
Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale

Analyse situationnelle

*Préparé pour le Réseau de consultation sur
la santé mentale fédéral, provincial et territorial*

1997

On peut se procurer des exemplaires supplémentaires auprès de :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Téléphone : (613) 954-5995
Télécopieur : (613) 941-5366

On peut obtenir, sur demande, la présente publication sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

Also available in English under the title:
Best Practices in Mental Health Reform – Situational Analysis

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997
N° de cat. H39-431/1998F
ISBN 0-662-82732-5

ERRATUM

The first sentence of the last paragraph on page 5 of *Best Practices in Mental Health Reform: Situational Analysis* which begins “In Halifax, Nova Scotia ...” may be subject to misinterpretation. The intent was to clarify that there is insufficient research evidence about the clubhouse model per se to support it as a “best practice”. Unfortunately, it could be read as a qualification of the authors’ selection of the New Connections Clubhouse as a Canadian example of a best practice program. This is not the case. The selection was based on the authors’ judgement that this program contains many elements of the best practices that are supported by research evidence. The authors of the *Situational Analysis* were impressed with the New Connections Clubhouse program and have included it as an exemplary application of the knowledge that has accumulated about how to serve persons with serious and persistent mental illness.

ERRATUM

La première phrase du quatrième paragraphe à la page 6 du document de travail de 1997 intitulé *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale : Analyse Situationnelle*, qui commence par « À Halifax (Nouvelle-Écosse) », risque d’être mal interprétée. Elle visait à préciser qu’il n’y a pas suffisamment de données de recherche probantes sur le modèle *clubhouse* comme tel pour le recommander comme « modèle des meilleures pratiques ». Malheureusement, cette phrase pourrait donner à croire que les auteurs ont choisi le *New Connections Clubhouse* comme exemple canadien de programme des « meilleures pratiques », ce qui n’est pas le cas. Les auteurs ont choisi ce programme parce qu’il renferme, à leur avis, de nombreux éléments des pratiques exemplaires étayées par des données de recherche. Les auteurs du document de travail ont été impressionnés par le programme *New Connections Clubhouse* et l’ont cité comme exemple de mise en pratique des connaissances acquises au sujet des services à dispenser aux personnes ayant une maladie mentale grave et persistante.

Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale

Analyse situationnelle

préparé pour
le Réseau de consultation sur la
santé mentale fédéral, provincial et territorial

1997

Unité de recherche sur les systèmes de santé
Institut psychiatrique Clarke

Tables des matières

Préface	iii
Sommaire	v
Introduction	1

Section I : Visites sur le terrain

1.	La commission de la santé mentale Nouveau-Brunswick	11
2.	Le programme Seven Oaks Victoria (Colombie-Britannique)	23
3.	L'initiative d'élaboration de programmes pour les consommateurs et survivants Ministère de la santé de l'Ontario	31
4.	Le programme connections Clubhouse Halifax (Nouvelle-Écosse)	40

Section II: Descriptions des stratégies systémiques et des programmes locaux

5.	Programme de réadaptation communautaire intensif Hôpital psychiatrique de Brockville (Ontario)	53
6.	Services d'intervention en cas de crise Winnipeg (Manitoba)	58
7.	Programme de partenariat pour la santé mentale et le logement Région du sud-ouest de la Colombie-Britannique	64
8.	AMI-Québec — Alliance pour les malades mentaux Montréal (Quebec)	70
9.	Programme communautaire d'apprentissage d'habiletés Lethbridge (Alberta)	76
10.	Une nouvelle structure de soutien Association canadienne pour la santé mentale - Bureau national	81
11.	Initiative provinciale de formation Direction de la santé mentale - Ministère de la Santé du Manitoba	88
12.	Programme Westview pour les usagers au diagnostic mixte Regina (Saskatchewan)	94
13.	Projet-pilote de santé mentale communautaire Inuvik (Territoires du Nord-Ouest)	98
	Conclusion	103
	Bibliographie	111
	Annexe A	115

Préface

Le projet d'étude des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale a été élaboré et financé par le Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial (RCSM), qui regroupe des fonctionnaires de Santé Canada et leurs homologues des provinces et territoires. Le RCSM constitue un forum intergouvernemental favorisant la collaboration nationale, où les enjeux de la santé mentale sont cernés, analysés et étudiés. La présente étude aborde l'un des enjeux prioritaires aux yeux du RCSM, c'est-à-dire les meilleures pratiques des programmes et politiques en santé mentale qui permettront d'élaborer des services de soins et de soutien efficaces, les éléments d'un système de soutien communautaire exhaustif et des stratégies pour créer les conditions et les incitatifs nécessaires à leur mise en œuvre à grande échelle.

La tâche d'effectuer cette étude des meilleures pratiques a été confiée à l'Unité de recherche sur les systèmes de santé de l'Institut psychiatrique Clarke. Le résultat de ce travail comporte trois éléments : *Les meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale : Document de discussion*, publié en 1997; et deux documentaires, *Les meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale : Examen de la documentation*, et le présent document, *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale : Analyse situationnelle*. Notons par ailleurs que les opinions exprimées dans le présent document et les deux documents d'information sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions du RCSM.

L'ouvrage pourrait intéresser particulièrement une clientèle de chercheurs, analystes de politiques et élaborateurs de programmes oeuvrant dans le domaine de la santé mentale.

Nous aimerions souligner que, bien que la réforme des soins de la santé mentale touche ceux et celles aux prises avec des problèmes moins sérieux, ainsi que les groupes aux besoins spéciaux en santé mentale, dont les enfants, les aînés et les membres des groupes ethniques, le présent projet d'étude se penche plus particulièrement sur les patients ayant des troubles mentaux chroniques ou graves.

Nous aimerions remercier les organismes familiaux et d'usagers, dont l'Association canadienne pour la santé mentale, la Société canadienne de schizophrénie, le Réseau national pour la santé mentale, l'Association canadienne des dépressifs et maniaco-dépressifs, ainsi que les organismes professionnels nationaux, dont l'Association des psychiatres du Canada, l'Association canadienne de psychologie et l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, de leurs suggestions et commentaires pertinents et constructifs.

Le RCSM a beaucoup apprécié le savoir-faire, le professionnalisme, le dévouement et l'esprit de coopération de sa chercheuse principale, la D^{re} Paula Goering et de son excellente équipe de chercheurs adjoints, sans qui ce projet complexe et ambitieux n'aurait jamais pu être terminé à temps. Ces chercheurs sont à la fine pointe de la recherche en santé mentale touchant les politiques de soins de la santé. Soulignons également la contribution du personnel de Santé Canada dont, celle de Carol Silcoff et de Carl Lakaski de la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé.

Sommaire

Le présent document est le deuxième d'une série de trois documents préparés dans le cadre d'un projet mené par l'Unité de recherche sur les systèmes de santé de l'Institut psychiatrique Clarke pour le Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial (RCSM) et Santé Canada. Le projet avait pour but de déterminer les meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale ainsi que les stratégies pour les mettre en œuvre, en plaçant l'accent sur les personnes atteintes de maladies mentales graves. Depuis le milieu des années 80, les provinces ont suivi des cheminements variés visant à mettre en œuvre des systèmes de soins de la santé mentale qui apporteraient un meilleur soutien aux personnes atteintes de maladies mentales graves et maximiseraient leur intégration à la vie communautaire, leur autonomie et leur qualité de vie. Nous avons constaté une remarquable cohérence des objectifs et des valeurs sous-jacentes qui forment la pierre d'assise de la réforme des soins de la santé mentale.

Le projet comprenait trois étapes :

Étape I, Examen sur les meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale.

Dans cette étape, l'équipe a passé en revue les connaissances actuelles sur les meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale selon la documentation scientifique, en plaçant l'accent sur les personnes atteintes de maladies mentales graves ou chroniques (RCSM). Le sommaire des meilleures pratiques de l'étape I forme l'essentiel d'une liste de contrôle exhaustive des éléments clés devant être présents dans un système de soins de la santé mentale réformé destiné aux personnes atteintes de maladies mentales graves. Cet examen nous annonce **ce que nous devrions faire**.

Étape II, Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale : Analyse situationnelle (voir ci-dessous)

Étape III, Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale : Document de discussion. Dans ce document, nous faisons un sommaire et une synthèse des constatations des étapes I et II, puis abordons le sujet de **la mise en œuvre des meilleures pratiques dans l'ensemble des systèmes**. Nous étudions la question des avantages et de la pertinence de l'intégration des services de la santé mentale. Nous soulevons aussi la question de la séparation des soins de la santé mentale des autres soins en tant qu'étape nécessaire à l'évolution, et nous cernons les meilleures pratiques qui devraient avoir la priorité.

Le présent document, *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale : Analyse situationnelle* constitue, comme son nom l'indique, une analyse des politiques, pratiques et programmes de réforme des soins de la santé mentale au Canada qui font appel, au moins en partie, aux meilleures pratiques. Ces descriptions nous indiquent **ce que nous pouvons faire** par l'entremise d'initiatives innovatrices. L'analyse a permis de faire ressortir plusieurs constatations positives au sujet de la réforme des soins de la santé mentale, dont celles-ci :

- *On peut réaffecter, avec succès, des fonds et du personnel des établissements de santé vers le milieu communautaire.*
- *La valeur de la collaboration entre les organismes et les ministères a été maintes fois démontrée.*
- *L'Association canadienne pour la santé mentale a une influence considérable dans toutes les provinces, particulièrement en raison de son modèle de structure de soutien.*
- *Grâce à une action concertée, nous pouvons lutter contre les préjugés et favoriser le changement.*

L'analyse a aussi révélé des facteurs qui facilitent le changement dont les suivants : une direction habile et un groupe d'experts déterminés; des principes et une philosophie clairement articulés; une grande participation des intéressés; un soutien à l'infrastructure; une volonté politique; et une vision long terme.

Introduction et méthode

Introduction

Notre but, en préparant le présent document, est de relever et de décrire la situation actuelle des politiques, initiatives et pratiques de la réforme des soins de la santé mentale au Canada qui s'apparentent aux meilleures pratiques cernées dans l'*Examen de la documentation*.

Sommaire des constatations de l'examen de la documentation

L'*Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale* résume les démarches éprouvées et prometteuses qui permettent d'offrir aux personnes souffrant de maladies mentales du soutien individualisé, des soins en clinique interne et externe, et des services d'aide autonome, de logement et d'emploi. L'Examen révèle également les meilleures pratiques touchant les politiques, l'exercice des pouvoirs et le financement, et l'évaluation et la gestion des ressources humaines qui favorisent le changement et le progrès de la réforme des systèmes de soins de la santé mentale. La recherche a accumulé des preuves plus tangibles à l'égard de certains types de services et services de soutien et cette variabilité a été prise en considération dans la détermination des meilleures pratiques.

Dans le domaine du soutien individualisé et de la gestion de cas, la recherche a accumulé des preuves que les programmes de traitement communautaires dynamiques étaient supérieurs aux programmes cliniques pour améliorer l'état clinique des usagers et réduire les hospitalisations. Un nombre plus restreint d'études indiquent que la gestion de cas fondée sur les aptitudes personnelles et les modèles de réadaptation convient bien aux usagers dont les besoins sont moins grands. Ces modèles peuvent aider les usagers à améliorer leur fonctionnement, leur stabilité résidentielle et leur autonomie.

Bien que les données de recherche soient plus faibles dans le domaine de la gestion des crises, les études démontrent que les programmes d'intervention en cas de crise permettent de réduire les hospitalisations en recourant à des interventions comportant moins d'intrusions. Les éléments de l'intervention en cas de crise comprennent les services téléphoniques d'aide et d'urgence, les unités d'intervention d'urgence, les services d'intervention en cas de crise dans les résidences et les services d'urgences psychiatriques des hôpitaux. Le recours à des protocoles d'évaluation permettrait de mieux comprendre la nature et l'incidence des programmes d'intervention en cas de crise.

Dans le domaine du logement et des services de soutien communautaires, les études sont presque toutes quasi-expérimentales et multisectorielles. Les résultats des recherches dans ce domaine démontrent qu'un choix de types de logement est préférable, mais que ceci exige une réaffectation des ressources, plus particulièrement au chapitre des logements encadrés. La démarche des logements encadrés comprend le recours à des logements ordinaires dispersés au sein de la collectivité, la prestation de services de soutien dont l'intensité varie selon les besoins des usagers, le libre choix des usagers, un mode de tenure ouvert et la prestation de services de gestion de cas sans égard au lieu de résidence de l'utilisateur et incluant les hospitalisations. Les usagers plus difficiles à loger, dont les sans-abris, répondent bien aux programmes de traitement communautaire dynamique. Pour les usagers en clinique interne à long terme, les programmes de résidence en collectivité peuvent parfois constituer une bonne solution de remplacement.

La recherche qui porte sur la prestation de services aux usagers en cliniques interne et externe est à la fois exhaustive et passablement rigoureuse. Les meilleures pratiques relevées dans cette recherche comprennent le déplacement des usagers à long terme des hôpitaux psychiatriques vers le milieu communautaire, dont la transition soigneusement planifiée vers des modèles de soins non conventionnels. Les programmes offrent une solution de rechange à l'hospitalisation des usagers ou usagères. La plupart du temps, il est approprié de réduire au strict minimum la durée de l'hospitalisation. Il faudrait élaborer de nouveaux modèles de prestation de services pour relier les médecins de famille aux professionnels de la santé mentale.

La qualité des évaluations des initiatives d'aide autonome et autres initiatives des usagers varie, mais leurs conclusions prouvent néanmoins qu'on doit financer et encourager l'élaboration de services de soutien de remplacement. Le grand public et les professionnels de la santé mentale doivent savoir que la démarche d'aide autonome est valable et on doit attirer et former des dirigeants déterminés dans ce domaine. On doit également utiliser des méthodes d'évaluation des initiatives des usagers qui soient appropriées à de tels environnements tout en étant valables sur le plan scientifique. Nous n'avons pas abordé la question de la participation des usagers à l'orientation et à l'exécution des programmes dans cette section, mais cette question fait l'objet de discussions dans les sections sur les politiques de systèmes, la gestion des ressources humaines et l'évaluation.

La recherche portant sur l'aide autonome familiale est limitée tant en qualité qu'en quantité, mais elle permet toutefois de relever les meilleures pratiques de ce domaine. Les regroupements familiaux devraient recevoir du financement et participer à la planification et à l'évaluation de la prestation des soins. On doit encourager l'évaluation des programmes d'aide autonome familiale selon des méthodes reconnues.

Les études rigoureuses du domaine des services d'éducation et d'emploi indiquent qu'on assiste à une réorientation des services d'emploi traditionnels vers l'appui aux emplois. Cette démarche comprend la prestation continue de services de soutien individualisés sans limite de temps en accordant une attention particulière aux préférences des usagers. Les modèles de programmes d'éducation encadrée et de loisirs sont prometteurs, mais nécessitent des évaluations plus approfondies.

Afin de dégager les meilleures pratiques de la réforme des systèmes, nous avons examiné les stratégies systémiques utilisées dans les autres juridictions.

Les études ont démontré l'importance de se doter d'une *politique de réforme des soins de la santé mentale* indépendante qui définisse des objectifs mesurables et quantifie l'ampleur et le rythme des changements entrepris dans le cadre de la réforme. La participation des parties intéressées à l'élaboration des politiques et à une démarche de mise en œuvre soigneusement planifiée, par exemple par l'adoption d'une loi, constitue également un élément d'une réforme réussie. Les politiques devraient appuyer l'établissement de services et services de soutien qui vont au delà des soins de la santé mentale traditionnels. Les enjeux de politiques clés que la politique de réforme doit aborder comprennent la réaffectation des ressources humaines et financières, la coordination des soins, l'intégration des services et services de soutien, la participation des usagers et de leurs familles, et le suivi de la qualité et des résultats.

Nous avons cerné plusieurs meilleures pratiques au chapitre de *l'exercice des pouvoirs et du financement*. Nous estimons que la création d'une enveloppe budgétaire unique et distincte pour la prestation des soins de la santé mentale, qui combinerait les différentes sources de fonds, constitue un élément critique. Les allocations de fonds devraient correspondre aux besoins et caractéristiques des usagers de chaque région donnée ainsi qu'aux modifications aux programmes et systèmes désirées. Les recherches révèlent aussi l'importance de l'établissement, au palier local ou régional, d'organismes responsables de la planification, de l'organisation, de l'affectation des fonds et du suivi des services et services de soutien de la santé mentale. Plusieurs méthodes cliniques et financières peuvent favoriser l'intégration des services de la santé mentale. Un système d'information sur les usagers constitue un élément essentiel de planification, de financement et de gestion d'un système décentralisé.

Un système de soins de la santé mentale qui tourne rond exige *des évaluations et un suivi exhaustifs*. On doit effectuer des évaluations à tous les paliers : usagers, programmes, système et grand public, et s'assurer de la participation de toutes les parties intéressées, dont les usagers et leurs familles. On doit assurer le suivi systématique des activités et des résultats des programmes, et ces résultats doivent être communiqués aux groupes d'intéressés pour obtenir leurs commentaires et suggestions. On doit également allouer suffisamment de fonds aux activités d'évaluation et mettre en place un système d'information intégré des données locales et courantes.

La réaffectation et la formation du personnel constituent une des grandes préoccupations des *ressources humaines*. Une stratégie de réaffectation des ressources humaines fondée sur les meilleures pratiques doit comporter un échéancier clair, préciser le rythme et l'ampleur des réaffectations, allouer les fonds nécessaires, et aborder explicitement la question des conventions collectives. Une stratégie de formation doit prévoir la formation et le recyclage. On doit également prévoir des stratégies visant la participation d'usagers en tant que prestataires.

Méthode

Les représentants de Santé Canada et du Réseau de consultation sur la santé mentale ont élaboré avec les auteurs une méthode pour dégager et sélectionner les initiatives à analyser. On a demandé à chaque représentant provincial ou territorial du réseau de proposer des projets, programmes ou initiatives de leur région qui se conformaient aux meilleures pratiques décrites dans l'examen de la documentation. En groupe, les représentants ont aussi proposé des programmes d'envergure nationale. Puisque les ressources à notre disposition ne permettaient pas de faire le suivi de toutes les propositions, on a élaboré des critères de sélection. Chaque proposition était assortie d'une brève description pour faciliter le processus de sélection.

Voici les critères de sélection :

- représentativité selon
 - ◆ les régions du pays;
 - ◆ les programmes et stratégies clés de la réforme des soins de la santé mentale;
- conformité aux éléments des meilleures pratiques cernés dans l'examen de la documentation.

Certaines provinces n'ont pas présenté de propositions, et celles avancées ne comprenaient pas nécessairement tous les programmes et stratégies qui mettent en œuvre les meilleures pratiques. Conséquemment, certaines régions ne sont pas représentées, et certaines stratégies importantes, par exemple, des évaluations systémiques, sont absentes.

Après que le choix final des programmes a été arrêté, nous avons communiqué avec les personnes responsables et leur avons demandé de nous faire parvenir tous les documents pertinents susceptibles de nous aider, c'est-à-dire les rapports annuels, les descriptions de programmes, les évaluations et les rapports publiés. Après avoir étudié ces documents, nous avons communiqué avec les personnes responsables qui connaissaient à fond les pratiques ou stratégies en question afin d'obtenir des éclaircissements. Enfin, certains programmes ont fait l'objet de visites sur le terrain pour approfondir nos renseignements. Ces visites sur le terrain nous ont permis d'étudier de très près les programmes, entre autres par des observations et des rencontres avec les différents intéressés. En faisant la synthèse des multiples perspectives et en obtenant des renseignements plus détaillés sur les programmes, nous avons pu évaluer les commentaires et accorder plus d'attention aux facteurs de succès et aux défis. Les noms et numéros de téléphone des personnes-ressources sont indiqués à la fin de chaque description de programme.

Il nous était impossible d'inclure tous les programmes proposés dans l'analyse situationnelle; nous en dressons cependant la liste en annexe, et chacun d'eux est accompagné d'une brève description.

Survol

L'analyse situationnelle est une compilation de treize exemples canadiens d'application des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale. Ils ont été choisis parmi les programmes proposés par les provinces. Nous avons sélectionné les programmes à étudier en collaboration avec le Réseau de consultation sur la santé mentale, qui est formé de hauts fonctionnaires responsables de la santé mentale au Canada et de représentants de Santé Canada. Les quatre programmes et stratégies que nous avons décidé d'étudier en profondeur lors de visites sur le terrain forment la *Section I*. La *Section II* regroupe les descriptions des neuf autres programmes. Nous concluons le rapport en cernant les leçons à tirer de ces programmes, les caractéristiques qui facilitent l'innovation et les questions d'ordre général sur la mise en œuvre des meilleures pratiques de la santé mentale.

Les programmes mis en candidature ont fait preuve dans bien des cas de beaucoup de créativité et témoignaient de la portée des meilleures pratiques. Toutefois, nous remarquons qu'aucune province ne semble avoir adopté une stratégie systématique d'évaluation d'ensemble. Le domaine de l'évaluation des programmes semble assez faible dans l'ensemble des provinces.

Un certain nombre de programmes ont adopté des principes et politiques inspirés des concepts de réadaptation psychosociale. Ces concepts et principes sont bien connus dans le domaine des soins de la santé mentale et sont conformes aux buts et objectifs de la réforme des soins de la santé mentale. Anthony (1996) a décrit brièvement les principes de la réadaptation psychosociale dans une publication récente : « Les recherches effectuées récemment indiquent que les spécialistes de la santé mentale ont atteint un consensus sur la définition de ces principes (Cnaan et coll., 1990, p. 27). Ces principes sont les suivants : développement des habiletés des usagers; autodétermination des usagers; utilisation des ressources du milieu; changements sociaux; évaluation et soins différenciels; accent sur l'emploi; accent sur le moment présent; intervention ponctuelle. Plusieurs de ces principes reflètent une orientation pragmatique, axée sur les usagers et sensible à la réalité... ». [traduction libre]

Section I : Visites sur le terrain

Le premier chapitre porte sur les résultats d'une visite sur le terrain à la Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick. Cet effort réussi de réforme du système était fondé sur une réorganisation poussée des mécanismes d'exercice des pouvoirs et des leviers financiers. Parmi les facteurs clés de ce succès, mentionnons la création et la gestion d'une enveloppe budgétaire intégrée et la régionalisation et l'adoption de politiques sur la santé mentale axées sur la réaffectation des ressources du milieu hospitalier vers le milieu communautaire.

Le programme Seven Oaks de Victoria en Colombie-Britannique (chapitre 2) offre, en région, des soins tertiaires en milieu communautaire à une clientèle d'usagers aux prises avec de graves troubles psychiatriques qui, jusqu'alors, étaient confinés à des établissements psychiatriques. Ce projet-pilote a été mis en œuvre dans le cadre d'un plan décennal de réaménagement des effectifs à l'Hôpital psychiatrique Riverview et d'élaboration de solutions de rechange pour ce groupe d'usagers difficiles à soigner.

L'Initiative d'élaboration de programmes pour les consommateurs et survivants (chapitre 3) est une initiative du ministère de la Santé de l'Ontario, qui redirige les ressources vers les groupes d'usagers des quatre coins de la province afin de les soutenir et de favoriser la création de nouveaux regroupements. Grâce à cette initiative, 36 nouveaux projets ont été lancés par des usagers, et leurs activités touchent la défense des droits, l'aide autonome, l'exploitation de petites entreprises et la sensibilisation des professionnels de la santé aux problèmes de santé mentale.

À Halifax en Nouvelle-Écosse (chapitre 4), le Connections Clubhouse est un club qui offre un programme exhaustif de réadaptation psychosociale qui, sans être strictement un modèle des meilleures pratiques déterminées dans l'examen de la documentation, offre dans le cadre d'un de ses programmes, bon nombre des services de base cernés par l'examen de la documentation. En sa qualité d'organisme à services multiples, et grâce à de nombreux liens et partenariats avec les différents secteurs de la collectivité, ce programme s'efforce d'offrir un soutien intégré et sans faille à ses membres. La participation des membres est le fondement de la philosophie du programme.

Section II : Examen des programmes

Dans les chapitres 5 à 13, nous décrivons les programmes que nous avons étudiés. Ces programmes peuvent aussi bien offrir des services et services de soutien de base que mettre en œuvre des stratégies systémiques de réforme des soins de la santé mentale. Le Programme de réadaptation communautaire dynamique de Brockville (chapitre 5) est un exemple de mise en œuvre réussie de la gestion de cas fondée sur le modèle de traitement communautaire dynamique. Le programme a comme particularité d'être commandité par un hôpital, et ses employés sont d'anciens employés du milieu hospitalier qui ont été réaffectés et recyclés. Le Programme Westview de la Phoenix Residential Society à Regina (Saskatchewan) offre un programme de logement et de traitement aux personnes souffrant de maladie mentale et de toxicomanie (chapitre 12). Le personnel a reçu une formation en réadaptation psychosociale et en traitement de la toxicomanie, et il combine le traitement communautaire dynamique aux services de logement et d'emploi. Le chapitre 6 décrit un programme d'intervention en cas de crise à Winnipeg où un organisme de services sociaux doté d'une infrastructure provinciale joue un rôle de premier plan dans la prestation de services et la diffusion d'un programme. Le Programme de partenariat pour la santé mentale et le logement de la Colombie-Britannique (chapitre 7) démontre comment un partenariat entre deux ministères peut se révéler mutuellement bénéfique, en plus de rehausser le nombre de logements offerts et d'offrir aux personnes souffrant de maladie mentale de meilleures possibilités de vie autonome.

L'Alliance AMI-Québec (chapitre 8) est un regroupement d'aide autonome à l'intention des familles qui a débuté modestement avec quatre familles. L'Alliance est devenue aujourd'hui une organisation réputée qui offre des services de soutien aux familles par ses programmes d'éducation, ses groupes d'entraide, ses services téléphoniques, ses divers réseaux, dont un pour la fratrie et ses activités de défense des droits. Le Programme communautaire d'apprentissage d'habiletés de Lethbridge (Alberta) est exécuté par le bureau local de l'Association canadienne pour la santé mentale (chapitre 9). Ce programme de préparation à l'emploi permet aux usagers d'acquérir les habiletés dans un milieu de travail normal. Cinq collectivités des Territoires du Nord-Ouest ont mis en œuvre leur propre projet-pilote et engagé leurs propres professionnels de la santé mentale (chapitre 13). Cette démarche permet de fournir sur place des services à des collectivités sous-desservies. De plus, ce projet-pilote permet à la collectivité de participer à la définition et à la mise en œuvre d'un programme qui répond à ses besoins en soins de la santé mentale.

Les chapitres 10 et 11 décrivent des programmes touchant des systèmes. L'Initiative provinciale de formation du Manitoba (chapitre 11) constitue un engagement explicite de la part d'un gouvernement envers la formation et le perfectionnement professionnel pour faciliter la réforme des soins de la santé mentale. Le gouvernement a ajouté un volet de formation en soins de la santé mentale aux programmes d'études en santé des universités et collèges, et offre des cours obligatoires et des cours facultatifs de perfectionnement aux travailleurs communautaires de santé mentale. L'objectif de la Structure de soutien (chapitre 10) est d'encourager l'adoption de nouvelles façons de penser au sujet des capacités et du potentiel des usagers, et de l'épanouissement de leur rôle en tant que citoyens à part entière. Les activités de mise en œuvre ont porté principalement sur la promotion

de la structure de soutien auprès des Canadiennes et Canadiens afin de réorienter les politiques et pratiques de la santé mentale des gouvernements et collectivités au Canada.

Conclusion

Le dernier chapitre conclut l'étude des treize stratégies et programmes décrits, résume les réalisations et dégage les facteurs qui ont facilité la mise en œuvre et l'innovation. Ces activités démontrent que les Canadiennes et Canadiens ont beaucoup à s'apprendre et elles nous encouragent quant aux progrès et à l'avenir de la réforme des soins de la santé mentale au Canada.

S E C T I O N I :

Visites sur le terrain

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

Introduction et contexte

Au début des années 80, la division du Nouveau-Brunswick de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) entreprenait une campagne très active de promotion et d'éducation afin de faire valoir son modèle de structure de soutien de la santé mentale (voir également le chapitre 10). Les membres de la division locale de l'ACSM ont participé à cette campagne, ainsi que des représentants du bureau national de l'Association et le Dr Leonard Stein, un psychiatre américain réputé, qui se spécialise en soins communautaires de la santé mentale. L'Association a plus particulièrement orienté ses activités d'éducation et de promotion vers les planificateurs et hauts fonctionnaires du ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick, les fonctionnaires des autres ministères pertinents et les élus. Le modèle de structure de soutien préconise une démarche communautaire équilibrée pour le soutien et la prestation de services en tant que solution de remplacement au système de prestation de services alors dominé au Nouveau-Brunswick par le modèle axé sur les soins en établissement.

En 1986, le ministère de la Santé et des Services communautaires forma un Comité du réseau de services en santé mentale afin d'obtenir des recommandations sur le développement d'un système efficace de soins de la santé mentale. Dans son rapport déposé en mars 1988, le Comité offrait un survol des vingt années précédentes de planification et de prestation des soins de la santé mentale dans la province, évaluait la situation d'alors et proposait un plan pour réformer le système de soins de la santé mentale. Les éléments clés du plan, qui a évolué pour devenir un nouveau cadre de politique pour la santé mentale, incluaient une structure centrale importante devant se rapporter directement au sous-ministre; l'établissement d'autorités administratives dans chaque région de la province; des augmentations progressives au budget de la santé mentale sur une période de cinq ans; l'accent sur la consolidation des services communautaires de « suivi des soins »; la recommandation unanime d'accorder la priorité à l'intégration de tous les services de soins de la santé mentale plutôt qu'à l'intégration des services de soins de la santé mentale, de santé publique et de services communautaires qui était alors envisagée. On estimait que l'établissement d'un système de soins de la santé mentale fort, tel que le recommandait le rapport, serait menacé par toute tentative d'intégration des services communautaires en raison de la division qui existait depuis longtemps au Nouveau-Brunswick entre les services communautaires et les services institutionnels de soins de la santé mentale. Soulignons au passage que bon nombre des recommandations du rapport du Comité du réseau avaient été avancées précédemment dans d'autres rapports sur les services de soins de la santé mentale au Nouveau-Brunswick.

En mai 1988, le gouvernement nouvellement élu du Nouveau-Brunswick annonça une réforme des soins de la santé mentale qui reflétait bon nombre des idées proposées par le rapport du Comité du réseau. L'annonce de cette politique constituait le rejet d'une recommandation clé d'une étude réalisée par Woods Gordon qui préconisait la construction d'un hôpital psychiatrique de 250 lits. La nouvelle politique visait plutôt l'établissement d'un réseau équilibré de services de soins de la santé mentale prodigués en établissement et dans un cadre communautaire; une structure organisationnelle offrant un « point de mire pour la reddition des comptes »; l'affectation de fonds suffisants au développement de services communautaires; l'exploration de toutes les possibilités offertes par les services communautaires avant l'admission d'usagers en établissement; la consolidation du système de soutien officieux; des modifications à la *Loi sur la santé mentale*; l'élaboration du plan décennal de réaffectation des ressources des établissements vers le secteur communautaire. Il était également prévu dans la politique de mettre l'accent sur les activités qui préviennent les maladies mentales, ainsi que sur les activités qui rehausseraient le nombre de prestataires de services qualifiés.

Afin de mettre en œuvre la nouvelle politique, le gouvernement du Nouveau-Brunswick envisagea l'établissement d'une commission sur la santé mentale. Le gouvernement avait fait l'expérience d'un organisme administratif semblable avec la Commission de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance du Nouveau-Brunswick. La section du Nouveau-Brunswick de l'ACSM se montrait très favorable à l'idée d'une commission de la santé mentale qui pourrait réussir à intégrer les services en établissement et les services communautaires. De plus, les hauts fonctionnaires du ministère de la Santé et des Services communautaires comprenaient fort bien qu'un nouveau système de soins de la santé mentale exigerait une période de rodage et une structure administrative distincte afin d'intégrer tous les aspects des soins. Conséquemment, les parties intéressées et le gouvernement étaient sur la même longueur d'onde quant aux structures et processus à mettre en place.

En octobre 1988, le gouvernement du Nouveau-Brunswick annonça que la responsabilité de tous les soins de la santé mentale de la province serait transférée à la nouvelle Commission de la santé mentale, qui se rapporterait directement au Ministre. Ces services comprenaient treize cliniques de santé mentale, sept services psychiatriques au sein d'hôpitaux de soins généraux et deux hôpitaux psychiatriques provinciaux. Le gouvernement nommerait des commissaires en provenance des diverses régions de la province et établirait des conseils régionaux dans chacune des sept régions administratives. La Commission serait dirigée par un président à temps plein, qui occuperait également le poste de directeur général. L'annonce du gouvernement précisait que dès que la Commission serait établie, les conseils responsables des deux hôpitaux psychiatriques seraient dissous et qu'on établirait un processus qui permettrait à la Commission d'acheter des services de soins psychiatriques auprès des hôpitaux généraux régionaux. Eugene Niles, l'ancien président de la section du Nouveau-Brunswick de l'ACSM, a été nommé premier président et directeur général de la Commission de la santé mentale en novembre 1988. (La date de dissolution de la Commission a été reportée à avril 1996.)

