



Canadian
Collaborative
Mental Health
Initiative

Initiative
canadienne de
collaboration en
santé mentale

2

National Consultations for the



Auteurs

Ann Simpson, Un seul monde inc.
Jacquie Dale, Un seul monde inc.
Patti Reed, Distance Learning Group Inc.

Traduction

Versacom

Remerciements

Les auteures tiennent à remercier tous les participants qui ont partagé leurs connaissances et leurs perspectives extraordinaires lors des consultations. Les auteures remercient également les membres du comité directeur de l'ICCSM qui ont joué un rôle essentiel lors des Forums en identifiant les experts à inviter, en y assistant la journée-même et en partageant leurs idées dans les cahiers de consultation.

Secrétariat de l'ICCSM

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

Droit d'auteur © 2005 Initiative canadienne de collaboration en santé mentale

Citation suggérée : Simpson A., Dale J., Reed P. Consultations nationales sur la charte des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Forums consultatifs d'experts. Rapport préparé pour l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga, Ont., Canada; août 2005.
Disponible à www.iccsm.ca

This report is available in English.

Le secrétariat de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
a/s Le Collège des médecins de famille du Canada
2630 avenue Skymark, Mississauga, Ont., L4W 5A4
Tél. : 905-629-0900 Téléc. : 905-629-0893
Courriel : info@iccsm.ca Site Web: www.iccsm.ca

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles du secrétariat de l'ICCSM et ne correspondent pas nécessairement à l'opinion officielle des partenaires de l'ICCSM ou de Santé Canada.

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

**Consultations nationales sur la Charte des
soins de santé mentale axés sur la
collaboration**

Forums consultatifs d'experts

Rapport préparé pour
l'Initiative canadienne de collaboration en santé
mentale

par

Ann Simpson
Associée, Un seul monde inc.

Jacque Dale
Présidente et chef de la direction, Un seul monde inc.

Patti Reed
Directrice, Distance Learning Group Inc.

Août 2005



Notre objectif

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) s'efforce d'améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiens en renforçant les liens et la collaboration entre les prestataires de soins de santé, les usagers, les familles et les aidants naturels, et en facilitant l'accès des usagers à des services de prévention, de promotion de la santé, de traitement, d'intervention et de réadaptation dans le contexte des soins de santé primaires.



TABLE DES MATIÈRES

APERÇU	1
Introduction	1
Processus de consultation	2
Profil des participants.....	5
PRINCIPES DE LA CHARTE.....	6
Expérience actuelle de collaboration.....	6
Réactions aux principes de la Charte	7
MISE EN APPLICATION DES PRINCIPES DE LA CHARTE.....	12
Mesures prioritaires.....	13
Sujets récurrents	28
Qui devrait participer?	32
CONCLUSION	34
PROCHAINES ÉTAPES.....	36

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 – OBSERVATIONS DES PARTICIPANTS SUR LES PRINCIPES DE LA CHARTE.....	37
ANNEXE 2 - Profil des participants.....	50
ANNEXE 3 – PROGRAMME DU FORUM	51
ANNEXE 4 - FORMULAIRES D'ÉVALUATION : RÉSUMÉ DES RÉPONSES.....	52
ANNEXE 5 : LISTE DE PARTICIPANTS	53
ANNEXE 6 - CAHIER DE CONSULTATION SUR LA CHARTE DES FORUMS CONSULTATIFS D'EXPERTS.....	60

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Principes proposés dans le cadre de la Charte	7
---	---

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Cadre de travail conceptuel défini par l'ICCSM.....	13
Figure 2 – Mesures prioritaires	27

APERÇU

Introduction

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux du Canada s'accordent pour dire qu'il faut absolument améliorer l'organisation et la prestation des services de soins de santé primaires, en les rendant plus accessibles, complets, interdisciplinaires, coordonnés et orientés vers la promotion de la santé. Cette priorité est d'importance encore plus critique pour les services de santé mentale qui sont mal coordonnés, stigmatisés et souvent difficiles d'accès. L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) a pour objectif d'améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiens en renforçant les liens et la collaboration entre les usagers, les familles, les aidants naturels et les prestataires de soins.

L'ICCSM regroupe douze associations nationales représentant des usagers, des familles, des aidants naturels et des groupes d'entraide, des fournisseurs de services communautaires, des diététistes, des médecins de famille, des infirmières et des infirmiers, des ergothérapeutes, des pharmaciens, des psychiatres, des psychologues et des travailleurs sociaux de partout au Canada. Ces groupes se sont réunis parce qu'ils s'intéressent tous à la prestation des services de santé mentale. Ils savent à quel point il est important d'offrir des services de santé mentale accessibles et de grande qualité, et ils estiment que la condition sine qua non pour atteindre cette qualité, c'est d'assurer une meilleure collaboration entre les usagers, les familles, les aidants naturels et les prestataires de soins.

Les associations ont convenu d'élaborer conjointement une charte des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Dans sa forme définitive, la Charte contiendra un ensemble d'énoncés de valeurs appelés **principes**. Ceux-ci

Résumé des mesures

Les mesures prioritaires varient légèrement selon les régions. Les participants aux forums consultatifs d'experts ont défini les principales mesures à prendre immédiatement, notamment :

- ✓ Le **financement** a été mentionné directement ou indirectement à titre de priorité (ou comme moyen de réaliser les priorités) lors de presque toutes les séances. On a souligné le fait que le système de soins de santé et les gens qui le composent fonctionnent au maximum de leurs capacités et que d'autres ressources sont nécessaires pour mettre en œuvre les initiatives sur les soins axés sur la collaboration.
- ✓ La **formation** de tous les intervenants et des prestataires ainsi qu'un **échange de connaissances** efficace ont fréquemment été définis comme prioritaires.
- ✓ La **communication**, l'**information** et la lutte **contre la stigmatisation** dans la collectivité ont souvent été mentionnées.
- ✓ Des services de **défense des droits** des usagers, des familles et des aidants naturels ainsi que des programmes s'ajustant à la personne plutôt que l'inverse ont été couramment cités.
- ✓ Le **travail en collaboration** et l'**accessibilité** sont deux points considérés comme prioritaires sur le plan local.

caractériseront de bons soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires. Ils seront combinés à des **engagements**, des actions visant à œuvrer de concert pour mettre les principes en application, maintenant et à l'avenir.

En mai 2005, l'ICCSM a compilé les observations exprimées par les usagers, les membres de leurs familles et les aidants naturels partout au Canada sur la première partie de la Charte, celle qui énonce les principes. Il s'agissait de s'assurer que ces principes traduisent bien les expériences et les aspirations de gens qui connaissent le fonctionnement actuel des services de santé mentale et qui ont des idées sur la manière de l'améliorer. Ensuite, les principes ont été révisés et réécrits en utilisant un langage plus simple, plus énergique et moins flou. (Voir le rapport complet intitulé *Consultations nationales sur la Charte des soins de santé mentale axés sur la collaboration : usagers, familles et aidants naturels* sur le site Web de l'ICCSM, à l'adresse www.iccsm.ca.)

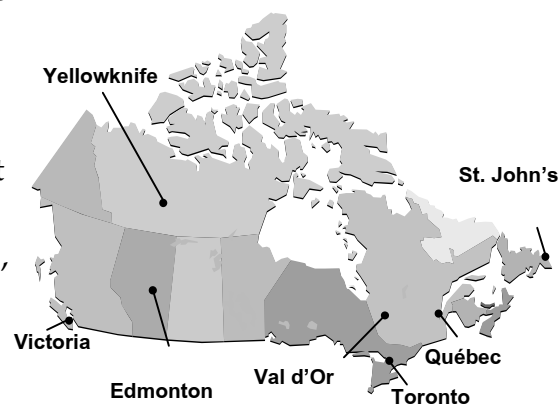
Dans le cadre de l'élaboration d'une charte des soins de santé mentale axés sur la collaboration, l'ICCSM a organisé, en juin 2005, une série de forums consultatifs d'experts partout au Canada. Ces réunions visaient à recueillir l'opinion et les conseils des associations d'usagers et d'aidants naturels, des professionnels de la santé, des responsables des politiques, des universitaires et d'autres intervenants sur le terrain quant aux principes nouvellement révisés de la Charte (voir l'annexe 1 : *Observations des participants*) et à déterminer des mesures permettant de les mettre en application (voir l'encadré à la page 1).

Processus de consultation

Avec l'aide du Comité directeur de l'ICCSM, des invitations ont été envoyées par courrier électronique à des personnes clés œuvrant au sein d'associations nationales et provinciales, du gouvernement, d'institutions universitaires

et d'organismes de réglementation ainsi qu'à des responsables d'initiatives de collaboration en santé mentale existantes connues de l'ICCSM. Les consultations ont été conçues pour rassembler à chaque forum des participants de tous les horizons provenant de différents milieux en santé mentale et de domaines connexes, notamment des usagers, des membres de leur famille et des aidants naturels, des médecins de famille, des psychiatres, des pharmaciens, des infirmières et des infirmiers, des psychologues, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des diététistes, des responsables des politiques gouvernementales et des universitaires.

Les forums consultatifs d'experts ont été organisés dans sept villes du Canada. Au total, 158 personnes ont participé aux rencontres tenues à : Toronto (Ontario), Edmonton (Alberta), Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest), Victoria (Colombie-Britannique), St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador), Québec (Québec) et Val-d'Or (Québec) (voir l'annexe 2 : *Profil des participants*).



Avant les séances de consultation, on a demandé aux participants inscrits de répondre à des questions dans des cahiers de consultation¹ dans le but de susciter des réactions sur le concept des soins de santé mentale axés sur la collaboration et les principes proposés.

Les séances de consultation se sont déroulées toute la journée et ont été animées par des associés de Un seul monde inc.² (voir l'ordre du jour à l'annexe 3).

À la suite de la projection d'une vidéo et d'une discussion sur des exemples de collaboration, Scott Dudgeon directeur

¹ Voir l'annexe 6 : *Cahier de consultation des forums consultatifs d'experts*

² www.owi.ca

général de l'ICCSM³, a fait une courte présentation sur l'état actuel, au Canada, des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Les participants ont donné leurs commentaires sur les principes de la Charte, d'abord en petits groupes, puis au cours d'une séance plénière.

Ensuite, les participants se sont réunis en petits groupes et on leur a assigné des principes spécifiques. Ils devaient déterminer les principales mesures permettant de mettre en application ces principes. Chaque groupe a été intentionnellement formé en réunissant des personnes de différents milieux professionnels qui possèdent des expériences différentes. Les mesures ont été définies par le biais d'un exercice de tri : chaque groupe s'est vu désigner un ou deux principes, en a discutés et a déterminé les mesures à prendre pour les mettre en application. Ces mesures ont alors été écrites sur des cartes. Chaque groupe a ensuite présenté les mesures qu'il proposait au cours d'une séance plénière, puis les cartes ont été affichées au mur.

Au cours de la séance plénière, les animateurs et les participants se sont mis ensemble pour classer les cartes en colonnes et par sujet. Les participants ont ensuite désigné à l'aide de points de couleur les mesures prioritaires permettant de mettre en application divers principes. Avec l'aide des animateurs, les participants rassemblés en un seul groupe ont ensuite déterminé les mesures prioritaires et les raisons de leurs choix. Ils ont également déterminé qui devrait être responsable de leur mise en application.

Tout au long de la journée, une autre personne de Un seul monde inc. était présente pour noter les observations, les mesures, les sujets et les priorités énoncés par les participants relativement aux principes.

³ D^{re} Marie-Anik Gagné, gestionnaire de projet à l'ICCSM, a fait des présentations aux réunions tenues en français à Québec et à Val-d'Or, au Québec.

Les participants ont rempli une évaluation après les séances de consultation. Les réactions ont été très positives (65 pour cent des personnes étaient « fortement en accord » avec le fait que la journée avait été productive, et 34 pour cent étaient « partiellement d'accord », ce qui totalise 99 pour cent). Voir le résumé des réponses à l'annexe 4.

Profil des participants

Les observations faites au cours des forums consultatifs d'experts doivent être remises dans leur contexte, soit celui des participants assistant aux forums. Comme l'indique l'annexe 2, les sept séances de consultation ont permis de représenter les usagers, les familles et les aidants naturels ainsi que différentes disciplines. De façon générale, il y avait une grande diversité dans le groupe de participants, ce qui a contribué à la richesse des discussions en petits groupes et des séances plénières.

Bien que le déroulement de chaque séance de consultation ait sans aucun doute influencé les conclusions et les priorités exprimées, les résultats de la consultation pris dans leur ensemble ne semblent pas avoir été influencés par un groupe en particulier. Même s'il y avait des différences sur le plan régional et géographique dans la détermination des priorités, les observations et les réactions suscitées par les principes ont été assez constantes au cours des différentes séances, et il en est ressorti plusieurs sujets communs à l'ensemble des groupes.

PRINCIPES DE LA CHARTE

Expérience actuelle de collaboration

Selon les expériences des participants racontées au début des séances, il est évident que la collaboration n'est pas un concept inconnu, mais qu'elle occupe déjà une certaine place dans plusieurs milieux. Des exemples ont été donnés lors des forums, notamment des médecins qui collaborent avec des travailleurs communautaires, un réseau de psychiatres apportant leur support à des médecins par le biais d'échanges par courriel ou par téléphone et l'élaboration d'un modèle de soins partagés. Plusieurs ententes de collaboration sont informelles et s'établissent grâce à l'intérêt pour cette approche sur le plan local et à la créativité des personnes participantes. Comme l'a fait remarquer un participant de Yellowknife : « Les médecins trouvent toujours des moyens de contourner le système. »

Par ailleurs, de nombreux obstacles aux efforts de collaboration actuels ont été mentionnés, notamment : une culture professionnelle qui n'encourage pas la collaboration (concurrence de la recherche; mentalité non axée sur le patient qui ne fait de la collaboration une priorité; services organisés selon une structure traditionnelle); l'isolement géographique; un intérêt insuffisant face aux enjeux culturels, religieux et spirituels; un manque de ressources; et des structures de rémunération qui ne reconnaissent pas toujours le temps passé à collaborer avec les autres. Les participants ont dit craindre que les efforts actuels de collaboration ne se perdent au profit des efforts visant à promouvoir une plus grande collaboration.

Tableau 1 – Principes proposés dans le cadre de la Charte

1. *Tous les Canadiens sont en droit de recevoir des services de santé appropriés et dispensés en temps opportun qui favorisent le maintien d'un équilibre sain entre la pensée, le corps et l'esprit.*
2. *Les besoins de l'individu orienteront la prestation des services de santé mentale.*
3. *L'accès aux services de santé mentale axés sur la collaboration dans les contextes des soins de santé primaires sera amélioré.*
4. *Les services de santé mentale seront suffisamment flexibles pour répondre aux besoins variables de chaque individu qui les recevra.*
5. *Les individus qui reçoivent des services de santé mentale sont des partenaires respectés dans leurs soins de santé. Les familles, les aidants naturels et/ou les réseaux de soutien peuvent également être des partenaires, selon le désir de l'individu.*
6. *Les individus s'attendent à recevoir des services qui respectent leurs croyances et préférences culturelles et spirituelles.*
7. *Une collaboration efficace exige :*
 - a) *Respect et soutien mutuels;*
 - b) *Volonté d'apprendre l'un de l'autre;*
 - c) *Connaissance des habiletés et des compétences des membres et des collègues de l'équipe interdisciplinaire;*
 - d) *Communication efficace;*
 - e) *Objectifs du traitement clairement définis dans une entente mutuelle;*
 - f) *Partage du processus décisionnel;*
 - g) *Définitions claires des rôles et responsabilités;*
 - h) *Imputabilité de part et d'autre.*
8. *La gamme des options, en termes de services et de soutien destinés aux personnes recevant des services de santé mentale, sera communiquée aux usagers, aux familles et aux aidants naturels.*
9. *Nous parlerons d'une seule et même voix au gouvernement concernant le besoin de politiques, de législation et de mécanismes de financement qui facilitent l'accès aux soins de santé mentale axés sur la collaboration.*

Réactions aux principes de la Charte

La section qui suit présente les diverses réactions des groupes consultatifs d'experts aux principes de la Charte. L'annexe 1 indique en détail les réactions de chacun des groupes, y compris une proposition de principes additionnels. Le tableau 1 résume les principes proposés dans le cadre de la Charte.

