

# Vision du changement :

*aider les gens dans leur cheminement vers le rétablissement*

**Lignes directrices** du programme de santé mentale et de traitement des dépendances



**Vision du changement : aider les gens dans leur cheminement vers le rétablissement**

Province du Nouveau-Brunswick  
CP 6000, Fredericton NB E3B 5H1

[www.gnb.ca](http://www.gnb.ca)

ISBN 978-1-4605-0150-4 (édition imprimée)  
ISBN 978-1-4605-0152-8 (PDF)

9094 | 2013.02 | Imprimé au Nouveau-Brunswick

# Table des matières

Glossaire .....	iii
Introduction.....	5
But.....	6
Perspective historique .....	7
<i>L'histoire des services de traitement des dépendances et de santé mentale au Nouveau-Brunswick</i> ....	7
Un changement de vision .....	9
<i>L'approche axée sur le rétablissement</i> .....	9
<i>Les origines du rétablissement</i> .....	10
<i>Le rétablissement et le système de soins de santé</i> .....	11
Cadre conceptuel .....	13
Valeurs, principes et domaines .....	15
<i>Valeurs et principes essentiels</i> .....	15
<i>Domaines critiques</i> .....	16
Domaine 1 : Les services axés sur le rétablissement sont centrés sur la personne. ....	16
Domaine 2 : Le rétablissement met à contribution la famille et les soutiens naturels .....	16
Domaine 3 : Le rétablissement exige des liens avec la collectivité .....	17
Domaine 4 : Le rétablissement est soutenu par un solide leadership et des pratiques efficaces ....	17
Les services axés sur le rétablissement au Nouveau-Brunswick .....	18
<i>Accès</i> .....	19
<i>Soutien, stabilisation et interventions spécialisées</i> .....	20
Soutien et stabilisation .....	20
Interventions spécialisées .....	21
<i>Équipes de soutien et équipe interdisciplinaire du programme</i> .....	21
<i>Continuité et transitions dans la collectivité</i> .....	22
<i>Engagement communautaire</i> .....	22
Responsabilité et surveillance du rendement.....	23
<i>Indicateurs pour le Nouveau-Brunswick</i> .....	24
Annexe A : Principes directeurs de la samsha en matière de rétablissement .....	28
Annexe B : Les étapes du changement .....	29
Annexe C : Sites Web .....	30



# Glossaire

**Approche axée sur le rétablissement** : façon dont les services sont dispensés; elle offre de l'espoir et la possibilité de se rétablir; elle soutient les personnes et les familles et met à contribution les collectivités.

**Cheminement vers le rétablissement** : expérience personnelle des personnes dont le parcours de vie comprend une vie enrichissante et pleine d'espoir, tout en étant aux prises avec des problèmes de santé mentale.

**Équipe de soutien** : fournisseurs de services de traitement des dépendances et de santé mentale, personnes en rétablissement, leur famille et d'autres intervenants importants, travaillant en partenariat afin de répondre aux besoins de la personne et de l'aider à atteindre ses objectifs.

**Équipe interdisciplinaire du programme** : groupe central de professionnels (fournisseurs) qui travaillent en collaboration afin d'adapter les services de traitement des dépendances et de santé mentale aux besoins et aux choix particuliers des personnes en rétablissement.

**Fiabilité** : propriété psychométrique qu'a un instrument de produire des résultats similaires dans des conditions similaires.

**Fournisseur** : ensemble des professionnels engagés dans le traitement, l'intervention et la prestation de soins aux personnes qui recherchent des services de traitement des dépendances et de santé mentale.

**Mobilisation** : engagement et participation à l'égard d'un objectif et des activités requises pour l'atteindre.

**Modèle de rétablissement** : fondements philosophiques, conceptualisation ou façon de voir le rétablissement.

**Responsabilité** : obligation de montrer que les politiques et les programmes permettent d'obtenir les résultats escomptés.

**Rétablissement** : concept selon lequel une personne a la possibilité de mener une vie satisfaisante, pleine d'espoir et utile, en dépit des inconvénients causés par les troubles de santé mentale<sup>1</sup>.

**Soins axés sur le rétablissement** : ce que les fournisseurs de services de traitement des dépendances et de santé mentale offrent pour soutenir une personne dans son cheminement vers le rétablissement.

**Soins de traitement des dépendances et de santé mentale primaires** : premier niveau des services de traitement des dépendances et de santé mentale au sein du système formel de santé.

**Soins de traitement des dépendances et de santé mentale secondaires** : services psychiatriques offerts dans un hôpital général ou une unité de désintoxication pour le traitement et la supervision, 24 heures sur 24, des personnes atteintes de troubles mentaux aigus et allant s'aggravant.

**Soins de santé mentale tertiaires** : soins de santé mentale spécialisés requis au-delà de ce qui peut être fourni dans un hôpital général.

