

Commission de la santé mentale du Canada

Élaboration de la stratégie en matière de santé mentale au Canada –
phase II

Table ronde sur l'implication et le soutien de la famille

Les 15 et 16 avril 2010, Ottawa



Rapport sur les faits saillants

Préparé le 12 mai 2010 par



1. Profil des participants : Ont pris part à la table ronde 23 participants représentant toutes les régions du Canada sauf les Territoires. Le plus vaste groupe d'âge était celui des enfants de l'après-guerre (les « baby-boomers ») de 45 à 64 ans, composant 72 % du groupe. Seulement 5 % des participants avaient plus de 75 ans et aucun participant n'avait moins de 25 ans. Questionnés au sujet de leur perspective principale, 40 % des participants ont mentionné qu'ils étaient des professionnels des soins de la santé et des services sociaux et 40 % ont indiqué qu'ils étaient membres de la famille et amis. Pour la perspective secondaire, la famille et les amis se sont démarqués à 29 %, avec un cinquième des participants indiquant qu'ils étaient « professionnels de la santé ou des services sociaux » et un quart ayant indiqué « autre ».

2. Enjeux importants

Sommaire des interventions et approches recommandées par les participants en réponse aux enjeux clés abordés :

- 1. Les familles sont à condamner :** L'impression générale est que cela n'est plus un enjeu aussi brûlant qu'auparavant. Ainsi, cet enjeu a peu retenu l'attention.
- 2. Stigmatisation :** Programme de formation en santé mentale obligatoire dans les systèmes d'éducation de tous les territoires et pour les professionnels de la santé et des services sociaux, campagnes de lutte contre la stigmatisation employant les médias de masse, services de santé mentale au niveau primaire (p. ex. cliniques sans rendez-vous, omnipraticiens), services de psychothérapeute et de psychologue offerts dans les écoles.
- 3. Droits liés à la vie privée :** Un entretien en plénière a servi à approfondir cet enjeu, celui-ci ne faisant pas partie des points-clés présentés à la table ronde. L'impression générale était que les droits liés à la vie privée représentent effectivement un enjeu qui mérite l'attention. Les participants étaient également d'avis que le document d'information avait bien encadré l'enjeu et, ainsi, qu'ils avaient bien peu à ajouter.
- 4. Voix des membres de la famille :** Il faut que les travailleurs aux premières lignes et que les professionnels de la santé mentale reçoivent la formation nécessaire pour savoir comment inclure activement les familles, traiter les familles comme des partenaires dans la prestation de soins aux êtres chers et impliquer les familles tôt dans le processus.
- 5. Définition de la famille :** Tenir compte de la diversité des types de familles (p. ex. nucléaires non traditionnelles, évolutives et non statiques), de cultures et de situations, souplesse requise pour adapter les différents contextes, « famille » n'égale pas nécessairement « pourvoyeur de soins ».

6. **Manque de soutien** : Fragmentation/manque de coordination dans le système de santé mentale exacerbés par un financement inadéquat ou manquant pour les programmes et le soutien, rectification des déséquilibres de pouvoir et implication des familles et des personnes ayant un vécu à titre d'experts conjoints, soutien aux familles sans égard au fait que celles-ci soient ou non pourvoyeur de soins, tenir compte des besoins des membres de la famille non atteints par la maladie, création de familles et de cercles de soutien pour ceux qui n'en ont pas.
7. **Décharge des responsabilités** : Passer d'une approche d'implication des familles propre au paradigme actuel à la mise en œuvre d'un nouveau paradigme axé sur le rétablissement, repositionner les familles à titre de partenaires réels dans le processus de soin, le système devra changer dans une mesure fondamentale.
8. **Enjeux additionnels** : Mettre en œuvre un modèle axé sur le rétablissement, élaborer une formation continue, homogène et pertinente pour les praticiens et professionnels en matière de santé mentale afin de réduire la stigmatisation et de favoriser les soins collaboratifs, accroître la responsabilisation au sein du système (p. ex. par le biais d'évaluations familiales intégrées, de lois concernant les droits des pourvoyeurs de soins), reconnaître que le modèle axé sur le rétablissement constitue « le changement de paradigme le plus important que nous ayons vu », englober les enjeux concurrents (p. ex. accoutumance et santé mentale).