Organisation et structure

La Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick (CSMNB) se rapporte directement au ministre de la Santé et des Services communautaires. Comme nous l'avons mentionné précédemment, la Commission est responsable de tous les services de soins de la santé mentale, dont les soins de la santé mentale en clinique, les unités psychiatriques des hôpitaux régionaux et les deux hôpitaux psychiatriques de la province, Centracare et le Centre hospitalier de Restigouche. La Commission n'avait pas à payer les médecins qui prodiguaient des soins de santé mentale. La *Loi sur la Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick*, qui a été promulguée le 19 mai 1989, et ses règlements afférents, précisent la structure et les responsabilités de la Commission. Les objectifs de la Commission sont de « faire des recommandations au Ministre concernant l'offre et la prestation de services à la santé mentale et, selon les directives du Ministre, de mettre en œuvre les décisions de politique prises par le Ministre concernant la manière dont les services à la santé mentale doivent être offerts et donnés.

La Commission est formée d'un président nommé par le lieutenant gouverneur en conseil, de sept membres également nommés par le lieutenant gouverneur en conseil et choisis parmi le grand public et d'un membre de chacun des sept conseils régionaux établis en vertu de la *Loi*. La Commission s'est vu confier les pouvoirs d'établir les conseils régionaux, de leur déléguer des pouvoirs et d'établir un Comité professionnel consultatif chargé de conseiller la Commission sur tout sujet pertinent à ses objectifs. Les conseils régionaux sont formés d'au moins treize membres et d'au plus dix-sept, nommés par la Commission. Le Comité professionnel consultatif comptait un professionnel des soins de la santé mentale en provenance de chaque district de santé et quatre membres nommés par le président de la Commission. La *Loi* révoquait les nominations de membres aux conseils d'administration des centres hospitaliers Centracare et Restigouche.

Rôles et responsabilités de la Commission

En décembre 1991, la Commission rendait public un plan décennal de réaffectation des ressources des établissements de santé vers les services communautaires. Le plan visait principalement à répondre au besoin en soins de santé communautaires pour les personnes alors soignées par les deux hôpitaux psychiatriques provinciaux. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick approuva le plan en 1992. Les rôles et responsabilités des divers éléments du système (c'est-à-dire, les centres de soins de la santé mentale, les unités psychiatriques, les hôpitaux psychiatriques et les services de soutien communautaires) figuraient également au plan décennal. Le manuel de procédures administratives définissait les rôles et relations entre la Commission et les conseils régionaux.

Les responsabilités de la Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick comprenaient les éléments suivants :

- élaboration de politiques;
- planification stratégique à l'échelle provinciale;
- affectation de ressources;
- élaboration et mise en œuvre de lois;
- établissement de normes;
- élaboration et coordination d'une stratégie de formation provinciale;
- activités de soutien et d'aide aux régions;
- prestation de conseils sur les éléments de programmes par des experts provinciaux;
- orientation et gestion d'un système provincial d'information;
- exercice du pouvoir d'achat d'équipement et de propriétés et d'approbation de dépenses en capital;
- prestation de conseils au Ministre sur toutes les questions touchant les politiques et programmes de soins de la santé mentale;
- production de rapports, prestation de conseils et reddition de comptes auprès des organismes centraux et comités du Cabinet sur toutes les questions touchant la politique, le budget et les services de soins de la santé mentale.

Tandis que la Commission se voyait confier des responsabilités d'envergure provinciale, les conseils régionaux obtenaient tous les pouvoirs de gestion et de coordination des services de soins de la santé mentale. Le mandat des conseils régionaux comprenait les éléments suivants :

- planification opérationnelle et prestation des services de soins de la santé mentale;
- redistribution des ressources conformément à l'orientation de politique et aux programmes approuvés par la Commission;
- gestion des systèmes régionaux de soins de la santé mentale;
- direction des unités opérationnelles régionales;
- évaluation des programmes et liaison avec les agences locales de prestation de services.

Ces responsabilités opérationnelles sont gérées par un directeur général dans chaque conseil régional; dans la plupart des cas, ce directeur occupe également le poste de directeur du centre régional de soins de la santé mentale communautaires.

Système de prestation de soins de la santé mentale

Le système de prestation de soins de la santé mentale prévu par la Commission et ses conseils régionaux comprend les hôpitaux psychiatriques et les unités psychiatriques des hôpitaux régionaux et centres de soins de la santé mentale communautaires. De plus, la Commission finance les services de soutien communautaires qui, estime-t-on, font partie d'un système officieux qui aide les usagers à fonctionner au sein de la collectivité. Au début, les hôpitaux psychiatriques étaient administrés par leurs conseils régionaux respectifs. Mais la restructuration globale de l'administration des hôpitaux de la province modifia la situation dès le 1^{er} décembre 1992 : les conseils d'administration des hôpitaux des régions administratives 2 et 5 prenaient alors en charge la direction des centres Centracare et Restigouche respectivement, tandis que la Commission de la santé mentale poursuivait sa pratique d'acheter des services cliniques de ces deux établissements. Ainsi, la Commission conservait la maîtrise des budgets de services cliniques des deux hôpitaux tandis que les conseils d'administration des hôpitaux administraient les budgets de services de soutien. De plus, les conseils régionaux achetaient des services psychiatriques auprès des sept hôpitaux régionaux de la province. Chacun des 13 centres de soins de la santé mentale communautaires de la province était administré directement par les conseils régionaux. En 1991, ces derniers effectuèrent une vérification sur le terrain de la gestion des centres et procédèrent par la suite à une réorganisation afin d'offrir des services communautaires et services de soutien plus efficaces.

Enfin, comme nous l'avons mentionné, la Commission a financé des services de soutien communautaires, dont des centres d'activités dirigés par des usagers, des organismes communautaires comme les Survivants de tentatives de suicide, les Dépressifs anonymes, le Programme des travailleuses communautaires régionales de la division du Nouveau-Brunswick de l'ACSM et les comités consultatifs régionaux et provinciaux qui permettent aux usagers de faire connaître leurs opinions aux conseils provincial et régionaux de la Commission.

Réalisations de la Commission

En janvier 1994, la Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick confia à la firme PGF Consultants, de Shediac, la tâche d'examiner les progrès de la Commission au chapitre de la mise en œuvre de la politique provinciale en santé mentale. Les experts-conseils présentèrent leurs conclusions dans leur rapport intitulé *L'État de la réforme des soins de la santé mentale au Nouveau-Brunswick*, déposé en mai 1994. Au cours de leur examen, ils ont mené des entrevues auprès de plus de 300 personnes, soit individuellement soit en groupe, représentant les fournisseurs de services, les usagers et les intéressés provenant de plusieurs ministères, d'organismes de bénévoles et même de la Commission. Les conclusions des experts-conseils au sujet des progrès réalisés par la Commission dans la mise en œuvre de la politique sur les soins de la santé mentale du Nouveau-Brunswick sont résumées ci-dessous.

La politique sur les soins de la santé mentale du gouvernement, adoptée en 1988, prévoyait les éléments suivants :

- l'établissement d'un réseau équilibré de services de soins de la santé mentale en établissement et dans un cadre communautaire;
- l'établissement d'un réseau de services de santé et de soutien conçus pour répondre aux besoins des individus ou d'une région;
- l'exploration de toutes les possibilités offertes par les services communautaires avant l'admission d'usagers en établissement;
- l'affectation de fonds suffisants au système de soins de la santé mentale et en particulier pour appuyer l'établissement de services communautaires;
- l'établissement et la consolidation de groupes de soutien officiels pour les usagers psychiatriques;
- l'accent sur les activités de prévention des maladies mentales, ainsi que les activités qui rehausseraient le nombre de prestataires de services qualifiés;
- des modifications à la *Loi sur la santé mentale* pour qu'elle se conforme à la *Charte canadienne des droits et libertés*;
- l'élaboration du plan décennal de réaffectation des ressources des établissements vers le secteur communautaire.

L'introduction d'un plan décennal pour la réaffectation des ressources constituait le fondement du nouveau cadre de politique et a donc été examinée en premier. Les experts-conseils ont conclu que les données statistiques colligées montraient très clairement que les objectifs du plan décennal avaient été atteints.

Introduction d'un plan décennal de réaffectation des ressources des établissements vers le secteur communautaire

En 1988-1989, 87 p. 100 du budget total des soins de la santé mentale allait aux services hospitaliers contre seulement 13 p. 100 au secteur des services communautaires de santé et de soutien. Ce déséquilibre était d'ailleurs la raison première de l'établissement de la Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick. La preuve la plus évidente que les ressources ont été réaffectées est que les budgets des centres de santé mentale communautaires sont passés de 6,6 millions de dollars en 1988-1989 à 15,4 millions de dollars en 1993-1994, et que les budgets des services de soutien communautaires sont passés de 700 000 \$ en 1988-1989 à 2,6 millions de dollars en 1993-1994. La part du budget de la Commission destinée aux centres de santé mentale communautaires est passée de 11,5 p. 100 à 18,7 p. 100 et de 1 p. 100 à 3,8 p. 100 pour les services de soutien communautaires.

De plus, en 1992-1993, les hôpitaux psychiatriques recevaient 62 p. 100 du budget total des soins de la santé mentale comparativement à 75 p. 100 en 1988-1989. Parallèlement avec la réaffectation des ressources vers le secteur communautaire, on a constaté une diminution marquée du nombre de lits aux centres hospitaliers Centracare et Restigouche. En 1991, on comptait 320 et 375 lits respectivement aux deux centres tandis qu'en avril 1994, leur nombre passait à 220 à Centracare et à 270 à Restigouche. Au cours de cette période de quatre ans, ces réductions représentent des diminutions de 31,2 p. 100 à Centracare et de 35,7 p. 100 à Restigouche. Le nombre d'hospitalisations par année est passé de 712 en 1990-1991 à 227 en 1993-1994, soit une réduction de 68,7 p. 100. À Restigouche, ce nombre passait de 651 en 1990-1991 à 277 en 1993-1994, soit une réduction de 58 p. 100. Au 1^{er} janvier 1997, on comptait 110 lits à Centracare et 185 à Restigouche. Les réductions de nombre de lits et d'hospitalisations observées au Nouveau-Brunswick sont supérieures à celles observées ailleurs au Canada. Les hospitalisations au sein de services psychiatriques des hôpitaux régionaux ont augmenté de moins de 10 p. 100 entre 1991-1992 et 1992-1993.

Élaboration d'un réseau équilibré de services de soins de la santé mentale en établissement et en milieu communautaire

Un rapport de la Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick déposé en septembre 1993 soulignait les sept objectifs principaux menant à un système équilibré de soins de la santé mentale. La plupart de ces objectifs ont été atteints.

1. Les services de santé mentale de base ont été déterminés pour les paliers communautaire, régional et provincial. Les activités de la Commission ont permis une expansion de plusieurs programmes et services dont l'ouverture de bureaux satellites et sous-cliniques des centres de santé mentale communautaires dans les régions rurales en plus de donner des programmes de rayonnement bien établis.
2. On a assuré la continuité des soins entre les différents niveaux de service. Les usagers avaient beaucoup plus de facilité à passer d'un service à l'autre qu'auparavant.
3. Les services de soins de la santé mentale de base ont été offerts à tous les groupes d'âge. On doit cependant souligner que les enfants et les adolescents reçoivent moins d'attention que les adultes, et cela même si les nouvelles directives de politique de la Commission devaient régler ce problème.
4. On estime que les services visent désormais ceux qui en ont le plus besoin, en particulier les usagers au moment où ils quittent les établissements psychiatriques.
5. Les services de soins de la santé mentale de base sont beaucoup plus facilement accessibles qu'ils ne l'étaient grâce à l'établissement d'un réseau bien développé de centres communautaires de la santé mentale comprenant des bureaux satellites et des sous-cliniques, et des programmes de rayonnement.

6. Les services sont offerts par du personnel qualifié et formé bien que l'on note un besoin en perfectionnement professionnel.
7. Durant les entrevues, on estimait que les services étaient devenus beaucoup plus efficaces et efficaces. Par exemple, le processus d'évaluation de la gestion sur le terrain semble avoir permis une rationalisation des admissions et des activités d'évaluation aux centres de soins de la santé mentale communautaires.

Régionalisation des services pour encourager le traitement à proximité du domicile des usagers

On note plusieurs indicateurs de succès à l'égard de cet objectif. Les usagers involontaires étaient autrefois souvent admis aux centres Centracare et Restigouche, souvent loin de leur domicile. Désormais, ces usagers sont admis à l'un des sept services psychiatriques des hôpitaux régionaux de leur collectivité. Les budgets des centres de soins de la santé mentale communautaires ont presque triplé afin de soutenir la prestation de services à proximité du domicile des usagers. Pour ce faire, on a élargi les services, ouvert des sous-cliniques et des bureaux satellites, et mis en œuvre des programmes de rayonnement. De plus, comme nous l'avons mentionné, des augmentations considérables du financement des services de soutien communautaires ont eu lieu.

Un autre indicateur de la régionalisation des services est le nombre de professionnels qui sont passés des hôpitaux psychiatriques aux services communautaires. Le nombre d'équivalents temps plein (ETP) dans les centres de soins de la santé mentale communautaires a doublé au cours d'une période de quatre ans alors que le nombre d'ETP des hôpitaux psychiatriques diminuait de près de 30 p. 100.

Utilisation de toutes les ressources communautaires avant l'admission en établissement psychiatrique

Encore une fois, le fait que le nombre d'admissions aux centres Centracare et Restigouche ait diminué considérablement indique que les soins sont prodigués ailleurs. On a également constaté que l'établissement et l'utilisation de services de soutien communautaires, dont des systèmes d'intervention en cas de crise, avaient augmenté. Les prestataires de services ont indiqué que ces services étaient utilisés le plus souvent possible. Le service d'intervention en cas de crise est désormais offert vingt-quatre heures sur vingt-quatre aux usagers à long terme dans la plupart des régions, et on a élaboré des protocoles pour cette clientèle. Ces stratégies ont réussi à réduire le nombre d'admissions dans les hôpitaux psychiatriques.

L'allocation de ressources suffisantes au système de soins de la santé mentale et en particulier aux services communautaires

La question de savoir si on allouait suffisamment de ressources semblait difficile à résoudre. On a remarqué que les économies réalisées par la diminution du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques n'étaient pas entièrement acheminées aux services communautaires (c'est-à-dire, environ 50 p. 100 des fonds). De plus, on a souligné que, tandis que la Commission atteignait ses buts de réduction du nombre de lits, la complexité des cas traités par les services communautaires augmentait. Cette situation exigera l'allocation de ressources supplémentaires aux services communautaires. Bien que l'on ait remarqué que durant les premières années du plan décennal, la Commission a réussi à plus que doubler les sommes allouées aux services communautaires, le manque de ressources de ces services risque de devenir un problème, en particulier au chapitre de la dotation des centres de soins de la santé mentale communautaires et au bureau central de la Commission. Les experts-conseils estiment que les ressources humaines de ces deux domaines sont utilisées à la limite de leur capacité et que le développement des ressources humaines devrait figurer parmi les priorités de la Commission.

Meilleure prise de décisions des usagers grâce à des groupes de soutien et d'entraide améliorés

Beaucoup d'efforts ont été consacrés à ce domaine. La Commission a financé des comités consultatifs d'usagers qui ont des représentants aux conseils régionaux et provinciaux, et des centres d'activités qui sont exploités par les usagers. La Commission a également financé l'établissement d'un réseau provincial d'usagers en plus de verser des fonds de lancement à des initiatives dirigées par les usagers. Lors des rencontres des groupes de consultation comprenant des usagers, les personnes interrogées s'accordaient à dire que les centres de soins de la santé mentale communautaires s'étaient beaucoup améliorés. Toutefois, on estimait que des améliorations étaient encore nécessaires du côté du traitement individuel.

Mettre l'accent sur la prévention et sur l'augmentation du nombre de prestataires de soins qualifiés

Peu d'indicateurs semblaient démontrer que la Commission de la santé mentale avait élaboré une stratégie de prévention claire. La plupart des personnes œuvrant au sein du système de soins semblaient se fier principalement au Programme des travailleuses communautaires régionales de l'ACSM pour le travail de prévention, ce qui semblait assez limité. Par contre, l'augmentation du nombre de prestataires de soins de la santé mentale en milieu communautaire ne fait aucun doute. On a déployé des efforts pour augmenter la dotation des centres de soins de la santé mentale communautaires partout en province. On note toutefois des inquiétudes en matière de formation.

La proclamation de modifications à la Loi sur la santé mentale pour se conformer à la Charte canadienne des droits et libertés

La Commission a consacré beaucoup d'efforts à cette question. On a terminé la rédaction et la traduction de nouveaux règlements pour la *Loi sur la santé mentale*, et la nouvelle loi a été promulguée en 1994. La nouvelle loi établit un processus légal lors des hospitalisations involontaires et un service de défense des droits des usagers, en plus de comporter des dispositions régissant les conseils d'examen pour assurer la protection des droits de la personne. Des trousseaux d'information ont été préparés à l'intention des médecins, hôpitaux, tribunaux, conseils d'examen, usagers, défenseurs de droits et grand public.

Somme toute, le rapport des experts-conseils fournit des preuves éloquents des progrès réalisés par la Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick pour mettre en œuvre la nouvelle politique (1988) du gouvernement sur la santé mentale. Les experts-conseils concluent en affirmant que « nous croyons qu'il existe suffisamment d'indicateurs pour démontrer que les buts et objectifs ont été atteints. » [traduction libre]

Conclusion

Nous pensons que le travail de la Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick constitue un exemple réussi d'une stratégie de réforme de système fondée sur une rationalisation poussée de l'exercice des pouvoirs et des mécanismes budgétaires. Ce succès semble attribuable à la confluence de la promotion des droits, d'un processus d'éducation et d'une série de documents de planification énonçant des recommandations uniformes, ainsi qu'à l'élection d'un gouvernement proactif, soucieux d'apporter un peu de cohésion à un domaine fragmenté et d'éviter une expansion coûteuse du secteur institutionnel. De plus, la province comptait un modèle de succès déjà en place, celui de la Commission de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance du Nouveau-Brunswick.

D'après les personnes interrogées au cours de la visite sur le terrain, les éléments clés du succès ont été la création et la gestion d'une enveloppe budgétaire unifiée et intégrée pour toutes les composantes du système de soins de la santé mentale, la régionalisation et l'élaboration d'un plan décennal de réaffectation des ressources des établissements au milieu communautaire. En ce qui concerne le paiement des services médicaux, le Nouveau-Brunswick a établi le Comité consultatif des ressources en médecins, qui détermine le nombre de médecins dans l'ensemble de la province et qui exige que les spécialistes soient affectés à un hôpital afin de recevoir un numéro de facturation. On a donc conclu qu'il était inutile de mêler la Commission de la santé mentale à ce volet complexe du système de prestation de services. Toutefois, un haut fonctionnaire de la Commission siégeait au Comité afin qu'on réponde aux besoins en spécialistes psychiatriques.

D'après une des personnes clés interrogées, la Commission aurait renversé le rapport de dépenses de soins de la santé mentale au Nouveau-Brunswick en ce sens qu'auparavant, les deux-tiers des fonds allaient aux hôpitaux psychiatriques et un tiers aux services régionaux et services communautaires et qu'à partir de 1996, cette situation était inversée. Cette modification profonde de l'allocation des ressources constitue une réalisation d'importance. En ce qui concerne l'ensemble de l'enveloppe budgétaire des soins de la santé mentale, il semble qu'il y ait eu une légère diminution depuis l'établissement de la Commission. Toutefois, ceci s'expliquerait partiellement par le transfert des services de soutien des hôpitaux psychiatriques sous l'autorité des conseils d'administration des hôpitaux en 1992. De plus, le Conseil de gestion du Nouveau-Brunswick a autorisé la Commission à accumuler un déficit. Ainsi donc, le modèle de la Commission est perçu par ses défenseurs comme un mécanisme efficace pour atteindre la protection des ressources même durant une période d'austérité budgétaire. Ce succès en matière de protection serait partiellement attribuable au fait que les réductions budgétaires des soins de la santé mentale sont immédiatement apparentes, plutôt que perdues dans l'ensemble des allocations budgétaires des services communautaires ou hospitaliers.

Le processus de réforme géré par la Commission se divise en trois grandes étapes. La première étape, menée de 1988 à 1992, consistait à établir la Commission et à consolider les services communautaires de soins de la santé mentale. Grâce au processus d'évaluation de la gestion sur le terrain, les centres de soins de la santé mentale communautaires ont été réorganisés et élargis afin de diriger plus de ressources vers les individus aux prises avec des maladies mentales graves et persistantes ainsi que vers les enfants et les adolescents. La Commission a mis en œuvre divers services communautaires d'intervention comme les systèmes d'intervention en cas de crise et les équipes de soins à long terme. Cette étape a bénéficié du transfert initial des réserves financières accumulées par les hôpitaux psychiatriques.

De 1992 à 1996, la Commission a continué à mettre l'accent sur les services communautaires pour les personnes atteintes de maladies graves ou persistantes. On a accéléré le retrait des lits d'hôpitaux, et la législature de la province a adopté une loi qui autorisait les services psychiatriques des hôpitaux régionaux à traiter des usagers involontaires, ce qui appuyait la réorientation des soins à la suite du réaménagement des effectifs des hôpitaux psychiatriques. La dernière période, qui s'étend de 1996 à 1998, devait être à l'origine une période d'évolution pour conclure le plan décennal (1988-1998). Toutefois, en raison des compressions budgétaires du gouvernement, la date de conclusion des travaux de la Commission a été avancée à avril 1996. Dès le 1^{er} avril 1996, la Commission de la santé mentale a été intégrée au ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick. Le comité consultatif ministériel sur les soins de la santé mentale a remplacé le conseil d'administration de la Commission; treize comités consultatifs communautaires ont remplacé les sept conseils régionaux; le président et directeur général de la Commission de la santé mentale est devenu sous-ministre adjoint, responsable de la nouvelle Division des services de soins de la santé mentale du Ministère.

On doit noter que cette intégration de la Commission au Ministère était souhaitable en raison des succès obtenus par la Commission et parce que la nouvelle Division des services de soins de la santé mentale en a conservé les principales responsabilités. En particulier, le financement des services communautaires et hospitaliers de soins de la santé mentale est encore géré par la Division des services de soins de la santé mentale et sera « protégé ». Le ministère de la Santé et des Services communautaires poursuivra le mandat confié à la Commission de la santé mentale qui était de réaffecter les ressources des établissements de santé vers les services communautaires. La politique sur la santé mentale adoptée en 1988 demeure inchangée. Chacune des sept régions administratives sera dirigée par un directeur régional qui assumera également les fonctions de directeur de centre de soins de la santé mentale communautaires afin d'assurer la coordination, la prestation et le suivi efficaces de tous les services de soins de la santé mentale. Un comité consultatif professionnel et des comités consultatifs communautaires locaux offriront avis et conseils aux directeurs régionaux. On a élaboré des paramètres pour le Comité consultatif provincial sur les services de soins de la santé mentale et on a adopté les critères d'amélioration constante qu'avait élaborés à l'origine la Commission de la santé mentale. Ces critères comprennent : le regroupement de tous les fonds cliniques pour les soins de la santé mentale en une seule enveloppe budgétaire; une vision et un système de valeurs communs à tous les partenaires du système de soins de la santé mentale; une direction centrale qui définit les résultats espérés pour les usagers et rend le système responsable de l'atteinte de ces résultats; une participation substantielle des usagers, de leurs familles et de la collectivité à la planification, à la prestation et au suivi des services; la décentralisation de la responsabilité des services aux régions; la capacité à élaborer des initiatives conjointes avec d'autres ministères pour répondre aux besoins des usagers.

Enfin, on reconnaît que la Commission de la santé mentale avait été créée pour un temps déterminé et chargée de la mission de procéder à une réforme de la prestation des services de soins de la santé mentale au Nouveau-Brunswick et qu'elle a beaucoup accompli à ce chapitre dans une période de temps relativement courte.

Personne-ressource :	Ken Ross, Sous-ministre adjoint Division des services de soins de la santé mentale Téléphone : (506) 453-3888 Télécopieur : (506) 453-5243
-----------------------------	---

2. Le programme Seven Oaks Victoria (Colombie-Britannique)

Introduction

Le programme Seven Oaks constitue un excellent exemple d'une initiative locale innovatrice, d'abord financée à titre de projet-pilote dans le cadre d'une stratégie de réforme du système de soins de la santé mentale, qui a réussi au palier local tout en influençant de manière importante la direction et la forme des efforts de planification à l'échelle provinciale. Des programmes similaires ont été élaborés en Grande-Bretagne et sont décrits dans la documentation scientifique (Garety et Morris, 1984; Hyde et coll., 1987).

Historique

En 1992-1993, le gouvernement de la Colombie-Britannique lança officiellement un projet décennal pour remplacer les quelque 1 220 lits de l'Hôpital psychiatrique Riverview, maintenant devenu désuet, par un système de soins tertiaires décentralisé comprenant entre autres des installations de soins et des services de soutien communautaires, et des centres de traitement tertiaire régionaux. L'Initiative sur les soins de la santé mentale de la Colombie-Britannique lancée en 1990 et le rapport de consultation sur la santé mentale (1987) établissaient les paramètres du programme de remplacement de l'Hôpital Riverview (Programme Riverview).

La Colombie-Britannique mit en place un cadre financier pour permettre le transfert des fonds de l'Hôpital Riverview. Ces fonds s'élevaient à 191 \$ par patient par jour (en dollars de 1994) pour les usagers transférés à des services de soins communautaires. Les centres régionaux de soins tertiaires reçoivent 350 \$ par patient par jour pour les usagers atteints de maladies graves. De plus, la province accorda des fonds supplémentaires de 3 millions de dollars annuellement pour faciliter le transfert des usagers et du personnel de l'Hôpital Riverview vers les services communautaires en mettant en place des ressources communautaires et en ayant recours à diverses stratégies proactives de réaménagement du travail.

Quatre ans après la mise en œuvre de ce programme décennal, environ 200 patients avaient été transférés de l'Hôpital Riverview vers des services communautaires de soins, transfert assorti de 13,2 millions de dollars de financement annuel. On a ajouté près de 1 800 unités de logement encadrés depuis 1988 alors que le nombre de lits de l'Hôpital Riverview subissait une réduction de 400 lits pour ne compter que 808 lits. Le transfert des usagers vers les services communautaires a été temporairement suspendu au début de 1996 afin d'améliorer les services communautaires de soins de la santé mentale de base. Toutefois, la planification des centres de traitement tertiaire se poursuit et on prévoit conclure les programmes fonctionnels d'ici la mi-1997.

Description du programme

Le programme Seven Oaks est un programme de soins psychiatriques tertiaires en milieu communautaire qui existe maintenant depuis la fin de 1994. Il a pignon sur rue dans un ensemble d'édifices quelque peu anciens et situés sur des terrains que possédait déjà le gouvernement provincial en périphérie de Victoria. La planification du programme Seven Oaks a débuté en 1992-1993 lorsque trois professionnels de la santé mentale de Victoria (l'actuel directeur, le gestionnaire du programme et le directeur de la clinique) ont rédigé et soumis au gouvernement une proposition de projet. Cette proposition suivit de peu l'établissement du Comité d'orientation du Projet de remplacement de l'Hôpital Riverview. Le programme Seven Oaks devint le premier projet-pilote associé au volet de la région de l'île de Vancouver-Midcoast du projet Riverview. La planification du programme Seven Oaks visait à confirmer la faisabilité de la prestation de services psychiatriques de haute qualité dans le cadre d'une installation communautaire de taille modeste.

Au début de 1994, douze patients atteints de maladies mentales graves à long terme ont été transférés de l'Hôpital Riverview à deux résidences de six lits du programme Seven Oak. Ce transfert comprenait un transfert de fonds de l'ordre de 292 \$ par patient par jour. Dès le départ, les principes de réadaptation psychosociale axés sur le patient ont formé la base de tous les programmes et politiques. Le personnel aide les usagers à s'aider eux-mêmes dans le but de les transférer vers un milieu plus autonome dès qu'ils en seront capables. Jusqu'à maintenant, trois patients ont pu aller vivre dans un milieu plus autonome, où ils bénéficient de services de soutien communautaires, permettant ainsi à d'autres patients de l'Hôpital Riverview d'aller habiter au programme Seven Oaks. Les divers groupes d'intéressés, dont les familles, d'autres prestataires de soins de la santé physique et mentale, les prestataires de services sociaux, les voisins, les services policiers et les usagers ont participé activement à toutes les étapes de la planification du programme. La structure de l'organisation assure à tous les groupes d'intérêt l'occasion d'offrir, sur une base régulière, leurs commentaires et leurs suggestions au sujet des politiques et programmes.

Dès le début du projet, on connaissait les insuffisances des installations. La programmation fonctionnelle et la planification du site ont été réalisées en vue du réaménagement des édifices existants. Les plans prévoient des installations pouvant accueillir 34 usagers dans des unités conçues pour ressembler à des logements unifamiliaux conventionnels tout en répondant aux normes de santé et de sécurité particulières aux usagers. Ces installations seront aménagées aux endroits suivants :

- trois unités de six lits pour les résidents de la région du district de la capitale (RDC) qui comprend Victoria et les environs. Ces lits seront destinés à des usagers souffrant de maladies mentales graves et persistantes qui exigent des traitements proactifs continuels;
- une unité de dix lits pour les résidents de l'île de Vancouver-Midcoast qui souffrent de syndrome organique cérébral et qui exigent des traitements ou un suivi continuel;
- une unité de six lits pour des usagers qui souffrent de syndrome organique cérébral et qui exigent une stabilisation en clinique spécialisée.

Organisation et structure : Le programme Seven Oaks est administré par le Centre de la santé mentale de Victoria, qui se rapporte à la Division de la santé mentale du ministère de la Santé. En sa qualité de bailleur de fonds et de coordonnatrice du projet Riverview, la British Columbia Mental Health Society (qui exploite l'Hôpital Riverview) partage la responsabilité de la supervision du projet-pilote.

Le programme Seven Oaks est accrédité en vertu de la loi sur la santé mentale de la Colombie-Britannique, ce qui lui permet de prendre en charge des usagers involontaires. Le projet a subi récemment son premier examen du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS¹). Il a un gestionnaire de programme à temps plein et un psychiatre à temps partiel qui occupe le poste de directeur de la clinique. Le programme Seven Oaks fonctionne selon le modèle de gestion de programme. Un comité d'admission, formé de représentants du programme Seven Oaks et des services clés de soins de la santé mentale des milieux hospitaliers et communautaires, passe en revue toutes les admissions d'usagers au programme. De plus, un comité consultatif, formé de membres des familles, de résidants, de policiers et d'autres personnes ayant un intérêt particulier pour le programme Seven Oaks, rencontre régulièrement le directeur du programme et les membres du personnel. Les résidants prennent une part active aux décisions et à la planification quotidiennes. On les encourage à travailler avec le personnel à une vaste gamme d'activités touchant la vie quotidienne et la programmation sociale et récréative.

Population cible : La mission du programme Seven Oaks est d'offrir un traitement, des soins et une réadaptation de la plus haute qualité dans un milieu communautaire souple, interactif et décontracté. Le groupe d'usagers cibles comprend les adultes aux prises avec des maladies mentales graves et persistantes qui sont reconnus au sein du système de soins de la santé mentale comme étant les usagers les plus difficiles à soigner. La sévérité des troubles mentaux des résidants les empêche de vivre dans tout autre type d'environnement communautaire. D'ailleurs, un des critères d'admission au programme Seven Oaks est que l'usager ait épuisé toutes les possibilités avant de s'inscrire au projet.

Méthodes de prestation des services et fonctions : Le programme Seven Oaks fonctionne selon un modèle de réadaptation et de soins autonomes qui fait beaucoup appel à la gestion intensive des cas et à des plans de réadaptation personnalisés fondés sur des objectifs choisis par consensus qui sont régulièrement réévalués. Le personnel forme une équipe pluridisciplinaire qui utilise la modélisation, le soutien, les techniques de gestion du

1 Le CCASS est un organisme bénévole indépendant des organismes gouvernementaux. Il est organisé et dirigé par des professionnels des services et des soins de la santé. Sa mission est de promouvoir l'excellence dans la prestation de soins et services de la santé, et dans l'utilisation des ressources. L'agrément accordé par le Conseil constitue un excellent moyen pour les organisations de services et de soins de la santé de mesurer leur rendement en fonction de normes appliquées à l'échelle nationale.

comportement, l'encouragement et l'éducation pour que les résidants atteignent le plus haut taux de fonctionnement autonome possible.