**Soins de santé primaires** : approche de la santé et une gamme de services qui vont au-delà du système de soins traditionnel, ce qui comprend tous les services qui touchent à la santé, comme le revenu, l'hébergement, l'éducation et l'environnement.

1 Commission de la santé mentale du Canada, *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, Calgary, chez l'auteur, 2012, p. 14

**Soins primaires** : l'élément au sein des soins de santé primaires qui se concentre sur les services de soins de santé, la prévention des maladies et des blessures ainsi que le diagnostic et le traitement des blessures et des maladies.

**Soutiens naturels** : Varie d'une personne à l'autre. Peut comprendre la famille, les amis, les pairs et d'autres personnes et ressources. Peut changer selon les besoins et les services disponibles pour la personne.

**Transition** : transfert de la prestation des services à un organisme ou agence externe.

**Travail en équipe multidisciplinaire** : personnes de diverses disciplines qui travaillent ensemble à un projet commun, mais de façon parallèle.

**Validité** : propriété psychométrique qu'a un instrument de mesurer ce qu'il est conçu pour mesurer.

# Introduction

Le *Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018*<sup>2</sup> marque le début d'une nouvelle ère pour le traitement des dépendances et la santé mentale dans la province. Au cours des prochaines années, le système subira une transformation afin de mieux répondre aux besoins des gens et des collectivités. Les pratiques seront modifiées afin de correspondre à une approche axée sur le rétablissement qui mobilise les personnes ayant une expérience vécue des problèmes de dépendance et de santé mentale, leur famille et leurs soutiens naturels. En collaboration avec tous les intervenants, nous élaborerons des moyens de rejoindre et de travailler avec toutes les personnes qui ont besoin d'aide.

Le présent document devrait contribuer à la restructuration prévue du système. Il découle de *l'examen de la structure et de la prestation des services de santé mentale communautaires au Nouveau-Brunswick*, qu'a effectué le CTSM<sup>3</sup> en 2009, des consultations menées par le juge Michael McKee et de ses recommandations ultérieures présentées au gouvernement dans *Vers l'avenir, ensemble : un système transformé de santé mentale pour le Nouveau-Brunswick (2009)*<sup>4</sup> et du *Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018 (2009)*.

Dans la structure actuelle du système de santé, le ministère de la Santé a pour mandat de planifier, de financer et de surveiller les programmes et les services offerts. Dans ce rôle, le ministère établit les paramètres supérieurs des programmes et des services, les attentes en matière de résultats et les indicateurs de rendement que les réseaux de santé utiliseront plus tard pour guider l'élaboration de lignes directrices opérationnelles particulières. Les réseaux de santé Vitalité et Horizon sont responsables de la prestation des services de traitement des dépendances et de santé mentale dans leurs territoires respectifs. Ils seront chargés de l'élaboration de **lignes directrices opérationnelles** qui serviront à orienter le personnel sur le terrain par rapport à des programmes particuliers.

Même si le rapport de 2009 du CTSM préconisait l'élaboration de lignes directrices fondées sur des preuves pour les pratiques cliniques, le présent document vise surtout l'établissement de **lignes directrices du programme**. L'élaboration de lignes directrices complémentaires pour les pratiques cliniques est un effort de collaboration qui exige la participation de multiples intervenants et qui va au-delà de la portée de notre travail.

2 Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, *Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018* (en ligne), Fredericton, le Ministère, 2011, <http://www.gnb.ca/0055/action-f.asp>

3 Centre de toxicomanie et de santé mentale, *Examen de la structure et de la prestation des services de santé mentale communautaires au Nouveau Brunswick : rapport final*, février 2009.

4 M. McKee, *Vers l'avenir, ensemble : un système transformé de santé mentale pour le Nouveau-Brunswick* (en ligne), Fredericton, Province du Nouveau-Brunswick, 2009, <http://www.gnb.ca/cnb/Promos/MentalHealth/NBMHS-f.pdf>

## But

Par le *Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018*, le gouvernement a demandé que le système de traitement des dépendances et de santé mentale se dirige vers une approche axée sur le rétablissement. Cela étant, il devient nécessaire pour chaque niveau d'examiner ses modes de fonctionnement et d'adapter ses pratiques. Ce travail comporte de multiples facettes et continuera d'évoluer au fur et à mesure que les niveaux primaire, secondaire et tertiaire changeront sur les plans organisationnel et culturel. Les intervenants ont exprimé le désir d'aller de l'avant et sont déterminés à réussir.

*Vision du changement : aider les gens dans leur cheminement vers le rétablissement* contribue aux efforts de restructuration en clarifiant la vision souhaitée et en articulant les attentes du ministère de la Santé en ce qui concerne la prestation des services de traitement des dépendances et de santé mentale par les réseaux de santé Vitalité et Horizon. Les présentes lignes directrices permettront également de mieux faire connaître l'approche en matière de rétablissement et de modeler son utilisation dans la description des paramètres du programme, des résultats escomptés et des indicateurs de rendement à l'échelle provinciale.