Les résultats de l'évaluation faite sur un clavier numérique ont révélé un niveau de soutien élevé à l'égard des enjeux importants cernés dans le document d'information, particulièrement la « difficulté à faire entendre la voix des membres de la famille dans le système de santé mentale », le « manque de soutien aux familles pour la navigation au sein du système de santé mentale » et la « décharge des responsabilités aux familles à cause d'un manque de services et de soutien », chacun de ces enjeux ayant été jugé « important » ou « très important » par presque tous les participants [95 %] (figures 1.4, 1.6, 1.7). Le seul enjeu n'ayant pas suscité un soutien marqué était celui de la « généralisation que les familles sont à condamner pour les problèmes et maladies liés à la santé mentale » : seulement 58 % des participants ont jugé que cet enjeu était « important » ou « très important » (figure 1.1).

L'évaluation des enjeux importants s'étant déroulée après la table ronde et la discussion plénière ont révélé un nombre accru de participants « en accord » ou « très en accord » avec le fait que les enjeux cernés saisissaient bien les points à envisager pour élaborer un plan stratégique en vue de l'implication de la famille et du soutien par la famille, passant de 81 % à 89 % (figure 1.8).

3. Orientations stratégiques

Sommaires des interventions et approches recommandées par les participants :

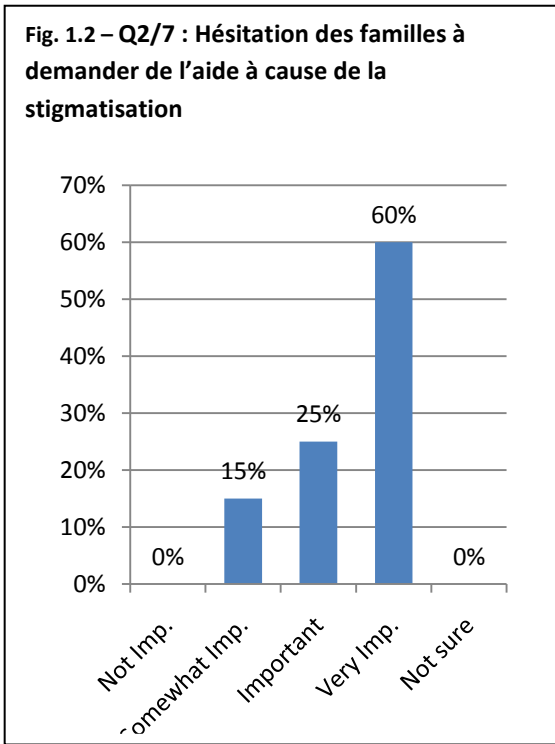
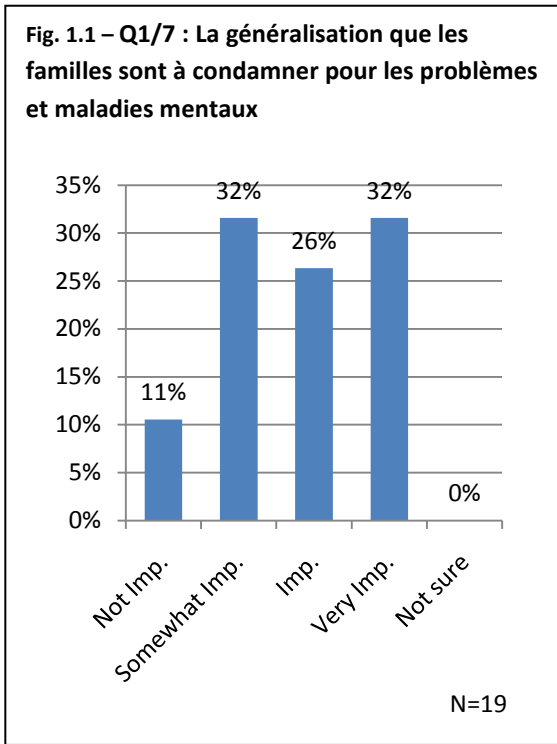
1. **Promouvoir la santé et le bien-être mentaux au sein des familles** : Mettre un point de mire sur le modèle biopsychosocial, impliquer les médecins à titre d'alliés des familles pour offrir des soins aux utilisateurs, prendre des risques pour financer les services novateurs, tenir compte des distinctions entre les milieux urbains et ruraux et tenir compte du besoin en éducation et de la clarification des directives psychiatriques anticipées.
2. **Faciliter l'inclusion des familles** : Les relations et les liens sont la clé de l'inclusion, un rôle de « guide » devrait être intégré dans tout le système, approche de soin partagé nécessaire, emploi de listes de vérification pour le développement physique et mental (valeurs, corps, esprit et âme), très important de traiter les manques à gagner sur le plan du financement, formulaire de consentement commun utilisé dans tous les hôpitaux.
3. **Renforcer la famille** : Adopter un modèle de rétablissement pour les familles, dont l'éducation familiale pour l'ensemble de la famille, offrir une formation axée sur le rétablissement aux professionnels, agences d'exécution de la loi et collectivités, fournir les services de défenseurs