Au départ, à l'exception du directeur de la clinique et du gestionnaire du programme, peu de membres du personnel possédaient les compétences et l'expérience requises pour jouer leur rôle et assumer leurs responsabilités efficacement. D'ailleurs, le programme Seven Oaks devait, à ses débuts, choisir son personnel parmi ceux et celles dont le poste auprès des handicapés développementaux avait été aboli par suite de la réduction des effectifs dans les autres établissements psychiatriques. On a d'abord offert aux candidats de travailler à l'essai avec les équipes des centres de soins de la santé mentale pour leur donner l'occasion de décider en connaissance de cause de travailler dans ce domaine. Les candidats choisis ont bénéficié de services d'orientation exhaustifs, de cours en milieu de travail et de perfectionnement professionnel. Cette méthode de dotation semble avoir remporté du succès puisque le taux de roulement du personnel est bas et que le moral semble élevé.

Relations avec les autres services de soins et de soutien du système : Comme nous l'avons décrit ci-dessus, les responsables du programme Seven Oaks se sont efforcés de mettre au point des mécanismes favorisant la participation active de tous les secteurs intéressés de la collectivité à l'élaboration et à la supervision du programme. En contrepartie, de nombreuses autres organisations de services ont demandé aux représentants du programme Seven Oaks de participer à diverses entreprises de planification et de consultation. Ces échanges ont donc ouvert la voie à la formation d'un réseau de services de soins de la santé mentale axé sur la cohésion et la collaboration dans la région de la capitale provinciale. Plusieurs personnes interrogées ont souligné que la démarche du programme Seven Oaks envers la planification, la collaboration et la réadaptation axée sur les usagers a servi d'inspiration et a contribué à modifier les interactions entre les services de soins de la santé mentale, et avec leurs clients.

Évaluation et suivi : Dès le départ, on a mis en place des mécanismes pour assurer le suivi et l'évaluation de toutes les opérations du programme Seven Oaks, dont un système d'information informatisé et un processus continu d'évaluation axé sur les usagers. Les méthodes d'évaluation utilisées jusqu'à maintenant manquent de sensibilité pour déceler les petites améliorations de l'état clinique et des aptitudes de fonctionnement des usagers au moment où elles se produisent. Conséquemment, le personnel a élaboré des mesures de résultats individualisées. Toutefois, la surveillance systématique des comportements agressifs, des agressions et des fugues a permis de mesurer des réductions plus que considérables de ces indicateurs importants.

En 1994, une équipe de spécialistes en soins infirmiers venus de l'Hôpital Riverview a mené un examen des pratiques de gestion de cas et de réadaptation psychosociale du programme Seven Oaks du point de vue des usagers et du personnel. Dans l'ensemble, les conclusions de l'équipe ont été positives, et les membres de l'équipe ont avancé plusieurs recommandations constructives qui ont depuis été mises en œuvre. La société de réadaptation de la Colombie-Britannique et l'Université de Victoria procèdent actuellement à une évaluation plus rigoureuse du programme Seven Oaks en se

fondant sur des indicateurs de résultats touchant les usagers et le personnel. On devrait en connaître les résultats d'ici quelques mois.

Le programme Seven Oaks est inscrit à la base de données interactive du système de soins de la santé mentale de la région de la capitale qui permet aux prestataires de soins psychiatriques de dix centres participants d'obtenir rapidement les renseignements essentiels sur les usagers. Ce système sera tout particulièrement utile pour assurer le suivi systématique des usagers à long terme.

Concordance avec les meilleures pratiques

Démonstration de la faisabilité des soins tertiaires en milieu communautaire : Le programme Seven Oaks fonctionne maintenant depuis près de trois ans. Il accueille un groupe d'usagers très perturbés et difficiles à soigner qui souffrent de troubles mentaux graves et qui ont passé la majeure partie de leur vie adulte dans des établissements psychiatriques. Au cours de cette période, un seul patient n'a pu être soigné au programme Seven Oaks et a dû être renvoyé à l'Hôpital Riverview.

La documentation scientifique ne révèle que peu d'information sur les économies réalisées par la prestation de soins tertiaires en milieu communautaire dans des petits établissements autonomes. Le programme Seven Oaks a démontré qu'il était possible d'offrir des soins de haute qualité à douze usagers à moins de 350 \$ par usager par jour en utilisant deux pavillons de six lits, situés en banlieue. Les données recueillies à ce jour font état d'un haut taux de satisfaction de la part des résidants, des familles et du personnel. Les principes de réadaptation psychosociale sont appliqués efficacement, et les résidants s'adaptent bien à ce nouveau milieu de vie. Bien que le personnel soit affecté à un pavillon en particulier, les deux pavillons sont suffisamment rapprochés pour que le personnel de l'un puisse prêter main-forte à l'autre en cas de nécessité. Des systèmes de sécurité informatisés, jugés essentiels, sont également en place.

Participation de la collectivité : Le personnel du programme Seven Oaks et d'autres intéressés estiment que le succès du programme dépend de la participation active des divers organismes de la collectivité avoisinante. Étant donné la nature des maladies mentales dont souffrent les résidants du programme Seven Oaks, il arrive que certains d'entre eux doivent être rapidement admis à un établissement psychiatrique de Victoria pour un séjour de courte durée. Parfois, on doit faire appel aux services des policiers. La participation active de toutes les personnes intéressées à la planification et à la supervision du programme est inestimable, car elle a créé une atmosphère de confiance et de coopération mutuelles. De plus, le personnel du programme Seven Oaks travaille activement avec les résidants pour tenter de les intégrer au maximum à la collectivité. Les résidants participent régulièrement à des activités sociales, récréatives ou de réadaptation communautaire, et on les encourage à utiliser les transports en commun dans la mesure du possible.

Application des principes de la réadaptation psychosociale et de la gestion de cas : Au programme Seven Oaks, la planification et la mise en œuvre des activités de réadaptation constituent un processus très actif et interactif. Les usagers et leurs familles participent pleinement à l'élaboration et à la mise en œuvre des pratiques et politiques de l'ensemble du programme, dont la façon de traiter les cas d'agression, les comportements sexuels, le partage des tâches ménagères et les règles de vie.

Les étapes clés de l'évolution du programme et de son fonctionnement continu

Le fait que le programme Seven Oaks démontre clairement la faisabilité de la prestation décentralisée des soins tertiaires semble lui assurer le financement dans l'avenir immédiat. Toutefois, les politiques et pratiques continuent d'évoluer. Par exemple, on commence à transférer des résidents du programme Seven Oaks vers des milieux de vie plus autonomes. Le personnel a entamé l'élaboration de programmes de soutien transitionnels et de suivi. Les responsables des cas poursuivent leur travail auprès de leurs clients après leur départ et ils font des visites à leur domicile jusqu'au moment où les services de soutien communautaires ont établi des liens étroits avec ces usagers. On invite les anciens clients à revenir au programme Seven Oaks pour une visite. Les responsables du programme Seven Oaks dressent actuellement les plans de nouvelles installations disposant de quelques chambres qui serviraient d'appartements individuels de transition pour les usagers qui s'apprêtent à quitter le programme Seven Oaks pour vivre en collectivité; d'hébergement temporaire pour les anciens résidents qui pourraient avoir besoin de logements plus sécuritaires ou de plus de soutien pendant une période donnée; d'hébergement pour les membres des familles qui se préparent à fournir des services de soutien en collectivité et qui pourront être ainsi près de leurs proches pendant qu'ils reçoivent une formation préalable.

Diffusion des résultats

Les succès remportés par le programme Seven Oaks sont connus partout en Colombie-Britannique. Conséquemment, au moins trois autres régions élaborent présentement des plans de soins tertiaires fondés sur ce modèle, incluant les pratiques et principes de réadaptation psychosociale. Chaque programme sera adapté aux exigences particulières de chaque collectivité. Par exemple, la région du Nord-Ouest (caractérisée par sa grande étendue géographique représentant près d'un tiers de la province et par sa population parsemée) élabore un programme connu sous le nom des Seven Sisters. Puisque plus d'un tiers de sa population est originaire des neuf Premières nations de la région, le programme comportera un important engagement envers une démarche holistique sensible aux questions culturelles pour répondre aux besoins en santé mentale de son groupe cible, ainsi qu'une infrastructure physique sensible aux valeurs et à la culture des Premières nations.

Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a encouragé le gestionnaire du programme Seven Oaks et d'autres membres du personnel à participer activement à la planification des programmes des autres régions. Leur expérience pratique s'est déjà montrée très utile à d'autres et les a aidés à éviter les pièges et à imiter les succès. De plus, leur valeur en tant que modèle ne saurait être surestimée. Le modèle de programme et la philosophie du programme Seven Oaks semblent avoir déjà eu une influence sur la façon dont sont exécutés les services de soins de la santé mentale dans de nombreuses collectivités. D'après les personnes interrogées, les prestataires de services ont maintenant une vision différente de leurs programmes et de leur clientèle, et comprennent mieux l'importance des choix individuels dans les résultats de la réadaptation. La région de la capitale provinciale a maintenant officiellement adopté une démarche de réadaptation psychosociale pour l'ensemble de ses services de soins de la santé mentale. La province a récemment publié un manuel de réadaptation fortement axé sur les usagers et fondé sur les principes de la réadaptation psychosociale.

Facteurs de succès

En plus des facteurs précédemment mentionnés, le succès du programme Seven Oaks est en partie attribuable aux personnalités, aux compétences et à l'expérience de son directeur général, du gestionnaire du programme et du directeur de la clinique. Ces personnes sont profondément déterminées à accomplir la mission du programme Seven Oaks, en particulier en ce qui a trait à sa philosophie, à ses pratiques et à ses principes de réadaptation psychosociale dans le traitement des usagers souffrant de troubles mentaux graves ou persistants. Autre observation d'importance, ils ont tous une compréhension claire et exhaustive de ces éléments et sont habiles à les mettre en œuvre. Ce sont tous des cliniciens d'expérience qui ont travaillé de longues années auprès d'usagers du groupe cible tant en milieu communautaire qu'en établissement psychiatrique.

Sur le plan des relations personnelles, les trois directeurs s'entendent bien. Ce sont des personnes mûres qui apprécient à sa juste valeur le risque que comportent le lancement et le fonctionnement d'un projet comme celui de Seven Oaks. Ils ont une démarche axée sur le « gros bon sens » dans l'exécution du programme, la supervision des soins prodigués aux usagers et la supervision du personnel.

Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et la BC Mental Health Society ont aussi endossé leur part du risque en commanditant ce projet de démonstration. Ce projet s'adresse à des usagers aux prises avec des troubles mentaux graves et complexes pour lesquels les ressources des niveaux primaire et secondaire du système de soins n'ont pas suffi. Beaucoup de ces usagers ont des comportements agressifs, extravertis et suicidaires et ont tendance à faire des fugues. Ils exigent un haut degré de gestion, de sécurité, de connaissances, de savoir-faire et de ressources. Le programme Seven Oaks démontre qu'un programme de taille modeste en milieu communautaire peut soigner les membres de ce groupe cible. Toutefois, l'adoption de ce modèle de soins implique nécessairement l'acceptation du risque plus élevé d'un événement fâcheux. Conséquemment, la sélection du personnel et des gestionnaires, et l'allocation de fonds suffisants au fonctionnement efficace de tels programmes constituent des éléments clés de leur succès à l'avenir.

Personne-ressource :	Tom Newton, Gestionnaire du programme Programme Seven Oaks Téléphone : (250) 658-0784 Télécopieur : (250) 658-0786
-----------------------------	---

3. L'Initiative d'élaboration de programmes pour les consommateurs et survivants; Ministère de la Santé de l'Ontario

Introduction

Ce programme provincial sur les initiatives des consommateurs et survivants a débuté par l'allocation de nouveaux fonds pour une durée limitée. Le programme a dû relever les défis d'une évolution rapide et bénéficie maintenant d'une base de ressources stables et de programmes bien établis.

Historique et objectif

Les années 80 furent caractérisées par un changement dans l'importance accordée aux capacités et au potentiel des consommateurs dans l'organisation, la prestation et l'utilisation des services de soutien communautaires. De plus en plus, les gouvernements financèrent directement les organisations de consommateurs afin de les aider à défendre leurs droits et à assurer leur développement économique et leurs soins autonomes indépendamment des organismes et du personnel professionnels. Cette stratégie était fondée sur la conviction que les services traditionnels ne constituaient qu'une démarche parmi d'autres pour aider les consommateurs et que les autres méthodes, comme les soins autonomes et les soins mutuels, étaient également valides et méritaient d'être appuyées (Trainor et coll., document joint).

Au cours des années 80, le gouvernement ontarien versa de petites sommes à cette fin à divers groupes de consommateurs, de manière plutôt aléatoire. Un certain nombre de rapports de politiques, publiés durant cette décennie, prônaient un engagement plus clair, plus concret et plus systématique envers les initiatives des consommateurs. Parmi ces rapports, le Rapport Graham (1988) concluait que les soins autonomes et le soutien aux familles devaient être des fonctions prioritaires d'un système de soins de la santé mentale réformé tandis que le rapport *La priorité, ce sont les gens* (1993) préconisait la réaffectation du financement vers les consommateurs et survivants et leurs familles pour aider à l'élaboration de solutions de remplacement aux services traditionnels de soins de la santé mentale.

En 1991, les initiatives des consommateurs et survivants bénéficièrent d'une forte augmentation de financement en Ontario. Dans le cadre d'une importante stratégie de politique et de financement, le ministère de la Santé de l'Ontario alloua près de 3,5 millions de dollars provenant du budget du Programme anti-récession à l'Initiative d'élaboration de programmes pour les consommateurs et les survivants (IEPCS), qui, à son tour, finançait de nombreuses organisations de consommateurs et survivants ainsi qu'une équipe centrale de soutien et de suivi². L'objectif immédiat de l'Initiative était de diminuer le chômage chez les consommateurs. Toutefois, après un an de fonctionnement, le ministère de la Santé obtint un financement assuré de la part du Conseil du Trésor ontarien, et la portée de l'Initiative fut étendue pour comprendre également le développement des organismes de consommateurs et le perfectionnement de leurs capacités.

L'Initiative d'élaboration de programmes pour les consommateurs et les survivants adopta l'énoncé de mission suivant :

- appuyer le développement d'organisations et de projets dirigés par des consommateurs et des survivants dans l'ensemble de la province;
- appuyer ces organisations en utilisant les compétences et les capacités des personnes qui ont eu recours au système de soins de la santé mentale.

À cette fin, les organisations de consommateurs et survivants se définissaient comme toute organisation qui était exploitée, dirigée et pourvue en personnel par des personnes ayant utilisé les services de soins de la santé mentale, la seule restriction étant que l'organisation ne pouvait être prestataire de services directs.

Démarche et résultats espérés

L'Initiative d'élaboration de programmes pour les consommateurs et les survivants avait pour but de favoriser l'établissement et le développement d'un groupe d'organisations dirigées par des consommateurs qui fonctionnerait grâce aux compétences et aux talents de leurs membres. Dans le cadre de ces projets, les consommateurs combleraient leurs besoins et auraient l'occasion de faire connaître leur point de vue au sujet des changements et améliorations à apporter au système de soins de la santé mentale. Le raisonnement à la base de cette démarche était que, si on leur fournissait les outils, les consommateurs et survivants pourraient jouer un rôle important en devenant plus autosuffisants et en aidant à rehausser l'efficacité et la reddition des comptes des services de soins et de soutien de la santé mentale. Les consommateurs et survivants auraient l'occasion d'aborder les enjeux de la santé mentale qui les touchent d'une nouvelle façon.

2 Les patients et survivants se définissent comme des personnes qui souffrent d'un problème de santé mentale ou des personnes qui ont utilisé des services ou programmes de soins de la santé mentale.

La défense des droits des consommateurs et survivants, et des soins autonomes ne constituent pas une nouvelle démarche comme en témoigne l'*Examen de la documentation* (Santé Canada, 1996). La plupart des articles publiés sur ces groupes sont de nature descriptive ou anecdotique. Les résultats attendus de la participation à ces organisations dirigées par des consommateurs et survivants sont fondés sur ces documents, et un nombre modeste, quoique croissant, d'évaluations contrôlées. Comme nous l'avons mentionné au chapitre 5 de l'*Examen de la documentation*, les avantages espérés de cette participation sont fort divers et comprennent une réduction des hospitalisations et autres utilisations de services, une augmentation des connaissances, une meilleure confiance et estime de soi, de meilleurs réseaux sociaux et de soutien, plus d'aptitudes à l'emploi et moins de chômage, et une défense des droits mieux organisée.

Mise en œuvre

Étape initiale

L'Initiative d'élaboration de programmes pour les consommateurs et les survivants comprenait une équipe centrale formée d'un coordonnateur (détaché d'un autre secteur des soins de la santé mentale), un adjoint administratif, un expert-conseil externe et trois agents de projets. Trois membres de l'équipe avaient fait l'expérience du système de soins de la santé mentale.

L'équipe fit parvenir un appel de propositions à quelque 600 personnes- ressources des programmes communautaires de santé mentale, de programmes de traitement de la toxicomanie et d'organisations de consommateurs et survivants de l'Ontario. Bien que le délai accordé pour faire une demande de fonds ait été assez court, l'équipe reçut plus de 250 demandes. Les demandes furent examinées dans le cadre d'un processus exhaustif mis au point par l'équipe et le personnel du Ministère. L'examen était fondé sur les lignes directrices suivantes :

- **Authenticité** : Les projets financés devaient correspondre à l'une ou à plusieurs des catégories suivantes : promotion de l'emploi à long terme; établissement et développement des regroupements communautaires de consommateurs et survivants; stratégies de création d'emplois pour les consommateurs et survivants.
- **Distribution géographique** : Le financement devait être réparti dans l'ensemble de la province.
- **Nombre et qualité des emplois créés** : Les projets devaient favoriser la création directe d'emplois pour les consommateurs et survivants.

- **Viabilité en un an** : Les projets devaient être viables en un an, et les fonds ne seraient accordés que pour un an.
- **Ratio création d'emplois et coût en capital** : Pour maximiser la proportion des fonds servant à la création d'emplois, les projets aux dépenses d'exploitation ou aux dépenses en capital élevées ont été exclus.

En juin 1991, 42 projets avaient été choisis de part et d'autre en Ontario, dont deux projets de réseaux provinciaux de groupes de défense de droits et de soins autonomes.

Au cours des mois qui ont suivi, l'équipe a travaillé avec les initiateurs de projets pour élaborer un ensemble simple de lignes directrices opérationnelles pour clarifier les résultats attendus des projets et les différences qui les distinguaient des autres programmes de santé mentale traditionnels. Ils se sont entendus sur les éléments clés suivants :

- **Modèle de service non traditionnel** : On attendait des organisations qu'elles aient recours à un modèle de soutien où les consommateurs conservent la maîtrise en déterminant eux-mêmes les problèmes et en élaborant des solutions tirées de leurs aptitudes, de leur savoir-faire et de leur capacité collective, en se formant une opinion quant à la façon de répondre à leurs besoins. Les modèles de service traditionnels comportant des prestataires (en qualité d'experts) et des patients ou usagers (en tant que bénéficiaires) n'étaient pas admissibles. Cette restriction reflétait le désir d'explorer le potentiel des modèles non conventionnels et non l'opinion que les consommateurs et survivants ne devraient pas avoir un rôle dans la prestation de services.
- **Indépendance des projets** : Au départ, on autorisait les organisations à utiliser pour leur projet des fonds leur provenant d'agences commanditaires et de recourir à des experts-conseils, mais on les encouragea à se diriger vers des équipes entièrement constituées de consommateurs et survivants formés à cette fin.
- **Structures démocratiques** : Les projets devaient avoir une structure hiérarchique (par exemple, un conseil d'administration ou un conseil de direction) formée de consommateurs et survivants élus démocratiquement par les membres. Les projets devaient avoir un groupe de membres actifs et organiser des rencontres régulières avec les membres afin de rehausser leur participation au processus de planification et de décision.
- **Inclusion** : Les organisations devaient, dans tous les aspects de leur fonctionnement, encourager activement les collectivités francophones à participer au projet, tout comme les nombreuses communautés culturelles et raciales de l'Ontario.

Les années de développement (à partir de 1991)

Comme les projets devaient être conçus et financés dans un laps de temps assez limité, les organisations ont dû surmonter plusieurs défis dans leur développement. Elles ont eu besoin d'aide pour se conformer aux lignes directrices opérationnelles de l'Initiative et pour développer leurs capacités en matière d'organisation, de gestion et d'administration des affaires. Les responsables de projets devaient clarifier leurs politiques touchant l'embauche et les responsabilités de leur conseil d'administration. Ceux qui avaient au départ un commanditaire devaient élaborer et mettre en place un plan pour assurer leur indépendance. Certaines organisations ont dû résoudre leur ambivalence au sujet de leur responsabilité envers leur bailleur de fonds, le ministère de la Santé de l'Ontario (MSO).

L'équipe centrale de l'Initiative devait à l'origine aider les organisations à résoudre les problèmes d'établissement des projets. Étant donné que cette équipe faisait aussi des recommandations au sujet du financement, de nombreuses organisations hésitaient à révéler leurs problèmes ou faiblesses. Les organisations ont aussi éprouvé des difficultés à recruter des personnes possédant le savoir-faire nécessaire à l'exécution de certains programmes. Malgré leurs efforts pour recruter de nouveaux talents, les organisations n'arrivaient pas toujours à trouver des consommateurs et survivants qualifiés au sein de l'Initiative et de l'ensemble du système de soins de la santé. Cette situation a eu pour résultat d'alourdir les responsabilités de certains consommateurs et survivants qualifiés, et certains d'entre eux ont souffert de surmenage.

Malgré ces défis, la plupart des organisations ont élaboré des infrastructures solides et acquis les aptitudes nécessaires pour exploiter leurs programmes. De celles qui ont cessé leurs opérations, la plupart avaient simplement atteint leur conclusion naturelle tandis que quelques-unes avaient eu des difficultés à remplir leur mandat ou à respecter les exigences de reddition des comptes. La composition de l'équipe de l'Initiative a évolué et, depuis 1994, est formée exclusivement de consommateurs et survivants. À l'heure actuelle, 36 programmes ou projets continuent de fonctionner.

La situation actuelle

En 1994, l'Initiative d'élaboration de programmes pour les consommateurs et les survivants a reçu le statut de programme permanent avec un budget annuel de près de 4 millions de dollars. En 1995-1996, l'Initiative était renommée Initiative des consommateurs et des survivants, et l'équipe conservait son nom original. Les relations entre les responsables des projets, l'équipe et le ministère de la Santé ont été clarifiées. Les responsables de chacun des 36 projets et l'équipe doivent rendre compte à un agent de projet du Ministère qui est responsable des questions opérationnelles et financières. L'équipe fournit une aide continue aux projets en matière de développement des capacités, clarification des politiques et rayonnement. On envisage d'élargir le mandat de l'équipe afin qu'elle puisse appuyer les projets des consommateurs et de leurs familles à l'extérieur du cadre actuel de l'Initiative.

Les organisations suivies par l'Initiative travaillent dans les domaines suivants :

- établissement et maintien de groupes d'entraide et de soutien aux pairs;
- établissement et exploitation de petites entreprises communautaires;
- activités d'éducation, de sensibilisation et de formation du public et des professionnels de la santé mentale;
- activités de pression pour obtenir de meilleurs services et soins de la santé mentale;
- occasions d'amélioration des connaissances et de développement des capacités.

Parmi les 36 projets ayant reçu du financement, six sont des entreprises coopératives (dont un service de messagerie, une entreprise de conciergerie commerciale et un service de traiteur); deux projets sont d'envergure provinciale : un conseil sur le commerce, qui soutient les six entreprises et un regroupement provincial, l'Association des dépressifs et maniaco-dépressifs de l'Ontario, qui appuie 30 sections locales et qui a comme particularité d'être axée sur le diagnostic et de compter parmi ses membres des consommateurs, des survivants et des membres de leurs familles. Chacun des 36 projets compte en moyenne 90 membres. Le financement varie de 22 000 \$ à 225 000 \$, et la moyenne s'établit à 97 222 \$ annuellement par projet. Les salaires des quelque 80 à 85 équivalents temps plein sont tirés des fonds de projets de l'Initiative, et ces postes offrent de l'emploi à près de 170 consommateurs travaillant à temps plein ou à temps partiel.

Au début, seule la moitié des projets constituaient des organisations indépendantes alors que maintenant, la majorité sont constitués en société, et les autres y travaillent. Toutes les organisations sont dirigées par une structure formée exclusivement ou majoritairement de consommateurs et survivants, et tous les employés le sont également.

Exemples de projet :

Le Waterloo Region Self-Help (WRSH) : Ce projet d'aide autonome, lancé par trois hommes déterminés, est devenu une organisation florissante d'aide autonome forte de près de 120 membres. Elle emploie deux personnes à temps plein. Le WRSH a élargi son mandat d'aide autonome initial au fur et à mesure qu'on notait de nouveaux intérêts chez les membres. En plus d'organiser des réunions mensuelles pour ses membres, le WRSH appuie un réseau de groupes d'aide autonome et offre de nombreuses activités sociales et récréatives. Un comité de défense des droits, formé de membres du WRSH et de représentants de la collectivité, travaille activement à résoudre le problème des obstacles législatifs et communautaires que doivent franchir les personnes souffrant de maladie mentale. Un collectif d'artisanat a été récemment mis sur pied, et le WRSH a obtenu des sommes du Fonds pour les initiatives communautaires pour explorer d'autres possibilités de développement économique. Le WRSH est bien connu à Waterloo, et ses membres participent à d'autres programmes communautaires (par exemple, certains ont été embauchés pour faire de la recherche au Centre for Research and Education in Human Services à Kitchener).

Quick Bite Catering and Take-Out : Ce projet de développement économique, à l'origine un programme d'emploi de l'Association canadienne pour la santé mentale à Brantford, a reçu des fonds de l'Initiative pour prendre de l'expansion. Après deux ans, ce service de traiteur était légalement constitué en société avec un conseil d'administration indépendant et du personnel. Le service emploie une modeste équipe de gestion, et 24 serveurs qui travaillent environ un jour par semaine. Tout le personnel est formé de consommateurs et survivants. Le service de traiteur Quick Bite offre des repas maison, sains et nourrissants, aux clients du restaurant en matinée et à midi. Quick Bite offre ses services de traiteur à une soixantaine de clients réguliers dont l'Hôtel de ville, la Cour et le Conseil régional de santé. Récemment, les membres ont voté en faveur de la modification du mandat du projet pour inclure des volets de soutien aux pairs, d'éducation du public et de promotion de la santé. En 1995, l'organisme élisait son premier conseil d'administration formé exclusivement de consommateurs et de survivants.

Concordance avec les meilleures pratiques

Conformément aux meilleures pratiques définies pour les initiatives de consommateurs à l'*Examen de la documentation*, l'Initiative d'élaboration de programmes pour les consommateurs et les survivants a financé des projets dirigés par des consommateurs et survivants touchant une foule d'activités autres que des services et a permis d'augmenter la capacité des consommateurs à fonctionner indépendamment des organismes de services et des professionnels de la santé. À titre de stratégie systémique, l'IEPCS représente un engagement de la part du ministère de la Santé de l'Ontario à appliquer les politiques inspirées des meilleures pratiques. Ces politiques visent une plus grande participation des consommateurs et l'élaboration de paradigmes de soutien autres que des services directs, conçus et mis en œuvre par les consommateurs et survivants. L'octroi de ressources à l'IEPCS est conforme aux objectifs de rééquilibrage du système de financement, car il affecte des fonds au secteur non traditionnel et utilise les leviers fiscaux pour s'assurer que les programmes se conforment au modèle non axé sur les services favorisé par l'Initiative.

Évaluation

Plusieurs sources d'information se sont révélées utiles dans l'évaluation du fonctionnement et de l'incidence des organisations financées dans le cadre de l'Initiative d'élaboration de programmes pour les consommateurs et survivants. L'équipe de l'IEPCS a effectué des examens annuels détaillés des projets qu'elle finançait. De plus, on a mené deux études d'évaluation. La première portant sur l'incidence de l'adhésion à un projet de l'IEPCS sur l'utilisation des services de soins de la santé mentale. On a demandé à des consommateurs et à des survivants provenant d'un échantillon représentatif de quatorze projets d'établir la liste des services de soins de la santé mentale qu'ils ont utilisés pendant les périodes équivalentes précédant et suivant leur adhésion au projet. Les résultats de cette étude montrent que le recours aux services a chuté dans toutes les catégories, les plus importantes baisses enregistrées étant dans les hospitalisations (une baisse moyenne de 48 à 4 jours

par personne annuellement) et le recours aux services en clinique externe et aux services d'intervention en cas de crise.

La deuxième étude, d'une plus grande envergure, portait sur une foule d'enjeux, dont l'incidence de l'adhésion à un projet de l'IEPCS sur la qualité de vie et l'importance relative qu'attachaient les consommateurs et survivants aux divers éléments du système de soins de la santé mentale. Un comité d'orientation formé de dix consommateurs et survivants et de deux experts-conseils a établi les méthodes, tant quantitatives que qualitatives, de l'étude et de sa mise en œuvre. Tous les membres actifs ont reçu un questionnaire, et on a formé des groupes d'étude avec des participants de quelques projets cibles. Parmi les constatations de cette étude, on a noté que la participation des organisations de consommateurs et survivants à un projet avait rehaussé leurs aptitudes sociales et leur estime de soi, ce qui avait mené à plus d'interactions avec la collectivité et les personnes de leur entourage. De plus, les participants avaient davantage confiance en eux, se sentaient plus maîtres d'eux et supportaient mieux leur situation. Les personnes interrogées ont souligné que l'aide apportée par les autres consommateurs et survivants leur était plus utile que celle de tout autre groupe professionnel traitant des questions de soins de la santé mentale.

Facteurs de succès et défis

L'Initiative d'élaboration de programmes pour les consommateurs et survivants a obtenu du succès en créant des emplois pour les consommateurs et survivants, un bassin de consommateurs qualifiés qui ont joué divers rôles au sein du système et une voie de communication pour ces derniers. Le ministère de la Santé de l'Ontario a soigneusement élaboré une structure pour l'IEPCS qui établit la forme mais non le contenu. Conséquemment, les projets peuvent, par exemple, défendre les droits des consommateurs et survivants et mener d'autres activités qui menacent le *statu quo*. L'IEPCS aide à modifier la façon de penser au sujet des capacités des consommateurs et survivants et à trouver différentes façons de les appuyer pour répondre à leurs besoins. Le succès de l'IEPCS a été récemment confirmé par l'engagement explicite du ministère de la Santé de l'Ontario d'en poursuivre le financement (en réaffectant une partie de l'argent destiné au Fonds pour les initiatives communautaires vers le secteur des consommateurs et de leurs familles).

Depuis son établissement en 1991, l'IEPCS a dû relever de nombreux défis. Les paramètres initiaux de financement (c'est-à-dire, une importante somme d'argent versée pour une courte période de temps) signifiaient que le lancement de projets devait être très ambitieux. C'est pourquoi 42 projets ont été démarrés concurremment. Conséquemment, l'équipe de l'IEPCS et les initiateurs de projets ont dû apprendre beaucoup et vite! Une mise en œuvre plus graduelle aurait pu comprendre des projets-pilotes ou le versement de fonds de démarrage, particulièrement pour les projets d'affaires pour lesquels les études de marché et l'élaboration de plans d'affaires constituent des étapes préliminaires importantes. Nous avons déjà mentionné les défis d'établissement qu'ont dû relever les responsables de projets, dont le développement des aptitudes de leurs membres, le rythme de l'évolution vers l'autonomie et la clarification des responsabilités de l'équipe et du ministère de la Santé, particulièrement au chapitre de la séparation des rôles de financement et de soutien.

L'accent initial sur l'indépendance des projets a accéléré le développement des aptitudes des membres, mais a créé passablement de stress au début des projets. On étudie maintenant la possibilité de recourir à des conseils d'administration mixte ou à des conseils d'administration formés de membres, mais assistés d'un comité consultatif externe afin de faciliter l'accès au savoir-faire, de recruter de nouveaux talents et de minimiser le risque de surmenage des membres. La participation récente des conseils régionaux de santé à la gestion des appels de propositions pour les projets de l'IEPCS a aidé à consolider la position des initiatives de consommateurs et survivants au sein du système de soins de la santé mentale. On se penche aussi sur l'amélioration de l'administration des projets, par exemple en clarifiant le rôle respectif de l'équipe et du ministère de la Santé. On discute également de la possibilité de regrouper certains conseils d'administration pour réduire le surmenage des membres et rationaliser l'administration des projets.

