de nombreux débats sur l'avenir des soins de santé au Canada, sur ses coûts élevés et sur la capacité du système à assurer sa subsistance, les groupes d'entraide/d'aide mutuelle offrent un mécanisme peu coûteux de promotion de la santé mentale pour aider les gens souffrant d'une maladie mentale. Même si les groupes d'entraide/d'aide mutuelle se sont avérés très utiles pour fournir aux consommateurs les connaissances et les compétences pour composer efficacement avec leur maladie; pour améliorer leurs réseaux de soutien social; pour accroître leur capacité à se défendre et leur participation aux systèmes de service et pour leur accorder un rôle dans les campagnes d'éducation du public, il est possible de favoriser davantage la croissance de ces mécanismes de promotion de la santé. Pour accroître le potentiel des services d'entraide, l'utilisation de centre de référence est une option viable que les décideurs auraient intérêt à prendre en considération. Les provinces et les territoires doivent maintenir et promouvoir l'aide financière destinés aux centres d'entraide. Ces centres offrent des infrastructures, des renseignements et des services d'aiguillage, du soutien, des ressources éducatives pour les fournisseurs de services, des programmes d'éducation du public et ils permettent de mettre sur pied des groupes d'entraide et de mieux connaître les facteurs liés à l'élaboration de projets d'entraide au moyen de la recherche.

Voici des exemples de renseignements que peuvent fournir les centres de référence pour améliorer la santé mentale des consommateurs grâce à l'entraide en leur fournissant les étapes de base de la création de groupes d'entraide :

Ne réinventez pas la roue

Exploitez les ressources locales ou provinciales qui peuvent aider à créer un groupe, p. ex. un groupe d'entraide, un centre d'entraide, un organisme de santé mentale. Elles vous fourniront suffisamment de renseignements pour que vous n'ayez pas à partir de zéro.

Pensez à l'« aide mutuelle » dès le début

Trouvez d'autres personnes intéressées à créer un groupe. Efforcez-vous de travailler en équipe et à partager les responsabilités.

Trouvez un endroit et un moment convenables pour tenir les réunions

Il existe de nombreux groupes et organismes communautaires locaux qui fourniront gratuitement un endroit pour tenir les réunions des groupes d'entraide, p. ex. églises, organismes à but non lucratif, hôpitaux, clubs de bienfaisance. L'heure de la réunion doit convenir à tous les membres du groupe.

Faites de la publicité sur la première réunion

Faire des annonces et les afficher dans les lieux communautaires fréquentés par beaucoup de gens est une approche. Faire paraître des annonces gratuitement dans les journaux locaux et à une émission de télévision communautaire, dans les bulletins paroissiaux, dans les bibliothèques, sur les babillards des hôpitaux, dans des centres communautaires et à la radio sont d'autres méthodes publicitaires pour faire connaître la tenue de votre première réunion.

Définissez le but du groupe

Définir la raison d'être du groupe est l'une des premières étapes que les membres doivent examiner. Il est important que les membres connaissent le principal centre d'intérêt du groupe. Le but servira également à attirer d'autres membres.

Ciblez les membres

Il est important de décider des gens qui pourront et qui ne pourront pas participer aux réunions du groupe. La raison qui vous pousse à refuser un membre doit être aussi claire que la raison qui vous pousse à en accepter un.

Décidez du format de la réunion

Cela pourrait vous aider d'avoir certains types de format, p. ex. choix du moment des discussions, éducation, affaires, planification de programmes.

Utilisez l'aide professionnelle

Les professionnels peuvent rencontrer les membres des groupes d'entraide. Ils peuvent jouer divers rôles, notamment, celui de conférencier, conseiller ou consultant et ils sont des sources de renvoi au groupe.

Amorcer des projets

C'est une bonne idée de faire participer les membres du groupe à un projet, ce qui aidera à créer l'« équipe » et permettra aux membres de l'équipe de faire quelque chose en dehors des réunions. Il s'agit d'un moyen de socialisation qui aide tout le monde.