En général, la réaction à la vision et au concept présentés dans la Charte a été positive. Il y a eu des commentaires comme « beau discours », « paraît bien sur papier », « semble bien », « sincère, large et comprend beaucoup de choses », « très positif », « excellente philosophie » et « on ne peut pas être contre la vertu ». Cependant, l'aspect pratique de la mise en application des principes a soulevé des doutes et des inquiétudes.

Les participants de Toronto et d'Edmonton ont remarqué qu'il y avait chevauchement ou redondance entre les « droits » décrits dans les principes de la Charte et certaines lois, comme la *Loi canadienne sur la santé*. À Val-d'Or, les participants étaient d'avis que la Charte est plus faible que les droits fondamentaux des citoyens et **devrait être renforcée**. Les participants de Victoria ont souligné que l'énoncé de tous les principes devraient commencer par « le droit de ».

Bien que l'accent mis sur les usagers et les familles ait été généralement apprécié, les participants de plusieurs forums ont suggéré que les principes portant sur le point de vue de l'utilisateur soient combinés. Les participants de Toronto **ont suggéré de combiner les principes 2 et 4**, ceux d'Edmonton ont suggéré de combiner les principes 2, 4 et 6 et les participants de Victoria ont suggéré de combiner les principes 2, 4 et 5.

À Toronto, à Victoria et à St. John's, les participants sont d'avis que la **Charte devrait comprendre une sorte de préambule** ou un énoncé de mission au début.

Les participants à plusieurs forums sont d'avis que la **Charte devrait traiter plus directement du problème de la stigmatisation** liée à la maladie mentale. À Edmonton, ils ont suggéré d'inscrire dans la Charte que les soins axés sur la collaboration sont un outil de réduction de la stigmatisation. Les participants de Yellowknife, de Victoria

et de St. John's ont par ailleurs suggéré un nouveau principe portant sur la formation contre la stigmatisation (voir l'annexe 1).

Au cours de plusieurs forums (Edmonton, Québec, Val-d'Or), les participants ont souligné que **la Charte devrait mettre davantage l'accent sur la prévention et la promotion de la santé publique**. Ceux de Toronto ont suggéré de remplacer le terme « santé » par « bien-être ». À Québec, les participants désiraient souligner que l'ultime objectif était de développer le potentiel de la personne, pas seulement de traiter les symptômes.

*"Comment ces principes vont être applicable dans le concret ?"
Commentaire d'un participant au forum de Québec.*

Les participants de plusieurs forums ont noté que la **Charte devrait faire davantage référence aux déterminants de santé plus généraux**. À St. John's, les participants sont d'avis qu'on devrait élargir le concept de services de santé (par exemple dans un préambule) pour y inclure notamment le logement. À Val-d'Or, ils ont proposé un principe initial énonçant que tous les Canadiens ont le droit de vivre dans des conditions qui favorisent la santé et le bien-être. À Toronto et à Québec, les participants ont mentionné que les soins primaires ne forment qu'une partie du continuum des soins de santé mentale et que cela devrait être reconnu. Le système de soins primaires devrait se combiner aux autres volets.

Les participants de Toronto, de St. John's et de Québec ont souligné la nécessité d'établir un équilibre entre les besoins des personnes et ceux de la collectivité. Les participants de St. John's, de Québec et de Val-d'Or estiment que l'idée de soutenir ou de prendre en considération les besoins des **familles et des aidants naturels** devrait être exprimée **plus clairement** (par l'ajout d'un principe, par exemple).

Les participants à plusieurs forums souhaitent **davantage de détails dans la Charte sur la manière de transmettre les connaissances, d'établir une collaboration et de la**

maintenir. Les participants de Toronto estiment que dans chacun des principes, les personnes qui collaborent devraient être désignées avec plus de clarté : est-ce une collaboration entre professionnels ou entre un professionnel et un usager? À Victoria, les participants veulent une mention claire énonçant qu'il y aura un transfert de connaissances entre les prestataires de soins et la population en général. Les participants de St. John's et de Québec ont proposé un principe additionnel portant sur la formation destinée à toutes les personnes engagées dans le processus de collaboration, y compris les professionnels de la santé, les usagers et leur famille et les aidants naturels. À St. John's, les participants souhaitent que quelque chose soit ajouté, peut-être un nouveau principe, concernant la surveillance, l'évaluation et le partage des meilleures pratiques.

Les participants de Toronto, d'Edmonton et de Victoria estiment que le problème des **toxicomanies devrait être mentionné plus explicitement.**

Le langage utilisé dans la Charte a entraîné des opinions différentes et a suscité des inquiétudes. Les opinions divergeaient sur l'emploi du terme « usager » – certaines personnes n'ont pas apprécié l'aspect commercial du terme, alors que d'autres estimaient que le terme était fort et positif. Les participants de Québec et de Val d'Or ont exprimé leurs inquiétudes au sujet de la qualité du français de la Charte, et souhaitent vivement que le texte soit minutieusement révisé.

« La mise en application constituera la vraie difficulté. »
Commentaire formulé lors du forum de St. John's.

Les principes de la Charte ont reçu un solide appui. Aux évaluations remplies à la fin des séances, 99 pour cent des répondants étaient d'accord avec l'énoncé : « De façon générale, je soutiens les principes de la Charte» (73 pour cent des personnes étaient « fortement en accord » et 26 pour cent étaient « partiellement d'accord »). Plusieurs personnes ont suggéré de combiner des principes ou d'en déplacer, mais il n'y a eu que très peu de suggestions d'en

supprimer. Par ailleurs, des principes ont été ajoutés au cours de plusieurs forums (voir l'annexe 1).

Une fois que les participants ont donné leurs commentaires en petits groupes et en séance plénière, et qu'ils ont tous eu la même compréhension des principes, les animateurs leur ont demandé de déterminer les principales mesures qui permettraient mettre en application chacun des principes.



Cadre de travail conceptuel des soins de santé mentale axés sur la collaboration tel que défini par l'ICCSM

Le cadre de travail conceptuel (voir la figure 1), défini dans le but d'assurer une compréhension commune des soins de santé mentale axés sur la collaboration, comporte deux volets : les facteurs fondamentaux et les éléments clés :

Les facteurs fondamentaux qui influent sur le succès des soins axés sur la collaboration comprennent :

- ✓ le degré de cohérence des lois, des politiques et des structures de financement;
- ✓ les fonds et les résultats de recherche qui appuient les soins;
- ✓ les forces, les besoins, les ressources et la disposition de la collectivité.

Les éléments essentiels aux soins de santé mentale axés sur la collaboration comprennent :

- ✓ l'élaboration d'une structure axée sur l'utilisateur – l'utilisateur, sa famille et l'aidant naturel sont inclus dans tous les aspects des soins ainsi que dans la planification, la surveillance et la gouvernance des services;
- ✓ des structures de collaboration – des systèmes et des structures qui appuient le fait de travailler ensemble;
- ✓ la richesse de la collaboration – suppose la participation de partenaires de tous les horizons, le partage des connaissances et une communication optimale;
- ✓ l'accessibilité – assure l'accès à la promotion de la santé mentale ainsi qu'à la prévention, au dépistage et au traitement dans le contexte des soins de santé primaires.

MISE EN APPLICATION DES PRINCIPES DE LA CHARTE

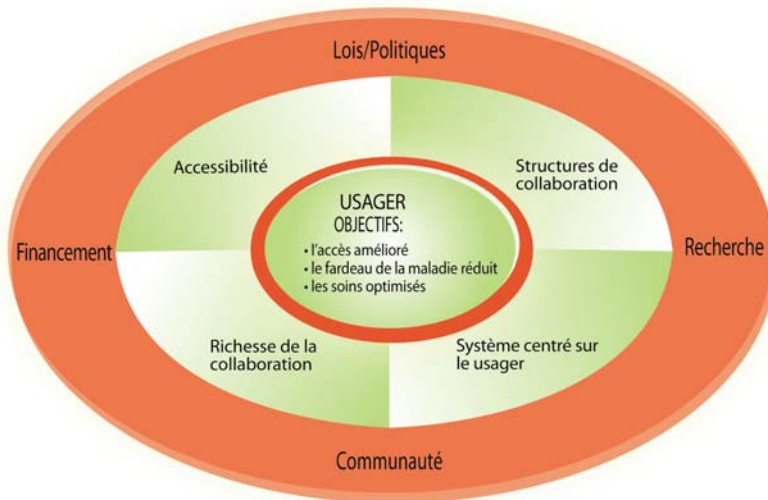
Réunis en petits groupes, les participants ont déterminé les principales mesures permettant de mettre en application les principes qu'on leur avait assignés. Les mesures ont été définies par le biais d'un exercice de tri (décrit à la page 4).

Les animateurs et les participants ont travaillé ensemble en séance plénière pour classer les cartes en colonnes et par sujet. Lorsque cela s'appliquait, les cartes ont été regroupées selon les éléments clés décrits dans le cadre de travail conceptuel défini par l'ICCSM sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration (voir l'encadré ci-contre) ou selon d'autres catégories proposées par le groupe (par exemple, « viabilité », « mise en application à l'échelle locale », « utilisation de la technologie »). Plusieurs sujets ont régulièrement été mentionnés au cours des différents forums.

À chaque séance, les participants ont déterminé les mesures qu'ils considéraient *prioritaires* et les personnes qui devraient se charger de leur mise en œuvre. Les priorités déterminées par chacun des groupes consultatifs d'experts sont présentées en détail aux pages 13 à 26.

De plus, toutes les cartes (idées de mesures) produites lors des sept forums ont été analysées afin de déterminer les *thèmes qui revenaient le plus souvent*. Un résumé des résultats de cette analyse est présenté à la page 28.

Figure 1 – Cadre de travail conceptuel défini par l'ICCSM



Mesures prioritaires

Les différentes régions ont présenté à la fois des ressemblances et des différences dans les mesures prioritaires proposées. Les principales priorités de chaque forum sont expliquées ci-dessous. La figure 1 les résume et les situe dans le cadre de travail conceptuel.

Résumé des priorités par endroit

a) Toronto

Financement

Les deux premières mesures prioritaires définies par les participants de Toronto touchent au financement :

- ✓ La structure de financement doit être modifiée afin d'inciter à travailler en collaboration plutôt que de façon autonome (solutions de rechange aux honoraires pour services rendus, appui des services de santé parallèles).

- ✓ Un financement adéquat et équitable est nécessaire. Un financement durable procure davantage de ressources humaines et financières, en particulier pour des zones qui ne disposent pas de suffisamment de services.

Il a été mentionné que le système et les professionnels de la santé sont si débordés que la collaboration ne sera pas possible tant qu'il n'y aura pas plus d'argent pour financer des ressources humaines. Au début, quand les gens apprennent (y compris par leurs erreurs), la collaboration peut ne pas être très « efficace », et il peut être nécessaire de recourir à des ressources additionnelles.

Qui devrait prendre part à la mise en œuvre de cette mesure?

Les participants estiment que les usagers et les membres de leur famille devraient s'associer à des groupes de professionnels pour mettre en œuvre cette mesure prioritaire (« une seule et même voix »). La participation des usagers et de leur famille est importante, car les professionnels de la santé seuls pourraient être perçus comme des personnes intéressées à obtenir plus de fonds pour elles-mêmes. Le financement s'obtient d'abord au palier provincial. Aussi, les homologues provinciaux des douze organismes devraient-ils être présents. Il est également possible d'obtenir du financement au palier local (par exemple pour obtenir des tables de concertation locales, par exemple sur la santé mentale des enfants). Les discussions à ce palier sont donc également importantes. Il est suggéré de faire participer des professionnels qui connaissent la manière d'obtenir des fonds pour des programmes. On souligne l'importance de prendre en considération la voie politique.

Cadre de travail conceptuel commun, formation, échange de connaissances

La mesure prioritaire suivante porte sur l'élaboration d'un cadre de travail conceptuel commun en soins de santé mentale axés sur la collaboration (par ex., champ d'exercice, rôles clairs, normes, pratiques exemplaires, recherche, évaluation). Pour obtenir des fonds, il est nécessaire de fournir quelque chose de plus détaillé que les principes de la Charte. Par ailleurs, une terminologie et une compréhension communes aux différentes disciplines sont requises. De plus, il existe un cadre conceptuel sur la notion d'échange de connaissances qui pourrait être utile.

La mesure prioritaire suivante touche la formation et l'échange des connaissances : ateliers et élaboration de cours; élaboration de normes et de politiques communes ainsi que des pratiques exemplaires; formation aux étudiants de premier cycle, aux étudiants diplômés et aux professionnels en formation continue afin de favoriser un modèle collaboratif de prestation de soins de santé primaires. La formation des professionnels de la santé est nécessaire pour favoriser leur collaboration. Il s'agit d'un processus évolutif et cela provoque beaucoup de résistance au changement. Il est donc important de commencer dès maintenant à rassembler une masse critique.

Qui devrait prendre part à la mise en œuvre de cette mesure?

La documentation sur le partage des connaissances montre qu'il n'est pas suffisant de simplement faire participer des experts. Le processus devrait être participatif et suppose la collaboration de personnes à différents paliers. Il serait utile de coopérer avec des spécialistes locaux – ce sont des personnes qui travaillent dans la région concernée et en connaissent long sur la manière d'introduire une innovation.

b) Edmonton

Défense des droits d'accès

La toute première mesure prioritaire déterminée par le groupe d'Edmonton porte sur le fait que les organismes membres puissent défendre et soutenir activement les changements proposés aux politiques et aux lois afin de renforcer le droit d'accès à des services de santé mentale appropriés et opportuns (par exemple, la *Loi canadienne sur la santé* devrait être modifiée afin d'inclure le passage « Toute personne au Canada a le droit de... »).

Qui devrait prendre part à la mise en œuvre de cette mesure?

Au minimum, les douze partenaires de l'ICCSM devraient participer, mais plus il y aura de groupes, mieux ce sera. Nous avons besoin d'une politique nationale sur la santé mentale. Une loi risque de ne pas être approuvée par les provinces, mais une politique ou une stratégie nationale pourrait l'être.

Il serait nécessaire de défendre le droit d'accès aux paliers provincial et local, tant par les groupes de défense des droits des usagers que par les associations ou les organes collégiaux de prestataires (« Il n'y a aucune volonté chez les organismes de réglementation »). Les homologues provinciaux des douze organismes nationaux devraient donc participer.

Suivi des usagers

Les participants d'Edmonton considèrent que le suivi des usagers constitue la seconde priorité et ce, afin d'assurer un suivi des traitements et du respect de ceux-ci, puis des résultats qui en découlent.

Qui devrait prendre part à la mise en œuvre de cette mesure?