Personne-ressource :	Marnie Shepherd, Coordonnatrice Téléphone : (416) 484-8785 Télécopieur : (416) 484-4617
-----------------------------	--

4. Le programme Connections Clubhouse Halifax (Nouvelle-Écosse)

Introduction

Les éléments des meilleures pratiques peuvent être combinés au sein d'agences de services polyvalents. Le modèle de club est bien connu en raison de l'accent qu'il place sur la réadaptation à l'emploi, mais comme la description de projet ci-dessous le montre clairement, le modèle peut intégrer avec succès une gamme de types d'interventions. Une philosophie bien précise de participation au programme établit le fondement de la prestation de tous les services. Conformément à cette philosophie, la description suivante est fondée sur les discussions entre les membres et le personnel du projet et elle a, dans une large part, été préparée par eux.

Type de services et services de soutien

Le projet Connections Clubhouse (le Club) constitue un programme de réadaptation psychosociale communautaire global et entièrement intégré. Le Club intègre les valeurs et les principes du mouvement en faveur des clubs de son genre comme le décrit le modèle de réadaptation psychosociale de Fountain House (Beard et coll., 1982), et suit les lignes directrices des normes sur les programmes de clubs du International Movement for Clubhouse Development (1996). Le Club constitue un programme spécialisé de santé mentale financé et doté en personnel en raison de son affiliation au Queen Elizabeth II Health Science Centre (QEII HSC).

À titre de programme global, le Club offre plusieurs services de base décrits dans l'examen des meilleures pratiques. Cette description met l'accent sur les services de traitement, de logement et d'emploi. Les éléments de gestion de cas, d'intervention en cas de crise et de soutien à l'éducation sont aussi décrits, mais sont moins détaillés.

Description du programme

Organisation et structure : Le Club reçoit du financement et du soutien organisationnel stables de la part du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, par l'entremise du QEII HSC. Les Services de santé mentale du Ministère appuient également la mise en œuvre d'un programme de soutien communautaire et de logement par des clubs.

Les employés du Club sont des professionnels ou paraprofessionnels du QEII HSC. Toutefois, le personnel a été sélectionné en fonction de son aptitude à intégrer et à mettre en application les principes et convictions de la philosophie des clubs, en complément des aptitudes professionnelles

propres à leur discipline. Les compétences propres à leur discipline, si elles étaient mises en application sans égard à la philosophie du Club, seraient nuisibles au programme et à ses membres.

Population cible : Le Club accepte des personnes qui souffrent des effets de maladies mentales à long terme (schizophrénie, troubles thymiques et autres troubles reconnus). L'adhésion est volontaire et ouverte aux personnes âgées de plus de dix-huit ans.

Le Club offre à ses nouveaux membres une semaine d'orientation afin de les aider à se familiariser avec la philosophie et les facettes de la vie au Club. Le personnel et les autres membres participent à ce processus d'orientation.

Le Club compte actuellement 165 membres actifs, répartis ainsi :

- 95 souffrant de schizophrénie (58 p. 100);
- 43 souffrant de troubles thymiques (26 p. 100);
- 27 souffrant d'autres troubles mentaux reconnus (16 p. 100).

Méthodes de prestation des services et éléments fonctionnels : Conformément à la philosophie des clubs, le Connections Clubhouse est situé au centre-ville de Halifax à proximité des écoles, des universités, des entreprises, des commerces, des divertissements et de toutes les activités et installations qui sont propres à une collectivité dynamique, productive créative et intégrée. L'édifice du Club appartient au QEII HSC, qui en assure l'entretien.

Le Club a emménagé dans ses nouveaux locaux en 1994 afin de mieux servir le nombre croissant de ses membres actifs, qui sont passés de 40 en 1989 à 165 en 1996. Le nombre de visites des membres au Club a quadruplé, passant de 3 037 en 1989 à 13 776 en 1996.

Le Club est ouvert de 8 h 30 à 20 h 30 du lundi au vendredi, et de 13 h à 17 h le samedi. Les membres ont l'occasion de participer à la vie du Club d'une foule de façons.

Unités de travail

Le Club est organisé en fonction des principes d'une journée de travail. Les membres peuvent œuvrer au sein de l'unité de travail des services alimentaires, de la recherche et de l'administration, ou de l'entretien. Le travail effectué au sein du Club, qui est nécessaire à son bon fonctionnement, est assuré par les membres et le personnel qui travaillent ensemble dans un milieu inclusif de soutien mutuel.

Le modèle de travail collectif aide à former des relations de confiance, à la fois sincères, significatives et dynamiques, et facilite le développement de la confiance et du sentiment d'appartenance. En participant activement au travail et à la vie du Club, les membres apprennent ou réapprennent des rôles et des responsabilités, et découvrent ou redécouvrent une myriade de talents et

d'aptitudes qui leur sont bénéfiques et dont bénéficient les autres membres, leur unité de travail et le Club en entier. Les unités de travail fonctionnent de 9 h 15 à 16 h, du lundi au vendredi.

Programmes sociaux et récréatifs en soirée et en fin de semaine

Les programmes sociaux et récréatifs en soirée et en fin de semaine rehaussent le sentiment d'appartenance au Club et permettent aux membres d'élargir leur réseau social et de développer leurs talents, de cultiver leurs passe-temps et leurs intérêts au-delà des confins de la journée de travail. Les programmes facilitent la participation à des activités communautaires à l'extérieur du Club et multiplient les occasions d'interactions sociales tant au Club qu'à l'extérieur. Les membres peuvent se joindre au Club pour participer principalement aux programmes offerts en soirée et en fin de semaine. De plus, ils participent activement à la sélection, à la planification et à l'établissement de l'horaire des activités sociales et récréatives.

Réunions au sujet des politiques

Les réunions hebdomadaires au sujet des politiques sont de première importance au Club. Les membres et le personnel croient fermement que la prise en charge personnelle et collective débute par le partage du processus décisionnel. Conséquemment, tous participent aux débats sur les politiques et à l'élaboration des objectifs touchant les politiques, les structures, les normes, la philosophie, le développement futur, les stratégies de changement et les enjeux ayant trait à la vie quotidienne au Club. Le processus décisionnel fonctionne essentiellement par consensus.

Réunion du personnel et des membres

Ces réunions hebdomadaires ont pour but de donner l'occasion aux membres et au personnel de revoir et de perfectionner, sur une base continue, la mise en œuvre de la philosophie du Club dans la vie de tous les jours. Ces rencontres sont particulièrement utiles aux nouveaux membres et employés, qui doivent comprendre la philosophie du Club.

Comités, ateliers et autres programmes du Club

La participation active des membres s'étend à chaque comité, équipe et structure organisationnelle du Club. Des équipes, formées principalement de membres, sont responsables des tâches de téléphoniste-réceptionniste, de l'exploitation quotidienne du Café et du magasin de vêtements Second Impressions. Le Club comporte plusieurs comités, formés de membres et employés, et leurs activités touchent la recherche, les visites guidées, la formation des collègues, la liaison et le bulletin *Connexion*, l'orientation des nouveaux membres, le bénévolat, l'artisanat, le programme d'emplois de transition, le personnel, l'embauche et le recrutement de bénévoles. Le Club offre des programmes et des ateliers d'éducation sur le bien-être, la forme physique et la gestion du

stress. Les activités éducatives constituent pour les membres des occasions d'apprendre, mais aussi d'enseigner.

Le Programme d'emplois de transition

Le Club offre une foule d'occasions d'emplois et de préemplois à ses membres. Ces occasions vont des emplois de bénévoles à des programmes d'emplois de transition vers du travail encadré. Le Club maintient également des liens très étroits avec les services d'emplois communautaires locaux qui aident ses membres à trouver un emploi seuls en leur offrant des services comme des clubs de recherche d'emplois, la rédaction de leur curriculum vitae et de l'aide financière pour poursuivre des études ou des cours en vue d'un emploi.

Le Programme d'emplois de transition est le programme qui permet aux membres de décrocher un emploi assuré à temps partiel, au sein de la collectivité. Le Programme, qui est offert à tous les membres, est le fruit d'une collaboration entre le Club et les employeurs locaux. Le personnel du Club apprend d'abord quelles sont les habiletés nécessaires à chaque poste, puis forme les membres du Club qui désirent participer au programme. Le personnel apporte son soutien au besoin. Les membres reçoivent un salaire de leur employeur. Les placements dans le cadre du Programme durent en moyenne six mois. Un membre peut choisir de participer à plusieurs emplois dans le cadre du Programme afin de rehausser son employabilité et sa confiance en lui ou choisir de poursuivre ses études ou trouver un emploi à long terme. Les membres participent à présent au travail de soutien.

Le Club a remporté de grands succès au cours de la dernière année dans l'édification de relations de travail étroites avec une foule d'entreprises locales. En 1996, 24 membres du Club ont travaillé au sein de neuf entreprises locales dans le cadre du Programme d'emplois de transition. Les salaires versés aux membres variaient de 5,25 \$ à 12 \$ l'heure.

Le Club a également mis sur pied un Programme de travail encadré, et plusieurs membres du Club sont passés des emplois du Programme d'emplois de transition à des emplois encadrés à long terme. Le travail encadré diffère des emplois de transition en ce sens que l'emploi appartient au membre sans limite de temps. Le Club n'offre pas de soutien continu comme c'est le cas pour les emplois de transition, mais fournit son soutien au membre et à son employeur. À la demande d'un membre, ce soutien peut comprendre de la formation, de la résolution de problèmes ou des contacts réguliers avec un membre du personnel du Programme d'emplois de transition.

Le Programme de logement

Le Club s'est doté d'un programme de logement proactif qui offre divers degrés de soutien ainsi qu'une gamme de logements communautaires, dont des logements autonomes, des logements supervisés et quelques logements avec accompagnement à temps plein. Le but du programme est d'aider les membres du Club à obtenir le logement qui leur convient le mieux, tel qu'ils le définissent eux-mêmes. Le personnel du Club a édifié une excellente relation de travail avec de nombreux

organismes de logements communautaires. Ces bonnes relations facilitent l'accès à diverses options de logement pour les membres, dont les foyers de groupe et les pensions accréditées, et permet au personnel d'éduquer et de soutenir les employés de ces organismes.

Le soutien au logement comprend des activités de défense des droits et la liaison avec les divers services sociaux, les propriétaires et les prestataires de services. De plus, le personnel prête son secours aux membres dans une foule de détails d'ordre pratique et fonctionnel de la vie domestique (faire un budget, organiser les activités domestiques, aider à l'aménagement, acheter des biens domestiques, entretenir la maison ou le logement durant les hospitalisations, aider au magasinage, au nettoyage et à la lessive, et les accompagner lors de rendez-vous et durant les périodes difficiles).

Le personnel du Club a édifié des alliances et des partenariats solides avec le personnel clé des ministères provinciaux des Services sociaux et de la Santé, ainsi que des organismes de services sociaux municipaux. Ces organismes et leur personnel ont travaillé en étroite collaboration avec le Club pour créer de nombreuses occasions de vivre en logement pour les membres du Club.

Les données sur les hospitalisations avant et après l'emménagement en logement des membres indiquent une réduction des services en clinique interne. Les éléments clés du succès du programme de logement, tels qu'ils sont définis par les membres et le personnel, sont les suivants :

- Les membres définissent eux-mêmes leurs besoins en matière de logement. La planification individualisée mène à une plus grande satisfaction envers le choix du logement, ainsi qu'à une stabilité et à une longévité accrues.
- Le choix de logements offerts aux membres n'est plus limité par les anciennes classifications de handicap. Les membres peuvent choisir l'option offrant la plus grande indépendance, s'ils le désirent. Ils ont également accès à diverses options et possibilités.
- Le Club compte suffisamment de membres pour que ceux-ci puissent trouver un colocataire qui leur convienne. Les membres en logement conservent des liens étroits avec le Club, où ils obtiennent le soutien ininterrompu des autres membres et du personnel (les membres organisent des soupers, des fêtes, invitent les membres et le personnel à prendre le thé, et organisent des soirées d'appréciation de la musique chez eux).
- L'ensemble de la communauté du Club s'efforce de faire de véritables chez-soi des résidences de tous les membres.

Les consultations médicales et psychiatriques

Un infirmier diplômé et un psychiatre à temps partiel (12 heures semaine) offrent aux membres et au personnel du Club de l'information médicale et psychiatrique, des consultations et la gestion des symptômes et des médicaments. Ces deux personnes participent également à temps partiel à l'une ou à l'autre des unités de travail du Club.

Un des éléments clés de la prestation de services est que les membres ont le droit de prendre des décisions au sujet de tous les aspects des services de soutien dont ils bénéficient. Les membres peuvent choisir où ils désirent recevoir un soutien psychiatrique. Le Club n'est qu'une des multiples options qui leur sont offertes.

Les avantages de ce service, tels qu'ils sont perçus par les membres et le personnel, sont les suivants :

- Les membres peuvent facilement obtenir un rendez-vous d'urgence;
- Les membres obtiennent des soins de santé complets grâce à l'intégration des services médicaux et psychiatriques;
- L'intégration des programmes du Club réduit la médicalisation des maladies : les membres obtiennent plus rapidement des soins d'urgence et d'autres services médicaux, puisqu'ils ont accès à des médicaments sur ordonnance et à l'hospitalisation, au besoin. Ils peuvent également bénéficier d'aide et d'évaluation à la maison, qu'il s'agisse d'une urgence ou d'une consultation.
- Les membres bénéficient de la continuité, du soutien, de la sécurité et de la commodité des services, car ils peuvent choisir entre les services médicaux offerts au Club et ceux offerts dans la collectivité.

Le personnel du Club : Le personnel du Club est choisi en fonction de ses compétences et habiletés personnelles et en particulier selon sa capacité à intégrer, à endosser et à appuyer inconditionnellement le modèle des clubs. Les clubs estiment que la capacité du personnel à créer une relation de réciprocité et de confiance mutuelle non fondée sur les rôles traditionnels est essentielle. On exige également ces valeurs et attributs de la part des étudiants qui font des stages au Club pour ce qui est de la discipline, de l'éducation et de la formation propres à la philosophie des clubs.

Les membres et le personnel du Club ont déterminé quels étaient les principaux facteurs de succès.

Principaux facteurs de succès

- **Expériences de vie diverses** : Les membres plus mûres du Club possèdent collectivement une somme impressionnante et éclectique d'expériences de vie professionnelles, politiques, spirituelles, philosophiques et sociales.
- **Formation spécialisée** : Le personnel du Club constitue une équipe pluridisciplinaire qui comprend des ergothérapeutes, des travailleurs sociaux, des psychologues, des infirmiers et des psychiatres. La formation professionnelle variée du personnel permet l'intégration d'une vaste gamme de pratiques.
- **Style personnel** : Le personnel comprend des personnes extraverties et introverties; orientées vers la tâche ou le processus; autoritaires et non autoritaires; possédant

l'expérience des hôpitaux ou des programmes communautaires; fonceuses ou plus effacées; souples ou non. Cette variété permet aux membres de choisir la personne parmi le personnel qui lui conviendra le mieux à tout moment donné.

- **Le personnel en tant que modèle** : Le personnel incarne les valeurs des soins autonomes, de la vie saine, de la compétence, de la confiance en soi, de la souplesse, de l'ouverture d'esprit, de la confiance et de l'espoir. Les membres du personnel sont perspicaces et connaissent bien leurs capacités et limites, et ont la capacité de rester en contact avec les autres (membres et membres du personnel) tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Club. Ils doivent également travailler en étroite collaboration avec les autres membres du personnel pour régler les problèmes.

Relations avec les autres services et services de soutien du système

Le Club maintient des relations avec un grand nombre d'organismes communautaires afin de permettre à ses membres d'avoir accès à une foule de possibilités à Halifax.

En raison de son affiliation avec le Queen Elizabeth II Health Science Centre, les membres bénéficient d'une foule de services offerts à l'hôpital dont les suivants :

- un accès facile aux programmes de traitement de l'hôpital;
- un accès facile au personnel de l'hôpital, qui peut se rendre au Club et contribuer aux programmes de bien-être, aux projets de recherche et autres;
- un accès facile à une foule de renseignements très récents sur tous les soins de la santé.

Le Club a instauré et développé de nombreux liens afin d'offrir un service d'urgence et d'intervention en cas de crise complet. Le personnel d'intervention en cas de crise a établi une bonne relation de travail avec des agents de police clés et il leur offre ses services pour ce qui est des questions de sécurité des membres, d'expérience, de conseil et de sensibilité aux crises en suscitant une meilleure compréhension des individus et de leurs situations particulières. Le personnel du Club a aussi établi une relation de travail étroite avec le Service mobile d'intervention en cas de crise. Certains membres du personnel du Club ont été formés par cet organisme et sont donc conséquemment en bonne position pour savoir quand et comment faire appel à ses services.

Le personnel du Club connaît bien les personnes clés des organismes qui travaillent à la défense des droits, à la protection, aux soins et à l'intervention en cas de crise (par exemple, les services de protection des adultes, le centre antipoison, les médecins de famille et les psychiatres, les refuges et les services de repos). En outre, ils entretiennent de bonnes relations avec elles.

Les membres et le personnel du Club offrent également des séminaires et autres rencontres éducatives sur la réadaptation psychosociale et la philosophie des clubs aux étudiants des diverses facultés de la santé, aux résidents en psychiatrie, aux internes de l'Université Dalhousie et au grand public.

Ces partenariats et ces liens avec les autres services et services de soutien ont une valeur inestimable pour les membres du Club, pour les raisons suivantes :

- ils normalisent leur situation et leur rendent accessible toute la région métropolitaine;
- ils rehaussent leur perception du monde;
- ils facilitent leur accès à la vie culturelle variée de la collectivité; ils réduisent l'isolement, le stress et les préjugés;
- ils rehaussent leur estime de soi, leur confiance, leur sens de fierté personnelle et communautaire, leur sécurité et leur sentiment d'appartenance à la collectivité; ils favorisent la réciprocité, c'est-à-dire donner, aider et rejoindre les autres de même que recevoir;
- ils rehaussent leur capacité à se faire des amis et à développer des relations et des partenariats à l'extérieur du Club;
- ils aident à influencer et à modifier l'attitude des personnes et de l'ensemble de la collectivité envers la maladie mentale.

Évaluation et suivi

Le Club utilise une gamme de méthodes internes pour assurer le suivi et l'évaluation de ses programmes et activités. L'administration, le personnel et les membres utilisent les données recueillies pour planifier et améliorer continuellement les programmes du Club. Au cours des deux dernières années, le personnel et les membres ont travaillé à tous les aspects de 26 projets, de la définition des besoins aux propositions, à la présentation et à la publication des résultats.

De plus, l'Unité de recherche participative a évalué plusieurs aspects du Club, dont les suivants :

- la satisfaction des membres envers les programmes de logement du Club (en cours);
- les expériences d'emplois de transition (en cours);
- l'orientation des nouveaux membres (en cours);
- les programmes de soirée et de fin de semaine (en cours);
- la qualité de vie (en cours).

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse a aussi financé une évaluation du Club qui utilise des mesures qualitatives et quantitatives. L'étude sera terminée en mars 1997. Une autre étude, portant sur les résultats économiques, débutera en janvier 1997.

Concordance avec les meilleures pratiques

« Nous croyons que la clef du succès et de la force de notre programme a été notre capacité à incorporer et à intégrer bon nombre des éléments des “meilleures pratiques” mis en lumière par l'examen de la documentation en un ensemble continu et complet tout en endossant et mettant en application les principes et pratiques de la philosophie des clubs. L'autre élément clé de notre succès a été, d'après nous, nos relations, nos liens et nos partenariats avec presque tous les volets différents de la collectivité avec lesquels les membres du Club sont entrés en contact. » [déclaration des membres et du personnel du Club]

La description du programme révèle de nombreuses preuves de l'efficacité du fonctionnement de l'organisme Connections Clubhouse.

Éléments clés de l'établissement et du fonctionnement du programme

L'édification de partenariats solides avec le personnel des divers organismes communautaires et gouvernementaux a constitué une étape importante dans l'établissement et le fonctionnement du programme. Les relations de travail étroites et le soutien infatigable de l'administrateur des services de soins de la santé mentale et de l'administration centrale du Queen Elizabeth II Health Science Centre ont également joué un rôle de premier plan. Les partenariats avec les facultés de l'Université Dalhousie ont aussi aidé à mettre sur pied un comité de recherche et d'évaluation. Les excellentes relations de travail avec la division des services de soins de la santé mentale, les ministères de la Santé et des Services sociaux de la Nouvelle-Écosse et divers ministères fédéraux ont permis d'apporter une multitude de changements et d'avantages tant à l'échelle du Club qu'à plus grande échelle. L'augmentation régulière du nombre de programmes a été accompagnée d'une hausse semblable du nombre d'employés. L'emménagement dans des installations plus vastes a aussi ouvert la porte à plus de membres dont la présence a favorisé l'émergence de plus d'occasions de lancer de nouvelles initiatives. La formation et l'éducation offertes tant aux membres qu'au personnel sont également des volets importants de l'évaluation du programme.

Diffusion des résultats

Les membres et le personnel offrent des services de consultation à divers organismes des Maritimes. Ils ont présenté des mémoires lors de rencontres d'envergure locale, provinciale et internationale. La formation des collègues, selon le modèle des clubs, est offerte à divers groupes communautaires de la province, et le personnel du Club participe aux cours offerts aux étudiants universitaires.

D'autres clubs et groupes intéressés sont formés, à contrat, selon le modèle préconisé par la philosophie des clubs et le modèle de réadaptation psychosociale. Les membres et le personnel participent activement à l'enseignement du modèle du Club et du modèle de réadaptation psychosociale aux étudiants en santé de l'Université Dalhousie. Le Club a été membre fondateur de la

coalition des clubs de la région de l'Atlantique et maintient des liens étroits avec les personnes clés au sein du mouvement national et international des clubs. De plus, les liens étroits entre le Club et les Services de la santé mentale du ministère de la Santé ont aidé à promouvoir le modèle des clubs.

Le personnel joue un rôle de chef de file et de représentant auprès des divers comités gouvernementaux et conseils d'administration des organismes et comités communautaires. Le coordonnateur de programme est délégué auprès de divers comités provinciaux qui élaborent des politiques et des stratégies sur les soins de la santé mentale. Les publications maison sont distribuées aux organismes communautaires, personnes clés, membres de la famille et amis. Le Club organise chaque année des événements sociaux pour les organismes, les hôpitaux, les familles et les amis. Les membres et le personnel participent activement à l'action sociale en santé et santé mentale par l'entremise des relations avec les médias, d'exposés, de publication de mémoires, d'organisation de colloques et par leurs commentaires.

Incidence sur le système

Le Club a contribué à l'élaboration de politiques et aux changements systémiques aux paliers municipal, provincial et fédéral. Par exemple, le Club a fait des suggestions au sujet des politiques pour les personnes handicapées et l'emploi, le milieu de travail, et en faveur d'une plus grande souplesse des programmes de supplément de revenu (Régime de pensions du Canada, supplément de revenu provincial).

Par ses succès, le programme a contribué à rehausser la visibilité et la crédibilité des programmes communautaires et à mieux faire connaître à la collectivité et au milieu hospitalier les succès et avantages des soins globaux fondés sur le modèle des clubs.

Personne-ressource :	Nancy Beck, Gestionnaire du programme Téléphone : (902) 473-8696 Télécopieur : (902) 473-6259
-----------------------------	--

S E C T I O N I I :

Descriptions des stratégies systémiques et des programmes locaux

5. Programme de réadaptation communautaire intensif – Hôpital psychiatrique de Brockville (Ontario)

Introduction

Nous avons choisi d'étudier le Programme de réadaptation communautaire intensif (PRCI) non seulement parce qu'il constitue, comme l'a démontré la recherche, un bon exemple de mise en œuvre des « meilleures pratiques », mais également parce qu'il prouve que des hôpitaux peuvent commanditer et gérer avec succès des programmes communautaires. De plus, le PRCI démontre qu'il est possible de réaffecter et de former du personnel hospitalier en vue d'un travail dans un cadre communautaire.

Type de services et services de soutien

- Il s'agit d'un programme de réadaptation communautaire intensif et de gestion de cas.

Description du programme

Organisation et structure : Le PRCI a été lancé en octobre 1990 par les services de réadaptation psychiatriques de l'Hôpital psychiatrique de Brockville (HPB). Ce programme est financé par la Direction des hôpitaux communautaires du ministère de la Santé de l'Ontario. Le programme s'inspire du modèle de traitement communautaire dynamique élaboré par Stein et Test à Madison (Wisconsin). Il comporte deux équipes pluridisciplinaires, basées respectivement à Brockville et à Ottawa, et formées de professionnels spécialisés en soutien des usagers, soutien à l'emploi, soins infirmiers, travail social, ergothérapie, récréologie et psychiatrie.

La majorité des employés du PRCI sont d'anciens employés du milieu hospitalier qui ont été réaffectés aux soins en milieu communautaire après une formation adéquate. On a offert au personnel non médical de l'hôpital, c'est-à-dire, provenant des services d'entretien et de diététique, des occasions de recyclage afin qu'il participe au Programme à titre d'employés de soutien. Ces employés apportent leur aide à une foule d'activités quotidiennes de la vie en collectivité, c'est-à-dire la cuisine, le ménage, les emplettes et autres. Le Programme emploie environ 30 ETP répartis en deux équipes. Le rapport entre les employés et les usagers oscille entre 1/10 et 1/12.

Population cible : Le Programme vise les usagers qui sont de grands utilisateurs de soins psychiatriques. Ces personnes sont aux prises avec des problèmes mentaux graves ou persistants, ou des handicaps fonctionnels, et ont utilisé l'un ou l'autre des services de soins de la santé

mentale suivants au cours des deux dernières années : hospitalisations répétées, visites à l'urgence, ou séjour prolongé à l'hôpital psychiatrique ou dans un foyer. Le fait d'être admissible à une pension en raison de maladie mentale permettait aussi de participer au programme.

Méthodes de prestation des services et éléments fonctionnels : Le Programme suit une démarche de travail d'équipe où tous les membres de l'équipe sont responsables de tous les usagers. Chaque usager se voit assigner une personne qui devient son principal responsable et qui s'assure qu'il reçoit les services des autres membres de l'équipe et des autres organismes. Au moins trois membres de l'équipe développent une relation étroite avec chaque usager afin d'assurer une continuité de services et de minimiser les problèmes découlant d'une trop grande dépendance envers une seule personne pour certains services. Chaque matin, l'équipe fait un bref survol de la situation des usagers inscrits au programme. C'est l'occasion de signaler les problèmes et d'affecter du personnel à des usagers en particulier pour la journée. On organise des conférences trimestrielles pour aborder en détail les questions de réadaptation.

Le Programme offre ses services aux usagers sur une base individualisée, en collectivité et « à l'extérieur du bureau ». Les contacts entre les usagers et le personnel sont aussi fréquents qu'ils le doivent et illimités. Les services sont individualisés et conçus pour intégrer les désirs et besoins de l'utilisateur avec les capacités de l'équipe. Le personnel offre ses services après les heures normales de bureau et au téléphone, aux usagers inscrits au programme. On apporte également un soutien aux familles et organismes touchés.

Le programme offre les services suivants :

- éducation au sujet de la gestion des médicaments;
- logements encadrés : aide pour trouver et conserver un logement qui convienne à l'utilisateur, préférablement dans un milieu autonome; on offre une aide à domicile;
- formation à l'emploi, entraînement et soutien à l'emploi en mettant l'accent sur l'emploi encadré dans un milieu de travail normal;
- encouragement à participer à des activités sociales et récréatives dans un milieu normal;
- développement des capacités : en plus de la formation à l'emploi et du développement des aptitudes sociales, on aide les usagers à développer les capacités nécessaires à des activités habituelles comme faire un budget, traiter avec la banque, magasiner, cuisiner et nettoyer;
- gestion financière : aide fournie, au besoin, tant que les usagers ne sont pas en mesure d'assumer la responsabilité de leurs finances;
- fonds d'urgence, pour aider les usagers dans les situations d'urgence;
- services de thérapie et de psychothérapie offerts aux usagers une fois qu'on a répondu à leurs besoins essentiels.

Relations avec les autres services : Le Programme de réadaptation communautaire intensif offre ses services dans toute la région desservie par l'Hôpital psychiatrique de Brockville et trois conseils régionaux de santé. Deux comités, un du Conseil régional de santé d'Ottawa-Carleton et l'autre, des conseils régionaux de la santé de l'Est de l'Ontario et de la vallée de la Rideau, offrent leurs conseils au PRCI au sujet des services offerts dans leur région respective. Ces comités comprennent des représentants des prestataires de services, des usagers et des conseils régionaux de santé. Les deux comités consultatifs se rapportent au Conseil consultatif communautaire de l'Hôpital psychiatrique de Brockville.

Les hôpitaux de l'Est ontarien réfèrent leurs clients au PRCI. La plupart viennent des hôpitaux d'Ottawa, de l'Hôpital général de Cornwall et du Service Leeds-Grenville (Elmgrove) de l'Hôpital psychiatrique de Brockville.

Évaluation et suivi : Le Programme de réadaptation communautaire intensif a été évalué de manière indépendante au cours de ses deux premières années de fonctionnement (Lafave et coll., 1996; Smylie et coll., 1994). L'évaluation a déterminé que « lorsqu'on le compare aux programmes de réadaptation des hôpitaux psychiatriques, le PRCI offre des services de réadaptation plus efficaces et plus rapides à un coût moindre sans pour autant sacrifier la qualité de vie de l'utilisateur, sa satisfaction envers le service, son statut clinique ou la satisfaction du personnel. » (Smylie et coll., 1994) [traduction libre] Les responsables du Programme s'efforcent de connaître les commentaires des organisations des usagers, des usagers individuels et en groupes d'étude, ainsi que des membres de leurs familles. La symptomatologie, la qualité de vie et la qualité des conditions de vie des usagers sont évaluées au moins une fois par année.

Concordance avec les meilleures pratiques

Le Programme de réadaptation communautaire intensif offre des services de gestion de cas fondés sur le modèle de réadaptation communautaire, qui, d'après les constatations croissantes des recherches, semble le mieux placé pour améliorer le statut clinique et réduire les hospitalisations. Les services sont offerts en mode ininterrompu, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sans limite de temps, et en milieu communautaire plutôt que dans un bureau. Ils sont taillés à la mesure des besoins de chaque usager et offerts sur une base individuelle. La démarche de travail en équipe assure la continuité des soins, en accordant à une personne la responsabilité principale des soins d'un usager, secondée, au besoin, par les autres membres de l'équipe. L'équipe offre du soutien au logement et à l'emploi et des services d'intervention en cas de crise.

Éléments clés de l'établissement et du fonctionnement du programme

Formation : Lorsqu'on a pris la décision de mettre sur pied un programme de réadaptation communautaire intensif, six ou sept membres du personnel se sont rendus à Madison (Wisconsin) pour suivre pendant quelques jours les équipes sur le terrain et apprendre de leurs faits et gestes. Subséquemment, un représentant de Madison est venu à Brockville pour former les autres membres du personnel et les aider dans tous les aspects du lancement du programme. Dès les débuts du programme, les employés ont bénéficié de séances de formation régulières durant les heures de service afin de les aider à régler les problèmes éprouvés dans leur travail.

Diffusion des résultats

La description du programme et son évaluation ont été documentées et publiées dans un journal scientifique (Lafave et coll., 1996) en plus de faire l'objet d'un chapitre dans un livre (Smylie et coll., 1994). Les responsables du Programme l'ont présenté à leurs collègues des autres établissements et hôpitaux dont ceux de London, Kingston, Penetang, de l'Hôpital psychiatrique de North Bay, du Centre de santé mentale de Queen Street et de tous les hôpitaux d'Ottawa. Le programme a même attiré des visiteurs d'autres pays, dont l'Australie.

Le Programme emploie actuellement deux équipes (à Ottawa et à Brockville), et les responsables estiment qu'ils devront mettre sur pied quatre autres équipes, dont une pour desservir la population francophone de leur région. L'Hôpital psychiatrique de Brockville et les conseils régionaux de la santé font pression sur le ministère de la Santé de l'Ontario pour obtenir son autorisation et du financement pour mettre sur pied ces équipes supplémentaires.

Obstacles à l'établissement du Programme

Résistance de la part du personnel hospitalier, des membres de la famille et des usagers : Bon nombre de personnes ne croyaient pas au départ que des personnes atteintes de maladies mentales graves pouvaient vivre en milieu communautaire encadré. Le noyau de l'équipe a réussi à vaincre cette résistance par l'exemple en démontrant que même les usagers les plus difficiles pouvaient être traités et maintenus avec succès en milieu communautaire sans augmenter le fardeau des familles. Aujourd'hui, les associations familiales appuient le programme.