Attendez-vous à vivre des hauts et des bas

Vous pouvez vous attendre à avoir à relever certains défis. La présence aux réunions peut être faible, de même que l'enthousiasme des membres. Pour obtenir de l'aide pendant ces moments difficiles, vous pouvez communiquer avec des groupes ou des centres d'entraide.

Voici certaines approches pratiques pour appuyer la création de centres d'entraide :

- Tenir une réunion locale ou provinciale avec des groupes d'entraide existants pour déterminer la viabilité d'un centre;
- Cibler des sources de financement possibles à affecter à la dotation en personnel et à l'exploitation du centre;
- S'assurer que le mandat du centre porte sur des composants de base telles que des infrastructures en vue de la création de groupes d'entraide, des renseignements et des services d'aiguillage, du soutien, des ressources éducatives pour les fournisseurs de services, des programmes d'éducation du public et des recherches;
- Établir un processus démocratique relativement à la gouvernance du centre;
- S'assurer que les structures de gouvernance du centre incluent une majorité d'adeptes de l'entraide.

4. Étapes en vue de l'élaboration d'un projet d'inclusion communautaire intersectoriel

« En définissant les problèmes et les besoins des personnes atteintes d'une maladie mentale principalement en tant que problèmes de santé mentale, nous n'avons pas réussi à reconnaître les forces de notre communauté, la capacité de nos voisins à accepter plus facilement, à s'enrichir par la présence et la participation de ces gens dans leur vie » [traduction] (Carling, 1995).

Inspirés par la réflexion dans la citation ci-dessus, on prévoit à l'échelle communautaire, provinciale ou nationale la création d'un projet d'une durée de deux ans pour promouvoir l'inclusion communautaire. On suggère les étapes suivantes pour la création d'un projet national :

1. Jeter les bases 3 mois

- Choisir cinq localités, d'après divers critères (rural-urbain, géographie, représentants interculturels);
- Embaucher du personnel pour le projet et élaborer un sous-groupe d'évaluation. Élaborer des indicateurs de résultats clés pour l'évaluation. Recueillir les données de référence à l'aide de groupes de discussion et de questionnaires;
- Choisir un comité consultatif et un « historien » pour chaque localité et lui donner une formation en documentation.

2. Compléter la formation 2 mois

- Planifier et mettre en œuvre une séance de deux jours sur le développement des connaissances et des compétences avec les participants de chaque site;
- Analyser les concepts de l'inclusion, de la promotion de la santé mentale, les conséquences pratiques, les indicateurs de résultats clés et les processus de planification communautaires.

3. Faire participer les partenaires locaux 3 mois

- Appuyer les localités pour qu'elles organisent une première réunion d'information et de planification d'une journée avec les familles et les consommateurs locaux, les membres de la communauté et le personnel de la localité. Fournir un soutien national en vue de diriger la réunion;
- À la réunion, élaborer un plan d'action local et s'assurer que les participants s'engagent à participer au plan;
- Voici des exemples de stratégies locales :
 - Appuyer la création d'entreprises dirigées par des consommateurs;
 - Promouvoir ou mettre en œuvre des mesures de soutien dans les milieux de travail ou les établissements d'enseignement;
 - Établir des liens avec les groupes et organismes communautaires de base et les aider à fournir du soutien et des services aux personnes atteintes d'une maladie mentale;
 - Améliorer les réseaux d'aide naturels dans la communauté.

4. Appuyer l'activité locale 10 mois

- Bien que les partenaires locaux de chaque localité travaillent ensemble pour opérationnaliser leur stratégie, le projet national offrira du soutien. Assurer une visite de suivi du personnel national dans la première année et deux autres visites pendant la deuxième année, fournir un soutien continu pour cerner et surmonter les obstacles et fournir des ressources documentaires.
- Obtenir des rapports en cours d'activités locales et les faire circuler.