Plusieurs suggestions ont été faites. Il existe actuellement des modèles qui méritent d'être étudiés. Il est également suggéré de recourir aux systèmes déjà en place et de les améliorer. Le système gouvernemental de dossiers de santé électroniques devrait être élargi, et il devrait y avoir un groupe de travail chargé d'explorer la possibilité de mettre sur pied un système de rappel pour les soins primaires.

Services personalistes

Une autre mesure prioritaire classée en second rang portait sur la prestation de toute une gamme de services personalistes et sur l'ensemble des soins de santé de la personne (par ex. : couverture financière, traitement recommandé, prestations d'invalidité, directives de la compagnie d'assurances, options de supplément de revenu, etc.).

Qui devrait prendre part à la mise en œuvre de cette mesure?

Ce point n'a pas été étudié par manque de temps.

c) Yellowknife

Champion politique

La toute première priorité des participants de Yellowknife était de désigner un champion politique pour les soins de santé mentale axés sur la collaboration, par exemple un ministre ou un membre d'une assemblée législative. Cette approche aiderait à mettre de l'avant les questions à l'étude et à obtenir plus facilement du financement.

Qui devrait prendre part à la mise en œuvre de cette mesure?

Il est suggéré de commencer par les régions régionales de la santé et d'étudier le modèle intégré de prestation de services qui est déjà en cours d'élaboration. À l'échelle nationale, les douze membres du Comité directeur de l'ICCSM peuvent faire front commun.

Meilleur accès aux services communautaires et financement

La mesure prioritaire suivante portait sur l'amélioration des services communautaires afin de créer un point d'entrée unique et d'améliorer l'accès aux services (24 heures sur 24, sept jours sur sept). La troisième mesure prioritaire était d'établir un processus d'admission uniformisé (en lien avec la priorité précédente) et d'élaborer des programmes dont le financement dépendrait des pratiques exemplaires (ce qui suppose des fonds additionnels). Il a été mentionné que le système fonctionne à la limite de ses capacités et qu'une réorganisation n'aiderait pas la situation : des fonds additionnels (s'engager à financer à long terme) sont nécessaires.

Qui devrait prendre part à la mise en œuvre de cette mesure?

L'examen des services réalisé à Stanton et à Yellowknife devraient contribuer à améliorer l'accès aux services. Les régions régionales de la santé, travaillant ensemble, et le gouvernement devraient se pencher sur le financement destiné à combler les manques de services. Toutes ses personnes auraient avantage à se réunir et à communiquer avec les ressources de partout au pays.

d) Victoria

Collecte de données

La toute première mesure prioritaire proposée par le groupe de Victoria était de cerner les besoins qui ne sont pas comblés et de les suivre. Les besoins doivent être connus afin de fournir des services de collaboration appropriés. De plus, les données sont nécessaires pour obtenir du financement. Une évaluation des besoins servira également de point de référence pour d'autres évaluations.

Qui devrait prendre part à la mise en œuvre de cette mesure?

Les régies régionales de la santé pourraient organiser un sondage sur la santé auprès des collectivités (« presque du porte-à-porte »). Il faudrait concevoir, à l'échelle nationale, un outil standard d'analyse de données que l'on utiliserait dans les différentes collectivités, bien que son utilisation soit peut-être difficile en raison des différences entre les provinces. On devrait recourir aux organes de collecte de données existants (comme Statistique Canada). Comme les ressources sont limitées, les partenaires de l'ICCSM devraient participer et élaborer une stratégie pour solliciter des fonds.

Défense des droits

La mesure prioritaire suivante était de mettre sur pied des services de défense des droits des usagers (conseiller / protecteur du citoyen) et d'assurer la défense des droits à tous les paliers. Cela semble nécessaire pour induire des changements. La défense des droits des usagers arrive au premier rang en importance. « Le système est puissant, et nous avons besoin d'établir des manières d'y faire face. Nous avons besoin de défenseurs pour faire face au système. »

Qui devrait prendre part à la mise en œuvre de cette mesure?

Toute personne pourrait user de son influence pour défendre des droits, tout comme les conseils consultatifs

pourraient jouer le rôle de défenseur. La défense des droits devrait être possible à tous les paliers – à la fois localement et globalement. Les défenseurs pourraient être rémunérés ou non, mais une rémunération confèrerait une certaine valeur et une durabilité. Cette mesure requerrait un certain soutien de la part du gouvernement ou de partenaires financiers indépendants.

Formation

La troisième mesure portait sur la formation : intégration de cours universitaires interdisciplinaires sur les soins de santé, formation interdisciplinaire pour assurer la participation du client dans le partage du processus décisionnel, formation continue des prestataires de soins sur l'accessibilité des services. La formation constitue un élément clé pour promouvoir la cohésion au sein des équipes interdisciplinaires. De plus, l'idée d'exposer assez tôt les étudiants à la collaboration interdisciplinaire est considérée comme valable.

Qui devrait prendre part à la mise en œuvre de cette mesure?

Les concepteurs de programmes d'études et le personnel enseignant à l'université devraient participer. Les organismes de réglementation devraient promouvoir la collaboration au sein des programmes de formation continue et dans les normes de pratique. Les étudiants (diplômés) devraient suivre des stages au sein d'équipes collaboratives. Les associations pourraient organiser des ateliers sur un programme spécifique.

e) St. John's

Campagnes contre la stigmatisation

Les participants de St. John's proposent comme première mesure l'organisation de campagnes contre la stigmatisation

dans les collectivités, en utilisant des modèles existants à l'échelle nationale et provinciale tels que « Changing Minds » (Changer de mentalité), « Une communauté pour tous » et « Everyone Counts » (Tout le monde a sa place).

Les participants considèrent que la stigmatisation des personnes atteintes de maladie mentale empêche les gens de chercher à se faire soigner et constitue un facteur qui peut avoir une incidence sur les équipes collaboratives (« la discrimination est endémique »). L'attitude des professionnels de la santé doit être revue, et le point de vue des usagers est considéré comme important pour les aidants naturels. Une plus grande acceptation sociale des questions liées à la santé mentale pourrait jouer un rôle dans le financement des soins.

Qui devrait prendre part à la mise en œuvre de cette mesure?

Les usagers devraient participer par le biais d'ONG et de groupes communautaires. Un financement est nécessaire. Tous les professionnels de la santé qui ont des contacts avec des personnes atteintes de maladie mentale devraient également participer (par exemple, ils devraient suivre une formation comme celle intitulée « Changing Minds » (Changer de mentalité)). Cette mesure pourrait cibler le milieu scolaire, celui de la petite enfance et les employeurs. Les participants ont proposé de recourir à des porte-parole reconnus.

Ajuster le programme à la personne

La deuxième priorité visait à ajuster le programme à la personne et non la personne au programme. Cette mesure suppose de s'attaquer aux obstacles dressés par les différentes politiques (par exemple, les politiques interministérielles qui créent des conflits et entraînent des solutions coûteuses et inefficaces).

Qui devrait prendre part à la mise en œuvre de cette mesure?

Les gouvernements fédéral et provinciaux ainsi que les responsables des politiques municipales devraient participer à l'élaboration des politiques et des programmes afin d'en assurer une plus grande cohérence. Les aidants naturels devraient également participer à titre d'intervenants directs. Le nouveau programme touchant notamment les services mobiles ou les services à domicile de Terre-Neuve-et-Labrador présente certains points qui vont dans ce sens. Les usagers doivent en outre défendre leurs droits.

Défendre une distribution équitable des ressources

La troisième mesure prioritaire visait à défendre une distribution équitable des ressources (c'est-à-dire à tous les paliers, y compris une rémunération horaire pour le soutien par les pairs).

Qui devrait prendre part à la mise en œuvre de cette mesure?

Ce point n'a pas été étudié par manque de temps.

f) Québec

Information et communication sur les services

La principale mesure proposée par les participants de Québec visait une meilleure information sur les services existants et la communication de cette information aux usagers, aux prestataires de soins et à la population en général. Les participants estiment que cette mesure est réalisable assez facilement et qu'elle constitue une première étape dans la définition des lacunes.

Qui devrait prendre part à la mise en œuvre de cette mesure?

Les centres de santé et de services sociaux, financés par la province, travaillent actuellement à revoir l'ensemble des besoins et les prestataires de services de soins afin d'améliorer la coordination générale. Les municipalités ainsi que les autres paliers de gouvernement pourront participer dès que cet examen sera terminé. Les lacunes décelées devront être corrigées.

Formation des professionnels de la santé

Les participants proposent comme deuxième mesure la formation des professionnels de la santé sur les approches transdisciplinaires en vue de leur faire acquérir une meilleure connaissance des différents champs d'exercice et de créer une plus grande synergie entre eux, tout en les laissant conserver leurs champs d'expertise respectifs. Il est suggéré que les étudiants soient exposés à la méthode collaborative.

Qui devrait prendre part à la mise en œuvre de cette mesure?

La formation devrait se faire dans les universités, au sein des programmes de formation continue ainsi que dans les associations. Les employeurs devraient également participer. Les professionnels devraient être responsables de leur propre formation continue.

Amélioration de la communication au quotidien

Les participants de Québec proposent comme troisième mesure prioritaire d'améliorer la communication entre les professionnels de la santé qui travaillent en collaboration (retour des appels téléphoniques, réseautage, etc.), ce qui n'est pas coûteux : le téléphone est un outil de base qui peut être utilisé davantage. Un simple geste comme celui de téléphoner à un aidant naturel pour l'informer qu'un client est sorti de l'hôpital demeure utile.

Qui devrait prendre part à la mise en œuvre de cette mesure?

Les professionnels de la santé, tout comme les chefs d'équipe et les coordonnateurs de programmes, constituent des personnes clés. Beaucoup de choses dépendent de l'attitude des professionnels de la santé envers les usagers et leur famille. Tous les membres de l'équipe doivent accorder la priorité à l'établissement d'une bonne communication.

Ressources humaines appropriées

Une autre mesure proposée comme troisième priorité porte sur des ressources humaines appropriées, ce qui ne signifie pas nécessairement spécialisées. Il convient de reconnaître la compétence des gens sur le terrain, au sein des organismes communautaires ainsi que celle des usagers eux-mêmes. Les organismes communautaires possèdent une grande expertise, mais n'ont pas suffisamment de financement. Par ailleurs, plusieurs services sont offerts en dehors des milieux hospitaliers. Il conviendrait d'offrir du soutien aux médecins et d'aller là où la clientèle se trouve (par exemple, les centres de la petite enfance pour répondre aux besoins de la famille).

Qui devrait prendre part à la mise en œuvre de cette mesure?

Les organismes de financement (Conseil du Trésor, ministères) sont la clé.

g) Val-d'Or

Ressources (financières et humaines)

Le financement constitue la toute première priorité pour les participants de Val-d'Or. Offrir des services axés sur la collaboration 24 heures sur 24 et sept jours sur sept nécessite des ressources. Il faut un budget additionnel pour assurer la transition entre le système existant et le système axé sur la collaboration.

Qui devrait prendre part à la mise en œuvre de cette mesure?

Les gouvernements (c'est-à-dire le gouvernement provincial, lequel doit recevoir des fonds du gouvernement fédéral) sont la clé.

Grande participation

La seconde mesure proposée vise la participation de tous les intervenants pertinents (sur les plans thérapeutique et administratif). Une fois de plus, il est mentionné que le financement est essentiel : les budgets doivent toujours être disponibles. Les structures et les politiques doivent être stables malgré les changements de gouvernement.

Qui devrait prendre part à la mise en œuvre de cette mesure?

Les centres de santé et de services sociaux devraient organiser des réunions afin de rassembler tous les intervenants. Les responsables des politiques devraient prendre part au processus visant à établir des méthodes collaboratives de travail.

Prévention et promotion

Une autre mesure proposée comme seconde priorité touche l'investissement dans des programmes de prévention de la maladie et de promotion de la santé. Cette mesure suppose un travail au niveau global (politiques du gouvernement), mais également au niveau local (programmes de prévention dans la collectivité, une famille, un voisinage ou au travail). Le respect des droits (le droit au travail, le droit au soutien du gouvernement) devrait constituer un élément important : il y a beaucoup de préjugés, de stigmatisation et de manque de respect envers les droits des personnes atteintes de maladie mentale.

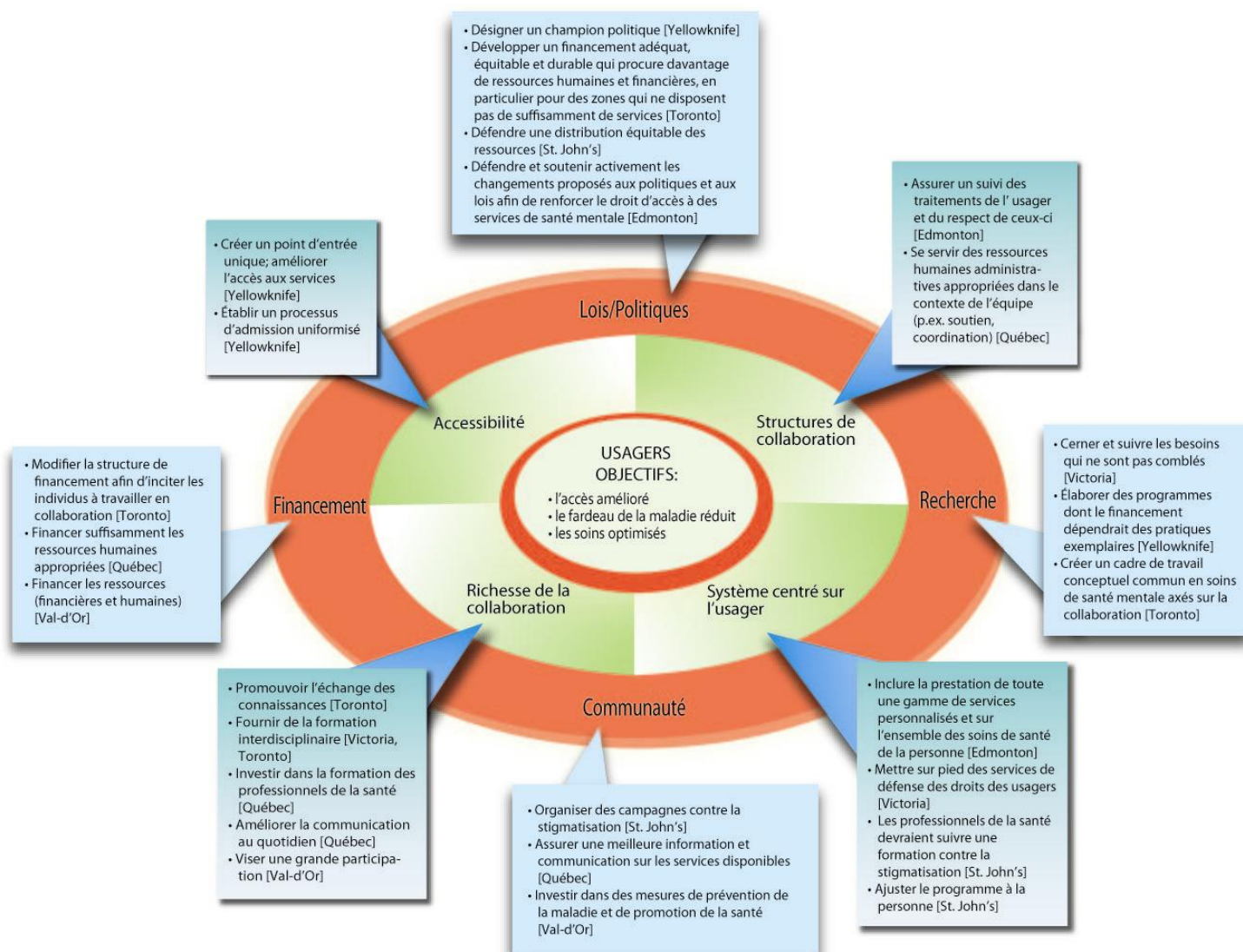
Qui devrait prendre part à la mise en œuvre de cette mesure?

