

Assumer son leadership en santé mentale

**Présentation dans le cadre des activités
régionales de la Capitale Nationale et Chaudières-Appalaches
de l'OPTSQ**

Le 26 novembre 2008

Myreille St-Onge

*Professeure, École de service social, Université Laval
Chercheure, Centre interdisciplinaire de recherche en
réadaptation et intégration sociale (CIRRIS), IRDPQ-IU et
Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard
(CRULRG)*

Plan de la présentation

- Enjeux actuels du travail social dans le champ de la santé mentale
- Une définition de la santé globale et de la santé mentale
- Distinction entre les notions de « problèmes de santé mentale » et de « troubles mentaux »
- Le paradigme du rétablissement et son lien avec les valeurs du travail social
- Un modèle intégrateur pour analyser les facteurs personnels et environnementaux pouvant conduire au dysfonctionnement social
- Discussion et échanges sur les enjeux actuels du travail social dans l'organisation actuelle des services dans le champ de la santé mentale et les questions qu'ils soulèvent

Enjeux actuels

- Projet de loi n° 50 : partage des champs de pratique dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.
- Interpelle un changement de paradigme : accent sur l'interaction personne/environnement pour toutes les disciplines concernées par les soins médicaux et de santé.
- Les organisateurs et organisatrices communautaires se sentent-ils interpellés par cette refonte de l'exercice de la pratique du travail social dans le champ de la santé mentale ?
- Les institutions universitaires ont-elles les ressources nécessaires pour moderniser la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines ?
- Plan d'intégration et d'action *À part entière* (Loi sur l'exercice des droits des personnes « handicapées » visant leur intégration scolaire, professionnelle et sociale) de l'OPHQ (toutes incapacités confondues).

Enjeux actuels

- Le plan d'action en santé mentale 2005-2010 du MSSS (axé sur les personnes présentant un trouble mental) interpelle un changement de paradigme du modèle biomédical à celui axé sur le rétablissement et les forces des personnes.
- Une organisation de services basé sur des réseaux de services intégrés
- Les principes directeurs du Plan d'action sont : le pouvoir d'agir des personnes présentant un trouble mental; la participation des utilisateurs et des proches à la planification des services; le rétablissement; l'accessibilité aux services axés sur le renforcement de la 1^{ière} ligne et un passage fluide vers les services spécialisés et surspécialisés; la continuité; le partenariat et l'efficacité.
- Doit-on viser à une pratique transversale en service social dans le champ de la santé mentale, c'est à-dire dans les domaines de l'enfance, de la famille, de la délinquance, de la protection, du vieillissement, etc. ?

Enjeux actuels

- Comment le travail social se sent-il interpellé par les principes directeurs du plan d'action en santé mentale du MSSS ?
- Comment le travail social est-il interpellé par le développement du centre d'excellence en santé mentale du MSSS ? Est-ce que l'adoption de « meilleures pratiques » ou de pratiques basées sur des données probantes changera la pratique du travail social ?
- Quel est le rôle de l'OPTSQ et des institutions universitaires pour favoriser que les travailleuses et travailleurs sociaux du secteur de la santé mentale adoptent la perspective du rétablissement dans leur pratique ?

Définition de la santé (globale)

- « **La capacité physique, mentale et *sociale* d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie** » Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1991, chapitre 42
- La santé et le bien-être sont vus avant tout comme « une ressource de la vie quotidienne » résultant de l'interaction **CONSTANTE** entre les individus et leur milieu
- Leur maintien repose « sur un partage **ÉQUILIBRÉ** entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activités de la vie collective »

¹ Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992, p. 11)

Définition de la santé mentale

- «... l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné [qui] s'apprécie à l'aide des éléments suivants: le [degré] de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu
- Elle résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres : biologiques relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques des personnes
- psychologiques, liés aux aspects cognitifs, relationnels et affectifs
- et des facteurs contextuels qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution et s'intègrent de façon dynamique chez la personne »

¹ Comité de la santé mentale du Québec (1994, p. 7)

La distinction entre « problèmes de santé mentale » et « trouble mental »

[...] les problèmes de santé mentale « [désignent] tout écart par rapport à l'état de bien-être mental ou psychologique, [alors que] les termes “maladie” ou “trouble” renvoient à des affections reconnues cliniquement, et [ils] donnent à entendre [que la personne vit] une détresse significative [ou] un dysfonctionnement [social important]... »

Source: Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada (Gouv. du Canada, 2006, p. 2)