- Tenir une réunion avec les représentants de toutes les localités au début de la deuxième année afin de partager les progrès, les défis, les stratégies et pour renouveler les buts et les plans de travail pour le reste du projet.
- Obtenir des rétroactions sur l'ébauche du rapport final (« guide d'action locale »).

5. Produire un guide d'action locale 3 mois

- Rédiger un guide visant à appuyer l'activité continue dans les localités participantes et encourager des initiatives semblables dans d'autres communautés.
- Distribuer le guide aux groupes et organismes visés.

6. Compléter l'évaluation 3 mois

- Tenir une réunion dans chaque localité pour évaluer les progrès et les apprentissages.
- Planifier des stratégies pour assurer la continuité après la date d'achèvement formelle du projet.
- Mettre sur pied des groupes de discussions après la réalisation du projet et faire remplir des questionnaires.

5. Aperçu d'un forum national sur la promotion de la santé mentale pour les personnes atteintes d'une maladie mentale

Comme prochaine étape, on recommande la tenue d'un forum national sur la promotion de la santé mentale pour les personnes atteintes d'une maladie mentale dans le but d'acquérir l'information nécessaire, de la part des consommateurs et d'autres personnes, en vue d'élaborer des politiques fédérales pertinentes en matière de promotion de la santé mentale.

But :

Le but du forum national est de :

- a) contribuer à la base de connaissances actuelle au sujet de la promotion de la santé mentale comme elle s'applique aux personnes atteintes d'une maladie mentale;
- b) commencer à établir un consensus national sur l'importance de la promotion de la santé mentale;
- c) permettre aux décideurs fédéraux, provinciaux et territoriaux de mieux comprendre ces enjeux;
- d) déterminer des actions et des stratégies futures.

Processus :

On suggère que les intervenants suivants participent au forum : consommateurs; décideurs; fournisseurs de services de santé mentale; membres de la famille et groupes communautaires.

Ordre du jour :

On recommande de tenir un forum d'une durée de deux jours, lequel intégrerait l'ordre du jour provisoire suivant :

Jour I – Séance du matin

- Analyse des concepts de la promotion de la santé mentale et de la promotion de la santé de la population
- L'applicabilité aux personnes atteintes d'une maladie mentale
- Avantages de la promotion de la santé mentale

Jour I – Séance de l'après-midi

- Applications pratiques de la promotion de la santé mentale (conférenciers invités)

Jour II – Séance du matin

- Travail en petits groupes - Quelles sont les répercussions sur les politiques?
- Quoi faire pour que la promotion de la santé mentale auprès des personnes atteintes d'une maladie mentale se retrouve dans le programme d'action fédéral, provincial, territorial et local?

Jour II – Séance de l'après-midi

- Plans concrets : défense des droits, pratique, nouveaux partenariats, stratégies de recherche.

6. Fiche de rendement/Guide de discussion sur la promotion de la santé mentale

Si la promotion de la santé mentale auprès des personnes atteintes d'une maladie mentale doit être incorporée dans le contexte de la réforme de la santé mentale, l'élaboration d'une fiche de rendement ou d'un guide de discussion serait utile pour faire participer les intervenants aux discussions et surveiller les activités et les progrès. Parmi les groupes visés qui utiliseraient ce guide, les personnes atteintes d'une maladie mentale seraient une ressource clé permettant de fournir des rétroactions et des

commentaires directs en vue de l'élaboration de politiques. Nous suggérons d'adopter un format semblable à celui présenté dans le Discussion Guide on Mental Health Reform de l'Association canadienne pour la santé mentale (1995). Voici certains concepts à inclure dans la fiche de rendement ou le guide de discussion :

1. POLITIQUE

Existence d'une politique sur la promotion de la santé mentale

Une politique claire

Existe-t-il une politique ou des politiques explicite(s) et autonome(s) sur la promotion de la santé mentale? De quelle manière a-t-elle ou ont-elles été élaborée(s)?