Les campagnes devraient être organisées par les associations, et non par les gouvernements. Les associations provinciales pourraient organiser des campagnes de sensibilisation. Le travail à l'échelle locale pourrait rapporter plus que des campagnes à l'échelle nationale.



La **figure 2 (Mesures prioritaires)** résume les mesures prioritaires présentées dans la section ci-dessus et les situe par rapport au cadre conceptuel de l'ICCSM. Ce cadre comporte les facteurs fondamentaux qui influent sur la réussite des soins de santé mentale axés sur la collaboration (lois et politiques, recherche, collectivité et financement) et quatre éléments essentiels (accessibilité, structures de collaboration, richesse de collaboration et structure axée sur l'utilisateur).

Figure 2 – Mesures prioritaires



Sujets récurrents

La section ci-dessus renvoie aux priorités définies par les participants au cours des divers forums. Il est également important de rappeler les sujets clés qui sont ressortis de l'ensemble des séances de consultation.

Plusieurs points ont régulièrement été mentionnés au cours des différents forums. Ils ne portaient pas sur un principe de la Charte en particulier, mais se touchaient plutôt les mesures proposées pour plusieurs principes différents.

Le sujet qui a été soulevé le plus fréquemment portait sur les **structures de collaboration**. Une large part des mesures suggérées visaient à améliorer l'échange de l'information et la communication et à encourager la collaboration, notamment (mesures présentées en ordre de fréquence) :

1. créer des ententes de partenariat ou des protocoles d'entente qui décrivent clairement les modalités de la collaboration (ce point a été mentionné d'une manière ou d'une autre au cours de cinq des sept séances);
2. susciter des attitudes de collaboration ou de partenariat; faire tomber les barrières que posent la rivalité, le manque de confiance et la concurrence; passer d'une structure hiérarchique au partenariat;
3. intégrer davantage les soins de santé mentale au système de soins de santé;
4. organiser régulièrement des rencontres réunissant tous ceux qui participent à la collaboration (agences, usagers, etc.).

Le deuxième sujet en importance se rapportait au **système centré sur l'utilisateur**. Ici encore, une panoplie de mesures ont été suggérées, notamment (présentées en ordre de fréquence) :

1. formation et communication sur les services offerts aux usagers et à leur famille, et sur la collaboration possible avec eux (ce sujet a été mentionné d'une manière ou d'une autre dans toutes les séances de consultation);
2. véritable dialogue (qui repose sur le respect et l'écoute) entre les cliniciens et les usagers, en prenant en considération les attentes et les souhaits de ces derniers;
3. inclusion des usagers et de leur famille ou encore des réseaux de soutien dans les équipes collaboratives (si désiré);
4. approche personnaliste centrée sur l'utilisateur qui favorise des programmes pouvant s'ajuster à la personne, et non le contraire;
5. respect des croyances culturelles et spirituelles et des préférences personnelles : demande des préférences au cours de l'évaluation, participation à l'équipe collaborative d'organismes culturels et spirituels pertinents, accès à des interprètes culturels et linguistiques.

Le troisième sujet en importance portait sur la **richesse de la collaboration**, en particulier sur la formation des prestataires de soins. La formation avant l'emploi (par exemple, au sein de la formation universitaire) et la formation continue ont été suggérées comme moyen d'améliorer les connaissances des prestataires de soins sur les questions touchant la santé mentale, les questions culturelles et spirituelles et les méthodes interdisciplinaires ou collaboratives de travail.

Le quatrième sujet en importance touchait l'**accessibilité des soins**. Les idées proposées comprenaient : créer des listes de services offerts et s'assurer que les prestataires de soins connaissent les services offerts (ce point a été mentionné au cours de six des sept séances de consultation); établir un point d'entrée unique qui soit approprié; assurer des

services accessibles 24 heures sur 24 et sept jours sur sept; et assurer la proximité des services pour les usagers.

Le sujet suivant touchait la **collectivité**, plus particulièrement l'éducation de la population, à la fois pour lutter contre la stigmatisation liée aux maladies mentales et pour faire connaître toute la gamme des services de santé mentale accessibles.

Une série d'autres sujets sont moins fréquemment ressortis des discussions, mais tout de même assez souvent tout au long des séances. Les sujets se rapportaient aux mesures proposées qui touchaient :

- ✓ à la défense des droits (en vue de changer les politiques et les lois, et pour obtenir un meilleur financement);
- ✓ aux énoncés de politiques, cadres de travail et lois (par exemple, des énoncés de politiques visant à soutenir des soins centrés sur les usagers; modifications aux lois sur la santé mentale afin de permettre une intervention précoce; clarification des limites juridiques de la souplesse et de la collaboration, telles que les questions de confidentialité);
- ✓ à l'utilisation de la technologie (en particulier les technologies de l'information) afin de favoriser la collaboration (par ex. : consignation électronique au dossier; dossiers de santé électroniques; téléconférences; sites Internet voués à l'éducation de la population et aux groupes de professionnels de la santé);
- ✓ à l'importance d'avoir des ressources financières et humaines suffisantes pour assumer les soins de santé mentale axés sur la collaboration;
- ✓ à la participation de membres de la famille et de réseaux de soutien aux équipes collaboratives ou à des activités de collaboration;

- ✓ à l'importance de faire davantage référence aux déterminants de la santé mentale et de reconnaître les besoins financiers (notamment assurer l'accessibilité des soins aux usagers à faible revenu et défavorisés);
- ✓ à l'organisation ou à la défense de l'initiative de collaboration nationale, et au leadership au sein de l'initiative (par ex. : négocier les priorités avant d'approcher le gouvernement, se faire le champion politique de l'initiative, organiser régulièrement des réunions, mettre sur pied des comités directeurs provinciaux et établir une méthode de résolution des conflits);
- ✓ aux systèmes et aux méthodes pour évaluer les besoins des personnes et planifier les services;
- ✓ à l'évaluation des besoins, des services et des lacunes dans les collectivités.

La richesse des suggestions fournies par les participants démontre l'intérêt de ses derniers pour la mise en œuvre des soins de santé mentale axés sur la collaboration et pour les principes de la Charte.



Qui devrait participer?

La mise en application des mesures prioritaires suppose la participation de nombreux intervenants, notamment :

- ✓ les douze partenaires de l'ICCSM et leurs homologues provinciaux : par exemple, pour défendre la cause du financement et du droit d'accès aux soins;
- ✓ les usagers, leur famille et les organismes les représentant : par exemple, pour défendre la cause du financement ou des programmes ajustés à la personne et pour participer à l'organisation de campagnes contre la stigmatisation;
- ✓ les professionnels de la santé ou les prestataires : pour défendre la cause du financement, participer aux campagnes contre la stigmatisation, créer des programmes de formation pour les prestataires et établir une meilleure communication;
- ✓ les champions : des professionnels clés qui peuvent obtenir du financement pour certains programmes, des champions politiques et des porte-parole de campagnes contre la stigmatisation;
- ✓ les gouvernements fédéral et provinciaux : pour élaborer des programmes qui s'ajustent à la personne, fournir des ressources appropriées et participer à la collecte de données;
- ✓ les régies ou organismes régionaux de santé : pour favoriser une grande participation aux initiatives visant la collaboration, pour encourager les champions politiques, pour participer localement à l'échange de connaissances et à la défense du financement, pour recueillir des données sur l'évaluation des besoins et pour diffuser de l'information sur les services;
- ✓ les universités, les concepteurs de programmes d'études, le personnel enseignant : pour favoriser la formation interdisciplinaire;

- ✓ les associations professionnelles : pour la formation interdisciplinaire et les campagnes de sensibilisation sur la prévention de la maladie et la promotion des soins;
- ✓ les employeurs : pour leur participation à la formation.



CONCLUSION

Les forums consultatifs d'experts tenus dans sept villes au Canada ont permis de transmettre très clairement certains messages au Comité directeur de l'ICCSM à propos de l'élaboration d'une charte nationale.

1. L'importance des soins de santé mentale axés sur la collaboration jouit d'un fort appui et les énoncés de valeur proposés – les principes – nécessaires à la mise en application sont généralement acceptés.
2. Les intervenants en santé mentale souhaitent vivement que les soins de santé mentale axés sur la collaboration se développent à partir de ce qui existe déjà et occupent une place grandissante. La mise en application est la clé du succès.
3. Les mesures proposées pour mettre en application les principes s'intègrent facilement au cadre de travail conceptuel de l'ICCSM. De plus, ils sont compatibles avec les facteurs fondamentaux et les éléments essentiels du cadre conceptuel définis à partir d'un examen de la documentation sur le sujet et des expériences à l'échelle nationale et internationale.
4. Les grandes priorités (à intégrer dans la Charte) pour la mise en application incluent des mesures spécifiques dans les secteurs suivants :
 - ✓ financement;
 - ✓ éducation;
 - ✓ communication et information;
 - ✓ défense des droits;
 - ✓ travail ensemble (apprentissage de la collaboration).

Plusieurs idées concrètes et innovatrices ont été proposées au sujet de la mise en application des principes. Tous les

participants sont d'avis qu'aucune profession ou aucun groupe ne peut la réaliser seul, mais que tout le monde est un peu responsable de s'assurer que les soins de santé mentale axés sur la collaboration deviennent réalité pour toute personne qui en a besoin.

En conclusion, les participants aux divers forums consultatifs d'experts ont pris part à des discussions animées et stimulantes et ont librement partagé leurs connaissances et leurs expériences avec les autres. Les recommandations adressées à l'ICCSM et qu'on a pu entendre partout au pays, de Victoria en Colombie-Britannique jusqu'à St. John's à Terre-Neuve-et-Labrador, décrit la grande importance d'avoir des soins de santé mentale accessibles et de qualité qui méritent de faire partie des services de soins de santé primaires. Une Charte nationale sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration est bienvenue comme moyen d'influer positivement sur la santé et le bien-être futurs de tous les Canadiens.



PROCHAINES ÉTAPES

À partir des commentaires et des recommandations recueillis durant les forums consultatifs d'experts, le sous-comité de l'ICCSM responsable de la Charte révisera les principes et fera une ébauche des engagements de mesures à prendre liés à la Charte. Cette version préliminaire de la Charte sera présentée au comité directeur de l'ICCSM pour approbation en septembre 2005.

Tout au long du mois de juillet et jusqu'à la mi-août 2005, on sollicitera également les commentaires du public sur les principes de la Charte et d'autres suggestions de mesures à prendre pour les mettre en application par le biais d'un sondage en ligne accessible sur le site Web de l'ICCSM (www.iccsm.ca). Les réponses au sondage seront résumées et incorporées aux commentaires du document final de la Charte.

ANNEXE 1 – OBSERVATIONS DES PARTICIPANTS SUR LES PRINCIPES DE LA CHARTE

Observations sur chacun des principes

Principe n° 1 : Tous les Canadiens sont en droit de recevoir des services de santé appropriés et dispensés en temps opportun qui favorisent le maintien d'un équilibre sain entre la pensée, le corps et l'esprit.

Un grand nombre de suggestions ont été formulées dans tous les groupes mais un certain nombre de problèmes ont été soulevés par plus d'un groupe à l'égard du principe n° 1.

Les participants de Toronto et de Victoria ont souligné que le principe devrait parler de « santé mentale » plutôt que simplement de « santé » afin d'éviter toute confusion et qu'ils aimeraient une mention à l'égard des problèmes de toxicomanie. Par contre, les participants de Yellowknife préféreraient que le mot « santé » soit retiré afin que le principe ait une portée plus générale ou qu'on y ajoute une définition générale de la « santé mentale ».

Les participants d'Edmonton et de Val-d'Or ont manifesté certaines inquiétudes quant au sens de l'expression « en temps opportun ». À Edmonton, il a été proposé de parler d'intervention précoce.

Plusieurs groupes aimeraient que l'on y fasse mention de prévention (Edmonton et Québec) ou de mieux-être (Victoria).

À Toronto, à St. John's et à Val-d'Or, l'on a souligné l'importance des services accessibles dans l'ensemble des régions et à toutes les collectivités. Les participants de Toronto et de Québec ont également parlé des étapes de la vie. Les participants de Toronto aimeraient une mention

précisant que les services sont offerts tout au long de la vie (pas seulement à l'âge adulte) alors que les participants de Québec insistent sur l'importance des interventions ciblées à des moments clés (par exemple, à l'adolescence et durant la grossesse).

Les participants de St. John's, de Québec et de Val-d'Or ont soulevé la question de la responsabilité collective et de l'influence de la condition sociale sur la santé mentale. Les participants de St. John's ont parlé du « droit de vivre dans une société qui apporte son soutien... ». Les participants de Val-d'Or ont insisté sur « l'aspect collectif » alors que ceux de Québec ont précisé qu'il y aurait lieu de faire état d'autres secteurs tels que l'éducation et le travail, et parlé du « principe d'un monde meilleur ».

Les avis étaient partagés à l'égard de l'inclusion ou de l'exclusion des valeurs spirituelles, mais un certain soutien se dessinait à l'égard de l'approche holistique. À Toronto, l'on aurait préféré que la notion d'« esprit » ne soit pas incluse et il a été proposé d'utiliser le « holistique » plutôt que l'expression « un corps et un esprit sains ». À Yellowknife, l'on a proposé que la formulation soit plus inclusive afin d'intégrer les quatre aspects de l'être humain tels que les conçoivent les autochtones : la pensée, le corps, les émotions et l'esprit.

Principe n° 2 : Les besoins de l'individu orienteront la prestation des services de santé mentale.

Un consensus général s'est dégagé à l'égard du principe des soins régis par les besoins de l'utilisateur, ou, comme cela a été formulé à Victoria, « des services conçus en fonction des besoins de l'utilisateur et non pas ceux du personnel soignant ». Certains participants de Toronto étaient d'avis qu'il y aurait lieu d'insister davantage sur les besoins des usagers.

Toutefois, il a été soulevé au cours de plusieurs séances (Toronto, Edmonton, Yellowknife) que se concentrer uniquement sur les besoins des personnes conduisait à une démarche trop restrictive. Une personne qui n'est pas bien peut ne pas être en mesure de reconnaître quels sont ses besoins. Dans ce cas, les familles et les aidants naturels ou les professionnels de la santé doivent être mis en cause. L'expression « partenariat thérapeutique » a été proposée à Toronto. Les participants d'Edmonton ont souligné que les besoins de l'utilisateur, la responsabilité du médecin et les besoins de la famille ne concorderont pas et que la Charte doit reconnaître cet aspect.

À Edmonton et à Victoria, le terme « besoins » a suscité certaines préoccupations. Il a été proposé de parler plutôt des « intérêts » ou simplement de « la personne ». Les participants de Québec et d'Edmonton donnent une interprétation étendue aux besoins de l'utilisateur pour y inclure le logement, les ressources financières, la nourriture, le transport et l'emploi.

Principe n° 3 : L'amélioration de l'accès aux services de santé mentale axés sur la collaboration dans les contextes des soins de santé primaires.

Les participants de Toronto et de Québec ont précisé que la collaboration est un moyen d'atteindre un but et non une fin en soi. L'objectif est de faciliter l'accès aux services de santé mentale et la collaboration est le moyen d'y parvenir. Les participants de St. John's ont insisté sur l'importance que revêt le suivi et la mise en commun des meilleures pratiques.