Le personnel professionnel habitué à travailler au sein de la structure hiérarchique traditionnelle des hôpitaux a eu quelques difficultés à s'adapter à la démarche d'une équipe démocratique. Lors des débuts du programme, quelques politiques d'embauche ont également causé des difficultés. Ces problèmes ont depuis été résolus, et on a élaboré de nouveaux mécanismes pour faciliter le recrutement du personnel. Fait intéressant à souligner, le Programme n'a pas eu de difficultés à réaffecter du personnel hospitalier vers le milieu communautaire. La plus importante qualité recherchée chez les membres des équipes est la souplesse. Les personnes qui tendent à se cantonner

dans les descriptions de tâches et les questions de politiques éprouvent beaucoup de difficulté à faire la transition. De plus, le personnel doit reconnaître qu'en milieu communautaire, les rôles sont inversés. Le personnel y est comme un invité, contrairement à l'hôpital où le personnel décide. La formation n'a pas causé de problèmes, puisque le personnel hospitalier formait déjà un ensemble de professionnels habitués à travailler avec des personnes atteintes de maladies mentales graves. Un des problèmes importants éprouvés par le Programme a été la relocalisation des membres de l'équipe d'Ottawa qui vivaient auparavant à Brockville, à environ 110 kilomètres de la capitale.

Ministère de la Santé : Les règlements du Ministère sur les services fournis en milieu hospitalier ne convenaient pas aux services en milieu communautaire. Les règlements ont perturbé certaines activités, dont la location d'espace à bureau à Ottawa, la location d'équipement de bureau comme un photocopieur et l'utilisation et la location de voitures. Au fil du temps, on a trouvé une solution à la plupart de ces problèmes.

Facteurs de succès

Le noyau de l'équipe de l'Hôpital psychiatrique de Brockville, avec son enthousiasme et sa détermination, a sans doute été l'un des principaux facteurs du succès de ce programme. Ces personnes étaient déterminées à changer les pratiques usuelles de traitement des usagers et se montraient prêtes à essayer de nouveaux programmes pour améliorer la vie de leur patients et usagers. Parmi ce groupe, mentionnons le D^r Hugh Lafave, venu de la Saskatchewan en 1984, après avoir établi de nombreux programmes de traitement communautaire par lesquels le personnel hospitalier était redéployé en milieu communautaire.

Personne-ressource :	Henry de Souza, Gestionnaire du programme Téléphone : (613) 345-3476, poste 2402 Télécopieur : (613) 345-6859
-----------------------------	--

Services d'intervention en cas de crise Winnipeg (Manitoba)

Introduction

Un des objectifs fondamentaux de la réforme de soins de la santé mentale au Manitoba était d'offrir les services de soins de la santé mentale à tous les Manitobains et Manitobaines, quel que soit leur lieu de résidence. Le ministère de la Santé du Manitoba a décidé de mettre en œuvre des projets de démonstration qui étaient par la suite établis dans les régions rurales et éloignées de la province. Les programmes gouvernementaux directs et les organismes de services sociaux non gouvernementaux ont reçu un mandat clair, ainsi qu'un modèle de prestation des soins de la santé mentale qui en font des joueurs de premier plan dans la diffusion des programmes. Dans le domaine des services d'intervention en cas de crise, les organismes non gouvernementaux (ONG) comprennent les sections locales de l'Association canadienne pour la santé mentale, les services sociaux et de santé Bethesda, l'Ordre des Sœurs grises et l'Armée du Salut, qui est le plus important prestataire de services. L'Armée du Salut possède des centres de services d'urgence à Winnipeg, à Brandon (une petite ville) et à Selkirk (un centre rural). L'Armée du Salut gère ses opérations grâce à sa structure centralisée, quoique des comités consultatifs locaux aient été mis sur pied pour assurer la participation communautaire à ces projets.

Type de services et services de soutien

- Les services visés par la réforme des soins de la santé mentale au Manitoba sont ceux des services d'urgences psychiatriques qui comprennent des unités d'intervention d'urgence, des équipes mobiles d'intervention d'urgence et des services d'aide téléphonique).

Description du programme

Organisation et structure : L'Armée du Salut a commencé à offrir des services d'urgence psychiatriques en 1988 lors de la mise en œuvre de son Unité d'intervention d'urgence à Winnipeg. À l'heure actuelle, elle exploite une Unité d'intervention d'urgence (UIU) de 14 lits, une Équipe mobile d'intervention d'urgence (EMIU) et un service d'aide téléphonique (dont le personnel est constitué d'usagers) de son siège social à Winnipeg, où sont également offerts divers services sociaux et sanitaires à la population du centre-ville. Le centre de Winnipeg a servi de projet de démonstration pour les divers programmes d'intervention en cas de crise qui, après avoir fait leurs preuves, devaient être offerts ailleurs en province. Afin de faciliter leur mise en œuvre dans les régions, la Direction de la santé mentale (DSM) du ministère de la Santé a financé l'embauche d'un directeur des services de soins de la santé mentale au sein des services

dd'urgence psychiatriques de l'Armée du Salut. Cette nomination a permis de rehausser l'efficacité et la coopération entre les programmes d'intervention en cas de crise de l'Armée du Salut à Winnipeg et de la doter d'une structure pour la planification et la prestation des services dans les autres régions de la province. Les programmes d'intervention en cas de crise ont été exportés à Selkirk, où les services d'urgence psychiatriques de l'Armée du Salut exploitent une EMIU et une UIU. L'Armée du Salut à Brandon exploite une EMIU et prévoit ouvrir bientôt une UIU de huit lits.

Le présent examen visera principalement le processus d'établissement des Unités d'intervention d'urgence et des Équipes mobiles d'intervention d'urgence de Winnipeg à Selkirk et à Brandon.

Population cible : Le programme vise les adultes ayant des besoins de soins psychiatriques aigus, y compris les adultes qui souffrent de maladies mentales graves ou persistantes.

Services offerts

Équipes mobiles d'intervention d'urgence

- Les Équipes mobiles d'intervention d'urgence offrent les services suivants :
- évaluation psychiatrique et sociale complète;
- intervention de courte durée et limitée, et planification d'une continuité de soutien et de services;
- habilitation des individus à résoudre leurs problèmes et à fixer des objectifs, et préparation de la résolution de la crise en milieu communautaire;
- aiguillage des individus vers les services communautaires appropriés;
- consultation auprès des usagers, des familles, des prestataires et des autres pour gérer les situations d'urgence précises;
- détermination des lacunes et développement de la coopération entre les individus, les groupes et les organisations qui offrent des services aux personnes éprouvant des problèmes de santé mentale;
- éducation du public au sujet du mandat de l'Équipe mobile d'intervention d'urgence.

Unité d'intervention d'urgence

L'Unité d'intervention d'urgence offre les services suivants :

- réduction des hospitalisations superflues en offrant une évaluation et un traitement à court terme dans un milieu résidentiel;
- restauration du contrôle de soi et du fonctionnement de l'individu à son niveau précédant la crise en le ramenant dans son milieu habituel le plus tôt possible;

- habilitation des usagers par l'enseignement d'habiletés et l'éducation pour résoudre ou prévenir la récurrence des crises.

Services d'aide téléphonique

Les services d'aide téléphonique offrent les services suivants :

- intervention téléphonique effectuée par des usagers afin de discuter des problèmes et d'offrir un soutien avant que l'individu n'atteigne le point de crise.

Relations avec les autres services et services de soutien : Le personnel des services d'urgence psychiatriques de l'Armée du Salut a développé des liens avec les services d'urgence des hôpitaux, les centres d'accueil et résidences, les services policiers, les groupes d'entraide, les organismes de protection de la famille et des enfants, et les programmes communautaires de santé mentale. À Winnipeg, les représentants des services d'urgence de l'Armée du Salut siègent à un comité de coordination de Winnipeg qui regroupe d'autres prestataires de services et des membres de groupes d'entraide. Ce comité, qui est présidé par la DSM du ministère de la Santé du Manitoba, joue un rôle de premier plan dans la détermination et la résolution des problèmes du système. On a également formé des comités consultatifs à Brandon et à Selkirk.

Évaluation et suivi : L'évaluation et le suivi du programme sont fondés sur les données provenant de la base de données sur les usagers, des rapports mensuels et des examens annuels.

Entre les mois d'avril et de septembre, l'Unité d'intervention d'urgence a admis 88 personnes à l'hôpital par mois en moyenne pour un séjour d'une durée moyenne de 4,1 jours. La majorité des usagers ont été renvoyés chez eux. L'Équipe mobile d'intervention d'urgence a desservi 1 016 personnes durant cette même période, en réagissant en moins de deux heures dans plus de 75 p. 100 des appels. Sept pour cent des crises seulement ont eu pour résultat l'hospitalisation d'une personne. À Selkirk et à Brandon, les programmes sont plus récents ou encore à l'étape de mise en œuvre, et la collecte de données ne fait que commencer.

Concordance avec les meilleures pratiques

L'objectif de la DSM du ministère de la Santé est de mettre en œuvre les éléments d'un système d'intervention en cas de crise (tel que déterminé à l'*Examen de la documentation*) dans chaque région de la province. Ces systèmes ont pour but de prévenir les hospitalisations inutiles et de résoudre les urgences en utilisant des méthodes à faible intrusion. Conformément aux meilleures pratiques en politique et exercice des pouvoirs, le secteur des services sociaux fait office de prestataire principal des services d'urgence. La définition des modèles d'intervention en cas de crise est centralisée, mais la stratégie de rayonnement des programmes appuie la prise de décisions et la participation locales. Le ministère de la Santé du Manitoba tente d'établir une infrastructure couvrant toutes les régions, qui facilitera le rayonnement des modèles de programme au palier local, le partage des ressources, la

gestion de l'information et la normalisation des politiques et procédures. Grâce à une stratégie de formation centralisée, on améliore et élargit le bassin de personnes qualifiées pour travailler au sein des programmes d'intervention en cas de crise.

Éléments clés de l'établissement et du fonctionnement du programme

Réaffectation : L'argent économisé à la suite de la fermeture de lits dans les installations de soins actifs à Winnipeg et au Centre hospitalier de santé mentale de Brandon a été réaffecté aux programmes d'intervention en cas de crise et autres programmes communautaires dans l'ensemble de la province.

Formation : Dans le cadre de la réforme des soins de la santé mentale, la DSM a offert aux travailleurs de la province de la formation spécialisée sur les principaux services dont les services d'intervention en cas de crise. La formation dans ce domaine comprend la gestion de la colère, l'intervention, l'intervention lors de crises non violentes, la prévention du suicide, la résolution de conflits et l'habilitation des individus. On a également offert des cours complémentaires en intervention en cas de crise taillés sur mesure pour répondre aux besoins locaux.

Infrastructure : La Direction de la santé mentale a financé la dotation du poste de directeur des services de soins de la santé mentale de l'Armée du Salut afin de consolider l'infrastructure de l'organisation en matière de prestation de soins de la santé mentale. Les améliorations apportées par la nomination d'un directeur comprennent la normalisation des politiques et procédures, le partage des ressources et des systèmes d'information, qui ont permis de rehausser l'efficacité et la coopération parmi les programmes d'intervention en cas de crise de l'Armée du Salut et ont consolidé l'infrastructure provinciale de prestation de services.

Dotation en personnel souple et innovatrice : On a encouragé les services d'intervention en cas de crise à recourir à la fois à du personnel professionnel et paraprofessionnel, selon les besoins locaux et les compétences de la main-d'œuvre locale. Par exemple, le recours à des auxiliaires supervisés par des spécialistes de la santé mentale en milieu communautaire s'est révélé une stratégie innovatrice et économique pour offrir des services d'intervention en cas de crise plus complets et plus rapides. Ce personnel soutient les individus en situation de crise après qu'un professionnel de l'Équipe mobile d'intervention d'urgence les a évalués. On a recouru à des stratégies de ce genre, qui créent une infrastructure plus forte ou permettent de regrouper les services (c'est-à-dire, lorsque les Équipes mobiles d'intervention d'urgence et les Unités d'intervention d'urgence sont logées au même endroit), afin d'encourager les services à partager le personnel et les autres ressources.

Spécifications précises de modèle de programme : Les buts et objectifs des services d'urgence ont été élaborés dans le cadre d'un processus fondé sur le consensus auquel participaient des usagers, leurs familles et d'autres personnes intéressées. Les modèles ainsi conçus ont servi aux

projets de démonstration initiaux, mais, lors de leur exportation dans d'autres régions, on a encouragé les responsables locaux à apporter des modifications au besoin.

Diffusion

L'exportation des modèles de programme représente tout un défi au Manitoba en raison de la très grande diversité parmi les collectivités de la province tant au chapitre de la densité de population qu'en raison des distances et des services offerts. Les stratégies suivantes ont servi lors de l'exportation des projets de démonstration de Winnipeg vers Selkirk et serviront également lors de leur exportation vers Brandon.

Mise en œuvre

- Le comité de mise en œuvre de Selkirk, qui regroupe des intéressés locaux et des représentants de la DSM, avait comme objectif de passer en revue tous les éléments du modèle de service d'urgence et de les modifier, au besoin. Une fois le programme en fonctionnement, un comité consultatif local a remplacé le comité de mise en œuvre;
- La DSM a offert des programmes de formation centralisés à tous les nouveaux membres du personnel des services;
- La présence de l'Armée du Salut dans l'ensemble de la province a fourni une infrastructure pour les nouveaux services à Selkirk ainsi que son savoir-faire en services d'urgence.

Adaptation des services à Selkirk

- La disponibilité des services a été modifiée pour répondre aux besoins locaux, c'est-à-dire, en soirée et durant les fins de semaine plutôt que vingt-quatre heures sur vingt-quatre comme à Winnipeg;
- La population cible de Selkirk a été élargie pour inclure les jeunes de quinze ans et plus en raison du peu de services offerts aux adolescents de ce groupe d'âge;
- L'Unité d'intervention d'urgence de Selkirk ne comporte que huit lits plutôt que quatorze à Winnipeg;
- La définition du rôle des auxiliaires est encore en cours;
- Les politiques et procédures ont été modifiées pour refléter les changements apportés aux modèles de programmes pour répondre aux conditions locales, par exemple au chapitre des critères d'admission et de congé, des lignes directrices pour la santé et la sécurité du personnel, et des liens appropriés entre les services.

Facteurs de succès et défis

- Dans chaque région, on a élaboré une structure qui encourageait les usagers, leurs familles et d'autres intéressés à participer à la planification, à la mise en œuvre et au suivi des services de crise;
- Les projets de démonstration ont permis d'établir les modèles de prestation des services d'urgence de base qui, après examen, ont été adaptés aux régions de la province. On a encouragé les modifications, particulièrement dans les régions rurales;
- La réforme des soins de la santé mentale a été lancée à la suite d'une initiative du sous-ministre adjoint qui était le grand responsable des soins de la santé mentale et était en bonne position pour faciliter la réaffectation des fonds et la coordination des services;
- Le ministre de la Santé et le sous-ministre adjoint étaient fermement déterminés et sont demeurés en poste durant plusieurs années, offrant ainsi la continuité nécessaire au lancement et à la progression de la réforme;
- Les auxiliaires ont participé à l'élargissement des services, mais ils doivent encore relever plusieurs défis. Certains usagers hésitent à se prévaloir de services de soutien à domicile, quoique les femmes se soient montrées plus réceptives que les hommes à cet égard. Dans les régions rurales, on a constaté qu'il était difficile d'avoir le travailleur idéal au bon endroit au bon moment.

Personne-ressource :	Neil Koop, Directeur intérimaire Direction de la santé mentale Téléphone : (204) 945-5085 Télécopieur : (204) 945-3105
-----------------------------	---

7.

Programme de partenariat pour la santé mentale et le logement – Région du sud-ouest de la Colombie-Britannique

Introduction

Voilà quelques années, la British Columbia Housing Management Commission (Société d'habitation de la C.-B.) a constaté que les problèmes de santé mentale de certains de ses locataires leur causaient des problèmes de stabilité domiciliaire. En étudiant le problème de plus près, la Société s'est aperçue que beaucoup d'entre eux qui présentaient des troubles de comportement ne souffraient pas à proprement parler de maladies mentales. Au même moment, on réalisa que de nombreuses personnes atteintes de maladies mentales graves avaient beaucoup de difficulté à obtenir un logement subventionné. Pour contrer cette situation, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et la Société d'habitation de la C.-B. ont formé un partenariat pour parrainer le BC Housing/Mental Health Partnership Program (Programme de partenariat pour la santé mentale et le logement) afin de démystifier la maladie mentale auprès d'un des grands propriétaires de logements publics de la province. Grâce à ce programme, les personnes atteintes de maladies mentales graves ont bénéficié d'une baisse marquée des préjugés et d'un meilleur accès à des logements abordables et de qualité. Le programme est devenu un modèle des meilleures pratiques en Colombie-Britannique et a mené à d'autres collaborations entre le ministère de la Santé et la Société d'habitation de la C.-B., qui relève du ministère des Affaires municipales et du logement.

Type de services et services de soutien

- Le programme vise à offrir un meilleur accès aux logements encadrés et à augmenter le nombre de logements disponibles.

Description du programme

Organisation et structure : Le Programme de partenariat pour la santé mentale et le logement du Sud-Ouest de la Colombie-Britannique est une initiative conjointe de la Division de la santé mentale (DSM) du ministère de la Santé et de la Société d'habitation de la C.-B., qui relève du ministère des Affaires municipales et du Logement. Les ministères ont négocié un protocole d'entente établissant leurs responsabilités respectives. La Société d'habitation de la C.-B. (SHCB) possède des logements et, depuis 1991, a fourni 300 logements subventionnés à des personnes souffrant de maladies mentales graves et persistantes. En contrepartie, la DSM a financé les postes de deux experts-conseils en santé mentale qui offrent un service de soutien aux locataires

de la SHCB qui sont atteints de maladies mentales ou présentent des troubles de comportement, ainsi qu'au personnel des immeubles qui doit traiter avec ces locataires.

Population cible : La population visée est constituée de personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes.

Fonctions

Les fonctions clés du programme sont les suivantes :

- améliorer l'accès aux logements subventionnés et administrés par la SHCB pour les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes;
- aider les locataires actuels de la SHCB qui ont des problèmes de comportement ou qui souffrent de maladies mentales à conserver leur logement et à obtenir les services de soutien dont ils ont besoin;
- éduquer le personnel de la SHCB au sujet des maladies mentales et lui enseigner la façon de traiter avec les locataires atteints de maladies mentales ou présentant des troubles de comportement;
- offrir des séances de counseling après tout incident critique au personnel et aux locataires exposés à un événement traumatisant.

Description des fonctions clés

Accès aux logements subventionnés

Chaque mois, les 25 centres ou équipes de soins de la santé mentale et équipes de soutien et de supervision des criminels aliénés des régions du Sud-Ouest de la province réfèrent chacun de trois à cinq personnes au programme. Pour chacun de ces usagers, les centres ou équipes effectuent une évaluation complète, établissent leur admissibilité et obtiennent l'autorisation de diffuser les renseignements personnels. La SHCB peut aussi référer des locataires potentiels qui ont un dossier de maladies mentales graves et persistantes, en quel cas le personnel du programme effectue l'évaluation requise.

Les usagers qui s'inscrivent au programme doivent demeurer en contact avec leur responsable de cas et participer à des activités durant la journée. Ils doivent aussi accepter les services de soutien à domicile (c'est-à-dire le soutien aux activités quotidiennes, se présenter à leurs rendez-vous, prendre leurs médicaments) afin de conserver leur logement. Les participants doivent signer un bail avec la SHCB, et leur loyer ne dépasse pas 30 p. 100 de leur revenu. Le choix de leur logement et de son emplacement est à leur entière discrétion. Dans la mesure du possible, ils sont logés en fonction de leurs préférences et de leurs besoins, selon la disponibilité des unités de logement.

Le personnel du programme évalue les logements vacants de la SHCB pour savoir s'ils sont convenables; évalue les demandes; organise une rencontre entre l'usager, le responsable de la SHCB et le responsable de cas; surveille les usagers établis afin de s'assurer que leur cas est suivi adéquatement; communique avec les équipes ou les centres de santé mentale pour revoir les progrès ou les problèmes des usagers locataires.

Aide aux locataires actuels de la SHCB

Si un locataire de la SHCB montre des signes de maladie mentale ou de troubles de comportement, la SHCB peut demander une consultation et son appui au personnel du programme, l'objectif étant d'aider le locataire à conserver son logement. Habituellement, le personnel du programme fait une évaluation, tente d'orienter l'usager vers les services de santé ou de soutien dont il a besoin, explique au personnel de la SHCB la façon de traiter avec lui, et apporte son concours à l'usager et au personnel de la SHCB en cas de crise. Dans la mesure où la sécurité le permet, on intervient auprès des locataires dans leur logement. Si les usagers refusent les services communautaires, le personnel du programme peut offrir son soutien continu au personnel de la SHCB. Ce volet du programme contribue à réduire le taux de roulement des locataires et à assurer un milieu résidentiel calme.

Formation du personnel et counseling lors d'incidents

Le personnel du programme offre, sur une base régulière et durant les heures de travail, de la formation aux gestionnaires immobiliers, au personnel d'entretien et administratif, et aux prestataires de soins de la SHCB afin de rehausser leur compréhension des maladies mentales et de faciliter la communication entre eux et les locataires. Dans le cas où des membres du personnel ou des locataires sont exposés à un événement traumatisant, le personnel offre du counseling et s'efforce de les orienter vers les services de soutien appropriés.

Relations avec les autres services et services de soutien : Un des aspects fondamentaux de ce programme est l'établissement de protocoles d'entente entre la SHCB et chaque centre de santé mentale et de supervision des criminels aliénés. De plus, le personnel du programme assure la liaison avec une foule de services communautaires afin d'être bien renseigné au moment de référer des usagers et de maximiser le succès des liens établis. Des liens ont ainsi été établis avec les services de santé, les hôpitaux, les services de traitement des toxicomanes, les services de soins prolongés, les organismes de santé mentale, les services de supervision des criminels aliénés et les bureaux locaux du ministère des Ressources humaines.

Évaluation et suivi : L'évaluation et le suivi du programme sont fondés sur les renseignements de la base de données des usagers, les rapports mensuels, les sondages officieux et les rencontres régulières entre le personnel du programme et de la SHCB. Le programme prépare également un rapport annuel de ses activités. Les données recueillies indiquent que depuis 1991, le programme a permis à 274 personnes de trouver ou de conserver leur logement, soit une moyenne annuelle de 50 à 60 personnes. La majorité des usagers souffrent de schizophrénie, de dépression et de manico-dépression. Le taux annuel de congé est de 5 p. 100 à 9 p. 100, dont la moitié quitte comme prévu. Le taux des récidivistes hospitalisés varie de 2 p. 100 à 4 p. 100 et dans tous les cas, le logement est réservé durant les périodes de décompensation psychiatrique.

En 1995-1996, la SHCB a référé 448 locataires au personnel du programme pour une consultation. De ceux qui ont été référés par le personnel du programme à un centre ou à une équipe de santé mentale (soit 266), 80 p. 100 ont accepté d'être suivis. Toujours en 1995-1996, le personnel du programme est intervenu lors de 94 crises et a donné 44 séances de formation auxquelles ont participé 641 personnes. Les sondages officieux indiquent que les usagers et le personnel se disent très satisfaits du programme.

Concordance avec les meilleures pratiques

Le programme se conforme aux meilleures pratiques touchant les logements encadrés qui sont décrites dans *l'Examen de la documentation*. Le programme offre aux usagers des logements ordinaires au sein de la collectivité. On favorise l'intégration des usagers à la population en respectant une proportion d'au plus 10 p. 100 d'usagers par complexe immobilier. Le programme respecte la préférence des usagers pour des logements en occupation simple, et la plupart des unités sont des garçonnières. Les services de soutien sont souples et offerts sans égard à l'emplacement physique du logement. Le fonctionnement du programme est assuré par une politique explicite et des ententes officielles entre les deux partenaires. Les salaires du personnel du programme proviennent de réaffectations faites au sein du ministère de la Santé. Le partenariat multisectoriel entre le ministère de la Santé et le ministère des Affaires municipales et du logement a permis de constituer de nouvelles sources de fonds pour les soins de la santé mentale et d'offrir aux personnes atteintes de maladies mentales persistantes de nouvelles possibilités d'intégration à la société.

Éléments clés de l'établissement et du fonctionnement du programme

Financement : Le programme tire son financement de plusieurs sources. Les fonds pour les salaires proviennent de la réaffectation de fonds au secteur communautaire par suite du réaménagement des effectifs de l'Hôpital Riverview (l'Hôpital psychiatrique de la région centrale de la C.-B.). De son côté, la SHCB a financé et administré les subventions au logement du Programme, ainsi que l'équipement requis (ordinateurs portatifs, téléphones cellulaires).

Réaffectation : La stratégie d'allocation des ressources humaines et financières était fondée sur la réaffectation des ressources. Les salaires ont été payés à même les sommes provenant du réaménagement des effectifs de l'Hôpital Riverview. Les employés de l'Hôpital dont le poste a été aboli ont été embauchés, formés à fond et appuyés pour assurer le succès de leur transfert en milieu communautaire.

Formation : Les infirmiers et infirmières de carrière du milieu hospitalier ont reçu une formation poussée et du soutien pour assurer le succès de leur transfert en milieu communautaire.

Planification conjointe : On a fortement encouragé le travail d'équipe entre le personnel du programme et celui de la SHCB. Tous ont participé à l'élaboration du programme notamment à des rencontres régulières aux étapes initiales critiques ainsi que lors de l'établissement du programme.

Autonomie : Le personnel du programme a travaillé en étroite collaboration avec le personnel des centres de soins de la santé mentale, mais disposait de suffisamment d'autonomie pour prendre les décisions qui s'imposaient pour ses clients.

Information : Les employés du programme disposent d'ordinateurs portatifs qui leur ont permis de communiquer rapidement avec les systèmes d'information de la SHCB et de la santé mentale afin d'avoir en main les données du dossier des usagers avant de les rencontrer.

Participation des usagers : Les usagers ont activement participé à l'éducation du personnel des complexes immobiliers et des autres locataires, ainsi qu'à l'élaboration du programme.

Diffusion

Étant donné le succès de ce partenariat, le programme est devenu l'un des modèles d'application des meilleures pratiques en Colombie-Britannique. Les ministères de la Santé et des Affaires municipales et du logement négocient actuellement un protocole d'entente pour élargir la portée du programme à toutes les unités de logements subventionnés qu'administrent la SHCB et les autres sociétés d'habitation sans but lucratif (plus de 75 000 unités dans l'ensemble de la province).

De plus, la Société d'habitation de la Colombie-Britannique administre les subventions au logement d'un programme financé par la Division de la santé mentale qui appuie une cinquantaine d'organisations sans but lucratif partout en province (par exemple, pour le Programme de vie autonome).

Facteurs de succès

Les responsables de ce programme ont réussi à obtenir la coopération des propriétaires de logements en déterminant leurs besoins et en y répondant. La plupart des propriétaires veulent des locataires stables qui paient leur loyer de manière régulière, et ils sont prêts à collaborer avec le programme à cette fin. La présence d'un organisme administratif neutre (c'est-à-dire, la Division de la santé mentale) est essentielle, car elle garantit aux centres de santé mentale et aux complexes immobiliers qu'aucun d'entre eux ne bénéficie d'un traitement préférentiel. Afin de minimiser le facteur des préjugés, le personnel du programme était désigné comme des experts-conseils en santé plutôt que des experts-conseils de la santé mentale.

Personne-ressource :	Gerrit van der Leer, Coordonnateur provincial Soins de la famille et logements encadrés Téléphone : (250) 952-1610 Télécopieur : (250) 952-1589
-----------------------------	--

8. AMI-Québec — Alliance pour les malades mentaux Montréal (Québec)

Introduction

Alliance AMI-Québec est un organisme populaire de défense des droits et de soutien aux familles et amis des personnes atteintes de maladies mentales. À l'origine un groupe d'entraide qui ne comptait que quatre couples en 1976, l'Alliance AMI-Québec est devenue une organisation forte de 850 membres qui paient des cotisations. Les objectifs de l'organisme sont les suivants :

- orienter et appuyer les familles qui doivent vivre avec la maladie mentale;
- redonner aux gens la confiance en soi, surmonter les préjugés et éliminer la discrimination et les idées fausses entourant les maladies mentales;
- lutter pour des soins de qualité et des traitements individualisés pour les personnes atteintes de maladies mentales;
- encourager la recherche sur le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de maladies mentales ainsi que sur la guérison de ces maladies.

Alliance AMI-Québec offre ses services aux familles résidant dans les quartiers de la région Centre-Ouest de Montréal, mais attire une clientèle de l'ensemble de la région métropolitaine et d'ailleurs.

Type de services et services de soutien

- Alliance AMI-Québec offre des services de soutien et d'entraide aux familles aux prises avec la maladie mentale.

Description du programme

Programmes de soutien et programmes éducatifs : Alliance AMI-Québec organise des rencontres régulières pendant lesquelles des professionnels de la santé mentale et d'autres spécialistes expliquent les derniers développements de leur domaine.

Cours : En 1995-1996, Alliance AMI-Québec offrait les cours suivants aux familles et usagers :

- ♦ dépression et psychose maniaco-dépressive (programme de huit semaines);
- ♦ trouble obsessionnel-compulsif (programme de six semaines);
- ♦ schizophrénie (programme de six semaines).

De plus, l'organisme a mis sur pied un atelier de huit semaines réservé aux usagers et dont l'animation était assurée par d'autres usagers.

Les cours offrent aux participants l'occasion de mieux connaître la maladie, de partager des préoccupations, d'apprendre des techniques d'adaptation et de mieux maîtriser diverses situations. Les évaluations menées à la fin de chaque session indiquent que les participants ont bénéficié des programmes et apprécié l'occasion qui leur avait été donnée d'échanger avec les autres usagers et les membres de leurs familles.

En collaboration avec les Services d'éducation communautaires de la Commission des écoles catholiques de Montréal, on offre aux membres des familles d'usagers deux séries de trois cours pour devenir facilitateur lors des rencontres d'Alliance AMI-Québec. Ces cours intensifs comprennent des volets sur la dynamique de groupe ainsi que les techniques de facilitation et d'aide. Les participants ont affirmé être très satisfaits de ces programmes qu'ils jugeaient utiles à leur rôle de facilitateur. On prévoit parfaire cette formation par des cours supplémentaires.

Groupes d'entraide : L'organisme organise régulièrement des rencontres de groupes d'entraide, au rythme de neuf par mois. Certains de ces groupes abordent les besoins d'ensemble des familles, d'autres sont plus spécialisés et touchent la dépression et la psychose maniaco-dépressive ou les troubles obsessionnel-compulsifs pour les usagers et leurs familles. De plus, un groupe se réunit chaque mois pour apporter son soutien aux époux, aux enfants adultes et à la fratrie des usagers. Certains groupes d'entraide sont codirigés par des professionnels de la santé et des parents, d'autres, par des usagers et des parents.

Les cours et les groupes d'entraide sont conçus pour répondre aux besoins que ressentent et expriment les familles. L'inclusion d'usagers et l'émergence de groupes plus spécialisés se font à leurs demandes. En 1995-1996, près de 600 personnes ont suivi les cours d'Alliance Ami-Québec, et 733 ont assisté à des rencontres de groupes d'entraide.

Réseau téléphonique de soins et de partage : Alliance AMI-Québec offre une aide téléphonique et un réseau formé d'anciens aguerris. Ce service permet de mettre en contact une famille qui vit une situation de crise avec une personne de longue expérience. Le service oriente la famille vers les services communautaires appropriés et lui apporte un soutien moral pour la durée de la crise. De plus, on communique mensuellement avec les membres pour leur communiquer les détails des prochaines rencontres et aborder toute nouvelle préoccupation émergente.

Bulletin *Share & Care* et centre de documentation : Alliance AMI-Québec publie un bulletin trimestriel (en anglais seulement) et possède un centre de documentation doté d'ouvrages, de périodiques, de bandes vidéo et audio qui sont régulièrement mis à jour. Le bulletin que produit Alliance AMI-Québec est son plus important outil de communication et de liaison. Il est distribué aux membres et amis de l'organisme, aux établissements de santé et aux organisations communautaires. Le bulletin publie les derniers développements des domaines d'intérêt, le calendrier de ses programmes et ses activités, des histoires vécues, ainsi que des articles d'opinions ou d'observations écrits par des professionnels de la santé.

Réseau des enfants adultes et de la fratrie : Établi à l'automne 1988, ce réseau répond aux besoins particuliers de la fratrie et des enfants adultes. Le réseau offre, en plus de son soutien continu, un programme pour aider les membres à diminuer leur sentiment de culpabilité, à apprendre de nouvelles façons de communiquer avec leurs proches et à regagner confiance.

Manuel d'information pour les familles : Le premier en son genre au Québec, le manuel *La maladie mentale : un guide destiné aux familles* (1992) donne aux familles une foule de renseignements pertinents sur la maladie mentale et le système de soins de la santé. L'Alliance AMI-Québec a aussi publié une version régionale du manuel grâce à une subvention du Conseil régional de la santé et des services sociaux de Montréal.