Qui a participé à l'élaboration? Des groupes de consommateurs y ont-ils participé? Si non, la politique doit-elle être modifiée afin de refléter les points de vue de ces intervenants et d'autres intervenants?

Vision

La politique sur la promotion de la santé mentale est-elle appuyée par une vision explicite? En quoi consiste cette vision? Les différents intervenants la connaissent-ils? L'appuient-ils? Sont-ils d'accord avec elle?

Principes

Existe-t-il des principes distincts? Reflètent-ils un engagement envers : des services adéquats, des droits des consommateurs, la participation des consommateurs, la promotion de la santé mentale?

Cibles

La politique a-t-elle des objectifs de réforme concrets et mesurables? Quels sont-ils?

Orientation politique continue

Quelle est la structure de base de la prise de décision concernant la politique sur la santé mentale au sein des ministères fédéraux?

Les divers points de responsabilité à l'égard de l'élaboration de la politique sur la promotion de la santé ont-ils été clairement établis?

Les divers intervenants, y compris les consommateurs, participent-ils à l'élaboration et l'évolution continues de la politique?

La politique sur la promotion de la santé mentale est-elle modifiable? Est-elle malléable et continuellement améliorée?

Quelles sont les relations en évolution entre la promotion de la santé mentale, la réforme de la santé mentale et la réforme globale de la santé?

2. SUIVI ET ÉVALUATION

Existe-t-il un mécanisme pour assurer le suivi du processus de la promotion de la santé mentale et de l'élaboration de la politique conformément à ses principes, buts et calendriers convenus?

Le mécanisme inclut-il les consommateurs et reflète-t-il l'éventail complet des intervenants?

Existe-t-il une stratégie de communication pour renseigner les personnes suivantes sur la promotion de la santé :

- consommateurs/survivants
- membres de la famille
- fournisseurs de services de santé mentale
- autres fournisseurs de soins importants (qui ne font pas partie du système de santé mentale)?

Soutien envers les consommateurs /initiatives des survivants

Depuis quelques années, le concept portant sur ce que les consommateurs peuvent faire pour s'aider s'est développé et inclut au moins sept domaines :

- **auto-assistance**
- **création d'entreprises**
- **production du savoir et apprentissage d'habiletés**
- **défense des droits**
- **éducation du public**
- **éducation des professionnels**

- **activités artistiques et culturelles.**

Les initiatives dirigées et contrôlées par les consommateurs représentent un aspect de la réforme qui diffère de la participation à la planification de systèmes de service. Cette section porte sur les activités, émanant du concept de l'auto-assistance, que les personnes font d'elles-mêmes et pour elles-mêmes à l'extérieur du système de service professionnel.

L'argent destiné à la santé mentale est-il directement investi dans les stratégies de promotion de la santé mentale auprès des personnes atteintes d'une maladie mentale?

Dans quelle mesure le soutien financier est-il fourni, le cas échéant? Quel pourcentage du budget en santé mentale est alloué à la promotion de la santé mentale auprès des personnes atteintes d'une maladie mentale?

Des ressources sont-elles disponibles pour permettre à ces groupes de tenir des conférences, de créer des réseaux et d'amorcer d'autres activités autonomes pour renforcer leurs connaissances et capacités en matière de promotion de la santé mentale?

Met-on à la disposition des groupes de consommateurs un soutien organisationnel et une aide technique?

Offre-t-on une certaine forme d'apprentissage des habiletés quant à la promotion de la santé mentale?

Assure-t-on le suivi de l'utilisation des services avant et après la participation aux activités de promotion de la santé mentale?

Surveille-t-on le nombre de personnes faisant partie d'organisations de consommateurs?

Dresse-t-on des inventaires sur les groupes et leurs activités, sur les histoires qu'ils ont eux-mêmes signalées?

Annexe B

RÉFÉRENCES

ANTHONY, W. A. « Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's ». *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 16, n° 4, 1993, p.11-23.