des droits de la famille dans le cadre des programmes de rétablissement, améliorer la littératie en matière de santé mentale au niveau communautaire pour réduire le stress subi par les familles et définir les soins axés sur la famille.

L'évaluation de l'orientation stratégique a révélé un niveau élevé de satisfaction au sujet de l'expression des orientations stratégiques : 91 % des participants se sont dits « en accord » ou « très en accord » avec l'énoncé selon lequel ces orientations stratégiques saisissent bien les besoins à combler pour élaborer un plan stratégique portant sur l'implication des familles et le soutien par les familles (figure 2.1).

4. Interventions prioritaires : Chaque participant a eu l'occasion de proposer une intervention concrète pour faire avancer le plan stratégique en vue de l'implication des familles et du soutien par les familles. Un grand nombre de ces interventions proposées portait sur l'éducation en matière de santé mentale (pour les jeunes, le grand public et les professionnels), l'inclusion et l'habilitation de la famille (comités consultatifs sur la famille, inclusion de l'implication familiale dès le début du traitement), le soutien familial (p. ex, guides, éducation pour les familles, normes d'inclusion des familles, groupes de soutien), alors que d'autres se penchaient sur les échelons supérieurs de direction (nomination de commissaires provinciaux indépendants pour la santé mentale, élaboration d'un énoncé national et d'une campagne pour le rétablissement), sur le vocabulaire changeant de la santé mentale et sur le besoin d'étoffer l'ensemble des pratiques exemplaires actuelles.

5. Évaluations des participants : Les évaluations se sont avérées très positives. Les participants ont été reconnaissants d'avoir pu participer, ont trouvé l'animation efficace et on affirmé que l'ordre du jour et que la durée des discussions étaient adéquats. Certains participants auraient aimé voir une plus grande diversité dans la salle.