- **Distinction entre soins médicaux et soins de santé (Fort Cowles, 2000)**
- **Soins médicaux (*curing*)** : diagnostiquer et traiter les maladies ou les troubles (prévention secondaire)
- **Soins de santé (*caring*)** renvoient aux efforts de l'individu et de la société pour *prévenir* les problèmes de santé et *maintenir* l'état de santé. Ces soins impliquent la *responsabilité individuelle* de choisir un style de vie sain et *l'obligation de la société* à fournir les ressources nécessaires pour favoriser les efforts individuels (Fort Cowles, 2000)

La santé mentale et les troubles mentaux – soins de santé (*caring*)

📖 **Santé (mentale)** : prévention primaire et promotion d'un style de vie sain. Nécessite une coopération intersectorielle (économie, éducation, logement...) pour élaborer des stratégies visant à améliorer la santé mentale de la population et ainsi réduire l'incidence des troubles mentaux (Gouv. du Canada, 2006, p. 8).

📖 **Troubles mentaux** : prévention secondaire (éviter l'aggravation) et tertiaire (*offrir un soutien pour maximiser le fonctionnement des personnes ayant des troubles « chroniques »*)
Nouveau paradigme : interventions axées sur le pouvoir d'agir et le rétablissement.

- **Pouvoir d'agir** : une combinaison de forces internes et externes qui renvoie à leur interrelation qui rend les gens *capables d'aller chercher de l'aide* et de *s'engager dans la communauté* (Onken et al., 2002, p. 8).

Les fondements éthiques de l'intervention axée sur l'appropriation du pouvoir (Miley & DuBois, 2007)

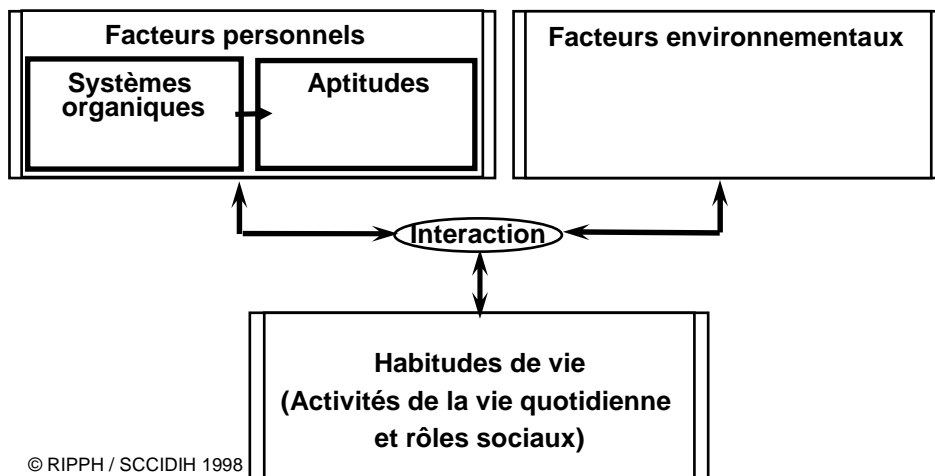
- **Placer un accent ET sur le bien-être des individus ET sur les droits humains est central à la pratique du service social axée sur l'appropriation du pouvoir**
- **L'intervention en service social par sa définition et son objectif de justice sociale est clinique ET politique**
- **Donc une pratique orientée vers l'appropriation du pouvoir requière de façon simultanée un changement personnel ET sociopolitique**

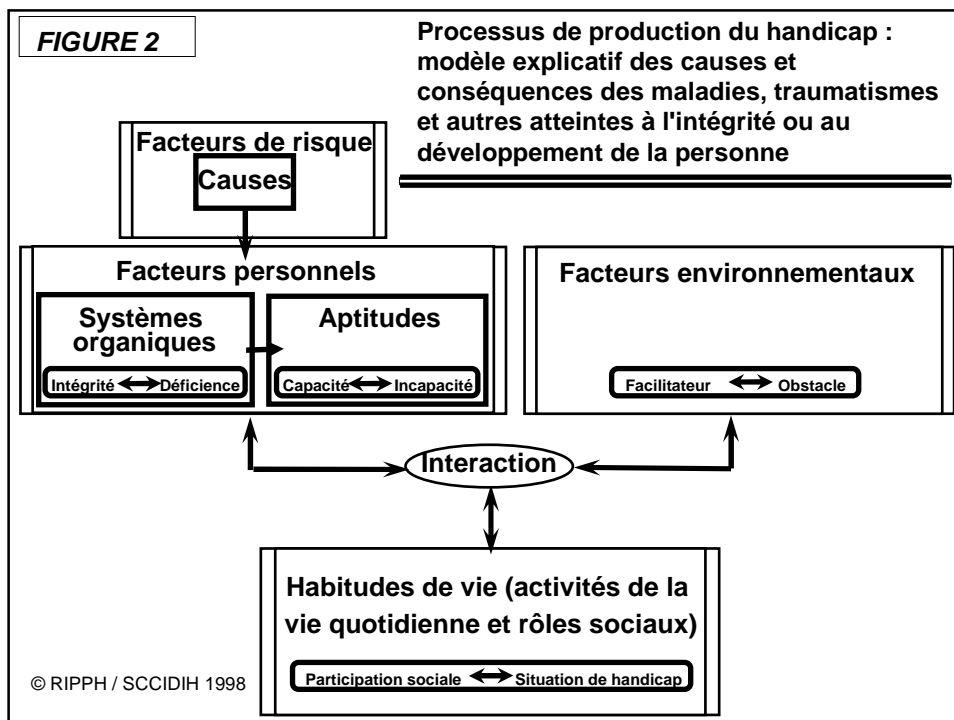
Le modèle conceptuel du PPH (Fougeyrollas et al., 1998)