À Edmonton, à Yellowknife et à Victoria, des observations ont été formulées sur le caractère trop restrictif des « soins de santé primaires ». Les participants d'Edmonton ont proposé de parler de « premier point de contact » alors que ceux de Yellowknife privilégiaient l'expression « soins de

santé communautaires primaires » (expression utilisée par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest) qui est plus inclusive ceux de Victoria ont souligné la nécessité d'aller au-delà de la notion de « santé » et des systèmes au lieu de se limiter aux soins de santé primaires.

Principe n° 4 : Les services de santé mentale seront suffisamment flexibles pour répondre aux besoins variables de chaque individu qui les recevra.

Un très fort consensus s'est dégagé à l'égard de ce principe quoique les participants de Toronto et de Victoria se demandent ce que l'on entend par l'expression « qui répondent à leurs besoins ».

Les participants de Toronto ont souligné qu'il y aurait également lieu de tenir compte des besoins de la collectivité. Les participants d'Edmonton ont réitéré l'importance de l'accessibilité ainsi que de la souplesse. Les participants de Yellowknife ont également proposé d'ajouter la notion de « coordination », soulignant que la souplesse est un objectif inatteignable si les fournisseurs de services de santé ne coordonnent pas leurs efforts. Les participants de Victoria ont proposé de remplacer « qui les recevra » par « qui en a besoin ». Les participants de Québec ont dit craindre que l'on n'abolisse les structures et les systèmes actuels qui fonctionnent bien.

Principe n° 5 : Les individus qui reçoivent des services de santé mentale sont des partenaires respectés dans leurs soins de santé. Les familles, les aidants naturels et/ou les réseaux de soutien peuvent également être des partenaires, selon le désir de l'individu.

Un consensus général s'est dégagé quant à l'essentiel de ce principe, mais la formulation « selon le désir de l'individu »

a suscité certaines préoccupations. Les participants de Québec étaient d'avis que « selon le désir de l'individu » est une formulation problématique et les participants de Val-d'Or ont proposé de lui substituer la formulation suivante : « lorsque la personne y consent. ». Les participants de Toronto ont souligné que cette formulation ne tenait pas compte de la vulnérabilité de certains groupes (par exemple, les enfants) et a recommandé de retirer cette formulation. Les participants d'Edmonton ont suggéré qu'il importait davantage de mettre de l'accent sur le désir et la capacité de la personne. Ainsi, il est possible qu'une personne malade soit incapable de faire connaître ses volontés. À Yellowknife et à St. John's, il a été précisé que le recours à des « directives préalables » pourrait être clarifié. Les participants d'Edmonton, de Victoria et de St. John's ont manifesté des inquiétudes au sujet de la confidentialité et des tensions qui pourraient surgir entre les familles et les aidants naturels qui soutiennent peut-être financièrement une personne ainsi qu'au sujet des impératifs moraux et juridiques à la base de la confidentialité. Les participants de St. John's aimeraient que le principe en question (ou un principe additionnel) traite davantage du soutien aux familles et de leurs besoins.

« Nous affirmons vouloir faire participer les membres de la famille, mais personne ne voudrait d'une personne agressive au sein de l'équipe de soins si cela est la source du problème. Nous devons nous assurer de ne pas enfermer l'utilisateur dans son traitement. »
Un participant d'Edmonton

Les participants d'Edmonton se demandaient s'il ne serait pas préférable de formuler le principe ainsi : « les individus qui reçoivent des services de santé, y compris des services de santé mentale » afin d'éviter la stigmatisation associée aux services de santé mentale. Les participants de Yellowknife ont constaté que le principe n°5 est à l'indicatif (« peuvent ») alors que le principe n°8 est au futur (« sera ») et se demandaient s'il n'y aurait pas lieu de modifier le temps de verbe du principe n°5 pour « pourront ». À Val-d'Or, les participants ont proposé d'ajouter les mots « et impliqués » après « respectés ».

Principe n° 6 : « Les individus s’attendent à recevoir des services qui respectent leurs croyances et préférences culturelles et spirituelles. »

« Vous ne pouvez pas obtenir ces services de personnes qui ne connaissent rien des pratiques locales et spirituelles. Vous devez connaître la culture dans laquelle vous exercez. »
Un participant de Yellowknife

Bon nombre de participants sont d’avis que l’énoncé de ce principe doit être plus ferme. Ainsi, les participants d’Edmonton, de Victoria et de St. John’s estiment que l’on devrait parler du « *droit* de recevoir des services... ». En outre, les participants d’Edmonton croient que les services doivent « comprendre » ou « prendre en compte » les croyances et préférences culturelles et spirituelles et non pas seulement les « respecter ». Les participants de Toronto ont proposé de dire que les diverses croyances et expériences *seront* respectées. Les participants de Val-d’Or ont suggéré la formulation suivante : « Les individus reçoivent... », alors que les participants de Québec proposent ce qui suit : « services qui tiennent compte de... ».

À Toronto et à Edmonton, les participants se sont inquiétés du choix des termes « culturelles et spirituelles » qu’ils jugent trop restrictifs à l’égard de toutes les différences dont l’on devrait tenir compte. Ainsi, les différences liées à l’origine ethnique, à l’orientation sexuelle et aux incapacités sont occultées. Comme le précisait un participant de Toronto, « il faut utiliser le terme « différences » ou nommer toutes les différences, mais ne pas s’en tenir à seulement deux aspects ». Les participants de Victoria et Val-d’Or ont précisé qu’il y aurait lieu de tenir compte également des étapes de la vie des personnes (sans doute dans le cadre du principe n° 4 ou d’un nouveau principe qui porterait le n° 6 a)), alors que les participants de Val-d’Or ont proposé d’ajouter une mention sur les choix en matière de styles de vie.

Les participants de Toronto ont précisé qu’il y aurait lieu de préciser « services de santé mentale » dans les « services ».

Principe n° 7: « Une collaboration efficace exige: a) Respect et soutien mutuels; b) Volonté d'apprendre l'un de l'autre; c) Connaissance des habiletés et des compétences des membres et des collègues de l'équipe interdisciplinaire; d) Communication efficace; e) Objectifs du traitement clairement définis dans une entente mutuelle; f) Partage du processus décisionnel; g) Définitions claires des rôles et des responsabilités; et h) Responsabilité mutuelle.

Les participants à un certain nombre de forums (Toronto, Edmonton, Victoria, St. John's et Québec) se sont inquiétés du fait que le principe n° 7 n'est pas énoncé comme un principe, mais plutôt comme une énumération de définitions. Des propositions de reformulation ont été mises de l'avant (par exemple, les participants d'Edmonton ont suggéré d'en faire un « principe prévoyant la collaboration et le travail d'équipe » et de préciser que « Tous les signataires conviennent... », alors que les participants de Québec estiment qu'il faudrait préciser que la liste renferme des exemples, mais n'est pas exhaustive.) Les participants de Victoria ont voté en faveur du retrait du principe en question. Les participants de Québec et de Val-d'Or ont souligné que cette énumération ressemble à une « liste de souhaits » et étaient d'avis que le terme « exige » n'est pas approprié et qu'il serait préférable de dire « nécessite » ou « implique ».

Les participants de Toronto, d'Edmonton, de St. John's et de Québec se sont interrogés sur l'expression « imputabilité de part et d'autre ». S'agit-il d'imputabilité envers l'équipe de soins, une profession, les usagers et les familles ou, encore, de responsabilité financière ou de responsabilité tout court? Les participants d'Edmonton suggèrent de demander à un juriste d'examiner l'énoncé afin de s'assurer qu'il est clair.

Les participants de Yellowknife ont accepté les principes de la liste et ont formulé un certain nombre de suggestion

d'ajouts (par exemple, un énoncé clair et simple relatif à la confidentialité, la mise en commun de l'information et le consentement, à l'engagement de tous les membres des équipes de soins à l'égard des soins pris en charge par les usagers, la formation des membres des équipes de soins et le renouvellement des équipes ainsi que l'ajout du mot « évaluation » au texte de l'alinéa e). Les participants de Québec mettent l'accent sur la nécessité de faire une place aux collaborateurs et de leur ménager du temps. Les participants de Val-d'Or ont proposé d'ajouter un élément (peut-être lié à l'alinéa c) reconnaissant la mission des différents partenaires et des diverses disciplines en cause et en convenant.

Principe n° 8 : « La gamme des options, en termes de services et de soutien destinés aux personnes recevant des services de santé mentale, sera communiquée aux clients, aux familles et aux aidants naturels. »

Certains participants (par exemple, à Yellowknife) considéraient très convenable la formulation de ce principe et n'ont proposé aucune modification ou peu de modifications (les participants de Val-d'Or suggèrent d'ajouter les mots « et expliquée » après « sera communiquée »).

Les participants de Toronto et de Victoria étaient d'avis qu'un élément additionnel devrait traiter de défense des droits ou des mesures à prendre afin de mettre sur pied des services et d'étendre les services offerts. Les participants d'Edmonton ont souligné que les lacunes dont souffrent les services devraient être également rendues publiques et qu'il faudrait en informer les fournisseurs de services. Les participants de Toronto aimeraient qu'une « gamme de services » soit rendue publique alors que les participants d'Edmonton ont souligné qu'une communication « efficace » s'articulant sur un large éventail de modalités était

nécessaire. Les participants de St. John's ont une définition étendue des services, qui comprend les services privés et les services qui portent sur tous les aspects de la vie (par exemple, le foyer, la famille et le travail).

À Victoria, l'on aurait aimé avoir des éclaircissements sur *qui* se chargera de communiquer et l'on a précisé que les usagers ont le *droit* d'être informé des options de traitement qui s'offrent à eux. Les participants d'Edmonton se sont demandé qui prendrait la défense des sans-abri, des personnes marginalisées et des gens sans famille, et qui les aidera à s'y retrouver dans le système de services.

L'utilisation du terme « usager » a suscité des inquiétudes chez certains participants, mais a reçu l'aval des autres. Les participants de Québec préféreraient le terme « individu » à celui « d'usager ».

Principe no 9 : « Nous parlerons d'une seule voix au gouvernement concernant le besoin de politiques, de législation et de mécanismes de financement qui facilitent l'accès aux soins de santé mentale axés sur la collaboration. »

Les participants à plusieurs forums (Toronto, Edmonton et St. John's) ont souligné qu'il n'est pas clair qui est « nous ». S'agit-il des signataires ou de porte-parole? Les participants d'Edmonton ont proposé d'en élargir le sens pour inclure les organismes de financement et les responsables de politiques. Dans plusieurs forums (Toronto, Yellowknife et Val-d'Or), les participants étaient d'avis que ce principe différait des autres (c.-à-d., qu'il ressemble davantage à un objectif ou à une stratégie qu'à un principe) et qu'il devait être présenté différemment – par exemple, dans le cadre d'un préambule (Toronto, Yellowknife) ou même être supprimé (Val-d'Or).

L'expression « Nous parlerons d'une seule voix » a également suscité des observations et des inquiétudes. Les participants de Toronto sont d'avis qu'une forme de respect devrait exister entre points de vue professionnels et d'autre nature, et qu'il est important de mettre l'accent sur le maintien de rapports de collaboration. Les participants d'Edmonton s'inquiètent de l'opposition entre « nous » et « eux ». Les participants de Victoria ont précisé qu'il serait nécessaire de préciser de quelle façon « nous » parlerons d'une seule voix. Il a été proposé de dire : « d'un voix commune ("collaborative voice") plutôt que « d'une seule voix »). Les participants de St. John's ont également souligné la nécessité de parler « d'une voix commune ou conjointe ». Les participants de Québec avaient des réserves à l'égard de l'expression « d'une seule voix » et s'inquiétaient des questions de représentativité. Les participants de Val-d'Or ont insisté sur l'importance que revêt le respect des différences.

Les participants de Toronto et de Victoria ont souligné que la stigmatisation dont est l'objet la maladie mentale est ce qui nous incite à parler d'une seule voix et à défendre nos intérêts auprès du gouvernement. Les participants à plusieurs forums sont d'avis que les démarches auprès du gouvernement devraient être plus étendues. Ainsi, les participants de Victoria sont d'avis qu'il faudrait parler de défense des intérêts et d'éducation, que l'on devrait également traiter des modèles de prévention, de la promotion de la santé et d'intervention précoce ainsi que du transfert de connaissances entre les fournisseurs de services et le public. Les participants de St. John's estiment que l'on devrait parler des déterminants sociaux et qu'une collaboration s'impose à l'égard de plusieurs services entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Les participants de Québec sont d'avis que la défense des intérêts doit procéder sur plusieurs fronts (par exemple, en matière de logement) et faire appel à d'autres intervenants sociaux, et que le mot « gouvernement » s'entend des

différents paliers de gouvernement : le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux, les administrations régionales et municipales ainsi que les Premières Nations. Les participants de Toronto estiment qu'il est également important de s'adresser d'une seule voix aux électeurs.

Les participants de Québec ont souligné qu'il est également important « d'être à l'écoute d'une seule oreille » et d'en venir à une entente avec les organismes visés par la Charte.

Principes additionnels

Dans le cadre de plusieurs forums consultatifs d'experts, les participants ont ajouté des principes qui, selon eux, manquaient aux neuf principes d'origine ou avaient besoin d'être étoffés afin de souligner l'importance du sujet. (Dans certains cas, les animateurs ont demandé à de petits groupes d'établir de quelles façons mettre en œuvre les nouveaux principes dans le cadre d'un processus de tri avec d'autres intervenants et ces principes ont fait l'objet de discussions plénières).

À Yellowknife, il a été question d'un principe additionnel qui porterait sur la stigmatisation associée à la maladie mentale, mais aucune formulation précise n'a été mise de l'avant.

À Victoria, le principe additionnel qui suit a été ajouté.

Principe n° 10 : « Œuvre à la diminution de la stigmatisation en collaboration avec les organismes de financement, les responsables des politiques et les médias en faisant la promotion d'images positives qui, en fin de compte, aideront les usagers à réintégrer la collectivité. »

À St. John's, les deux principes additionnels qui suivent ont été ajoutés.

Principe n° 10 : « Lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale. »

Principe n° 11 : « Des services de formation et d'éducation pour les toutes les personnes collaborant à la prestation de services (y compris en matière de formation des professionnels et d'information du public.) »

À Québec, les quatre principes additionnels qui suivent ont été proposés.

Principe n° 10 : « Les familles, les aidants naturels et les réseaux de soutien doivent être pris en compte comme partenaires et / ou clients. Leur rôle doit être respecté. »

Principe n° 11 : Un nouveau principe ayant trait aux principes n°s 1 et 2 : « Former et informer les usagers, les professionnels de la santé et la collectivité (la communauté) (connotation à l'égard de la rigueur scientifique et de la recherche). »

Principe n° 12 : Un principe ayant trait au principe n° 1 : « Viser le développement de la personne (le potentiel de la personne) au lieu de se contenter simplement de traiter les symptômes de la maladie. »

Principe n° 13 : « La défense des ressources doit procéder sur plusieurs fronts (par exemple, politiques en matière de logement, de travail et de famille). »

À Val-d'Or, les trois principes additionnels qui suivent ont été ajoutés.