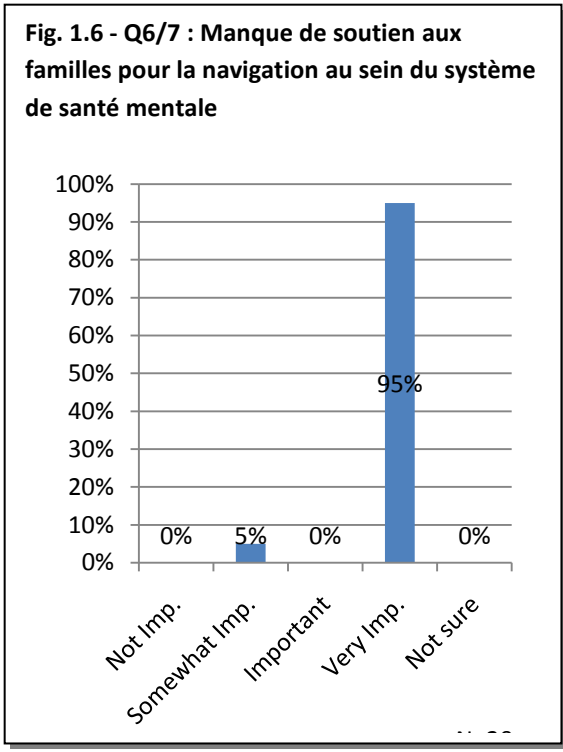
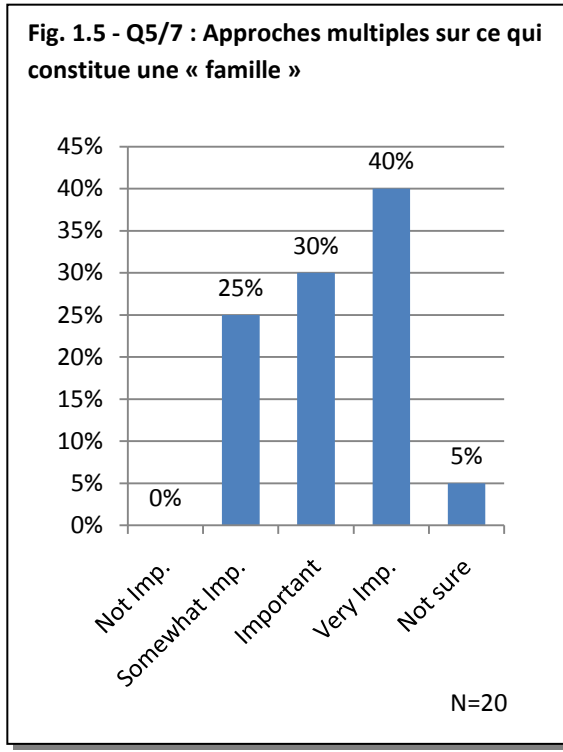
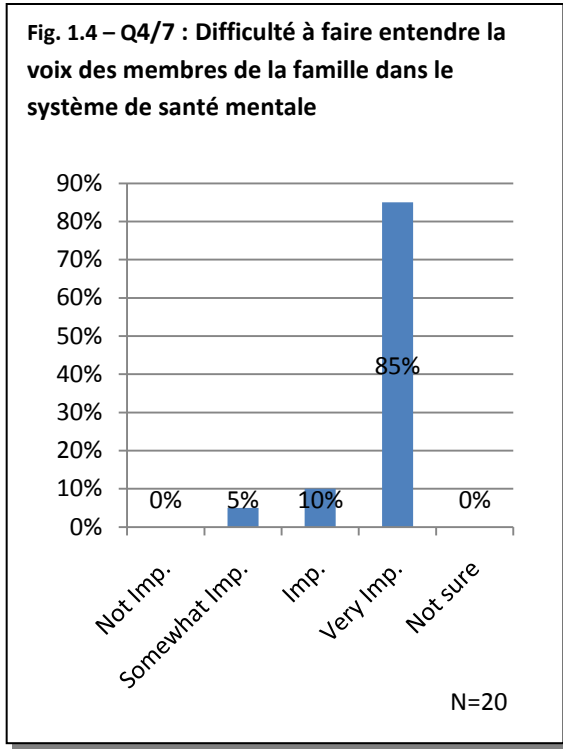