ANTHONY, W. A. « A recovery-oriented service system: Setting some system level standards ». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 24, n° 2, 2000, p. 159-168.

ANTONOVSKY, A. *Health, stress, and coping*, San Francisco: Jossey-Bass, 1979.

ANTONOVSKY, A. *Unraveling the mystery of health*, San Francisco: Jossey-Bass, 1987.

Association canadienne pour la santé mentale, division de la Colombie-Britannique. *Salmon Arm: Adult mental health system progress report*, Vancouver : Auteur, 1998.

Association canadienne pour la santé mentale, bureau national. *Consumer celebration package*, Toronto : Auteur, 1994.

Association canadienne pour la santé mentale, division de la Nouvelle-Écosse. *Consumer-led education and action for reform project*, Dartmouth : Auteur, 1995.

CARLING, P. *Return to community*, New York, New York : The Guilford Press, 1995.

Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Housing discussion paper*. (non publié), Toronto : Auteur, 2002.

Centre de toxicomanie et de santé mentale, Fondation ontarienne de la santé mentale, Association canadienne pour la santé mentale, division de l'Ontario. *Community mental health evaluation initiative (multi-site study): Main messages and individual project summaries*, Toronto : Auteur, 2002.

Centre for Health Promotion. *Proceedings from the international workshop on mental health promotion*. University of Toronto, juin, 1997

COMPTON, W.C. « Toward a tripartite factor structure of mental health: Subjective well-being, personal growth, and religiosity ». *The Journal of Psychology*, vol. 135, n° 5, 2001, p. 486-501.

COOPER-PATRICK, L., N. R. POWE , M. W. JENCKES, J. J. GONZALES, D. M. LEVINE et D. E. FORD, « Identification of patient attitudes and preferences regarding treatment of depression ». *Journal of General Internal Medicine*, vol. 12, 1997, p. 431–438.

CORRIGAN, P. W. et D. L. PENN. « Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma ». *American Psychologist*, vol. 54, 1999, p. 765–776.

DEEGAN, G., E. RIDDICK et P. RIDGEWAY. *Recoverytools.org*. Lawrence: University of Kansas, School of Social Welfare, 2000.

DEWAR, G. *Mental health promotion and self-help books*. (manuscrit non publié). Toronto : Auteur, 2000.

FRADO, L. *Learning diversity: Accommodations in education settings for people with mental illness*. Toronto : Association canadienne pour la santé mentale, bureau national, 1993.

GALIPEAULT, J.P. *Mental health reform: A consumer-centred approach*. Dartmouth, N.-É. : The Self-Help Connection, 1997.

GALIPEAULT, J.P. *Mental health worker training course: Session1, Recovery from mental illness*. Dartmouth, Nouvelle-Écosse : The Learning Edge et The Self-Help Connection, 1998.

KESSLER, R. C., C. B. NELSON, K. A. MCKINAGLE, M. J. EDLUND, R. G. Frank et P. J. LEAF. « The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization ». *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 66, 1996, p. 17–31.

LEIGHTON, A.H. « Global and specific approaches to prevention ». Dans B. Cooper & T. Helgason (éditeurs), *Epidemiology and the prevention of mental disorders*, London : Routledge for the World Psychiatric Association, 1989, p. 17-29.

MCKNIGHT, J.L., J.P. KRETZMAN. *Building communities from the inside out: A path toward finding and mobilizing a community's assets*. ACTA Publications : Chicago, 1993.

Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse. *Report of the community mental health support for adults sub-committee*. Halifax : Auteur, 2000.

NEWMAN, S.J. « Housing attributes and serious mental illness: Implications for research and practice ». *Psychiatric Services*, vol. 52, n° 10, 2001, p. 1309-17.

NILES, E. et K. ROSS. « Putting policy into practice: Mental health in New Brunswick », *Canada's Mental Health*, vol. 40, n° 1, 1993, p. 15-18.