Un principe qui précède le principe n° 1 : « Tous les Canadiens et Canadiennes sont en droit d'avoir des conditions de vie minimales favorisant leur santé et leur bien-être. »

Principe n° 10 : « Toute personne est en droit d'accepter ou de refuser une partie ou l'ensemble des services de santé mentales. »

Principe n° 11 : « Les besoins des familles et des proches doivent être pris en considération et on doit leur offrir des services dans les meilleurs délais. »



ANNEXE 2 - Profil des participants

(Nombre par emplacement et discipline)

<i>Discipline</i>	<i>Toronto 1^{er} juin 05</i>	<i>Edmonton 13 juin 05</i>	<i>Yellowknife 15 juin 05</i>	<i>Victoria 17 juin 05</i>	<i>St. John's 24 juin 05</i>	<i>Québec 28 juin 05</i>	<i>Val-d'Or 30 juin 05</i>	<i>Total cumulatif</i>	<i>% de participation par discipline</i>
Universitaires	6	1			3	2		12	8 %
Usagers / Aidants naturels	4	9	2	1	6	2	13	37	23 %
Diététistes	1			1	2			4	3 %
Médecins de famille	4		1	5	1	5		16	10 %
Gouvernement		2	2	1	1	2	5	13	8 %
Infirmières	2	4	4	2	2			14	9 %
Ergothérapeutes	3	2		3	3	2		13	8 %
Pharmaciens	2							2	1 %
Psychiatres	3	1		1			1	6	4 %
Psychologues	1	2	1	2	1		1	8	5 %
Travailleurs sociaux	4	3	5	6	12	1	2	33	21 %
Total par emplacement	30	24	15	22	31	14	22	158	

ANNEXE 3 – PROGRAMME DU FORUM

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale Forum consultatifs d'experts

PROGRAMME

8 h 30 – 9 h	Rafrâchissements et inscription
9 h – 9 h 45	<ul style="list-style-type: none">▪ Mot de bienvenue et présentations▪ Aperçu du sujet et du forum▪ Discussion
9 h 45 – 10 h	Présentation : L'état actuel des soins de santé mentale axés sur la collaboration
10 h – 10 h 30	Discussion sur les principes de la Charte
10 h 30 – 10 h 45	<i>Pause</i>
10 h 45 – 11 h 30	Discussion sur les principes de la Charte
11 h 30 – 12 h 15	Travaux en petits groupes sur la mise en œuvre des principes de la Charte
12 h 15 – 13 h	<i>Déjeuner</i>
13 h – 14 h 15	Poursuite des travaux en petits groupes
14 h 15 – 14 h 30	<i>Pause</i>
14 h 30 – 15 h	Reprise des activités
15 h – 15 h 45	Synthèse des éléments clés des conseils
15 h 45 – 16 h	Remerciements et conclusion

ANNEXE 4 - FORMULAIRES D'ÉVALUATION : RÉSUMÉ DES RÉPONSES

Énoncé	Fortement en désaccord	Partiellement en désaccord	Partiellement d'accord	Fortement en accord
1) J'ai reçu le cahier de consultation assez tôt pour me permettre d'en prendre connaissance avant le forum.	24 (21 %)	9 (8 %)	28 (24 %)	54 (47 %)
2) Le cahier de consultation renfermait des renseignements utiles à ma participation.	2 (2 %)	4 (3 %)	43 (37 %)	66 (57 %)
3) Le DVD et la présentation en PowerPoint étaient clairs et renfermaient des renseignements utiles.		5 (5 %)	59 (54 %)	45 (41 %)
4) Les moniteurs ont fourni des explications claires, des conseils et un soutien tous au long de la séance.			27 (24 %)	87 (76 %)
5) Le processus a aidé à circonscrire les activités prioritaires et les responsabilités liées à la mise en œuvre des principes de la Charte.		3 (3 %)	55 (47 %)	58 (50 %)
6) Le processus a donné lieu à des échanges intéressants entre les participants et m'a aidé à mieux comprendre les soins de santé mentale axés sur la collaboration.	1 (1 %)	2 (2 %)	41 (35 %)	74 (63 %)
7) Les installations et les rafraîchissements étaient convenables.		2 (2 %)	41 (36 %)	72 (63 %)
8) Dans l'ensemble, ma journée m'a semblé productive.		1 (1 %)	39 (34 %)	75 (65 %)
9) De façon générale, je soutiens les principes de la Charte.		1 (1 %)	30 (26 %)	86 (73 %)

Au total, 118 formulaires d'évaluation ont été remplis. (Les participants n'ont pas répondu à toutes les questions. Les pourcentages ci-dessus représentent le nombre de réponses par question. Le total ne correspond pas toujours à 100 % du fait des erreurs d'arrondi.)

ANNEXE 5 : LISTE DE PARTICIPANTS

TORONTO

PARTICIPANTS

Sari Ackerman
Christie Brenchley
Denis Cheng
Lynn Cockburn
Nevin Coston
Linda Dietrich*
Julie Flatt

Isabel Fryszberg
Valerie Grdisa
Steven Harrison
Heather Hobbs
Janet Kasperski
Jamie Kellar
Bonnie Kirsch
Elizabeth Lin
Gwen Liss
Richard Meen
Jennifer Mokry

Laurie Offord

John Ostrander

Jane Paterson
Roya Rabbani
Parnia Razi

Patricia Rockman
Jose Silveira
John Starzynski
Vicki Steriopoulos
Lorne Tugg
Shawn Yoder

ASSOCIATIONS

Hamilton HSO Mental Health & Nutrition Program
Ontario Society of Occupational Therapists
Mood Disorders Association of Ontario
Toronto University, Département d'ergothérapie
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Diététistes du Canada
Association canadienne pour la santé mentale,
Bureau national

St. Michael's Hospital – Creative Works Studio
Toronto University, Faculté de soins infirmiers
Ontario Medical Association
Hamilton Health Sciences Centre
Collège des médecins de famille de l'Ontario
Whitby Mental Health Centre
Toronto University, Département d'ergothérapie
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Sheena's Place
Kinark Child and Family Services
Coalition canadienne pour la santé mentale des
personnes âgées
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
de l'Ontario
L'Association des travailleuses et travailleurs
sociaux de l'Ontario
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Self-Help Resource Centre of Greater Toronto
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
de l'Ontario
Collège des médecins de famille de l'Ontario
Toronto Western Hospital
Ontario Bar Assistance Program
St. Michael's Hospital
Community Mental Health Service
Seaton House Men's Shelter

* Membre du comité d'orientation de l'ICCSM

EDMONTON

PARTICIPANTS

Roger Bland
Susan Burwash
Kathy Clark
Papiya Das
Kathy Dauphinais
Jinny Faryna

Jane Gyorkos
Sheila Hogan

Jody Kellington

Doris Lien
Barbara Lowe*

George Lucki

Judith Mason

Fern Miller
Peter Portlock

Annette Rivard
Elaine Romaniuk

Mary Rusterholz

Daniel Scott

Colin Simpson

Patricia Simpson
David Sinclair
Scott Stewart
Kheri Taylor-Milos

ASSOCIATIONS

University of Alberta
University of Alberta

Capital Health Authority
Alberta Health and Wellness
Schizophrenia Society of Alberta, Edmonton & Area

Palliser Health Region
Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada and Community Geriatric Psychiatry
Northeast Community Health Centre/Capital Health

Alberta Self-Help Network
Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada

Alberta Alliance on Mental Illness and Mental Health

Northeast Community Health Centre/ Capital Health

Alberta Health and Wellness
Association canadienne pour la santé mentale, Division de l'Alberta Division
Conseil d'administration de l'ACE
Schizophrenia Society of Alberta, Edmonton & Area

Schizophrenia Society of Alberta, Edmonton & Area

Alberta Association of Registered Nurses /Capital Health

Schizophrenia Society of Alberta, Edmonton & Area

Capital Health Authority
Caritas Health Group
Caritas Health Group

* Membre du comité d'orientation de l'ICCSM

YELLOWKNIFE

PARTICIPANTS

Susan Ashton
Sandra Beaton
Jill Christianson

Rachel Dutton-Gowryluk

Heather Fikowski

Abby Hershler
Stephen Jackson

Sonny Kristensen

Arlene Lavoie

Susan LeBlanc
Sandy Little

Denise Neumann

Tony Simmonds

Ross Wheeler

Pat Witty

ASSOCIATIONS

Registered Nurse's Association of the NT and NU
Association canadienne pour la santé mentale
Administration des services de santé et des services sociaux Yellowknife
Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest
Administration des services de santé et des services sociaux Yellowknife
Hôpital territorial Stanton
Administration de santé territoriale Stanton
Administration de santé territoriale Stanton
Administration de santé territoriale Stanton
Community Mental Health-Homecare
Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest
Conseil des services communautaires de La région des Dogrib
Administration de santé territoriale Stanton
Administration des services de santé et des services sociaux Yellowknife
Administration de santé territoriale Stanton

VICTORIA

PARTICIPANTS

Ellen Anderson
Shayna Chamitoff
Peter Coleridge

Trish Crawford
Swati Scott
Florence Flynn
Rosa Goldstein
Angela Guy
Gary Hansen
John Havens
Sandra Hirowatari
Rennie Hoffman
JoAnn Leavey
Diane Marsh
Christina Martens
Sarah Mellett
Gail Simpson
Sarah Smith
Rob Smith
Melinda Suto
Danielle Thompson
Paul Wong

ASSOCIATIONS

Vancouver Island Health Authority
Vancouver Island Health Authority
Provincial Health Services Authority, Conseil d'administration national de l'ACSM
BC Psychological Association
Vancouver Island Health Authority
Quesnel Mental Health Centre
Vancouver Island Health Authority
Vancouver Coastal Health Authority
Tri-Cities Mental Health, Fraser Health Authority
Northern Health Authority
Collège des médecins de famille de la Colombie-Britannique
Mood Disorders Association of BC
Provincial Health Services Authority
Vancouver Island Health Authority
ACSM, Filiales Mid Island et Cowichan Valley
Vancouver Island Health Authority
ACSM, Filiale de Victoria
Vancouver Island Health Authority
Ministry of Children and Family Development
University of British Columbia
Vancouver Island Health Authority
Collège des médecins de famille de la Colombie-Britannique

ST. JOHN'S

PARTICIPANTS

Peggy Baker
Moyra Buchan
Terrence Callanan
Valerie Casey
Geoff Chaulk
Eileen Colbert
Desmond Coombs
Cathy Croucher
Geri Dalton
Diane Ruth Deacon
Joan Edwards-Karmazyn

Kerry Fraser
Bev Green
Martina Hickey
Danielle Hogan
Deborah Jackman

Isobel Keefe

Stephen Major
Debbie Sue Martin
Gail Parnham
Deborah Perry
Leslie Phillips
Judy Power
Claude Quigley
Jennifer Ritcey
Mona Romaine-Elliott
Heather Sandeson
Edward Sawdon

Sheila Stickland
Christina Sullivan
Patricia Waddleton
Whitehorne, Karen

ASSOCIATIONS

Terrace Clinic
ACSM, Terre-Neuve et Labrador
Memorial University of Newfoundland
Eastern Health Authority of Newfoundland
ACSM, Terre-Neuve
Eastern Health Authority of Newfoundland
Central Regional Integrated Health Authority
Health Care Corporation of St. John's
Schizophrenia Society of Nfld. and Labrador
Memorial University of Newfoundland
Consumers Health Awareness Network of
Newfoundland and Labrador

Eastern Health Authority of Newfoundland
Central Rehabilitation Inc.
Consumers Health Awareness Network of
Newfoundland and Labrador
Eastern Health Authority of
Newfoundland
Newfoundland College of Family Physicians
Newfoundland Department of Health
Newfoundland and Labrador Assoc. of Social Workers
Eastern Health Authority of Newfoundland
Memorial University of Newfoundland
Health Care Corporation of St. John's
Le Marchant House
Ergothérapeute indépendante
Eastern Health Authority of Newfoundland
Diététistes du Canada (Nouvelle-Écosse)
Consumers Health Awareness Network of
Newfoundland and Labrador
Eastern Region Health and Community Services
Health Care Corporation of St. John's
Health Care Corporation of St. John's
The General Hospital

QUÉBEC

PARTICIPANTS

Isabelle Arsenault
Denis Audet
Monique Boniewski
Monique Carrière
Louisa D'Altilla
André Delorme
Christine Gourage

Francine Lemire*
Stéphan Maurice
Alain Naud
Isabelle Parent
Françoise Rollin
Mélanie St-Onge
Hélène-Maria Vasiliadis

ASSOCIATIONS

Collège des médecins de famille du Canada
Collège des médecins de famille du Canada
Association canadienne pour la santé mentale

Université Laval
CLSC Cassin
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Association canadienne pour la santé mentale,
Division Québec
Collège des médecins de famille du Canada
Collège des médecins de famille
Centre hospitalier universitaire de Québec-Hôpital
Service de Réadaptation Le Rivage
Ordre des ergothérapeutes du Québec
L'Institut national de santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

* Membre du comité d'orientation de l'ICCSM

VAL-D'OR

PARTICIPANTS

Pierre Barrette

Alain Beaucage

Armande
Beauregard

Marthe Bélanger

Monique Bérubé

Isabelle Boucher

Lise Boyer

Alain Couture

Marcel Deaudelin

Yvon Desrosiers

Nicole Galant

Isabelle Gaulin

Pierre Lesage

Karine Marquis

Jocelyne Martineau

Jean-Luc Pinard

Luc Ranger

Diane Robillard

Martine Roch

Valérie Simoneau

Lorraine St-Pierre

Lucie Turgeon

ASSOCIATIONS

Centre d'évaluation et d'expertise de l'Abitibi
Témiscamingue

Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-
l'Or

Association de parents et amis

La Giboulée d'Amos

Agence de Santé et de Services Sociaux

Équipe La Petite Rencontre

Groupe d'entraide pour les personnes dépressives

Agence de Santé et de Services Sociaux de L'Abitibi
Témiscamingue

Agence de Santé et de Services Sociaux

La Giboulée d'Amos

De notre table de concertation régionale Torocasmat

RAIDDAT

Commission scolaire Harricane

Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-
l'Or

Ressources d'aide et d'information en défense des droits
de L'Abitibi Témiscamingue

La Giboulée d'Amos

Maison les 4 saisons du Témiscamingue

Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de
L'Abitibi

La Rescousse

Valpabem Inc.

ANNEXE 6 - CAHIER DE CONSULTATION SUR LA CHARTE DES FORUMS CONSULTATIFS D'EXPERTS



Comment utiliser ce cahier de consultation

Vous avez été invité à participer à l'un des groupes de consultation qui se tiennent dans certaines régions sélectionnées à travers le Canada. Votre expertise est essentielle à la création de la Charte canadienne de soins de santé mentale axés sur la collaboration. Nous voulons nous assurer que cette Charte reflète les expériences et les aspirations de personnes de tout le pays qui connaissent les services actuels de santé mentale – soit à titre d'usagers, de familles, d'aidants naturels, ou de professionnels de la santé – et qui ont le sentiments de savoir comment renforcer les services.

La Charte sera composée d'un ensemble d'énoncés de valeurs appelés **principes** qui énonceront ce qui constitue de bons soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins primaires, combinés à des **engagements** qui énonceront les actions pour la mise en œuvre conjointe des principes.

Le Cahier se divise en trois parties :

1

La **première partie** fournit des renseignements généraux concernant l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM), ce que c'est, des précisions concernant les soins de santé mentale axés sur la collaboration et pourquoi elle est importante, ainsi qu'un glossaire des termes à utiliser tout au long de cet exercice.

2

La **deuxième partie** décrit les principes sommaires actuels de la Charte et une série de questions visant à obtenir vos idées. Nous vous demandons, à vous et votre organisation, d'évaluer si nous avons bien défini les principes et, sinon, de nous dire ce qu'il faut changer.