- **Modèle intégrateur et holistique en réadaptation physique et psychiatrique**
- **Tient compte de l'interaction entre les facteurs personnels (systèmes organiques et aptitudes) et les facteurs environnementaux pour expliquer la participation sociale (accomplissement des rôles sociaux et des activités de la vie quotidienne) des personnes ayant des déficiences et des incapacités**
- **On peut s'en servir pour planifier des services individualisés**

Modèle du développement humain

FIGURE 1





Les types d'intervention de la réadaptation psychiatrique (Anthony et al., 2002)

Deux types d'intervention de réadaptation : clinique et sociale

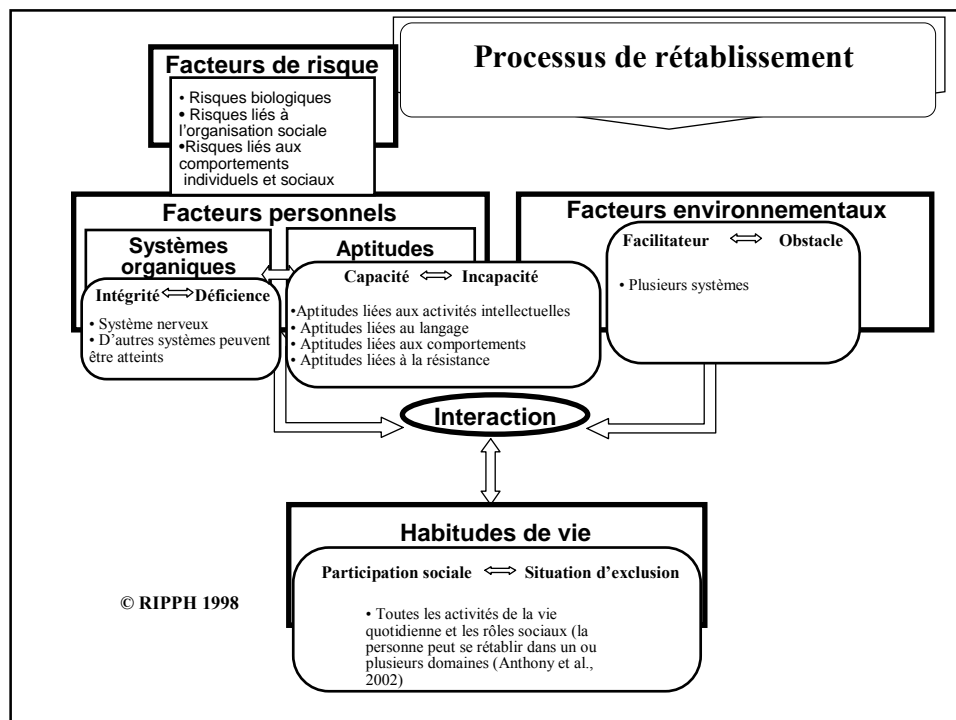
- La philosophie de base de la RP du point de vue clinique est que les personnes ayant des incapacités psychiatriques (IP) ont besoin d'habiletés et de soutiens environnementaux pour remplir leurs rôles sociaux (partage la philosophie de la réadaptation physique)
- Le présupposé de la réadaptation clinique est qu'en modifiant les habiletés ou les ressources de leurs environnements immédiats, les personnes ayant des IP seront plus en mesure de remplir leurs rôles sociaux.