Ministère de la Santé de l'Ontario. *Building community support for people: A plan for mental health in Ontario*. Toronto : Auteur, 1988.

Ministère de la Santé de l'Ontario. *Putting people first: The reform of mental health services in Ontario*. Toronto : Auteur, 1993.

Organisation mondiale de la santé. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Copenhague : Organisation mondiale de la santé, bureau régional pour l'Europe, 1986.

PARKINSON, S., G. NELSON et S. HORGAN. « From housing to homes: A review of the literature on housing approaches for psychiatric consumer/survivors ». *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 18, n° 1, 1999, p. 145-64.

PENN, D. L. et J. MARTIN. « The stigma of severe mental illness: Some potential solutions for a recalcitrant problem », *Psychiatric Quarterly*, vol. 69, 1998, p. 235–247.

POMEROY, E. et B. PAPE, B. (éditeurs). *Le livre de classe*. Toronto : Association canadienne pour la santé mentale, bureau national, 1999.

PRAGER, D. et L. SCALLET. « Promoting and sustaining the health of the mind ». *Health Affairs*, automne 1992, p. 118-125.

PULIER, M.L. et W.T. HUBBARD. « Psychiatric rehabilitation principles for re-engineering board and care facilities ». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 24, n° 3, 2001, p. 266-74.

REGIER, D. A., W. E. NARROW, D. S. RAE, R. W. MANDERSCHIED, B. Z. Locke et F. K. GOODWIN. « The de facto US mental and addictive disorders service system: Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services ». *Archives of General Psychiatry*, vol. 50, 1993, p. 85–94.

Réseau atlantique pour la promotion de la santé communautaire (RAPSC). (1995). *Ressort psychologique : pertinence dans le contexte de la promotion de la santé*. Halifax : Auteur.

ROMEDER, J. M., H. BALTHAZAR, A. FARQUHARSON et F. LAVOIE. *Les groupes d'entraide et la santé : Nouvelles solidarités*. Ottawa : Conseil canadien de développement social, 1990.

Santé Canada, Promotion de la santé mentale, (sans date). Extrait le 17 janvier 2002, <http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/sante-mentale/psm/questions.html>

Santé et Bien-être social du Canada. *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Ottawa : ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1986.

Santé et Bien-être social du Canada. *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*. Ottawa : ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1988.

SECKER, J. « Conceptualizations of mental health and mental health promotion », *Health Education Research Theory and Practice*, vol. 13, n° 1, 1998, p. 57-66.

SUSSMAN, L. K., L. N. ROBINS et F. EARLS. « Treatment-seeking for depression by black and white Americans ». *Social Science and Medicine*, vol. 24, 1997, p. 187–196.

TRAINOR, J., E. POMEROY et B. PAPE. *A new framework for support for persons with serious mental health problems*. Toronto : Association canadienne pour la santé mentale, bureau national, 1993.

TRAINOR, J., E. POMEROY et B. PAPE. « Critical challenges for Canadian mental health policy », *Revue canadienne de politique sociale*, vol. 39, 1997, p. 55-63.

TRAINOR, J., M. SHEPERD, K. BOYDEL, A. LEFF et E. CRAWFORD. *Consumer/Survivor development initiative, evaluation report*. Toronto : Consumer/Survivor Development Initiative, 1996.

Ministère de la santé du Royaume-Uni. *Early Intervention: the national picture*. Matériel de présentation par D^{re} Jenny Bywaters, administratrice générale de la direction, services de santé mentale, 2001

WILLINSKY, C. et B. PAPE. *Social action series on mental health promotion*. Toronto : Association canadienne pour la santé mentale, bureau national, 1997.

WILLINSKY, C. et B. PAPE. « Mental health promotion », dans L. Young et V. Hayes (éditeurs), *Transforming health promotion practice: Concepts, issues, and applications*. Philadelphie : F.A. Davis Company, 2001, p. 162-173.