Réseau des professionnels de la santé : Alliance AMI-Québec maintient des relations avec les organisations et les professionnels de la santé mentale. Un des buts que poursuit l'Alliance est de promouvoir l'inclusion des membres de la famille à l'équipe qui traite son proche touché par la maladie mentale. L'organisme a retenu les services d'un coordonnateur à temps partiel pour donner plus d'ampleur à ces activités. En 1995-1996, des équipes de bénévoles formées de membres de la famille d'usagers ont présenté des exposés dans des hôpitaux, des centres locaux de services communautaires, des collèges, des universités, des policiers, des enseignants, ainsi qu'au personnel d'Urgence Santé et lors d'événements communautaires. Alliance AMI-Québec commandite également la tenue de conférences et colloques publics en collaboration avec les départements de psychiatrie des hôpitaux.

Défense des droits : Alliance AMI-Québec défend les droits des personnes atteintes de maladies mentales en proposant des lois qui les protègent et leur assurent des soins de qualité. Par exemple, Alliance AMI-Québec a fait campagne pour simplifier la procédure pour demander au tribunal d'exiger un examen psychiatrique d'une personne. Ces efforts ont débouché sur la création d'un formulaire officiel et d'un guide avec vidéo pour expliquer aux familles l'utilisation des formulaires et les procédures devant les tribunaux. Ces nouveaux formulaires permettent aux familles de se présenter en cour sans avoir à retenir les services d'un avocat. Alliance AMI-Québec, en collaboration avec d'autres organisations communautaires, maintient sa vigilance afin que les compressions budgétaires et autres réductions de services ne menacent pas les services destinés aux usagers et à leurs familles.

Publicité : Alliance AMI-Québec sensibilise et éduque le grand public par des événements spéciaux ou médiatiques comme la Semaine de la santé mentale. Les réunions des groupes de soutien et les cours offerts par l'Organisme sont régulièrement annoncés dans la presse écrite et électronique, et l'organisme a monté des kiosques d'information dans les centres commerciaux et les hôpitaux à plusieurs reprises.

Représentation : Les représentants d'Alliance AMI-Québec participent aux nombreuses conférences nationales et internationales portant sur les maladies mentales et sont également présents aux rencontres d'organismes locaux, provinciaux et nationaux qui traitent de la prestation des soins de la santé mentale.

Concordance avec les meilleures pratiques

Alliance AMI-Québec offre aux familles des personnes souffrant de maladies mentales une vaste gamme de services de soutien et d'éducation, ainsi qu'aux professionnels et autres membres de la collectivité. L'organisme maintient des statistiques sur le nombre de personnes bénéficiant de ses services ainsi que sur leur degré de satisfaction. Récemment, l'organisme a reçu une subvention pour effectuer une évaluation des besoins des membres des familles. Alliance AMI-Québec est un organisme en pleine évolution qui aborde quatre éléments proposés par le document *A New Framework for Support* de l'Association canadienne pour la santé mentale : usagers, regroupements et organisations d'usagers, services de soins de la santé mentale, services et groupes communautaires (voir chapitre 10).

Évaluation et suivi

L'avenir et la continuité des soins : projet de recherche sur les besoins en soins de la santé mentale : Alliance AMI-Québec a obtenu du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec une subvention pour concevoir et exécuter un projet-pilote d'aide aux familles. L'objectif de ce projet est d'évaluer les besoins des familles en matière de soins à long terme de leurs proches. On a évalué les besoins des familles à cet égard et, dans la mesure du possible, des services jugés nécessaires ont été mis sur pied.

De plus, Alliance AMI-Québec maintient des statistiques sur le nombre de personnes qui participent à ses programmes et utilisent ses services, ainsi que sur le nombre de professionnels et autres qui assistent à ses rencontres éducatives. L'organisme tente également de mesurer le degré de satisfaction de sa clientèle à l'égard de ces rencontres.

Éléments clés de l'établissement et du fonctionnement de l'organisme

À l'origine, Alliance AMI-Québec ne fonctionnait qu'avec des bénévoles et des fonds recueillis auprès du grand public. Depuis 1990, l'organisme reçoit des subventions du gouvernement du Québec et du Conseil régional de la santé et des services sociaux de Montréal. Alliance AMI-Québec demeure un organisme sans but lucratif aux sources de financement diversifiées, qui assure la pérennité de son fonctionnement en recueillant des dons. Son conseil d'administration est formé de professionnels de la santé, de membres de la famille des usagers ou d'amis, et est ouvert aux usagers.

Diffusion

Alliance AMI-Québec s'est fait connaître grâce à son travail dévoué auprès des familles des personnes atteintes de maladies mentales. Alliance AMI-Québec est un membre fondateur de la Fédération des familles et des amis de la personne atteinte de maladie mentale et a aidé à mettre sur pied des groupes d'entraide familiaux à Montréal et ailleurs au Québec. Le manuel *La maladie mentale : un guide destiné aux familles*, conçu pour répondre principalement aux besoins des familles touchées par la maladie mentale, est en grande demande auprès des professionnels de la santé et des services communautaires. Les stratégies d'information et de défense des droits d'Alliance AMI-Québec sont décrites ci-dessus. Enfin, Alliance AMI-Québec a établi une série de prix et d'hommages pour les membres de la famille, les professionnels et les individus qui ont apporté une contribution exceptionnelle à la compréhension des maladies mentales au palier local, régional ou national.

Incidence sur le système de soins de la santé mentale

En sa qualité de doyen des regroupements familiaux au Québec, Alliance AMI-Québec sert de modèle pour l'établissement de regroupements semblables au Québec. Après plus d'une décennie de fonctionnement, l'organisme est reconnu comme un prestataire de services spécialisés au palier régional et reçoit un financement régulier à cette fin. Alliance AMI-Québec a d'abord mené des activités de liaison avec les professionnels et les usagers pour passer ensuite à l'étape de leur inclusion aux groupes de soutien et aux activités éducatives, et à l'organisation. Cette stratégie innovatrice a influencé plusieurs secteurs du système de soins de la santé mentale, du moins au palier local. Par exemple, Alliance AMI-Québec a contribué à l'établissement d'un groupe d'entraide d'usagers.

Conclusions

Alliance AMI-Québec a été le premier regroupement d'entraide familiale à se constituer au Québec en 1976. Les activités de l'organisme portent sur les volets suivants :

- répondre d'abord et avant tout aux besoins des familles sans distinction quant aux maladies mentales particulières;
- établir des réseaux entre les proches, les professionnels et les usagers;
- viser et encourager la participation des professionnels et des usagers aux activités éducatives ainsi qu'à l'organisation elle-même;
- habiliter les membres, par exemple en formant d'anciens membres pour agir à titre de facilitateur lors d'activités de soutien ou d'éducation.

Personne-ressource :	Ella Amir, Directrice administrative Téléphone : (514) 486-1448 Télécopieur : (514) 486-6157
-----------------------------	---



Programme communautaire d'apprentissage d'habiletés – Lethbridge (Alberta)

Introduction

Le Community Approach to Skills Development Training Program (Programme communautaire d'apprentissage d'habiletés - PCAH), exécuté par l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), est un programme mis sur pied récemment pour préparer les usagers à des emplois. Au cours de ses dix premiers mois de fonctionnement, le programme a formé 33 personnes souffrant de maladies mentales graves et persistantes. Les paliers de gouvernement municipal, provincial et fédéral ont reconnu les mérites de ce programme en raison de sa capacité à accroître les possibilités d'emplois de ce groupe d'usagers.

Type de services et services de soutien

- Ce programme offre la possibilité aux usagers d'acquérir les habiletés nécessaires pour obtenir un emploi au sein de la collectivité.

Description du programme

Organisation et structure : L'établissement de ce programme découle de la participation de l'Association canadienne pour la santé mentale au projet national Accès à un véritable emploi. Le programme est le fruit d'un partenariat entre le Collège communautaire de Lethbridge (CCL), Développement des ressources humaines Canada, et le Conseil consultatif provincial sur la santé mentale. L'ACSM dirige le programme et confie sous contrat les activités d'apprentissage au CCL. Le programme offre des cours pour l'apprentissage d'habiletés spécialisées, en partenariat avec les entreprises et le secteur du bénévolat locaux.

Les cliniques de santé mentale, les hôpitaux, les services sociaux, les organismes de réadaptation et l'ACSM réfèrent tous des usagers au programme.

Population cible : La population cible comprend les personnes souffrant de maladies mentales graves et persistantes, et celles dont les problèmes de santé mentale risquent d'affecter leur fonctionnement à long terme.

Méthodes et fonctionnement de la prestation des services : Le programme fonctionne cinq demi-journées par semaine et combine des cours théoriques, de la formation et de l'observation sur le terrain, et des travaux pratiques d'apprentissage dans la collectivité. Par exemple, un

étudiant peut apprendre l'entretien immobilier en se rendant, en compagnie d'un instructeur du collègue, à un lieu de travail communautaire où il apprendra par l'observation et le travail avec son instructeur, puis mettra ses nouvelles habiletés à l'essai par lui-même. Dans certains cas, le travail peut être commencé au collègue, par exemple, la construction d'un escalier, puis terminé au site de travail (installation de l'escalier). Après une session de 16 semaines, chaque étudiant se voit assigner une personne-ressource qui l'aidera à développer ses habiletés et à déterminer ses objectifs. Si l'étudiant en fait la demande, il peut obtenir du soutien (qui varie selon les besoins) même après avoir terminé ses études. La personne-ressource est employée par l'ACSM.

Chaque étudiant passe une entrevue avant de participer au programme et on évalue ses habiletés, ses capacités, sa formation et ses expériences d'emploi. Le Programme communautaire d'apprentissage d'habiletés est suffisamment souple pour pouvoir s'adapter à la situation et aux besoins particuliers de chaque étudiant. Les étudiants qui doivent quitter le programme pour des raisons de complications de santé attribuables à leur médication ou maladie peuvent le réintégrer à tout moment.

Services offerts par le Programme communautaire d'apprentissage d'habiletés :

Développement personnel

- Gestion du stress
- Détermination d'objectifs
- Édification de la confiance en soi
- Gestion du temps
- Gestion de la médication et des symptômes
- Autonomie de soins (nutrition, être attentif à soi-même, bonnes manières, apparence physique)

Habiletés professionnelles

- Apprentissage d'habiletés dans une foule de domaines dont ceux touchant l'industrie ou les affaires

Le programme s'est doté d'un groupe de soutien à l'emploi dirigé par des thérapeutes de l'Hôpital régional de Lethbridge et de la Clinique de santé mentale. L'Hôpital et la clinique consacrent de leur temps au PCAH et se partagent en alternance la tâche de superviser le groupe d'étudiants en raison de sessions de 16 semaines chacune. Les réunions du groupe de soutien ont lieu à des endroits qui conviennent aux étudiants.

Relations avec les autres services et services de soutien : Les étudiants du PCAH sont référés par l'ACSM, la Clinique de santé mentale et l'Hôpital régional de Lethbridge, qui leur accordent également leur soutien (par un programme de rayonnement et un groupe de soutien à l'emploi). Les étudiants font l'apprentissage des habiletés nécessaires à l'emploi au Collège communautaire de Lethbridge. Le programme négocie des contrats avec des employeurs potentiels au nom des étudiants. Après avoir obtenu leur diplôme, les étudiants peuvent continuer à travailler pour leur employeur en échange de dons en nature, d'un salaire ou de toute autre contrepartie convenue entre la personne-ressource et l'employeur.

Évaluation et suivi : On a effectué une évaluation du programme après une année de fonctionnement. L'objectif de cette évaluation était de constater ses progrès et de fournir des commentaires susceptibles d'être mis en application durant cette période de développement pour apporter des améliorations. L'échantillon retenu pour l'évaluation comprenait 33 étudiants qui avaient terminé le programme entre le 1^{er} janvier et le 11 octobre 1996. Parmi les facteurs étudiés, mentionnons le niveau de fonctionnement des usagers, le développement de leurs habiletés, leur satisfaction et celle de leurs employeurs. On a aussi mesuré le recours aux services hospitaliers et les visites chez le thérapeute. L'évaluation a indiqué que les usagers faisaient preuve d'une plus grande indépendance : trois travaillaient à temps plein; onze travaillaient à temps partiel; onze autres travaillaient comme bénévoles dans la collectivité. Quatre autres usagers étudiaient au Collège communautaire de Lethbridge, deux à temps plein et deux à temps partiel. Les données sur les hospitalisations de 18 usagers montrent que le nombre de jours passés à l'hôpital est passé d'une moyenne de 15 jours en sept mois avant de participer au programme à aucun jour à l'hôpital dans les sept mois qui ont suivi la fin du programme. De plus, au cours de la période de comparaison, la médiane des visites chez le thérapeute est passée de plus de 5 000 visites à un peu plus de 3 100.

Concordance avec les meilleures pratiques

Le Programme communautaire d'apprentissage d'habiletés offre aux personnes souffrant de maladies mentales graves et persistantes l'occasion de réintégrer la collectivité. Il s'agit d'un programme de préparation à l'emploi qui permet aux étudiants de développer les habiletés nécessaires au fonctionnement dans un milieu de travail normal. Chaque étudiant bénéficie du soutien à long terme que lui apporte la personne-ressource responsable de son dossier.

Éléments clés du développement et du fonctionnement du programme

Plusieurs organismes ou ministères fédéraux et provinciaux ont offert des fonds au programme soit sous la forme de bourses aux étudiants, de financement individuel ou en bloc. Des sociétés privées ont contribué des fonds à la recherche et à l'évaluation, et Santé Canada a prêté son concours à l'élaboration du contenu des cours.

Diffusion

Le Programme a élaboré une stratégie de mise en marché qui comprend un logo, un dépliant et un bulletin. De plus, le programme a fait parler de lui dans des articles du journal local ainsi qu'à la télévision locale. Les responsables du programme en préparent actuellement une description détaillée qui sera publiée dans un journal scientifique.

Incidence sur le système de soins de la santé mentale

L'édification d'un partenariat avec les entreprises du secteur privé et le placement couronné de succès des usagers ont créé de meilleures attitudes envers l'embauche de personnes souffrant de troubles psychiatriques. Les entreprises et organismes qui n'avaient encore jamais offert d'emplois à des personnes atteintes de maladies mentales graves ont modifié leurs politiques et pratiques pour faciliter leur embauche à l'avenir. Le PCAH a conclu des partenariats avec des organisations de bénévoles, des organismes sans but lucratif, des groupes religieux, des associations charitables, des organismes de services sociaux, la Direction des études supérieures et une société pharmaceutique, ainsi qu'avec un bon nombre d'autres entreprises locales.

Facteurs de succès et leçons tirées du programme

Les éléments suivants, qui font partie du programme, sont considérés comme d'importants facteurs de son succès.

Relations avec les usagers : Le personnel met l'accent sur la nécessité de bien faire comprendre aux usagers les objectifs du programme et de s'assurer qu'ils ont des objectifs d'emplois réalistes. On doit également procéder à un choix sélectif des usagers dès le départ et se limiter à n'offrir le programme qu'à ceux qui ont le plus de chances d'en tirer profit. Comme dans les autres programmes d'emplois encadrés décrits dans la documentation scientifique, le PCAH permet aux usagers d'acquérir des habiletés dans un véritable milieu de travail tout en leur offrant un soutien individualisé et continu. Le personnel du programme estime aussi que les groupes de soutien à l'emploi sont un facteur important du succès du programme.

Relations avec le monde du travail : Le personnel du PCAH préfère le milieu de travail des organisations charitables et des sociétés sans but lucratif. Le personnel estime que dans un marché de l'emploi très compétitif et stressant, ces organisations font traditionnellement preuve de plus de compréhension et offre un cadre encourageant et moins stressant, favorable à la formation, à l'apprentissage et à l'établissement de liens avec la collectivité. De plus, l'expérience et les références qu'en retire l'étudiant lui permettent de chercher un emploi ailleurs. Le programme met l'accent sur l'importance du réseautage et l'édification de partenariats avec les employeurs potentiels.

Personne-ressource :	Deborah Chenery, Directrice régionale Association canadienne pour la santé mentale Téléphone : (403) 329-4775 Télécopieur : (403) 320-7432
-----------------------------	---

10. Une nouvelle structure de soutien Association canadienne pour la santé mentale - Bureau national

Introduction

L'élaboration de la stratégie de structure de soutien remonte au début des années 80 alors qu'on commençait à reconnaître les méfaits de la désinstitutionnalisation sur la vie des personnes atteintes de maladies mentales. Devant cette réalité, l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) s'est interrogée sur la pertinence d'avoir recours exclusivement aux services traditionnels pour assurer le rétablissement de la santé mentale des usagers, qui caractérisaient alors la plupart des politiques sur la santé mentale. Après avoir mené des consultations exhaustives auprès de toute une gamme de groupes d'intéressés, l'ACSM a déterminé qu'il fallait établir la structure de soutien au sein de la collectivité et non au sein du secteur des services de la santé. Plutôt que d'envisager le système de soins de la santé mentale en tant que premier prestataire de soins et détenteur de la connaissance, l'ACSM a formulé un cadre de politique axé sur la pleine participation des usagers et de leurs familles au système de soins de la santé mentale. L'ACSM a également cerné quatre grands secteurs susceptibles d'intégrer, de soutenir et d'habiliter les personnes souffrant de maladies mentales. Ces secteurs sont : les familles et les réseaux officieux; les organismes et groupes communautaires non spécialisés (dont les organismes de services sociaux, d'habitations subventionnées et les services aux familles qui ne s'adressent pas spécialement aux personnes atteintes de maladies mentales); et le système traditionnel de soins de la santé mentale.

L'ACSM a produit en 1993 l'énoncé de politique *New Framework for Support for People with Serious Mental Health Problems* (Une nouvelle structure de soutien pour les personnes atteintes de maladies mentales graves) en ajoutant au paradigme initial le concept que les usagers devraient avoir accès aux mêmes éléments de la société que les autres citoyens, c'est-à-dire un logement, un emploi, une éducation et un revenu.

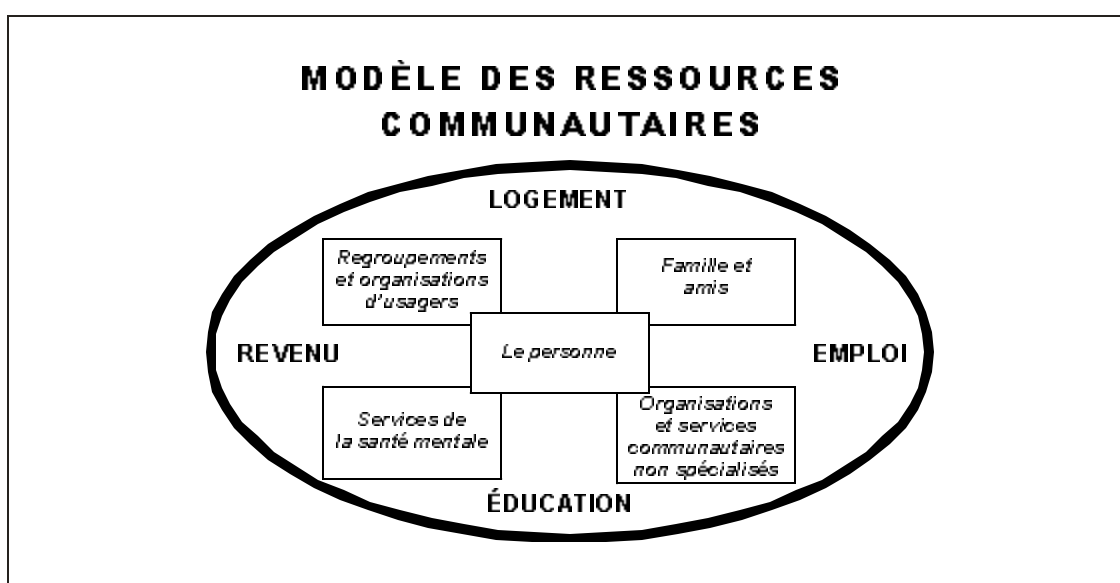
L'objectif principal de la stratégie est de susciter une nouvelle façon de voir les capacités et le potentiel des usagers, ainsi que les possibilités de rehausser leur rôle de citoyen. Les activités de mise en œuvre de la stratégie ont d'abord porté sur la diffusion du concept de la structure auprès des Canadiennes et Canadiens afin de modifier les politiques et les pratiques de soins de la santé mentale des gouvernements et collectivités du Canada.

Type de stratégie

- Cette stratégie de politique est d'envergure nationale.

Démarche et résultats visés

Le modèle des ressources communautaires constitue un volet de la Structure de soutien qui cerne les divers éléments nécessaires à toute personne vivant au sein d'une collectivité ainsi que leurs interrelations. Ce modèle se distingue des premiers concepts de l'élaboration des politiques et de l'exécution des programmes sur la santé mentale parce qu'il place l'utilisateur au centre de ses préoccupations et reconnaît qu'on doit lui donner accès à une vaste gamme de ressources, dont les services de santé mentale traditionnels ne forment qu'un volet parmi d'autres (ACSM, 1995). Voir la figure 1 ci-dessous.



Les résultats attendus des programmes et collectivités qui adoptent le modèle sont les suivants :

- élaboration de politiques et exécution des programmes influencées par les usagers;
- reconnaissance de l'importance du soutien officiel (famille, amis et collectivité), de l'accès aux éléments fondamentaux (revenu, logement, emploi et éducation) et de l'adhésion à des organisations d'utilisateurs;
- élaboration de partenariats, particulièrement de partenariats multisectoriels, pour appuyer les usagers;
- participation accrue des usagers au processus décisionnel;

- participation de plusieurs secteurs à la planification des soins de la santé mentale;
- meilleur accès des usagers aux organisations et services communautaires non spécialisés;
- distribution plus équitable des fonds parmi les secteurs en particulier aux regroupements de familles et d'usagers.

Pour atteindre ces résultats, l'ACSM a défini les trois mesures de réinvestissement communautaire suivantes :

- **financement des regroupements de familles et d'usagers;**
- **réforme du système de services** par la participation des usagers et de leurs familles, le soutien à la vie autonome des usagers et l'inclusion des services et services de soutien communautaires non spécialisés au processus de planification;
- **rehaussement de la participation des usagers aux activités habituelles de la vie en collectivité** en élaborant des stratégies pour permettre aux personnes atteintes de maladies mentales de vivre dans des milieux normaux de travail, d'éducation et de loisirs.

Accepter la Structure de soutien de l'ACSM requiert un changement radical dans la façon de voir la maladie mentale. À cette fin, l'ACSM a élaboré un modèle des connaissances, en avançant que les connaissances cliniques ne constituaient qu'une des solutions au traitement des maladies mentales. Parmi les autres solutions à envisager, celles de la connaissance des sciences sociales (qui étudie les facteurs sociaux dont la pauvreté), la connaissance expérientielle (qu'accumulent ceux et celles qui vivent avec des usagers ou les usagers eux-mêmes) et la connaissance traditionnelle (qui comprend les valeurs culturelles).

Mise en œuvre

En 1984, l'ACSM a adopté le modèle de la Structure de soutien. Depuis, elle fait la promotion de sa mise en œuvre de différentes façons. L'ACSM a collaboré avec ses sections et bureaux locaux pour faire connaître la structure et susciter des idées de projets en plus de rechercher des fonds auprès des gouvernements et autres pour les financer. Les représentants du bureau national de l'ACSM ont rencontré à plusieurs reprises les initiateurs de politiques des provinces et des territoires pour les informer et faire des pressions en faveur des changements de politiques. La liste ci-dessous donne un aperçu des initiatives entreprises depuis dix ans par l'ACSM pour mettre en œuvre la Structure de soutien :

Forums et conférences

L'ACSM a organisé une conférence, trois forums nationaux sur les politiques et de nombreuses rencontres plus décontractées pour favoriser l'émergence de concepts de projets et rapprocher les représentants des divers secteurs communautaires des décideurs gouvernementaux. Ces rencontres ont servi de catalyseurs à des modifications des politiques provinciales en faveur des concepts avancés

par la Structure de soutien. Par exemple, la Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick, qui est responsable de la planification et du financement des services de soins de la santé mentale, a été constituée selon le Modèle des ressources communautaires. À l'heure actuelle, la plupart des provinces établissent des comités de planification régionale qui comprennent des usagers. Partout au Canada, on assiste à un transfert graduel de fonds en direction du secteur communautaire, et les réseaux officieux de soins et la participation des usagers sont maintenant mentionnés dans les documents de planification et de politiques (Trainor, Church, Pape et coll., 1992).

À la suite de sa conférence de 1985, l'ACSM a mis sur pied un Conseil consultatif national des usagers chargé de conseiller le Conseil national de l'ACSM, ainsi qu'une initiative de réseau national des usagers. Cette initiative a servi de fondation au développement subséquent du Réseau national pour la santé mentale, un réseau indépendant qui regroupe des usagers de l'ensemble du pays. Ces deux groupes offrent encore leurs conseils à l'ACSM.

Projets-pilotes communautaires

Trois projets-pilotes communautaires ont été lancés en 1988 avec l'appui de Santé Canada pour mobiliser les partenariats entre tous les acteurs du Modèle de ressources communautaires. Le premier a vu l'établissement d'un réseau provincial d'usagers, ainsi que de plusieurs nouvelles initiatives diverses à Prince Albert (Saskatchewan). Le deuxième à Moncton (Nouveau-Brunswick), a permis de lancer plusieurs initiatives, dont un nouveau modèle de services à l'emploi et un centre d'urgence. Enfin, dans le cadre du troisième à Etobicoke (Ontario), une organisation familiale a obtenu une meilleure représentation et une plus grande participation à d'autres partenariats. La plupart de ces projets, lancés vers la fin des années 80, continuent d'exister aujourd'hui.

Perfectionnement professionnel

Le Programme de troubles thymiques de la Faculté de psychiatrie de l'Université de Toronto et l'Association des dépressifs et maniaco-dépressifs de l'Ontario ont lancé conjointement une initiative pour utiliser les connaissances et l'expérience des usagers et de leurs familles pour enrichir la formation des résidents en psychiatrie.

Stratégies d'accommodation - Promotion des stratégies d'intégration

Dans le cadre de sa stratégie de structure de soutien, l'Association canadienne pour la santé mentale, soutenue financièrement par Développement des ressources humaines Canada, a étudié les besoins des personnes atteintes de maladies mentales qui souhaitent s'intégrer aux milieux de travail et d'éducation normaux. L'Association a produit deux manuels à l'intention des employeurs et des enseignants du niveau postsecondaire (Frado, 1996).

Accès à un véritable emploi

Ce projet, financé par Développement des ressources humaines Canada, portait sur différents modèles d'accès à des emplois permanents. Quatre organismes au Canada ont élaboré et mis en œuvre des programmes qui comprenaient des partenariats avec une agence de placement de personnel ou un collège communautaire, et élargi un modèle de club pour y ajouter un volet d'accès à des emplois dits normaux. Parmi eux, le Programme communautaire d'apprentissage d'habiletés de Lethbridge (Alberta), qui est étudié au chapitre 9 du présent document. Les projets d'accès à des emplois véritables ont placé des usagers dans des emplois variés, allant de cinéaste à estimateur de revêtement d'asphalte. Le projet a rehaussé la compréhension des politiques qui constituent des obstacles à l'employabilité des personnes atteintes de maladies mentales. Il a fait progresser graduellement la notion d'emplois permanents et de soutien continu aux employés et employeurs (ACSM, bureau national 1997).

Inclusion à la collectivité

Le bureau national de l'ACSM a récemment reçu des fonds de la Fondation Trillium de l'Ontario pour financer un projet de deux ans qui a pour objectif l'élaboration de nouvelles démarches de collaboration pour répondre aux besoins des personnes atteintes de maladies mentales. Dans le cadre de ce projet, cinq regroupements seront constitués, formés d'usagers, de membres de leurs familles, de représentants de groupes communautaires non spécialisés et de membres du personnel du bureau local de l'ACSM pour planifier une stratégie conjointe. Les partenaires communautaires potentiels comprennent les services policiers, les organisations religieuses, les associations commerciales, les médecins de famille, les conseils scolaires, les institutions bancaires et les clubs de services communautaires. Le bureau national de l'ACSM regroupera les leçons tirées de ce projet et publiera un guide d'action communautaire. Le Programme de contributions à la promotion de la santé de Santé Canada a également accepté de financer le même projet en trois autres endroits au Canada. Le projet national s'est déroulé en 1996-1997.

Concordance avec les meilleures pratiques

La stratégie de structure de soutien préconise l'adoption de nouvelles politiques pour engendrer le changement systémique. Conformément aux meilleures pratiques reconnues, la stratégie exige la pleine participation des parties intéressées dans l'élaboration de politiques et favorise l'établissement de services et de services de soutien qui vont au-delà du système habituel de services.

Sur le plan opérationnel des programmes, la stratégie encourage la mise en œuvre d'initiatives des usagers et de leurs familles, et met l'accent sur l'établissement de partenariats multisectoriels par l'adoption de modèles tels celui des emplois encadrés et du soutien à l'éducation.

Évaluation

En raison de la diversité des activités entreprises dans le cadre de la stratégie de structure de soutien, l'évaluation a porté plutôt sur les éléments individuels que sur l'ensemble de la stratégie. Les résultats mesurés le plus souvent sont le nombre de partenariats établis, les niveaux de participation des usagers, les activités récréatives et les emplois obtenus. Les mesures quantitatives sont habituellement complétées de mesures qualitatives qui tentent d'établir l'envergure des changements de mentalité. Les études qualitatives portent principalement sur les questions comme le rôle des emplois, les attitudes envers l'inclusion des usagers et leur habilitation. Le lecteur trouvera au chapitre 9 une évaluation d'un projet-pilote pertinent, celui du Programme communautaire d'apprentissage d'habiletés de Lethbridge.

Le fait que tous les paliers de l'ACSM aient adopté le modèle de Structure de soutien constitue un indicateur de son succès, tout comme la présence de ses concepts au sein des politiques provinciales de réforme des soins de la santé mentale. La pérennité du Conseil consultatif national au Conseil national de l'ACSM et du Réseau national pour la santé mentale (qui doivent tous deux leur existence à la Conférence d'approfondissement de 1985 de l'ACSM) prouvent également le succès de la Structure de soutien.

En ce moment, l'évaluation des programmes constitue un élément essentiel de la réforme du système. La préparation d'une synthèse des évaluations des initiatives entreprises dans le cadre de la Structure de soutien serait une source inestimable de renseignements pour tous ceux et celles qui élaborent les politiques et planifient les programmes. Cette synthèse aiderait également l'ACSM à élaborer les futures évaluations et à relever les lacunes dans la connaissance que ces prochaines évaluations pourraient aider à combler.

Facteurs de succès et défis

Le bureau national de l'ACSM a bénéficié d'une structure organisationnelle bien établie pour promouvoir la Structure de soutien. Les partenariats conclus auparavant avec le secteur public ont aussi permis à l'ACSM d'organiser des rencontres et des conférences avec des représentants des gouvernements territoriaux et provinciaux, et d'obtenir un soutien financier des ministères fédéraux. Les deux initiatives d'usagers issues de la Conférence d'approfondissement ont aidé l'ACSM à se faire comprendre et à promouvoir les principes de la participation et de la maîtrise accrues des usagers. Bien que l'élaboration de la stratégie se soit révélée plus complexe et plus longue à mettre en œuvre que prévu, sa longévité a consolidé son assise. Au fil du temps, les fondements conceptuels de la structure de soutien ont pu évoluer en réaction aux commentaires reçus des programmes et des collectivités qui s'efforçaient de les mettre en œuvre. Par exemple, le Modèle des connaissances a été élaboré quand il est devenu évident qu'une bonne compréhension des concepts de la structure de soutien exigeait des sources de renseignements plus diversifiées.

Malgré ces avantages, la stratégie a dû affronter une certaine résistance au changement à ses débuts, particulièrement au chapitre de l'habilitation des usagers et de la modification des rôles des prestataires de services. De plus, on a reproché à la structure de soutien d'être trop axée sur les soins et pas suffisamment sur la promotion de la santé mentale. Enfin, la stratégie lutte toujours pour répondre à cette question fondamentale de la réforme des soins de la santé mentale : « Le changement de mentalité touche-t-il et améliore-t-il vraiment la vie des personnes? »

Personne-ressource :	Bonnie Pape Directrice des programmes et de la recherche Association canadienne pour la santé mentale Téléphone : (416) 484-7750 Télécopieur : (416) 484-4617
-----------------------------	--

11.

Initiative provinciale de formation Direction de la santé mentale - Ministère de la Santé du Manitoba

Introduction

La Direction de la santé mentale (DSM) du ministère de la Santé du Manitoba offre de la formation aux prestataires de soins de la santé mentale depuis bien avant la réforme des soins de la santé mentale. Traditionnellement, le personnel affecté à la santé mentale est employé par la province, qu'il travaille dans un hôpital ou en milieu communautaire. Cette relation d'employeur-employé confère à la province une grande influence sur le type et la prestation de la formation. Avant la réforme des soins de la santé mentale, le Manitoba employait déjà de nombreuses personnes dans le secteur communautaire de la santé mentale qui, pour la plupart, sont des travailleurs sociaux de formation professionnelle et des infirmiers et infirmières en psychiatrie. Depuis l'annonce de la réforme des soins de la santé mentale en 1988-1989 et la sélection de nouveaux programmes pour les personnes souffrant de maladies mentales graves, la province a embauché plus de personnel et lancé plusieurs initiatives de ressources humaines intéressantes. La DSM s'affaire à s'assurer que les universités et collèges continueront à offrir cette formation particulière et que les travailleurs qui sont déjà formés joueront un rôle dans la diffusion de l'information et la formation des autres travailleurs.