Les types d'intervention de la réadaptation psychiatrique

- En plus des interventions de réadaptation clinique, on peut aider les personnes à surmonter les situations de handicap en travaillant sur les obstacles environnementaux : réadaptation sociale ou sociétale
- Cette autre stratégie de la RP vise à changer le système dans lequel les personnes ont à fonctionner
- Ici, le point focal n'est pas d'habiliter une personne comme la RP clinique mais de changer un système pour aider un groupe de personnes à mieux fonctionner et être plus satisfaites dans leur milieu de vie

Le paradigme du rétablissement en santé mentale (Carpenter, 2002, (Rapp & Goscha, 2006)

- La recherche ne soutient pas le concept de chronicité dans le domaine des troubles mentaux : des études de suivi au long cours ont montré, par exemple, que de 46 à 72% des personnes ayant un diagnostic de schizophrénie se sont rétablies.
- Placer l'ESPOIR au cœur de nos interventions
- Le rétablissement est un processus idiosyncratique : recherche d'un sens propre à chaque personne. Il dépend des options et des choix qui s'offrent aux personnes (niches habilitantes selon le modèle des forces de Charles Rapp).
- Donc il dépend des actions et des interventions posées (être des catalyseurs pour le rétablissement des personnes. Éviter le piège de blâmer la communauté comme on blâme l'individu qui reçoit des services, ceci conduit à l'impuissance. Considérer la communauté comme un oasis de ressources.



Le rétablissement (ou l'exercice de la citoyenneté)

- Prendre ses responsabilités (respect d'autrui, responsabilité civique, bonne utilisation de l'argent, s'occuper de ses enfants, de ses parents âgés...)
- Entretenir des relations affectives (amis, famille)
- Joindre des groupes
- Participer à des pratiques religieuses ou spirituelles
- Avoir un métier ou une profession
- Reprendre les études
- Avoir des activités de loisir, artistiques ou sportives
- Bien s'alimenter
- Faire des exercices, se relaxer
- Réfléchir, se recueillir, méditer
- Prendre soin de son hygiène et de son apparence physique
- Avoir de bonnes habitudes de santé (prévention, prise de médicaments...)
- Avoir son logement
- Entretenir son domicile

FACILITATEURS ENVIRONNEMENTAUX

- Accès à un groupe d'entraide
- Accès à un programme de réadaptation
- Attitudes positives des intervenantes et intervenants (croire au rétablissement, instiller l'espoir, dire que le rétablissement est possible, citer des recherches en ce sens, aider les clients à se connecter ou se reconnecter à un réseau social...)
- Accès à des « niches habilitantes » en dehors du réseau de la santé mentale (modèle des forces)
 - Accès au marché du travail régulier
 - Accommodements (ou mesures) par rapport au travail
 - Accès à des programmes de soutien aux études
 - Accès à des moyens de transport
 - Accès à des services sociaux et de santé
 - Accès à des organismes communautaires

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

- Accès à des programmes de soutien psychosocial
- Continuité dans les services (médicaux et sociaux)
- Bonne coordination dans les services
- Actions visant à diminuer la discrimination à l'égard des personnes atteintes d'un trouble mental
- Accès à une intervention individualisée et spécifique (meilleures pratiques)
 - Soutien de l'entourage, des proches et des amis
 - Actions des proches visant à créer des ressources ou influencer le développement de politiques favorisant la participation sociale et le rétablissement
 - Programmes pour aider les proches

Références

- Anthony, W.A., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation* (2nd Ed). Boston University: Center for Psychiatric Rehabilitation, 406 p.
- Carpenter, J. (2002). Mental health recovery paradigm: Implications for social work. *Health & Social Work*, vol. 27, no 2, 86-94
- Fort Cowles, L.A. (2000). *Social work in health field. A care perspective*. New York: Haworth Press, 349 p.
- Miley, K., & DuBois, B. (2007). Ethical preferences for the clinical practice of empowerment social work (p. 29-44), in S. Dumont & M. St-Onge (Eds), *Social Work, Health, and International Development. Compassion in Social Policy and Practice, part I*. New York: Haworth Press.

Références

- Onken, S., Dumont, J., Ridgway, P., Ralph, R. O. (2002). National Association for State Mental Health Program Directors (NASMHPD), site Internet, *Mental health recovery: What helps and what hinders? A National Research Project for the Development of Recovery Facilitating System for Performance Indicators. Phase One Research Report: A National study of consumer perspectives on what helps and hinders recovery*.
- Rapp, C.A., & Goscha, R.J. (2006). *The Strengths Model. Case Management with People with Psychiatric Disabilities* (2nd Ed). New York: Oxford Univ. Press, 289 p.

Discussion et échanges