3

La **troisième partie** pose plusieurs questions sur ce que vous pensez que vous et votre organisation devez faire pour concrétiser les principes. Avec votre participation, les associations qui composent le Comité de direction de l'ICCSM vont développer les engagements de la Charte, afin de rétrécir l'écart entre la réalité actuelle et ce que nous voulons dans l'avenir – tel qu'exprimé dans les principes.

Ce Cahier de consultation vous est fourni avant la session à laquelle vous assisterez dans un proche avenir. Il est conçu pour vous aider à rassembler vos pensées et vos idées en préparation à la consultation en groupe animée par un facilitateur. **Nous vous demandons de remplir ce cahier et de l'apporter avec vous au Forum consultatif d'experts.** Nous allons recueillir ce Cahier et ajouter vos idées à la recherche entreprise à ce jour.

Merci d'avoir accepté de participer à cette session et de prendre le temps de remplir ce cahier. Votre expertise et vos conseils sont essentiels au travail actuel de cette initiative et à l'avenir des soins de santé mentale axés sur la collaboration au Canada. Nous anticipons le plaisir de vous rencontrer lors de la consultation de groupe.

Qu'est-ce que l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale ?

Les instances fédérales, provinciales et territoriales du Canada ont convenu de l'importance d'améliorer l'organisation et la prestation des soins de santé primaires – les rendant plus accessibles, globaux, interdisciplinaires et axés sur la promotion de la santé. Ceci est particulièrement crucial pour les services de santé mentale, lesquels sont mal coordonnés, stigmatisés et difficiles d'accès.

Qu'est-ce que l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) et pourquoi avons-nous besoin de votre aide? Douze organisations nationales, représentant les services communautaires, les usagers, les familles, les aidants naturels, les groupes d'entraide, les diététistes, les médecins de famille, les infirmières et infirmiers, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les psychiatres, les psychologues et les travailleurs sociaux des quatre coins du Canada se sont rassemblées parce que chacune est impliquée dans la prestation des services de santé mentale. Nous reconnaissons l'importance cruciale de services de santé mentale accessibles et d'une grande qualité, et nous croyons qu'une meilleure collaboration entre les prestataires de services, les usagers, les familles et les aidants naturels est la clé pour atteindre cette qualité.

Le soutien du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada a créé une possibilité sans précédent pour nos organisations d'examiner – et d'apporter des changements – à notre façon de travailler ensemble pour fournir les services de santé mentale dans le contexte des soins de santé primaires. Ces services comprennent la promotion de la santé mentale, la prévention de la maladie, le dépistage et le traitement des maladies mentales, le soutien à la réadaptation et au rétablissement.

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale a été créée pour apporter des améliorations tangibles à la prestation des soins de santé mentale par l'entremise de trois éléments livrables spécifiques, dans le but d'avantager les usagers en renforçant les rapports de collaboration entre les prestataires de soins de santé primaires et de santé mentale, les usagers, les familles et les aidants naturels.

Le premier élément livrable est une description détaillée de la situation actuelle des initiatives et des programmes offrant des soins de santé mentale axés sur la collaboration au Canada. Cette description sera accompagnée d'une bibliographie annotée qui sera suivie d'un rapport sur les meilleures pratiques des accords de collaboration entre les prestataires de soins de santé afin de répondre au besoin de services de santé mentale en soins primaires. Des documents de recherche ont été commandés, et les résultats de ces recherches, ainsi que les interactions avec un large éventail d'expertise, ont influencé ce document et les opinions offertes dans la Charte.

Deuxièmement, nous développons des Trousses d'outils pour venir en aide à un large éventail d'intervenants (y compris les usagers, les cliniciens, les prestataires de services, les décideurs, les éducateurs, les administrateurs et les planificateurs de la santé) intéressés à collaborer pour améliorer l'accès aux services de santé mentale.

Finalement, nous créons une Charte, avec des principes de ce qui constitue de bons soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires, et des engagements de travailler ensemble à la réalisation de ces principes. Elle englobe ce que nous espérons deviendra un héritage durable de notre initiative – la Charte canadienne des soins de santé mentale axés sur la collaboration.

Historique

L'objectif de la Charte canadienne de soins de santé mentale axés sur la collaboration est de :

- ✎ Formuler des principes de soins de santé mentale axés sur la collaboration efficaces et d'une grande qualité afin de guider les relations et les partenariats entre les professionnels des soins de santé primaires et les professionnels de la santé mentale, les usagers, les familles et les aidants naturels.
- ✎ Exprimer notre engagement commun de continuer à renforcer les soins de santé primaires en s'assurant qu'ils englobent la prestation des services de santé mentale par une collaboration interdisciplinaire et l'implication de l'utilisateur.
- ✎ Soutenir le partenariat de l'ICCSM en agissant comme véhicule pour que les membres de l'ICCSM puissent parler d'une seule voix au gouvernement concernant une variété d'enjeux et de défis, notamment les exigences en termes politiques, législatifs et de financement pour soutenir les soins de santé mentale axés sur la collaboration.

Pourquoi changer ?

Une bonne santé mentale est essentielle à notre sentiment de bien-être. Cependant, un Canadien sur cinq vivra un problème de santé mentale au cours de sa vie.¹ Souvent, ces problèmes débutent dès l'enfance.² Directement ou indirectement, nous sommes tous affectés par les maladies mentales, soit comme familles, aidants naturels, voisins, membres de la communauté, prestataires de soins ou professionnels de la santé.

Les conséquences d'une mauvaise santé mentale sont bien connues. Ces conséquences peuvent limiter la participation aux activités et aux rôles sociaux : les réseaux familiaux et sociaux se brisent, des possibilités d'emploi ou d'éducation sont perdues, la santé et la sécurité physiques sont à risque et la productivité au travail en souffre.

Les services de santé mentale ne sont pas toujours facilement accessibles. Seul le tiers de ceux qui ont des symptômes de trouble mental consultent un professionnel de la santé. Par conséquent, de nombreux Canadiens ne reçoivent pas le soutien dont ils ont besoin.³ Quatre personnes sur cinq qui recherchent du soutien pour des préoccupations en matière de santé mentale consultent leurs prestataires de soins de santé primaires.⁴ Les études ont suggéré qu'au moins 70 % des visites aux médecins de famille sont reliées à un problème de santé mentale. Plusieurs raisons motivent cette démarche : stigmatisation moindre rattachée à la consultation d'un médecin de soins de santé primaires; de nombreuses personnes ayant des problèmes de santé physique ont aussi des problèmes de santé mentale, et bon nombre de gens maintiennent une relation à long terme avec un prestataire de soins de santé primaires en qui ils ont confiance.

À lui seul, aucun prestataire de soins ou service n'a le temps ni les compétences pour répondre aux besoins de santé mentale de tous les individus aux prises avec de tels problèmes de santé. Toutefois, une

1 Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne : Santé et bien-être, 2003

2 18 % des enfants ontariens ont un trouble psychiatrique. Santé mentale pour les enfants de l'Ontario <http://www.cmho.org/Issues.shtml>

3 Kirby M.J.L., Mental health, mental illness and addictions: issues and options for Canada, p 9-10, novembre 2004

4 Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne : Santé et bien-être, 2002

meilleure collaboration entre les prestataires de soins de santé, les services communautaires/sociaux, les usagers, les familles et les aidants naturels, peut minimiser ces obstacles.

Par exemple :

- ☞ La collaboration entre les prestataires de soins de santé peut faciliter un meilleur accès aux services de santé mentale pour les Canadiens vivant dans les régions géographiques isolées ou rurales.
- ☞ La collaboration peut simplifier les protocoles d'admission et améliorer la coordination entre les soins de santé mentale et physiques.
- ☞ Une collaboration efficace peut également faciliter le transfert de connaissances entre les divers intervenants, en améliorant ainsi la connaissance du rôle, des responsabilités et des compétences des autres et en contribuant à un changement dans les attitudes.

Qu'est-ce que les soins de santé mentale axés sur la collaboration ?

Les soins de santé mentale axés sur la collaboration ne sont pas un modèle fixe ou une approche spécifique; c'est plutôt un concept qui met l'accent sur les possibilités de renforcer l'accessibilité et la prestation des services de santé mentale dans les contextes de soins de santé primaires par une collaboration interdisciplinaire.

Les soins de santé mentale axés sur la collaboration décrivent une gamme de modèles de pratique où les usagers, leurs familles et les aidants naturels, de concert avec les prestataires de soins de santé d'une variété de contextes de soins primaires et de santé mentale – chacun avec son expérience, sa formation et son expertise différentes – travaillent ensemble à promouvoir la santé mentale et à fournir des services mieux coordonnés et plus efficaces pour les individus ayant des besoins en santé mentale.

Les soins de santé mentale axés sur la collaboration sont dispensés dans divers contextes, notamment les centres de santé communautaires, les cabinets des prestataires de soins de santé, le domicile de l'individu, les écoles, les établissements correctionnels ou des établissements communautaires comme les refuges. Les contextes peuvent varier en fonction des besoins et des préférences de l'individu et les connaissances, la formation et les compétences des prestataires de soins. La collaboration peut impliquer une évaluation ou la prestation de soins avec plusieurs professionnels présents avec l'utilisateur, les familles et les aidants au besoin, ou peut se dérouler dans le cadre d'une communication téléphonique ou écrite. En d'autres mots, une collaboration efficace n'exige pas que les prestataires de soins de santé soient situés dans le même emplacement matériel.

La configuration de ces initiatives de collaboration de santé mentale axés sur la collaboration varie en fonction des facteurs de juridiction et/ou d'échelon du réseau, notamment : les politiques, législations, structures de financement, besoins, ressources et disponibilités communautaires et la recherche fondée sur des preuves.

En établissant des relations entre les prestataires de soins de santé primaires, les prestataires spécialisés de soins de santé mentale et les usagers, les familles et les aidants naturels, il est possible de réduire les obstacles aux soins de santé mentale et d'améliorer le bien-être général des usagers.

Termes et définitions

Ces termes et définitions ne se veulent pas définitifs mais veulent plutôt servir de point de départ pour développer une compréhension commune du langage utilisé. Nous pensons qu'une approche plus cohérente de notre façon de parler des soins de santé primaires permettra d'accélérer la réforme et de fournir une plus grande clarté à tous ceux qui se soucient des soins de santé primaires dans ce pays, autant ceux qui y ont accès que ceux qui y travaillent.

MEILLEURES PRATIQUES	Technique ou méthodologie dont on a prouvé, par l'expérience et la recherche, la fiabilité à produire le résultat désiré. [Termes interchangeables : « pratiques exemplaires » et « bonnes pratiques »]
SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AXÉS SUR LA COLLABORATION	Deux ou plusieurs parties qui travaillent ensemble avec un usager et/ou un intervenant dans le but d'améliorer les résultats pour la santé et la capacité du système impliquant le partage de l'information conjointe, l'établissement des objectifs et le processus décisionnel. ⁵
PARTENARIAT AXÉ SUR LA COLLABORATION	Un arrangement, une entente ou un accord mutuellement avantageux où deux ou plusieurs parties travaillent ensemble vers une réalisation commune. ⁶
USAGERS	Un bénéficiaire de soins de santé et de services de soutien connexes dans tout contexte de prestation des soins. ⁷ [Termes interchangeables : « patient », « consommateur », « client »]
INTERDISCIPLINAIRE	Une gamme d'activités de collaboration entreprises par une équipe de deux individus ou plus englobant diverses disciplines qui appliquent les méthodes et les approches de leurs disciplines respectives. ⁸
SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES	Le premier contact de l'individu avec le système de santé, caractérisé par un éventail de services de santé globaux, coordonnés et continus, notamment la promotion de la santé, le diagnostic, le traitement et la gestion des maladies chroniques. Les soins de santé primaires sont dispensés dans de nombreux contextes, notamment dans les milieux de travail, les écoles, le domicile, les établissements de soins de santé, les foyers pour personnes âgées, les centres de soins infirmiers, les centres de jour, les cabinets des prestataires de soins de santé et les cliniques communautaires. Ils sont également offerts par téléphone, par les services d'Infosanté et par Internet. ⁹

5 Adapté de : Grady GF, Wojner AW. Collaborative practice teams: the infrastructure of outcomes management. AACN Clin Issues. Fév 1996 ;7(1):153-8. et Bruner C. Thinking collaboratively: ten questions and answers to help policy makers improve children's services. Washington, DC: Education and Human Services Consortium; 1991.

6 Adapté de : Duffy Group Partners in Planning. Co-operation & collaboration: melding tradition with innovation. Toronto: The Change Foundation, Mai 2005. Disponible à : [http://www.changefoundation.com/tcf/tcfbul.nsf/faf9f5c4d4ab768605256b8e00037216/435cb6bd9442323d85256d82004e703d/\\$FILE/Co-operation&Collaboration.pdf](http://www.changefoundation.com/tcf/tcfbul.nsf/faf9f5c4d4ab768605256b8e00037216/435cb6bd9442323d85256d82004e703d/$FILE/Co-operation&Collaboration.pdf)

7 Adapté de : Canadian Medical Association; Canadian Nurses Association. Working together: A joint CNA/CMA collaborative practice project. HIV/AIDS example [background paper]. Ottawa: CMA; 1996. p. 24.

8 Reflet des discussions tenues en janvier 2005 entre des initiatives nationales et régionales financées par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires

9 Adapté de : Mable AL, Marriott J. Sharing the learning – Série de rapports de synthèse du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires : Soins de santé primaires. Ottawa, Santé Canada; 2002. Disponible à : http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/english/primary_en.pdf et Nova Scotia Advisory Committee on Primary Health Care Renewal. Primary health care renewal: action for healthier Nova Scotians, May 2003. Halifax, NS: NS Department of Health; 2003. p. 1. Available at: <http://www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/Final%20Report%20May%202003.pdf> and Klaiman D. Améliorer l'accès aux services d'ergothérapie dans les soins de santé primaires. Actualités ergothérapeutiques, Volume 6(1), janvier/février 2004. Disponible à : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1031&francais=1>

- 1) Tous les Canadiens sont en droit de recevoir des services de santé appropriés et dispensés en temps opportun qui favorisent le maintien d'un équilibre sain entre la pensée, le corps et l'esprit.
- 2) Les besoins de l'individu orienteront la prestation des services de santé mentale.
- 3) L'amélioration de l'accès aux services de santé mentale axés sur la collaboration dans les contextes des soins de santé primaires.
- 4) Les services de santé mentale seront suffisamment flexibles pour répondre aux besoins variables de chaque individu qui les recevra.
- 5) Les individus qui reçoivent des services de santé mentale sont des partenaires respectés dans leurs soins de santé. Les familles, les aidants naturels et/ou les réseaux de soutien peuvent également être des partenaires, selon le désir de l'individu.
- 6) Les individus s'attendent à recevoir des services qui respectent leurs croyances et préférences culturelles et spirituelles.
- 7) Une collaboration efficace exige :
 - (a) Respect et soutien mutuels;
 - (b) Volonté d'apprendre l'un de l'autre;
 - (c) Connaissance des habiletés et des compétences des membres et des collègues de l'équipe interdisciplinaire;
 - (d) Communication efficace;
 - (e) Objectifs du traitement clairement définis dans une entente mutuelle;
 - (f) Partage du processus décisionnel;
 - (g) Définitions claires des rôles et des responsabilités; et
 - (h) Responsabilité mutuelle.
- 8) La gamme des options, en termes de services et de soutien destinés aux personnes recevant des services de santé mentale, sera communiquée aux clients, aux familles et aux aidants naturels.
- 9) Nous parlerons d'une seule voix au gouvernement concernant le besoin de politiques, de législation et de mécanismes de financement qui facilitent l'accès aux soins de santé mentale axés sur la collaboration.