Objectifs :

- établir une structure pour les activités de formation afin d'en assurer la pertinence, la continuité et la pérennité pour les générations à venir;
- transmettre au personnel, par l'entremise de la formation, une mission, des valeurs et des principes communs pour la prestation de services dans le cadre de la réforme des soins de la santé mentale;
- transmettre au personnel les habiletés et les techniques nécessaires à son rôle;
- régler les questions de pénurie de main-d'œuvre qualifiée dans certaines régions.

Type de stratégie

- L'Initiative provinciale de formation constitue une stratégie systémique de formation de personnel de la santé mentale.

Démarche et mise en œuvre

Les initiatives de formation visent trois groupes différents de travailleurs : les membres des disciplines professionnelles; les auxiliaires de la santé mentale en milieu communautaire (pour enfants, adolescents et adultes); les prestataires de soins de la santé mentale spécialisés dans les domaines du logement, de la psychogériatrie, des interventions en cas de crise, de la gestion de cas et de l'emploi encadré. De plus, on encourage et finance les initiatives d'éducation du grand public.

Les membres des disciplines professionnelles

Le *Programme de résidence en psychiatrie* est conçu pour régler le problème du manque de main-d'œuvre qualifiée dans certaines régions. Les résidents signent une entente de service pour travailler dans une région désignée de la province en échange d'un soutien financier durant leur résidence.

Le *Programme d'éducation permanente en psychiatrie pour les médecins généralistes* offre des cours par l'entremise du Département d'éducation permanente, psychiatrie et médecine familiale, de l'Université du Manitoba. Les médecins généralistes reçoivent un modeste soutien financier pour pouvoir suivre des cours en psychiatrie. L'objectif de ce perfectionnement professionnel est de rehausser la disponibilité et la coordination des services de psychiatrie dans les régions rurales du Manitoba.

Le *Programme de baccalauréat en soins infirmiers psychiatriques*, lancé durant la réforme des soins de la santé mentale, est offert à l'Université Brandon sous deux formes : le baccalauréat de quatre ans et le diplôme de trois ans. Avant l'année 1990-1991, ce programme était sous la direction du gouvernement.

Dans le cadre du *Programme de services psychologiques communautaires en régions rurales et nordiques*, trois psychologues cliniciens en régions sous-desservies acceptent trois internes en psychologie ou résidents post-doctoraux pour un stage de six mois à un an. On s'attend à ce que les étudiants terminent le programme de formation au cours de la première année. Ils peuvent également conclure une entente de service en contrepartie d'une aide financière. Les psychologues sont des membres reconnus de la Faculté de psychologie clinique de l'Université du Manitoba et bénéficient de consultations, de télécommunication et de soutien à la recherche pour mener à bien la formation de leurs stagiaires.

Personnel communautaire de la santé mentale

Les travailleurs communautaires de la santé mentale auprès des adultes doivent s'inscrire au *Programme de formation de base* et développer leurs habiletés pour être admissibles à une promotion. Le programme a précédé la réforme des soins de la santé mentale et a été modifié pour refléter les connaissances acquises dernièrement. Le programme porte principalement sur les exigences du travail

touchant le système réformé de la santé mentale, c'est-à-dire, l'orientation psychosociale. Le programme comporte sept cours obligatoires et quatre cours facultatifs. Bien que la formation initiale des étudiants varie, l'objectif du programme est de leur conférer un ensemble uniforme de connaissances. Le programme comporte également un *Atelier d'habilitation* animé par un usager devenu expert-conseil engagé par la Direction de la santé mentale.

Le *Certificat avancé en soins de la santé mentale communautaires pour enfants et adolescents* comporte un programme de cours théoriques de 12 heures par semaine et un stage simultané en clinique d'une durée de six mois. Le programme met l'accent sur les habiletés nécessaires au travail auprès des enfants, des adolescents et de leurs familles particulièrement dans les régions rurales et nordiques. Les candidats à ce programme sont choisis parmi des professionnels possédant de grandes connaissances et de l'expérience.

Les deux programmes décrits ci-dessus sont chapeautés par la Direction de la santé mentale du ministère de la Santé du Manitoba. Afin d'assurer l'avenir de ces programmes de formation, le personnel de la direction étudie la possibilité de les intégrer aux programmes d'éducation permanente des universités et d'en faire des programmes menant à un certificat, par exemple en gestion de cas ou en santé mentale.

Prestataires de soins de la santé mentale avec spécialisation

La croissance des nouveaux programmes lancés en vertu de la réforme des soins de la santé mentale a nécessité l'embauche de nombreuses personnes. Certaines d'entre elles possèdent de l'expérience et une formation professionnelle en santé mentale tandis que d'autres, comme les auxiliaires que supervise une personne qualifiée, n'ont pas nécessairement cette formation. Le personnel professionnel employé par le gouvernement doit avoir une formation et on encourage tous les autres travailleurs et paraprofessionnels à obtenir de la formation.

La *Formation en intervention d'urgence* est offerte au personnel des unités d'intervention d'urgence et des équipes mobiles d'intervention d'urgence. On offre également un programme de cours de base complétés de cours supplémentaires pour répondre aux besoins particuliers de certaines régions.

La démarche de *Gestion de cas et de réadaptation psychiatrique* (Anthony et Farkas, 1989), telle qu'elle a été perfectionnée par le Centre de réadaptation psychiatrique de l'Université de Boston, a été choisie comme modèle pour la mise en œuvre de la gestion de cas orientée vers la réadaptation et les programmes d'emplois encadrés au Manitoba. Une ou deux fois l'an, on offre un programme de survols pratiques de 12 jours à un groupe de 16 personnes. La Direction de la santé mentale a retenu les services d'une associée du Centre de réadaptation psychiatrique au Canada, M^{me} Corinne Huddart, pour animer ces ateliers.

L'objectif de ces ateliers permanents est de communiquer des connaissances théoriques et pratiques au personnel partout en province. Afin de préserver les connaissances acquises par ces personnes et de s'assurer qu'un nombre grandissant de travailleurs acquièrent une connaissance sommaire de ces concepts, on a choisi neuf personnes parmi le personnel pour recevoir une formation d'animateur et présenter des exposés d'introduction partout en province. Le gouvernement a demandé à ces personnes de signer une entente de service en contrepartie de l'investissement dans leur formation.

Le *Programme de formation des auxiliaires* est un programme de formation en milieu de travail par lequel les auxiliaires suivent les travailleurs communautaires de la santé mentale ou des membres des unités de services d'urgence et sont supervisés par eux. Les auxiliaires sont des travailleurs qui fournissent les services de soutien, de réadaptation et de développement des habiletés à des personnes souffrant de maladies mentales graves et persistantes. Le formation comprend dix cours (d'une durée de deux jours chacun) et est offerte dans l'ensemble de la province.

Le *Programme de formation en psychogériatrie* est semblable aux autres, et les participants reçoivent une formation pertinente selon le rôle qu'ils auront à jouer.

Le *Module d'habilitation* consiste en un atelier de deux jours en milieu de travail offert au personnel, aux étudiants et aux membres des conseils d'administration des programmes de santé mentale. L'atelier, qui porte sur l'habilitation des usagers, est conçu et animé par des usagers et met l'accent sur les changements dans les rôles et services de soutien des usagers. Parmi les sujets abordés, mentionnons l'incidence des maladies mentales, l'aide autonome et les programmes dirigés par des usagers, le logement convenable, la modification des rôles, l'incidence sur les prestataires de services et une vision d'avenir.

Éducation communautaire

Les activités d'éducation communautaire suivantes ont eu lieu :

- financement des groupes d'entraide pour faire de l'éducation publique;
- financement d'initiatives pour diffuser l'information sur les nouvelles initiatives de santé mentale, dont des salons pour faire connaître aux usagers les services existants;
- publication d'un encart dans les annuaires téléphoniques pour faire connaître les services de santé mentale;
- exposés spéciaux et montage de kiosques d'information lors de la conférence annuelle de l'Organisation de la santé mentale du Manitoba et d'autres rencontres.

Orientation

La Direction de la santé mentale poursuivra ses efforts pour s'assurer que les universités offrent une formation adéquate sur la pratique communautaire des soins de la santé mentale, tant au chapitre des connaissances qu'à celui des habiletés. Après avoir constaté l'apport important des paraprofessionnels à la prestation des soins de la santé mentale, la Direction de la santé mentale passe actuellement en revue un programme de certificat au niveau collégial. Même si les responsabilités de la prestation des systèmes de soins de la santé mentale seront bientôt confiées aux autorités locales de la santé, la diffusion des connaissances et des habiletés, ainsi que des meilleures pratiques, demeure une priorité en tant que fonction centralisée.

Concordance avec les meilleures pratiques

Les activités de formation entreprises par la Direction de la santé mentale concordent avec les meilleures pratiques à l'égard des éléments suivants :

- participation des usagers des soins de la santé mentale à la conception et à la prestation des services;
- engagement du gouvernement à fournir les ressources financières et humaines nécessaires à la formation;
- formation et recyclage obligatoires de tous les membres du personnel pour assurer la présence d'une main-d'œuvre qualifiée et compétente.

Facteurs de succès

La réforme des soins de la santé mentale a été lancée à la suite d'une initiative du sous-ministre adjoint qui était le grand responsable des soins de la santé mentale et était en bonne position pour faciliter la réaffectation des fonds et la coordination des services.

Le ministre de la Santé et le sous-ministre adjoint étaient fermement déterminés et sont demeurés en poste durant plusieurs années, offrant la continuité nécessaire au lancement et à la progression de la réforme. Au début des efforts de réforme, ces deux personnes ont fréquenté le Centre Paul Carling au Vermont pour se familiariser avec les nouvelles démarches en santé mentale.

Dans chaque région, on a élaboré une structure qui encourageait les usagers, leurs familles et d'autres intéressés à participer à la planification, à la mise en œuvre et au suivi des programmes de formation.

Dans le cadre de la réforme des soins de la santé mentale, la Direction de la santé mentale s'est engagée de manière explicite et franche à offrir de la formation et du développement des habiletés en assurant la responsabilité de la planification et la coordination centrales.

De plus, on a établi des liens avec les universités et collèges pour rehausser la crédibilité, l'uniformité et la continuité des programmes de formation.

Personne-ressource :	Neil Koop, Directeur intérimaire Direction de la santé mentale Téléphone : (204) 945-5085 Télécopieur : (204) 945-3105
-----------------------------	---

12. Programme Westview pour les usagers au diagnostic mixte – Regina (Saskatchewan)

Introduction

Le Dual Diagnosis Westview Program (Programme Westview pour les usagers au diagnostic mixte) est administré par la Phoenix Residential Society (société Phoenix), une organisation charitable qui offre une combinaison de traitement communautaire dynamique, de services d'aide au logement et de services de soutien communautaires. La société Phoenix offre également des services d'aide à l'emploi, exploite un petit service de traiteur, des cafétérias pour le ministère de l'Éducation de la Saskatchewan et le journal *Regina Leader-Post*, et un service interne de conciergerie. La société Phoenix a vu le jour en 1979 avec l'ouverture de la Maison Phoenix qui comptait sept usagers résidants. Aujourd'hui, la société Phoenix offre des logements encadrés à 78 usagers et de la formation à l'emploi à un groupe de 15 à 20 usagers.

Type de services et services de soutien

- Le Programme Westview pour les usagers au diagnostic mixte est un programme de traitement et de logement encadré qui s'adresse aux usagers qui souffrent de maladies mentales et de toxicomanie.

Description de programme

Organisation et structure : Le Programme Westview est offert dans un immeuble à appartements du même nom. La société Phoenix y offre des logements encadrés à une dizaine d'usagers à la fois depuis janvier 1993. Le Programme Westview offre des services de réadaptation psychosociale et le personnel est sur place vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Puisqu'il s'agit d'un programme de la société Phoenix, les participants ont accès à tous les autres programmes et services offerts par la société Phoenix.

Population cible : Le programme s'adresse aux usagers de réadaptation de la Clinique de santé mentale de Regina dont le diagnostic indique à la fois une maladie mentale et un problème de toxicomanie. Ces usagers présentent souvent un problème de non-conformité à leur traitement et souffrent de difficultés prolongées d'adaptation à la vie communautaire.

Dotation et formation : Le personnel du Programme Westview est constitué de professionnels possédant une formation en soins infirmiers psychiatriques et en toxicomanie. De plus, ils reçoivent des cours de perfectionnement touchant les particularités de leur clientèle.

Méthodes de prestation des services et fonctions : L'objectif à long terme du Programme Westview est que ses clients puissent s'abstenir de consommer des drogues ou de l'alcool. Les usagers du programme en connaissent le but, mais admettent également que la voie de la guérison comporte des rechutes. Le Programme Westview offre à ses clients une vaste gamme d'activités qui rehaussent leurs aptitudes de vie quotidienne et les soutiennent vers leur objectif de santé et de sobriété. Les questions de réadaptation psychiatrique et de traitement de la toxicomanie sont abordées simultanément. Les services sont offerts sur une base individuelle ou en groupe. Avant d'être admis au programme, les usagers sont évalués attentivement par un comité de sélection qui comprend des représentants de la société Phoenix, de la Clinique de santé mentale de Regina et des Services de toxicomanie de la Saskatchewan. Lors de l'admission de chaque usager, on dresse un plan de réadaptation établi avec l'accord de l'usager, du responsable de cas et du coordinateur du programme.

Services offerts par le Programme Westview :

- **services financiers** (comptes en fiducie, gestion de budget et d'argent, magasinage et paiement de factures);
- **aptitudes à la vie autonome** (entretien d'un appartement, lessive, planification des menus et magasinage, préparation des repas, gestion de la médication, hygiène et apparence personnelles, et relations avec les autres);
- **santé physique et psychologique** (activités récréatives, utilisation des ressources communautaires, réseau social, ressources éducatives et pour l'emploi, gestion de l'emploi du temps, planification des activités quotidiennes, counseling et gestion des crises);
- **Services touchant la toxicomanie** (éducation, stratégie de prévention des rechutes, groupes internes de soutien à la guérison du type Alcooliques anonymes).

Relations avec les autres services

Tous les participants à ce programme ont été référés par la Clinique de santé mentale de Regina. Ces usagers doivent être suivis par un psychiatre de la région de Regina. En raison de la capacité limitée de ce programme et de la demande en services pour les usagers à diagnostic mixte, le Programme Westview a ouvert les portes de certains de ses programmes de groupes à des usagers qui ne résident pas au Westview.

Évaluation et suivi

En 1995, on a effectué un examen externe des pratiques et résultats obtenus par le Programme Westview afin de « déterminer l'efficacité du programme et de dégager des méthodes pour évaluer des stratégies nouvelles et efficaces ». L'équipe d'examen a interrogé des résidants, des membres du personnel et des personnes et organismes associés à ce programme. Puisque le programme est jeune, l'équipe a tenu à souligner que les résultats de l'examen ne devraient pas être pris au pied de la lettre. En règle générale, les résidants semblent jouir d'une meilleure santé, d'un meilleur style de vie et d'une plus grande stabilité psychiatrique (mesurée selon le nombre de jours d'hospitalisation avant et après leur admission au programme). La durée des périodes de sobriété varie selon les résidants de quatre jours à deux ans. Les résidants connaissent bien les questions de toxicomanie, envisagent la sobriété comme un objectif souhaitable et participent aux programmes de prévention des rechutes. Les organismes, professionnels et clients de l'extérieur apprécient les avantages du Programme Westview.

À la conclusion de l'examen, l'équipe a recommandé d'établir une base de données pour promouvoir la recherche sur les profils des usagers, mesurer les niveaux d'abstinence obtenus et mesurer les niveaux d'activité et de participation au programme qui mènent au rétablissement des usagers.

Concordance avec les meilleures pratiques

Bien que l'*Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale* n'ait pas abordé en détail les programmes de diagnostic mixte, ceux-ci n'en représentent pas moins un service essentiel aux personnes atteintes de maladies mentales graves. Les experts de ce domaine conviennent qu'un des éléments importants de ces programmes spécialisés est la prestation simultanée de services de soins de la santé mentale et de traitement de la toxicomanie. Le personnel du Programme Westview a reçu une formation double en réadaptation psychiatrique et en traitement de la toxicomanie. Le programme offre des services individualisés sans limite de temps. De plus, les services sont exhaustifs car ils portent sur la santé globale de l'utilisateur et visent à répondre à ses besoins psychologiques et médicaux, ainsi qu'à ses besoins en logement et en soutien financier.

Éléments clés de l'établissement et du fonctionnement du programme

En 1992, la société Phoenix a conclu une entente avec le ministère de la Santé (par l'entremise de la Direction des services de soins de la santé mentale) pour établir et exploiter un programme d'habitation et de réadaptation pour les adultes au diagnostic mixte, c'est-à-dire souffrant de maladies mentales chroniques et de toxicomanie. L'entente prévoyait l'établissement d'un comité de planification du programme formé de représentants de la communauté professionnelle. Trois sous-comités ont été établis, pour aborder respectivement les questions de planification du programme, d'admissions et de congés, et de formation du personnel. Le programme reçoit la majeure partie de

son financement du ministère de la Santé, le reste des fonds lui provenant des fonds en fiducie des Services sociaux et de la location d'appartements.

Diffusion

La société Phoenix répond aux demandes des organisations communautaires, des hôpitaux, des institutions et des associations professionnelles afin de partager expérience et savoir-faire auprès des personnes souffrant de maladies mentales chroniques. Au cours de la dernière année, le Programme Westview a également donné des ateliers sur le travail auprès des personnes au diagnostic mixte qui comprend un problème de toxicomanie.

La société Phoenix est membre du Conseil de coordination de la réadaptation psychiatrique de Regina, une organisation qui regroupe tous les organismes de la ville qui offrent des services aux personnes souffrant de maladies mentales à long terme. L'objectif du Conseil est de faciliter la communication, la coordination et la continuité des services et de défendre les droits de leurs clients.

Facteurs de succès

La société Phoenix et son conseil d'administration reconnaissent l'importance de la souplesse dans l'élaboration et la prestation de services. Ils s'efforcent de toujours demeurer au courant de l'évolution des besoins de leurs clients aux prises avec de graves problèmes psychiatriques et élaborent des programmes pour répondre à ces besoins particuliers.

Un autre facteur de succès du Programme Westview repose sur la philosophie de gestion de l'organisme qui encourage le personnel à prendre les initiatives nécessaires pour accomplir un travail de haute qualité. La direction de la société Phoenix favorise un milieu de travail où règnent la confiance et le respect. Les besoins des employés sont pris en considération, et on leur demande de faire de leur mieux.

Personne-ressource :	Carole Stewart Directrice du Programme Téléphone : (306) 569-1977 Télécopieur : (306) 569-1986
-----------------------------	---

13. Projet-pilote de santé mentale communautaire Inuvik (Territoires du Nord-Ouest)

Introduction

Le modèle de service traditionnel pour fournir des soins de la santé mentale dans la plupart des régions sous-desservies du Grand Nord consiste à envoyer des cliniciens dans les collectivités, de manière régulière ou sporadique, afin de voir aux besoins de la collectivité, ou encore de transporter les résidants vers des établissements du Sud pour qu'ils y reçoivent les services dont ils ont besoin. Le mécontentement envers cette démarche a mené à l'établissement du Community Mental Health Pilot Project (Projet-pilote de santé mentale communautaire). Cinq collectivités éloignées des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) ont décidé ensemble d'engager leurs propres travailleurs pour obtenir des services de soutien à la santé mentale, d'urgence, d'intervention, d'aide au développement communautaire et d'éducation qui soient ponctuels et pertinents sur le plan culturel.

Type de services et de services de soutien

- Ce projet-pilote consiste en un programme de rayonnement et de développement communautaire dans les régions sous-desservies.

Description du programme

Le Projet-pilote de santé mentale communautaire de la région d'Inuvik (Projet-pilote d'Inuvik) a été mis sur pied voilà plus de deux ans dans cinq villages. Le projet offre une gamme de services de soins de la santé mentale en milieu communautaire qui sont rendus par des professionnels de la santé mentale qui vivent au sein de ces collectivités. Cette initiative est le fruit des efforts de collaboration entre les collectivités et divers ministères. Les collectivités ont engagé elles-mêmes le personnel et élaboré les paramètres du programme en plus de participer activement à son évaluation. Le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Commission scolaire de division Beaufort-Delta, le Conseil régional de la santé d'Inuvik ainsi que les collectivités participantes apportent un soutien supplémentaire et du financement provisoire pour une période d'essai de trois ans.

Organisation et structure : Chaque travailleur se rapporte directement à la collectivité qu'il ou elle dessert par l'entremise du conseil de bande ou conseil du village, et son travail est suivi. Un comité, présidé par un spécialiste régional de la santé mentale, assure la coordination d'ensemble du projet. Un autre spécialiste régional de la santé mentale, employé du ministère des Services sociaux, assurait également le soutien et la coordination, mais ce poste a été aboli en faveur de l'embauche de deux spécialistes du développement communautaire.

Population cible : La population cible du Projet-pilote d'Inuvik est la population des collectivités participantes, dont le nombre varie de 95 à 900 personnes. Le personnel s'occupe d'une grande variété de problèmes de santé mentale, allant des problèmes parentaux aux tentatives de suicide en passant par les maladies mentales graves.

Méthodes de prestation des services et fonction : Le personnel est constitué de professionnels de la santé mentale expérimentés et parfaitement formés. Ils offrent des services directs ou indirects aux individus, aux familles et à des groupes de taille variée. Parmi les fonctions axées sur les usagers, mentionnons les services d'évaluation et de planification, les services d'intervention en cas d'urgence vingt-quatre heures sur vingt-quatre, le counseling, la référence à d'autres services, et le soutien et l'aide à leurs collègues. Parmi les fonctions visant plutôt la collectivité, mentionnons les activités de développement communautaire, la sensibilisation du public aux besoins et problèmes de la santé mentale ainsi que les activités récréatives, éducatives et artistiques.

Relations avec les autres services et services de soutien : Le personnel a établi d'excellents liens avec les autres organisations offrant des services à leur collectivité ainsi qu'avec la Gendarmerie royale du Canada, le clergé et les bénévoles.

Évaluation et suivi : Les collectivités jugent très important d'élaborer elles-mêmes les activités d'évaluation et de les exécuter. Les cinq collectivités ont participé à l'élaboration d'un cadre et à la détermination des méthodes pour l'évaluation initiale qui vient tout juste de se terminer.

Les données provenant des cinq collectivités (population totale de 2 521 personnes) ont été rassemblées dans cette évaluation de nature plus descriptive qu'analytique. Les évaluateurs se sont penchés sur les éléments suivants : emploi du temps des professionnels communautaires; leurs réalisations à ce jour; leurs recommandations pour améliorer les services; détermination des obstacles rencontrés dans leur travail quotidien. Le personnel a indiqué que les activités de counseling et de psycho-éducation pertinentes sur le plan culturel ont occupé la majeure partie de leur temps, avec un total de 3 100 séances individuelles et plus de 800 séances en couple, en famille ou en groupe. Ces activités de counseling ont porté sur une vaste gamme de sujets, allant des tentatives de suicide à l'assiduité scolaire en passant par la schizophrénie et la dépendance croisée. Le personnel a aussi participé à de nombreuses activités communautaires ou régionales destinées à rehausser l'initiative et l'habilitation collectives. Les employés ont également mené à bien des activités éducatives sur la prévention des maladies mentales et sur la façon d'aborder certains problèmes précis, tels l'alcoolisme et la toxicomanie, et la perte d'un être cher.

Les résultats qualitatifs de l'évaluation indiquent que les collectivités sont satisfaites des services offerts et vont davantage chercher l'aide dont ils ont besoin pour résoudre leurs problèmes de santé mentale. Deux professionnels communautaires de la santé mentale ont estimé que pendant un mois particulièrement chargé, ils avaient évité sept évacuations médicales et traité dix cas de tentatives de suicide. Le personnel de l'Hôpital régional d'Inuvik estime, d'après le nombre des évacuations médicales, que ces évacuations médicales par suite de tentative de suicide ont baissé de moitié durant la période où les professionnels communautaires étaient en fonction et que le séjour des personnes hospitalisées a été plus court. En règle générale, les professionnels communautaires ont enregistré une diminution des demandes de drogues en soirée et en matinée.

Concordance avec les meilleures pratiques

Promotion des soins en milieu communautaire : Avant l'établissement du Projet-pilote d'Inuvik, un plus grand nombre de personnes nécessitant des soins de la santé mentale devaient se déplacer et ce, plus fréquemment. Les services sont désormais offerts en milieu communautaire et font preuve de souplesse. Le personnel peut rencontrer les usagers à leur domicile ou au centre de détention de la GRC, et à tout moment, même au beau milieu de la nuit.

Continuité des soins rehaussée : Lorsque les individus doivent se déplacer pour recevoir des soins, ils reviennent habituellement dans leur collectivité assez rapidement. Ils reçoivent un soutien continu, parfois orienté en fonction d'une crise passagère, par un professionnel qui peut ainsi tisser des liens avec eux et leurs familles. La présence des professionnels en milieu communautaire permet cette continuité de soins dans ces petites collectivités éloignées.

Participation des usagers à la planification et au processus décisionnel : Le rôle central qu'ont joué les collectivités dans la planification du projet et sa reddition de comptes devant les conseils de bande ou de village a favorisé la participation des usagers. De plus, les conseils de bande orientent les programmes et en assurent l'administration.

Facteurs clés du développement et du fonctionnement du programme

Le Projet-pilote d'Inuvik n'a été financé que jusqu'en mars 1997. Bien que tous s'accordent pour dire que le programme est un succès retentissant, on s'inquiète de la disponibilité des fonds et de leurs sources après la fin du présent exercice financier. Aucun des organismes bailleurs de fonds ne s'est encore engagé à continuer à financer ce projet. De plus, la Commission scolaire a elle-même subi des compressions budgétaires, et il se pourrait qu'elle ne soit plus en mesure de participer au financement.

Bien que chacune des collectivités ait offert soit des fonds soit des biens et services (logements, locaux à bureaux) pour assurer la présence d'un professionnel de la santé mentale sur place, elles ne sont pas en mesure de financer entièrement ce programme. Les collectivités sont aux prises avec de sérieux problèmes urgents, et la plupart des résidants hésitent à consacrer de précieuses ressources à

ceux et celles qui souffrent de maladies mentales graves. La maladie mentale demeure une maladie honteuse, les collectivités tendent à préférer financer des programmes touchant le bien-être physique, la jeunesse, la prévention de la violence familiale et les services et le traitement de la toxicomanie. Les membres de certaines collectivités ont également déclaré qu'ils préféreraient embaucher des Autochtones, qui auraient une meilleure compréhension de leurs besoins précis. D'autres s'interrogent sur la question de la confidentialité des services dans de petites collectivités où tous se connaissent ou sont apparentés.

On doit entre autres renommer les postes, car l'expression travailleur de la santé mentale se traduit mal en inuktitut et prend une consonance péjorative. On suggère plutôt les termes spécialiste du mieux-être ou conseiller familial.

Diffusion

Le Projet-pilote d'Inuvik est conforme aux objectifs systémiques de deux grandes initiatives du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, le Mieux-être communautaire et l'Habilitation des communautés. Le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui a versé des fonds et offert son savoir-faire pour aider les collectivités à mettre sur pied le projet, étudie actuellement les résultats de l'évaluation initiale afin de faire des recommandations sur son développement et financement futurs. La volonté d'autonomie des collectivités, combinée à leur méfiance historique des gouvernements et des chercheurs de l'extérieur, a ralenti le processus d'évaluation. Les parties ont convenu de combiner les évaluations des collectivités et de soumettre un rapport de groupe dont les faits saillants ont été présentés plus haut.

Les T.N.-O. élaborent actuellement des indicateurs de la santé mentale qui, espère-t-on, faciliteront et amélioreront les prochaines évaluations.

Obstacles à l'efficacité

Les professionnels de la santé mentale ont mentionné que le manque de confiance mutuelle représentait un problème et qu'une meilleure communication et une plus grande coopération seraient des atouts importants pour assurer la continuité des soins et mettre en place un réseau régional de services. Par exemple, les professionnels ont mentionné que même si les infirmiers et infirmières à Inuvik avaient apporté leur soutien et leur aide, il avait été difficile d'établir des contacts réguliers et une bonne collaboration avec le personnel de l'unité psychiatrique de dix lits à Yellowknife. Les professionnels communautaires ont également souligné que la difficulté à obtenir des renseignements indispensables comme les rapports des psychiatres constituait un autre problème.

Facteurs de succès

Le plus important facteur de succès de cette initiative est que les programmes ont été conçus et exécutés au sein des collectivités. Un autre facteur de succès est que chaque professionnel communautaire habite la collectivité où il pratique et en devient un membre actif. Cette intégration rehausse la crédibilité des professionnels communautaires et ouvre la porte à de nouvelles possibilités de développement et d'éducation communautaires.

Personnes-ressources :	Jack MacKinnon Gestionnaire, Mieux-être communautaire Yellowknife Téléphone. : (403) 873-7730 Télécopieur : (403) 873-7706 Debbie Tynes Surintendante régionale, Inuvik Téléphone : (403) 979-7222 Télécopieur : (403) 979-3821
-------------------------------	--

Conclusion

Introduction

Les stratégies et programmes décrits dans le présent document offrent un exemple convaincant de la gamme d'excellentes pratiques innovatrices qui ont vu le jour avec la réforme des soins de la santé mentale au Canada. Nous ne pouvons cependant affirmer, en raison des méthodes de sélection et d'évaluation des programmes mentionnés, qu'ils sont supérieurs aux nombreux autres programmes ou stratégies présentement en œuvre. Mais ces descriptions illustrent bien les possibilités de mise en œuvre et de diffusion des meilleures pratiques. Ces applications diverses des meilleures pratiques représentent une richesse d'expériences sur les nouveaux modes de prestation des services et services de soutien. Nous espérons que cette compilation constituera pour tous ceux et celles qui participent à des efforts de réforme une source d'inspiration, d'idées et de renseignements pratiques, en plus d'une liste précieuse de personnes-ressources. Dans ce dernier chapitre, nous ferons un bref résumé des stratégies et programmes mentionnés et énumérerons les leçons à retirer de ces expériences, nous discuterons des caractéristiques des innovations et ferons un survol des considérations touchant la mise en œuvre des meilleures pratiques en matière de santé mentale.

Concordance des stratégies et programmes avec les meilleures pratiques

Les stratégies et programmes étudiés affichent au moins une application des meilleures pratiques de chacune des sept catégories de services de base d'un système de santé mentale complet, tel que l'*Examen de la documentation* en fait état. Deux programmes de l'analyse situationnelle abordent des questions importantes qui n'avaient pas été couvertes en détail dans l'examen des meilleures pratiques, mais dont l'importance et la pertinence à nos yeux justifiaient leur inclusion à notre étude. Il s'agit du Programme de diagnostic mixte de la société Phoenix, qui vise le sous-groupe des personnes souffrant de maladies mentales graves, dont le nombre est en croissance et qui présentent des défis particuliers, et du Projet-pilote en santé mentale communautaire de la région d'Inuvik, qui illustre une démarche innovatrice de rayonnement et de développement communautaire dans une région nordique sous-desservie. La seule catégorie pour laquelle nous n'avons pas d'exemple est celle de l'évaluation, car nous n'avons reçu aucune candidature de la part des provinces. Cet état de choses s'explique sans doute par la tendance à accorder moins d'attention à cet aspect de la réforme qui, de toute façon, se déroule par définition à la conclusion des projets. Les membres de l'équipe ont étudié quatre applications sur le terrain, deux programmes de démonstration locaux et deux stratégies de système, et ceux-ci sont décrits en détail. Nous les avons choisis parce qu'ils représentaient des modèles d'adaptation uniques des meilleures pratiques et avaient eu une grande incidence sur leur propre système de santé.

Le programme Seven Oaks en Colombie-Britannique et le Connections Clubhouse à Halifax illustrent tous deux comment des éléments des meilleures pratiques, qui avaient démontré leur efficacité dans les recherches, pouvaient être intégrés à des *programmes locaux innovateurs*. La remise en collectivité des usagers à long terme s'est révélée faisable et préférable à l'hospitalisation. Le programme Seven Oaks a élaboré un nouveau modèle de soins qui démontre que même les usagers présentant des troubles de comportement pouvaient être transférés en milieu communautaire. De plus, ce projet a prouvé que l'on pouvait assurer des soins tertiaires dans un complexe de taille plutôt modeste sans engager de frais supplémentaires. Cette dernière conclusion intéressera tout particulièrement les responsables de la santé mentale en région où les distances et les difficultés de déplacement vont à l'encontre de la centralisation des services tertiaires ou spécialisés.