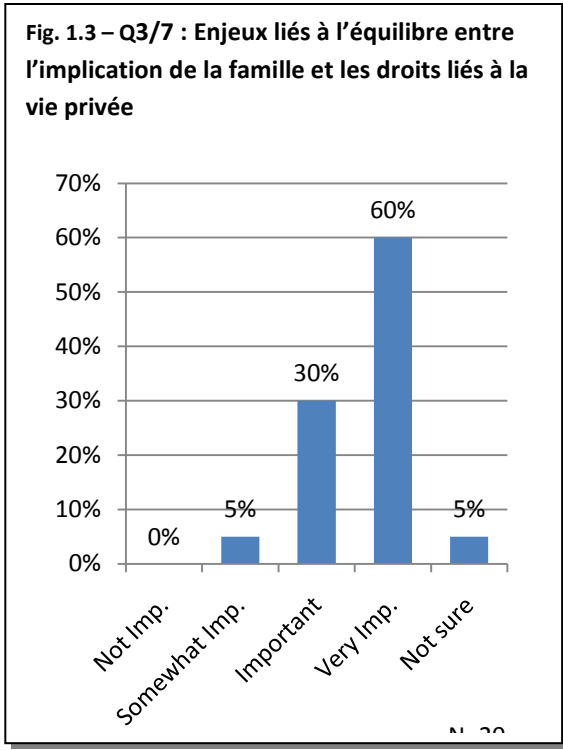
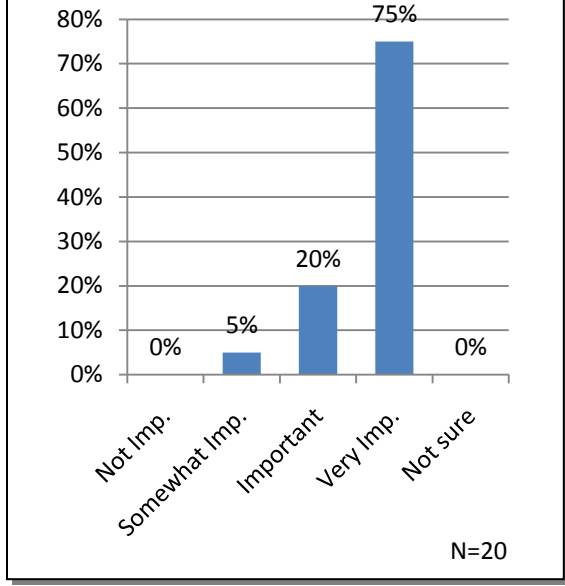