Réflexions sur ces principes

Ces principes traduisent-ils l'avenir que nous désirons où tous les Canadiens auront accès à une collaboration interdisciplinaire dans la prestation des services de santé mentale (notamment la promotion de la santé mentale, le diagnostic, le traitement, la réadaptation, les autosoins, le soutien par les pairs, le rétablissement) ? Que manque-t-il ? Comment pourrait-on accroître la robustesse de ces principes ?

1. **Croyez-vous qu'une meilleure collaboration améliorerait la prestation des soins de santé mentale dans les contextes de soins de santé primaires ?**

OUI _____ NON _____

Pourquoi ?

2. **Selon vous, que devrait-on ajouter, s'il y a lieu, à la Charte des principes ?**
Pourquoi ?

3. **Selon vous, que devrait-on enlever, s'il y a lieu, de la Charte des principes ?**
Pourquoi ?

Principes de la Charte avec la participation de l'utilisateur, de la famille et de l'aidant naturel

En avril 2005, l'ICCSM a tenu quatorze groupes de consultation avec les usagers, les membres des familles et les aidants naturels de sept localités des quatre coins du Canada pour obtenir leurs commentaires sur l'ébauche des principes. Plus de 140 participants de Halifax, Montréal, Sudbury, Winnipeg, Saskatoon, Whitehorse et Vancouver ont partagé leurs expériences concernant l'accès aux services de santé mentale et fourni de précieux conseils sur les composantes essentielles à inclure dans la Charte. Certains de ces commentaires ont déjà été intégrés aux principes (renforçant ainsi l'intention et la vigueur des énoncés).

Vous trouverez ci-après les commentaires des usagers afin d'alimenter votre réflexion entourant la mise en application des principes par vous-même et votre organisation.

1. Tous les Canadiens sont en droit de recevoir des services de santé appropriés et dispensés en temps opportun qui favorisent le maintien d'un équilibre sain entre la pensée, le corps et l'esprit.

- ✎ En temps opportun signifie que je n'ai pas à attendre pour des services dont j'ai besoin immédiatement.
- ✎ En temps opportun signifie que je peux obtenir de l'aide avant d'être en crise et, si je suis en crise, que je peux obtenir de l'aide 24 heures par jour, 7 jours par semaine.
- ✎ Appropriés signifie que je peux obtenir le bon type de services par le bon prestataire de soins. Cela signifie également que mes prestataires de soins de santé m'écoutent et m'accordent le temps, l'attention et les services dont je crois avoir besoin.
- ✎ Il y a une connexion entre ma santé mentale, physique et spirituelle – chacune influence l'autre et on doit les considérer ensemble et me traiter globalement comme personne (ne pas me considérer seulement comme un diagnostic).
- ✎ « *Tous les Canadiens ont le droit de vivre dans une société qui soutient un esprit sain dans un corps sain, et de recevoir en temps opportun des services appropriés dans le respect de ces principes* » Groupe de Whitehorse.

2. Les besoins de l'individu orienteront la prestation des services de santé mentale.

- ✎ Je suis le mieux placé pour comprendre mes besoins et je suis au centre de l'équipe.
- ✎ Je veux décider de l'orientation de mes soins et qui les dispensera.
- ✎ Le médecin et les autres membres de l'équipe m'écoutent.

3. L'amélioration de l'accès aux services de santé mentale axés sur la collaboration dans les contextes des soins de santé primaires.

- ✎ La collaboration des soins en santé mentale signifie qu'une équipe d'individus travaille avec moi pour répondre à mes besoins de santé. Les membres de cette équipe partagent entre eux des renseignements importants – je n'ai pas à raconter mon histoire à de nombreuses reprises et je n'ai pas à consacrer du temps et de l'énergie pour les forcer à parler.
- ✎ Je veux avoir accès à une variété de dispensateurs traditionnels et non traditionnels pour répondre à mes besoins.

- ☞ Je peux impliquer un conseiller ou une personne qui m'aidera à « naviguer » dans le système.
- ☞ « *C'est comme avoir une main limitée à un seul doigt [lorsque vous n'avez pas accès aux soins de santé mentale axés sur la collaboration]. Vous avez besoin de tous vos doigts, et peut-être même de vos deux mains* » Groupe de Montréal.

4. Les services de santé mentale seront suffisamment flexibles pour répondre aux besoins variables de chaque individu qui les recevra.

- ☞ Lorsque je suis bien, je peux décider de l'orientation de mes soins. Lorsque je ne suis pas bien, j'aimerais profiter d'un conseiller nommé à l'avance qui parlerait en mon nom; un conseiller que j'ai choisi.
- ☞ Les individus sont différents – quoi, quand, où, comment et par qui les services seront dispensés doit être adapté à chaque individu.
- ☞ Les services doivent être organisés de façon à répondre à mes besoins individuels et changeants; lorsque mes besoins changent, il se peut que j'aie besoin du soutien d'un autre membre de mon équipe.

5. Les individus qui reçoivent des services de santé mentale sont des partenaires respectés dans leurs soins de santé. Les familles, les aidants naturels et/ou les réseaux de soutien peuvent également être des partenaires, selon le désir de l'individu.

- ☞ Je veux être traité avec dignité et respect et considéré sur un pied d'égalité lorsqu'il s'agit de décider de l'orientation de mes soins.
- ☞ Je veux décider quel membre de ma famille, aidant naturel et/ou ami participera dans mon équipe interdisciplinaire.
- ☞ Je veux rédiger un testament biologique pendant que je suis bien de sorte qu'on disposera d'un plan lorsque je serai malade et ne pourrai plus prendre de décisions.
- ☞ « *Pour prendre des décisions, nous avons besoin des informations appropriées, dans la mesure où nous sommes aptes, concernant nos traitements, par exemple le cancer* » Groupe de Halifax.

6. Les individus s'attendent à recevoir des services qui respectent leurs croyances et préférences culturelles et spirituelles.

- ☞ Chaque individu est différent et a des besoins différents. Je veux que mes besoins uniques soient respectés et je veux orienter mes soins.
- ☞ Je veux que l'équipe interdisciplinaire parle un langage que je peux comprendre.
- ☞ Je veux que l'équipe interdisciplinaire comprenne les traditions, les croyances et les valeurs de ma culture.

7. Une collaboration efficace exige :

- a. Respect et soutien mutuels;**
- b. Volonté d'apprendre l'un de l'autre;**
- c. Connaissance des habiletés et des compétences des membres et des collègues de l'équipe interdisciplinaire;**
- d. Communication efficace;**
- e. Objectifs du traitement clairement définis dans une entente mutuelle;**
- f. Partage du processus décisionnel;**
- g. Définitions claires des rôles et des responsabilités; et**
- h. Responsabilité mutuelle.**

- ✎ Nous avons tous besoin de travailler ensemble de façon à ce que tous les membres de l'équipe soient traités avec respect et dignité.
- ✎ Je veux que les autres membres de l'équipe fassent un effort conscient pour m'impliquer comme usager et qu'ils aient envers moi un niveau de communication que je peux comprendre et qui encouragera mon habileté à participer.
- ✎ Tous les membres de l'équipe sont imputables l'un envers l'autre.
- ✎ « *S'ils ne sont pas prêts à satisfaire aux exigences de la Charte, ils ne font pas partie de l'équipe* » Groupe de Saskatoon.

8. La gamme des options, en termes de services et de soutien destinés aux personnes recevant des services de santé mentale, sera communiquée aux clients, aux familles et aux aidants naturels.

- ✎ Je veux connaître toutes mes options – lorsqu'un fournisseur ne peut répondre à mes besoins, je veux savoir où je devrais aller. Je veux également savoir quels sont les services couverts par mon assurance-maladie et lesquels ne le sont pas.
- ✎ Je veux connaître les options de soins traditionnelles et non traditionnelles, y compris les services communautaires (éducation, emploi, finances) et autres soutiens par les pairs ou groupes d'entraide.
- ✎ Ma famille et mes aidants veulent connaître les services qui peuvent les soutenir lorsque eux me donnent leur soutien.
- ✎ « *Je crois que le niveau secondaire est trop tard – ça devrait être plus jeune – J'ai fait une tentative de suicide à l'âge de 10 ans* » Groupe de Saskatoon.

9. Nous parlerons d'une seule voix au gouvernement concernant le besoin de politiques, de législation et de mécanismes de financement qui facilitent l'accès aux soins de santé mentale axés sur la collaboration.

- ✎ Nous devons parler d'une seule voix au gouvernement afin que notre message soit bien entendu.
- ✎ Nous pouvons parler au gouvernement de façon indépendante concernant nos besoins uniques comme usagers, famille, aidants naturels et prestataires de soins de santé, mais il nous faut procéder de façon à présenter un message cohérent pour ne pas miner les efforts des autres membres importants de l'équipe de collaboration.

Réflexions sur les engagements envers la Charte

Ces engagements décriront les étapes à entreprendre – par vous, vos pairs, vos collègues, des autres professions et le système – afin d’assurer à tous les Canadiens un accès à des soins de santé mentale de bonne qualité axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires. Reconnaisant les nombreuses différences entre les organisations, les professionnels de la santé et les intérêts impliqués, le plan d’action de chaque organisation devra être adapté pour répondre aux besoins de ses membres afin d’accommoder les inévitables défis et obstacles à surmonter durant la mise en application.

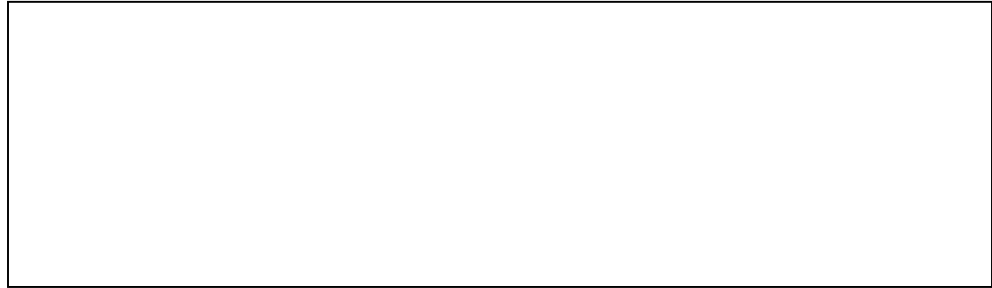
En vous basant sur ce que vous avez entendu concernant l’expérience des usagers et des aidants naturels, qu’est-ce **vous-même et votre organisation** devrez faire de façon différente et qu’est-ce que les autres dans le système devront faire pour contribuer à la réalisation des principes de la Charte.

1. **Quels sont les obstacles ou les défis à surmonter pour la mise en application des principes de la Charte ?**

2. **Pour la mise en application des principes de la Charte, quels sont les changements/actions nécessaires ?**

Pour vous-même, comme usager, membre de la famille ou aidant naturel ?

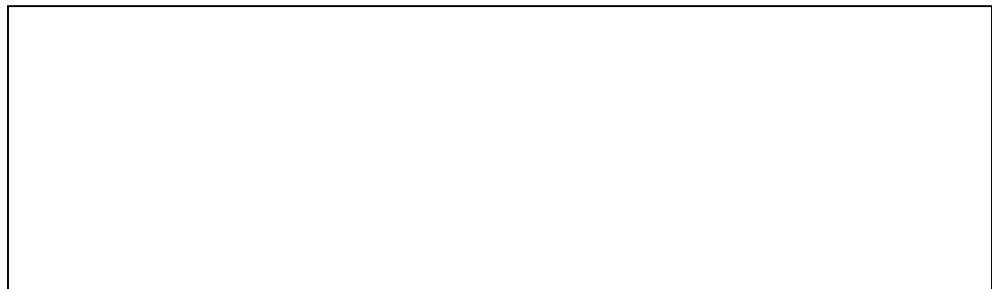
Pour vous-même dans votre travail quotidien ?



Pour votre discipline professionnelle ?



Au niveau du système dans son sens large ?



3. Commentaires additionnels ?



Forum consultatif d'experts : Profil du participant

Veillez identifier toutes les caractéristiques qui s'appliquent à vous :

- Vous êtes un prestataire de services de santé (p. ex., promotion, prévention, détection, traitement, réadaptation) _____ Nombre d'années en pratique _____
Profession/Discipline
- Vous dispensez des services de santé mentale (p. ex., promotion, prévention, détection, traitement, réadaptation) _____ Nombre d'années en pratique _____
Profession/Discipline
- Vous avez accès à des services de santé mentale et/ou vous êtes l'aidant naturel de quelqu'un qui a accès à des services de santé mentale (p. ex. comme usager, aidant naturel, membre de la famille)
- Vous êtes un décideur politique (p. ex., gouvernement, organisme de réglementation)
- Vous êtes éducateur (p. ex., établissement universitaire, recherche)
- Vous êtes affilié à une association membre de l'ICCSM (si oui, cochez ci-dessous) :
 - Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale
 - Association canadienne des ergothérapeutes
 - Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux
 - Association canadienne pour la santé mentale
 - Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale
 - Association des infirmières et infirmiers du Canada
 - Association des pharmaciens du Canada
 - Association des psychiatres du Canada
 - Société canadienne de psychologie
 - Collège des médecins de famille du Canada
 - Les diététistes du Canada
 - Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada
 - Vous êtes affilié(e) à une autre association (veuillez préciser) : _____
- Vous étiez familier(e) avec les principes de soins de santé mentale axés sur la collaboration avant de compléter ce Cahier de consultation.

Information personne-ressource (en caractères d'imprimerie) :

Nom _____
Tél. _____
Courriel _____
Adresse postale _____

CONSULTATIONS NATIONALES

- | | |
|----|---------------------------------------|
| 1. | Usagers, familles et aidants naturels |
| 2. | Forums consultatifs d'experts |
| 3. | Sondage en ligne |
| 4. | Rapport de synthèse |

Autres ressources de l'ICCSM

SÉRIE DE RECHERCHE

- Barrières et stratégies
- Cadre de travail
- Bibliographie annotée
- Meilleures pratiques
- Initiatives canadiennes
- Examen des politiques
- Initiatives internationales [document interne non publié]
- Ressources humaines dans le domaine de la santé
- Prévalence de la maladie mentale et l'utilisation des services
- Formation interprofessionnelle
- Santé mentale des Autochtones [document interne non publié]
- État des soins de santé mentale axés sur la collaboration

SÉRIE DE TROUSSES D'OUTILS

- Collaboration entre les services de soins de santé mentale et de soins de santé primaires
 - Enfants et adolescents
 - Personnes âgées
 - Personnes atteintes d'une maladie mentale grave
 - Personnes ayant des problèmes de toxicomanie
 - Populations autochtones
 - Populations ethno-culturelles
 - Populations rurales et isolées
 - Populations urbaines marginalisées
- Travaillant ensemble vers le rétablissement
- Vers le rétablissement pour les peuples des Premières Nations
- Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle

COMITÉ DIRECTEUR

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

Terry Krupa, Darene Toal-Sullivan
Association canadienne des ergothérapeutes

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

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

Janet Davies
Association des infirmières et infirmiers du Canada

David Gardner, Barry Power
Association des pharmaciens du Canada

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

Linda Dietrich, Marsha Sharp
Diététistes du Canada

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

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

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

Lorraine J. Breault, Karen Cohen
Société canadienne de psychologie

DIRECTEUR GÉNÉRAL

Scott Dudgeon

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

www.iccsm.ca