La prestation de services de logements ou d'emplois encadrés constitue également un élément des meilleures pratiques. Le Connections Clubhouse a réussi à combiner ces démarches à un accès aux services psychiatriques et au modèle traditionnel des clubs. La prestation de services multiples au sein d'un seul établissement permet d'accueillir un plus grand nombre d'usagers aux besoins particuliers et d'offrir une continuité de soins en devenant membre d'une collectivité donnée.

Ces deux programmes illustrent bien les possibilités de diffusion des principes et modèles de programmes. Deux autres programmes de clubs ont été mis sur pied en Nouvelle-Écosse, et trois régions de la Colombie-Britannique prévoient établir des programmes de soins tertiaires fondés sur l'expérience du programme Seven Oaks. Il est peu probable que ces projets aient pu devenir des modèles en leur genre sans les efforts déployés par le personnel et l'administration pour se faire connaître et s'engager au sein de leur collectivité respective. Ces deux programmes se distinguent au chapitre de la diffusion par leur volonté de communiquer aux autres les principes et pratiques de la réadaptation psychosociale, en plus de faire la démonstration de leurs succès même auprès des usagers les plus malades. Ces sont là deux ingrédients importants de leur influence.

Les *deux stratégies systémiques* décrites en détail sont l'Initiative d'élaboration de programmes pour les usagers et survivants (IEPCS) en Ontario et la Commission de la santé mentale au Nouveau-Brunswick.

Ces deux stratégies ont utilisé les politiques, le financement et les mécanismes d'exercice des pouvoirs pour obtenir des changements radicaux dans la prestation des soins de la santé mentale et services de soutien. L'IEPCS confirme les résultats de recherche qui soutiennent l'élargissement des activités d'aide autonome. De plus, l'Initiative approfondit et raffine le modèle traditionnel d'aide autonome avec des concepts originaux et des variations surprenantes de la conception du programme. Plutôt que de se concentrer uniquement sur la participation des usagers aux services existants, elle met l'accent sur les autres besoins. Elle a également élaboré des lignes directrices opérationnelles qui clarifient la façon dont ces initiatives se distinguent des programmes de santé mentale traditionnels. La Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick constitue un excellent exemple de mise en œuvre d'un des concepts principaux des meilleures pratiques dans le contexte canadien, c'est-à-dire, l'attribution de l'exercice des pouvoirs et du financement à un organisme central responsable de la santé mentale. Puisque la documentation scientifique décrit et évalue principalement des

organismes responsables de la santé mentale aux États-Unis, il est particulièrement intéressant et utile d'avoir une application des meilleures pratiques dans le contexte canadien du système de santé.

La portée de la réforme obtenue par ces deux stratégies systémiques est impressionnante, et elles ont fait l'objet d'évaluations systématiques. La création, avec une enveloppe budgétaire de 4 millions de dollars, de 36 projets viables qui sont maintenant des organisations autonomes ou le deviendront bientôt, constitue un résultat louable de l'IEPCS. De plus, les efforts de l'IEPCS ont mené à des modifications des politiques officielles et des attitudes quant à la place qui revient de droit aux usagers dans le système de santé. Les autres gouvernements provinciaux investissent actuellement des sommes considérables dans l'établissement de structures pour favoriser la participation des usagers et de leurs familles. Citons en exemple la Colombie-Britannique qui met sur pied son Programme de partenariat provincial avec un budget de 4 millions de dollars pour rehausser la participation des citoyens.

Nous avons beaucoup à gagner du partage de l'information et de l'expérience découlant de ces initiatives. La Commission du Nouveau-Brunswick a réussi une réaffectation majeure des ressources du secteur des établissements en faveur du milieu communautaire en peu de temps. Bon nombre des changements structurels (dont la protection de l'enveloppe budgétaire de la santé mentale, la direction centrale, la décentralisation et la participation communautaire) qui ont eu lieu seront conservés au sein de la nouvelle Division des services de soins de la santé mentale qui remplace la Commission. Tandis que le reste du Canada cherche encore le modèle idéal d'intégration des services de santé mentale, tous les regards seront tournés vers le Nouveau-Brunswick pour savoir si les progrès et les succès obtenus par une organisation responsable indépendante seront conservés à plus long terme.

Quelles sont les leçons à tirer?

Plusieurs constatations positives s'imposent à la suite de l'examen de ces exemples de réforme des soins de la santé mentale. Nous décrivons les constatations les plus frappantes ci-dessous :

Il est possible de réaffecter avec succès les fonds et le personnel des établissements de santé vers le secteur des soins communautaires.

Bon nombre des programmes innovateurs que nous avons décrits sont financés à même les économies réalisées par le réaménagement des effectifs des cliniques internes des hôpitaux provinciaux. Par exemple, le programme Seven Oaks et le Programme de partenariat pour la santé mentale et le logement de la Colombie-Britannique ont obtenu des fonds provenant de l'Hôpital Riverview qui, au cours des quatre premières années d'un plan décennal, leur a transféré 200 usagers et 13,2 millions de dollars en financement annuel. Nous sommes encouragés par le fait que bon nombre d'employés des programmes de meilleures pratiques avaient déjà travaillé au sein d'établissements de santé. Le personnel médical et le personnel de soutien des hôpitaux peuvent devenir d'excellents travailleurs communautaires s'ils sont dirigés par des directeurs ou directrices éclairés et qu'on leur offre des possibilités de formation ou de perfectionnement. Les programmes

comme le Programme de réadaptation communautaire intensif en Ontario et le Connections Clubhouse en Nouvelle-Écosse prouvent que le personnel hospitalier peut faire la transition vers les services communautaires de la santé mentale et obtenir d'excellents résultats. Le Manitoba s'est engagé à offrir un programme de formation qui reconnaît l'importance de ces nouvelles habiletés et d'une nouvelle orientation en tant que volet de la réforme du système.

Les collaborations de ministères et organismes qui traitent de questions autres que de santé ont une valeur maintes fois démontrée.

Le Service d'intervention en cas de crise au Manitoba illustre comment les organismes de santé et de services sociaux peuvent combiner leurs efforts (et leurs ressources) pour élaborer un système d'éléments interreliés. Le Projet-pilote de la région d'Inuvik est financé en partie par la Commission scolaire de division Beaufort-Delta. Le Collège communautaire de Lethbridge et Développement des ressources humaines Canada sont tous deux commanditaires du Programme de développement des habiletés en Alberta. On peut mieux répondre aux besoins variés des personnes aux prises avec des maladies mentales graves lorsque les questions de santé attirent la participation d'autres types d'organismes. Cette participation offre également aux programmes de soutien une pluralité de ressources en plus de permettre aux personnes atteintes de maladies mentales de participer à une plus vaste gamme d'activités au sein de la collectivité. La création et le maintien de tels liens interorganisationnels exigent des efforts et de l'habileté, mais la création d'initiatives innovatrices justifie pleinement ces collaborations.

Toutes les provinces sont marquées par le rôle influent de l'Association canadienne pour la santé mentale.

Comme nous l'avons décrit dans le chapitre 10, *Une nouvelle structure de soutien*, le bureau national de l'ACSM a élaboré et diffusé des concepts et des principes qui constituent un thème dominant des efforts de réforme des soins de la santé mentale des provinces. La Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick tire ses origines des efforts de défense des droits et des activités d'orientation de politiques du bureau local de l'Association. Les diverses divisions provinciales de l'Association sont souvent initiatrices et commanditaires d'initiatives provinciales comme le Programme d'apprentissage des habiletés de Lethbridge. Les professionnels de la santé mentale, les autres professionnels de la santé et les professionnels des services sociaux concluent des partenariats pour répondre aux besoins en services de soutien et en ressources dont tous les citoyens ont besoin. Tous les programmes et stratégies fondés sur les meilleures pratiques mettent l'accent sur la participation des usagers à leur planification, à leur gestion et à leur évaluation. On doit cette évolution importante aux activités et aux ressources de l'ACSM.

On peut changer les attitudes et vaincre la résistance au changement par une action concertée.

Nous sommes encouragés de voir comment, dans le cadre du Programme de partenariat pour la santé mentale et le logement de la Colombie-Britannique, les activités d'éducation et d'intervention ont réussi à faciliter l'acceptation de locataires ayant des problèmes de santé mentale dans des

complexes résidentiels publics. Ce succès s'apparente à ceux obtenus par le Connections Clubhouse et le Programme communautaire d'apprentissage d'habiletés au chapitre de la perception et des attitudes des employeurs qui ont donné des emplois aux usagers. De son côté, le regroupement AMI-Québec prouve que les professionnels peuvent apprendre des familles membres les pratiques qui doivent être modifiées. Le Programme de réadaptation communautaire intensif décrit le scepticisme du personnel professionnel, des familles et du public, au sujet du placement des usagers à long terme au sein de la collectivité. Lorsque le projet a fait la preuve que même les usagers ayant des problèmes sérieux pouvaient être traités et maintenus en milieu communautaire, ces attitudes négatives se sont transformées en appuis. Les expériences positives d'intégration à la collectivité de personnes souffrant de problèmes de santé mentale importants constituent un outil formidable pour réduire les préjugés et promouvoir la réforme.

Quels sont les éléments qui facilitent l'innovation?

Nous retrouvons certains facteurs communs parmi les stratégies et programmes décrits. Bien qu'aucun de ces facteurs ne soit une révélation en tant que facteur de changement, nous devons nous rappeler certaines des conditions préalables nécessaires à la réforme.

La combinaison d'une *direction habile et de l'engagement d'un noyau d'experts* caractérise tous les programmes étudiés dans l'analyse situationnelle. Bien que ce facteur n'ait pas été explicitement mentionné dans toutes les descriptions, l'enthousiasme et le dévouement des personnes qui exécutent ces programmes sont évidents dans les actions entreprises et le succès remporté. Les directeurs et directrices de programmes ne sont pas seulement d'habiles administrateurs, ils démontrent leur résolution à prendre des risques et leur capacité à inspirer et à diriger leur équipe pour mettre en œuvre des innovations. Dans certains cas, nous avons remarqué que le personnel professionnel avait été un facteur clé du succès du programme tandis que dans d'autres, ce sont les non-professionnels qui ont pris la tête du mouvement. Les connaissances intimes de la maladie mentale que possèdent les usagers et les membres de leurs familles constituent un ingrédient critique de la dotation de plusieurs de ces programmes.

Une philosophie et des principes bien articulés forment également le fondement des innovations mises en œuvre. Ces principes proviennent de sources différentes. La réadaptation psychosociale forme les valeurs et les attitudes de base de bien des programmes décrits. La formation en réadaptation psychosociale semble aider les programmes et systèmes cliniques à adopter le modèle de soins communautaires en constituant le point commun des différentes disciplines qui doivent converger et en mettant l'accent sur les soins axés sur les usagers.

Le modèle de structure de soutien de l'ACSM a élargi l'horizon des éléments de soutien communautaire et des capacités des usagers. Le modèle a guidé les activités de développement communautaires et a constitué le fondement logique d'une vaste gamme de mesures innovatrices. Dans toute la documentation sur les meilleures pratiques, on insiste sur l'importance d'avoir en place les structures et les activités particulières à chaque démarche, par exemple, le traitement

communautaire dynamique et les cliniques externes. Il peut sembler évident que ces pratiques sont plus susceptibles d'être mises en œuvre et poursuivies dans certains environnements. Mais la présente étude des programmes existants souligne l'importance d'avoir, comme fondement de tout changement d'importance, un ensemble de valeurs et un langage communs.

La planification et l'exploitation des programmes innovateurs reposent sur la participation d'une grande diversité de parties intéressées. Les rapports sur les liens avec d'autres groupes de la société et un haut taux de participation des usagers démontrent que les programmes innovateurs ne constituent pas des activités fermées. Une grande ouverture d'esprit permet d'obtenir des commentaires et suggestions provenant de gens ayant une perspective différente, ce qui rehausse les possibilités de collaboration et de résolution de problèmes, et favorise la création d'une *vision explicite de l'avenir, partagée par toutes les parties intéressées.*

Sur la scène nationale, l'élaboration d'une vision bien articulée dans le document *La Santé mentale des Canadiens : Vers un juste équilibre* (1988) a précisé le contexte des efforts provinciaux de réforme. Au palier provincial, les documents officiels de planification et de description de services et services de soutien entièrement reconfigurés ont incité les innovateurs de la scène locale à poursuivre leurs efforts en faveur du changement. L'atteinte d'une vision commune exige beaucoup d'habileté de la part des dirigeants et beaucoup de consultations, mais elle constitue un élément clé de la réforme du système de soins de la santé mentale.

Le *soutien de l'infrastructure* est un autre élément aux grandes conséquences. La plupart des innovations que nous avons décrites n'auraient pu avoir lieu sans le soutien actif des grandes organisations qui les chapeautaient. Les champions de divers programmes et stratégies ont été parfois des superviseurs sympathiques, des gestionnaires supérieurs disposés à modifier les procédures ou encore un ministère qui accorde des ressources humaines ou financières supplémentaires. Le soutien de ces diverses personnes constitue également un facteur clé des nouvelles initiatives. Plusieurs stratégies systémiques ont pu être mises en œuvre grâce à des organisations existantes dont les activités couvraient un vaste territoire.

La plupart des facteurs qui favorisent l'innovation se retrouvent à la fois dans les programmes de démonstration locaux et les stratégies systémiques. *La volonté politique est une dimension particulière de l'évolution du système.* Afin d'accomplir des changements radicaux d'envergure au chapitre du financement et des politiques de la santé mentale, il est de la plus haute importance que les gouvernements approuvent et soutiennent les efforts de réforme. Plusieurs voies existent pour influencer les décideurs politiques : les groupes de défense des droits peuvent faire des pressions; les groupes professionnels peuvent publier des documents de position; les chercheurs, le résultat de leurs travaux; le personnel ministériel peut préparer des plans et des documents pour convaincre les politiciens successifs de l'importance de la réforme. Toutes ces méthodes favorisent l'évolution du système. Les expériences et les convictions personnelles des élus ont également souvent joué un rôle dans l'établissement des priorités de la santé mentale.

De quelle façon les meilleures pratiques ont-elles été mises en œuvre?

Si l'on se fie aux exemples décrits, il n'existe pas de correspondance exacte entre les modèles de programmes rigoureusement évalués et décrits dans la documentation, et les meilleures pratiques rencontrées dans les opérations quotidiennes. On remarque des adaptations évidentes alors que des éléments des meilleures pratiques sont extraits des descriptions idéales et utilisés dans des environnements variés. L'avantage de cette démarche souple est que la mise en œuvre correspond aux conditions locales et devient plus susceptible d'être bien acceptée par les personnes touchées. Par contre, ces adaptations libres courent le risque de diminuer ou perdre complètement certains éléments des meilleures pratiques qui devraient rehausser l'efficacité des programmes.

Deux façons s'offrent à nous pour réduire ou éliminer ce risque. La première est de s'assurer que les évaluations des programmes de recherche portent une attention particulière à la structure et aux processus de prestation des soins dans des milieux variés, afin de préciser et de mieux comprendre les éléments critiques de l'efficacité et leur relation avec les résultats. L'autre façon consiste à mettre en œuvre systématiquement des examens d'accréditation et un suivi des processus et des résultats de la prestation des programmes afin de recueillir les données qui prouveront ou contrediront la valeur des interventions effectuées. Certaines des évaluations décrites, telles l'évaluation structurée du Programme de réadaptation communautaire intensif à Brockville ou la base de données interactive de la région de la capitale de la Colombie-Britannique, en sont des exemples. Toutefois, dans l'ensemble, les évaluations des systèmes et programmes de toutes les provinces semblent faibles et requièrent des améliorations.

Comme prévu, nous avons vu que la mise en œuvre des meilleures pratiques pouvait se faire du haut vers le bas et inversement. Parfois, un excellent projet de démonstration local stimule l'adoption de changements dans l'ensemble du système. En d'autres cas, une stratégie d'ensemble favorise la création de nombreuses initiatives locales. Nous avons été impressionnés du bourdonnement d'activité dans les deux sens dans plusieurs provinces en ce qui touche certains services de base, dont plus particulièrement, le logement encadré, les initiatives des bénéficiaires et de leurs familles, et la diminution des hospitalisations et le transfert des usagers à long terme.

Les stratégies et programmes que nous avons soumis à l'analyse situationnelle ne semblent pas indiquer que les traitements dynamiques communautaires, les programmes d'emplois encadrés et les solutions de rechange à l'hospitalisation des usagers soient mis en œuvre de manière systématique. Toutefois, puisque le présent examen n'est pas exhaustif, nous ne pouvons affirmer avec certitude que ces meilleures pratiques ont été sous-utilisées. Nous pouvons cependant soulever cette possibilité, une possibilité par ailleurs inquiétante, puisque les conclusions des recherches démontrent l'efficacité de ces démarches.

Malgré certaines inquiétudes sur la façon dont les meilleures pratiques sont mises en œuvre, l'impression globale que nous retirons de l'analyse situationnelle est indiscutablement positive. Ce document expose des démarches intéressantes et palpitantes. Certains aspects sont uniques et deviendront peut-être des facteurs incontournables de la prochaine génération des meilleures pratiques. Cette collection reflète également le nombre élevé de stratégies et programmes innovateurs qui méritent également une reconnaissance spéciale, mais qui n'ont pu être inclus dans notre étude, faute de temps et d'espace. Dans l'ensemble, le travail en cours aux quatre coins du pays souligne les progrès de la réforme des soins de la santé mentale et les vastes possibilités d'améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de maladies mentales graves.

Bibliographie



Introduction

Anthony, W.A., « Integrating psychiatric rehabilitation into managed care », dans W.A. Anthony (dir.), *Community Support Systems: Lessons for Managed Care*, Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Allied Health Professions, Boston University, 1996, Boston, p. 23-32.

Cnaan, R.A., L. Blankertz, K.W. Messenger et J.R. Gardner, « Experts' assessment of psychosocial rehabilitation principles », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1990, vol. 13, n^o 3, p. 59-73.



Section I : 1

Nouveau-Brunswick, Comité des services de santé mentale du ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick, *Énoncé de position sur les services de santé mentale au Nouveau-Brunswick*, mars 1988.

Frenette, J.Raymond, ministre de la Santé et des Services communautaires *Énoncé sur la politique en matière de santé mentale*, 5 mai 1988.

Frenette, J.Raymond, ministre de la Santé et des Services communautaires *Énoncé sur la structure du ministère de la santé et des services communautaires*, 19 octobre 1988.

Nouveau-Brunswick, *Loi sur la Commission de la santé mentale*, article M-10.1.

Nouveau-Brunswick, *Loi sur la Commission de la santé mentale*, règlement 90-31 (90-228).

PGF Consultants inc., *État de la réforme en santé mentale au Nouveau-Brunswick*, Shediac, Nouveau-Brunswick, mai 1994.

Nouveau-Brunswick, « Sommaire des points principaux discutés par le ministre de la Santé et des Services communautaires lors d'un appel conférence avec le conseil d'administration de la Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick », 13 février 1996.

Nouveau-Brunswick, *Rendre le système de santé et de services communautaires viable*, feuillet de renseignements.

Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé et des Services communautaires, *Description de la Division des services de la santé mentale du Nouveau-Brunswick*, entrée en vigueur le 1^{er} avril 1996.

Nouveau-Brunswick, Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick, *Plan visant un réseau équilibré de services entre le niveau institutionnel et le secteur communautaire*, décembre 1991.



Section I : 2

Garety, P.A. et I. Morris, « A new unit for long-stay psychiatric patients: organization, attitudes and quality of care », *Psychological Medicine*, 1984, vol. 14, p. 183-192.

Hyde, C., K. Bridges, D. Goldberg, K. Lowson, C. Sterling et B. Faragher, « The evaluation of a hostel ward. A controlled study using modified cost-benefit analysis », 1987, *British Journal of Psychiatry*, vol. 151, p. 805-812.



Section I : 3

Ontario, ministère de la Santé, *Renforcer le soutien communautaire à la population : planification de la santé mentale en Ontario*, rapport du Comité provincial des services communautaires de la santé mentale, 1988, Toronto, ministère de la Santé de l'Ontario.

Ontario, ministère de la Santé, *Mettre la personne au premier plan : La réforme des services de la santé mentale en Ontario*, 1993, Toronto, ministre de la Santé de l'Ontario.

Trainor, J., M. Shepherd, K. Boydell, A. Leff et E. Crawford, « Consumer Survivor Initiatives: A Case Study », article proposé au *Community Mental Health Journal*.



Section I : 4

Beard, J.H., R.N. Propst et T.J. Malamud, « The Fountain House Model of Rehabilitation », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1982, vol. 5, n° 1, p. 47-53.



Section II : 5

Goeree, R., *Évaluation des programmes de traitement de la schizophrénie, partie II : Étude de cinq programmes au Canada*, Santé Canada, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1994, Ottawa.

Lafave, H.G., H.R. de Souza et G.J. Gerber, « Assertive community treatment of severe mental illness: A Canadian experience », *Psychiatric Services*, 1996, vol. 47, n° 7, p. 757-759.

Smylie, J.A., H.R. de Souza et G.J. Gerber, « Using programme evaluation to assess the quality of a new community rehabilitation programme for people with severe and persistent mental illness » dans *Healthcare: From Implementation to Full Integration*, 1994, Canadian Institute, Toronto.



Section II : 10

Association canadienne pour la santé mentale, « Access to real work: Analysis of a one-year project », *Mental Health Reporter*, hiver 1997, Toronto.

Association canadienne pour la santé mentale, « Building a new framework for support », *Social Action Series*, 1995, Toronto.

Frado, L., « Reasonable accommodations », *Focus*, 1996, vol. 10.

Trainor, J., K. Church, B. Pape, E. Pomeroy, D. Reville, B. Tefft, C. Lakaski et L. Renaud. « Building a framework for support: Developing a sector-based policy model for people with serious mental illness » (titre français à venir), *Santé mentale au Canada*, Santé Canada, mars 1992, p. 25-29.

Trainor, J., E. Pomeroy et B. Pape, *A new framework for support for people with serious mental health illness*, Association canadienne pour la santé mentale, 1993, Toronto.



Section II : 11

Farkas, M.D. et W.A. Anthony, *Psychiatric Rehabilitation Programs: Putting Theory into Practice*, Johns Hopkins University Press, 1989, Baltimore.



Conclusion

Canada, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, *La Santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1988, Ottawa.

Annexe

Autres programmes mis en candidature

Province – Terre-Neuve et Labrador

Personne-ressource : Debbie Sue Martin, Directrice des Services de la santé mentale,

Ministère de la Santé

Téléphone : (709) 729-3658

Centre d'intervention en cas de crise

Le ministère de la Santé, la St.John's Health Care Corporation, le Community Health of St. John's et les usagers ont planifié et fait fonctionner ce projet-pilote de dix-huit mois (de juin 1996 à décembre 1997). Il s'agit d'un service d'intervention en cas de crise qui offre des services en personne ou au téléphone vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours par semaine.

Place Blomidon

Place Blomidon est un service de santé mentale communautaire régional qui s'adresse aux enfants et aux adolescents de moins de dix-huit ans. Le service offre de l'information, des consultations et des services directs. Il partage ses locaux avec d'autres services et programmes des ministères de la Santé, de l'Éducation, de la Justice et des Services sociaux.

Conseil consultatif des patients et usagers

Le Conseil a vu le jour en 1995 à la suite de plaintes des usagers des services psychiatriques offerts principalement à l'Hôpital psychiatrique provincial de Waterford. Le Conseil, qui est constitué de plus de 85 p. 100 d'usagers, dirige ses efforts vers la défense des droits individuels et celles des groupes d'usagers.

Province – Nouvelle-Écosse

Personne-ressource : D^r John Campbell, Planificateur de la santé mentale, Services de la santé mentale, Ministère de la Santé

Téléphone : (902) 424-7933

Service de gestion de cas cliniques

Ce programme exhaustif de gestion de cas cliniques offre des services de réadaptation psychosociale aux personnes aux prises avec des maladies mentales à long terme dans les régions rurales de la Nouvelle-Écosse.

Programme Beacon

Ce programme offre des services de gestion de cas aux usagers souffrant de maladies mentales graves et qui habitent divers milieux. Il utilise les services d'une équipe pluridisciplinaire de réadaptation communautaire. Le gestionnaire du programme et le chef d'équipe donnent maintenant des cours en réadaptation psychosociale avec l'appui du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse et le soutien de l'Hôpital psychiatrique de Brockville.

Province – Ontario

Personne-ressource : Leslie Nanos, Directrice, Politiques, finances et gestion de l'information, Groupe des services et programmes de la santé, Ministère de la Santé

Téléphone : (416) 327-7585

Fonds pour les initiatives communautaires

L'objectif de ce fonds, qui a été mis sur pied en décembre 1994 par le ministère de la Santé, est de rehausser et d'édifier les services et services de soutien communautaires requis par les personnes atteintes de maladies ou problèmes de santé mentale graves en vue de la réduction des services de soins en clinique interne. On a sollicité des propositions visant l'élaboration de programmes dans quatre grands domaines prioritaires : gestion de cas, intervention d'en cas de crise, logement, et initiatives des usagers et de leur famille. Les propositions choisies ont reçu des fonds. La répartition du financement entre les six régions de planification de la santé était fondée sur divers facteurs, dont la population, les dépenses en santé mentale par personne, la présence d'hôpitaux psychiatriques provinciaux, ainsi que la planification de modifications aux programmes existants.

Province – Manitoba

Personne-ressource : Neil Koop, Directeur intérimaire, Direction de la santé mentale,

Ministère de la Santé

Téléphone : (204) 945-5085

Comblent les graves lacunes de l'organisation et la prestation des services de santé mentale

Cette stratégie systémique décrit les tentatives du ministère de la Santé du Manitoba pour réformer le système de soins de la santé mentale en recourant à un processus de consultation exhaustif. Ce processus a pour but de dégager les problèmes et besoins actuels, et d'élaborer un cadre de planification. La réforme a mené à la mise en œuvre de la plupart des services de base dans chaque région de la province par la redistribution des ressources du milieu hospitalier ou médical et des grands centres urbains.

Participation des usagers à la réforme des soins de la santé mentale

Un des principes clés de la réforme est l'inclusion des usagers à chaque étape de la planification, de l'élaboration et de la prestation des services de santé mentale. L'objectif du gouvernement provincial est que les usagers et les membres de leur famille constituent au moins le tiers de tous les comités et groupes de planification. La représentation, les emplois, l'habilitation, les groupes d'entraide des usagers ainsi que les initiatives qu'ils dirigent constituent tous des éléments de la stratégie pour assurer la participation des usagers à la réforme des soins de la santé mentale.

Gestion de cas et traitement communautaire dynamique

Les programmes de gestion de cas fondés sur le modèle de prestation de services de réadaptation psychosociale sont situés à Winnipeg, à Brandon et en d'autres endroits de la province. Les programmes font appel à une démarche de travail d'équipe semblable au modèle de traitement communautaire dynamique.

Les services d'emplois et autres services

La province exécute un programme de soutien à l'emploi pour les personnes atteintes de maladies mentales graves ou persistantes. Le programme, qui emploie dix personnes, est offert dans les régions mais non à Winnipeg où des organisations non gouvernementales offrent déjà des services de ce genre aux usagers.

Province – Saskatchewan

Personne-ressource : Karen Gibbons, Directrice des programmes de soutien, Direction des soins communautaires, Ministère de la Santé

Téléphone : (306) 787-3236

Programme de réadaptation psychiatrique

Ce programme offre des services spécialisés aux personnes atteintes de maladies mentales à long terme. Ces services comprennent le traitement médical, la gestion de cas, les activités récréatives et sociales, les services résidentiels, les programmes d'emplois et de préparation à l'emploi, l'aide autonome, le soutien à la famille, les services de gestion partagée pour les aînés et les services d'intervention en cas de crise. Le programme, qui fonctionne dans les diverses régions des conseils régionaux de santé, existe depuis la fin des années 80.

Hôpital de la Saskatchewan, North Battleford

Cet hôpital offre des services spécialisés de réadaptation aux personnes qui ont besoin d'un programme intensif de réadaptation psychiatrique. L'hôpital assure également la supervision des criminels aliénés pour le Service correctionnel du Canada et celle des personnes jugées inaptes à subir un procès.

Province – Alberta

Personne-ressource : Yvonne Collinson, Gestionnaire de programmes, Ministère de la Santé de l'Alberta

Téléphone : (403) 427-8091

Participation des usagers à la planification de la réforme des soins de la santé mentale

Cette stratégie systémique est conçue pour assurer la participation substantielle des usagers à la réforme des soins de la santé mentale. Des usagers siègent au Conseil consultatif provincial sur la santé mentale ainsi qu'au Comité consultatif des usagers dont les représentants proviennent de toutes les régions de la province et qui se rapportent au Conseil.

Projet-pilote de télépsychiatrie du Conseil consultatif provincial sur la santé mentale

Le Conseil et les quatre conseils régionaux de la santé ont élaboré ce projet-pilote pour améliorer la prestation des soins de la santé mentale. La télépsychiatrie est essentiellement un service de psychiatrie offert en recourant à la technique de la vidéoconférence qui assure une interaction auditive et visuelle entre les psychiatres de l'Hôpital Ponoka et un usager à l'un des cinq sites désignés.

Projet Blue Eagle du programme de réadaptation des criminels aliénés

L'Hôpital d'Edmonton, la société de téléphone TELUS et les écoles publiques d'Edmonton joignent leurs forces dans ce projet conjoint. Depuis 1992, le projet que commandite la société TELUS rehausse la qualité de vie des personnes atteintes de maladies mentales et de handicaps physiques de la province en offrant gracieusement des ordinateurs, des logiciels, de la formation et du soutien aux écoles.

Équipe d'intervention en cas de crise

L'Équipe mobile d'intervention en cas de crise d'Edmonton offre ses services vingt-quatre heures sur vingt-quatre aux citoyens souffrant de crises psychologiques. Un service téléphonique d'urgence permet de rejoindre cette équipe. Le service, qui est offert en milieu communautaire, est exploité par une organisation communautaire sans but lucratif.

Province – Colombie-Britannique

Personne-ressource : Bill Douglas, Directeur administratif, Service de santé mentale,

Ministère de la Santé

Téléphone : (250) 952-1608

Programme de réorganisation de l'Hôpital Riverview

Ce programme décennal, entamé en 1992-1993, a pour objectif de remplacer les services de l'Hôpital Riverview, qui est l'hôpital psychiatrique de la région centrale de la Colombie-Britannique, par des services de soins et de soutien communautaires. Au cours des quatre premières années du programme, quelque 200 patients ont été transférés en milieu communautaire, incluant le transfert d'un budget annuel de 13,2 millions de dollars.

Service de santé mentale d'urgence et de liaison avec les services policiers

Ce service constitue un partenariat entre la Division de la santé mentale et les services policiers de la province pour assurer une action efficace lorsque les policiers doivent intervenir auprès d'une personne souffrant de maladie mentale. Le Service de santé mentale d'urgence est un programme régional qui dessert une population de 300 000 personnes en collaboration avec cinq services policiers municipaux, la Gendarmerie royale du Canada et la police militaire.

Programme de rayonnement auprès des aînés de Victoria

Le Programme de rayonnement auprès des aînés est établi dans la région de la capitale provinciale depuis 1989. Il offre des services d'évaluation, de consultation, d'éducation et de traitement exhaustifs, bien coordonnés et rapides aux personnes âgées de plus de 64 ans qui ont des problèmes de santé mentale. Le programme offre également ces services aux prestataires de soins professionnels et non professionnels ainsi qu'aux membres de la famille des usagers.

Programme d'intervention en cas de crise pour les adolescents

Le Programme d'intervention en cas de crise pour les adolescents est un programme interministériel et régional établi en 1993 pour offrir des services d'évaluation des crises, d'intervention, de suivi à court terme et de référence aux adolescents âgés de 12 à 18 ans dans leur collectivité. En plus de la prestation de services directs, le programme offre des consultations en clinique aux professionnels communautaires, aux hôpitaux et aux familles.

Programme de partenariat de la santé mentale

Ce programme offre des services de formation et de consultation aux usagers et à leur famille dans les domaines susceptibles de rehausser leurs habiletés et leurs connaissances afin de les habiliter et leur permettre de prendre des décisions éclairées qui amélioreront leur qualité de vie. Le Programme prévoit une participation équilibrée des intéressés, des usagers, des membres de la famille, des professionnels, et des représentants de la collectivité et du gouvernement.

Programme de soutien à la vie autonome

Le Programme de soutien à la vie autonome offre ses services au sein de la collectivité et des subventions de loyer aux personnes atteintes de maladies mentales graves ou persistantes. Le Programme leur permet de choisir le logement qui leur convient.