Fig. 1.7 – Q7/7 : Décharge des responsabilités aux familles à cause d'un manque de services et de soutien



Légende

- Not imp.* Sans importance
- Somewhat imp.* Plus ou moins important
- Important* Important
- Very Imp.* Très important
- Not sure* Incertain

Fig. 1.8 - COMPARAISON Dans leur ensemble, les enjeux cernés saisissaient bien les points à envisager pour élaborer un plan stratégique en vue de l'implication de la famille et du soutien par la famille.

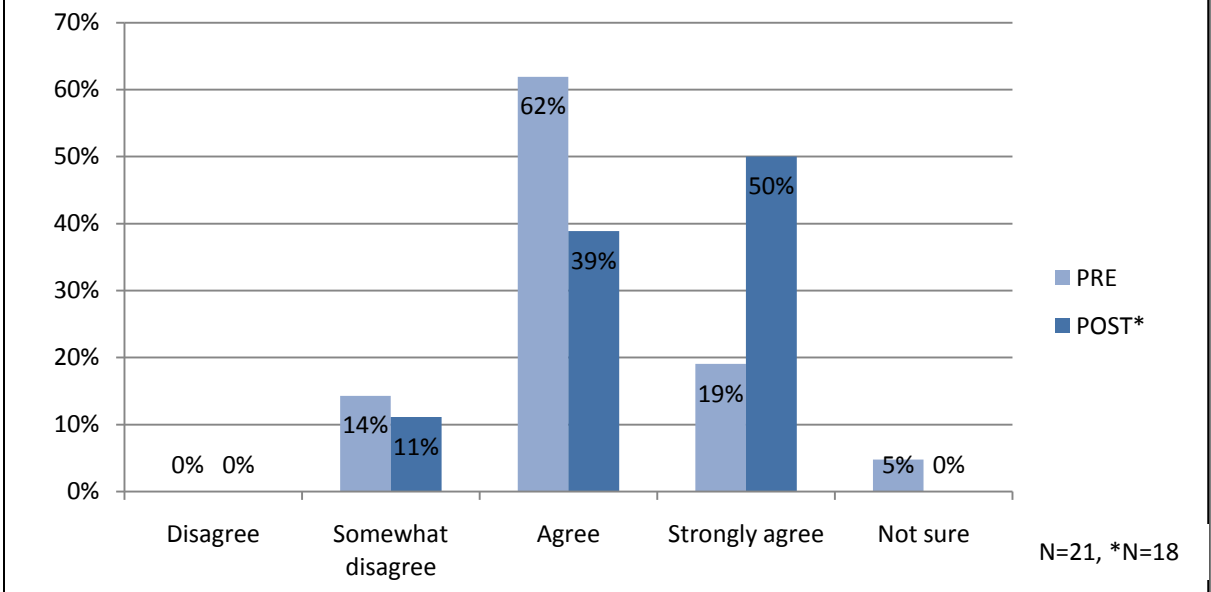
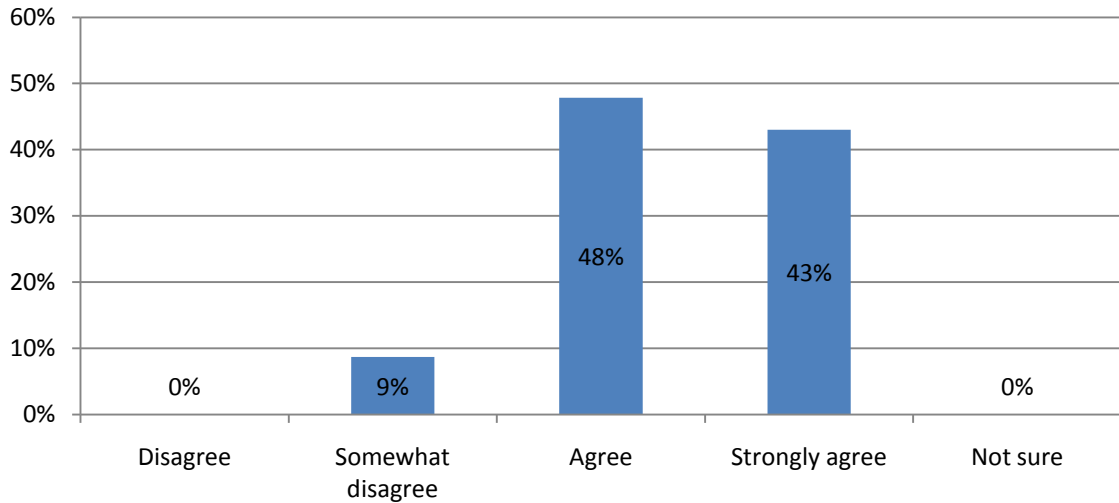


Fig. 2.1 - Dans leur ensemble, les orientations stratégiques cernées, dont celles ayant été cernées par les participants à la table ronde, saisissaient bien les besoins à combler pour élaborer un plan stratégique portant sur l'implication des familles et le soutien par les familles



Légende

<i>Disagree</i>	En désaccord
<i>Somewhat disagree</i>	Plus ou moins en désaccord
<i>Agree</i>	En accord
<i>Strongly agree</i>	Très en accord
<i>Not sure</i>	Incertain