Il est à prévoir qu'avec l'émergence d'une approche axée sur le rétablissement dans la province, les réseaux de santé mobiliseront leurs partenaires, y compris les personnes ayant une expérience vécue, leur famille et les autres intervenants importants afin d'établir dans leurs territoires respectifs des services orientés sur le rétablissement propres à répondre aux besoins des gens et des collectivités. Destiné aux fournisseurs de services de traitement des dépendances et de santé mentale, le présent document servira de tremplin pour l'élaboration et la prestation de services de traitement des dépendances et de santé mentale communautaires.

Les réseaux de santé et les organismes gouvernementaux ont manifesté le désir de participer à des activités de collaboration qui contribuent à réduire les coûts et à accroître l'efficacité, qui évitent les chevauchements et qui soutiennent les pratiques privilégiées. Cela étant, notre travail favorisera le maintien d'alliances pour l'élaboration des futures lignes directrices opérationnelles et cliniques axées sur le rétablissement, en plus des activités éducatives connexes.



# Perspective historique

Le Nouveau-Brunswick offre depuis longtemps des services aux personnes ayant des problèmes liés à l'alcool. Il est également fier de son approche novatrice quant au défi que constitue la prestation de services de santé mentale. Depuis le début, la province prend appui sur le passé pour améliorer l'avenir. La vision actuelle en est une d'autodétermination qui encourage les personnes qui ont une expérience vécue de la maladie mentale, de la dépendance, ou des deux, à atteindre leur plein potentiel dans une collectivité qui valorise leur contribution et qui favorise leur inclusion sociale.

## ***L'histoire des services de traitement des dépendances et de santé mentale au Nouveau-Brunswick***

Avant leur intégration en 2005, les services de traitement des dépendances et de santé mentale au Nouveau-Brunswick étaient des entités distinctes ayant leur propre histoire, mais des points en commun. La chose la plus notable est qu'une importante réforme a été entreprise pour les deux dans les années 1960 et que leur transformation s'est poursuivie, par la suite, sous la gouverne de différentes commissions. Suit une description plus détaillée de la séquence des événements.

En 1961, les recommandations de la New Brunswick Liquor Inquiry Commission (commission d'enquête sur l'alcoolisme du Nouveau-Brunswick) ont conduit à l'adoption d'un plan d'ensemble qui comprenait des mesures législatives, des programmes de sensibilisation à l'alcoolisme pour les adultes et les enfants d'âge scolaire, ainsi que des programmes de traitement et de réadaptation pour les personnes ayant de la difficulté à contrôler leur consommation et les alcooliques. Des cliniques de traitement de l'alcoolisme ont été établies à Campbellton et à Saint John, et les services communautaires liés à l'alcoolisme ont été élargis.

En 1974, la sanction royale de la *Loi sur la Commission de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance* et la création de la Commission de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance du Nouveau-Brunswick ont donné lieu à d'autres changements. Conformément à la loi, la Commission était responsable des programmes et de la recherche en matière de prévention et de réadaptation, ainsi que de la coordination des efforts connexes d'autres organismes. Il en est résulté l'ouverture du premier centre de traitement vers la fin des années 70, lequel a été suivi par d'autres tout au long de la décennie suivante. Lorsque la *Loi abrogeant la Loi sur la Commission de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance du Nouveau-Brunswick* a été adoptée, en 1992, la responsabilité à l'égard des programmes de traitement de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance a été transférée au ministre de la Santé et des Services communautaires de l'époque. Les corporations hospitalières régionales assuraient la prestation des programmes, auxquels le jeu compulsif a par la suite été ajouté comme dépendance reconnue.

On a commencé à offrir des services de santé mentale en dehors des établissements psychiatriques dans les années 60 avec la création de cliniques de soins de santé mentale communautaires. L'adoption de la *Loi sur la santé mentale* a témoigné du désir croissant d'offrir davantage de soins de santé mentale dans la collectivité. Les efforts de revendication subséquents de l'Association canadienne pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick et la mobilisation accrue des personnes atteintes de maladie mentale et de leurs défenseurs ont conduit, en 1987, à l'établissement du cadre stratégique de restructuration du système, qui est devenu reconnu comme pratique de premier ordre dans la réforme de la santé mentale au Canada<sup>5</sup>.

La Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick a alors été chargée de mettre en place un système global de santé mentale axé davantage sur les services communautaires. Un plan décennal a préconisé l'augmentation des investissements dans le domaine de la santé mentale, la réaffectation des ressources humaines et financières aux services communautaires, le perfectionnement du personnel provincial, le renforcement des groupes d'entraide et de soutien et la prévention du suicide. En 1996,

5 Clarke Institute of Psychiatry (1997). *Review of Best Practices in Mental Health Reform*.

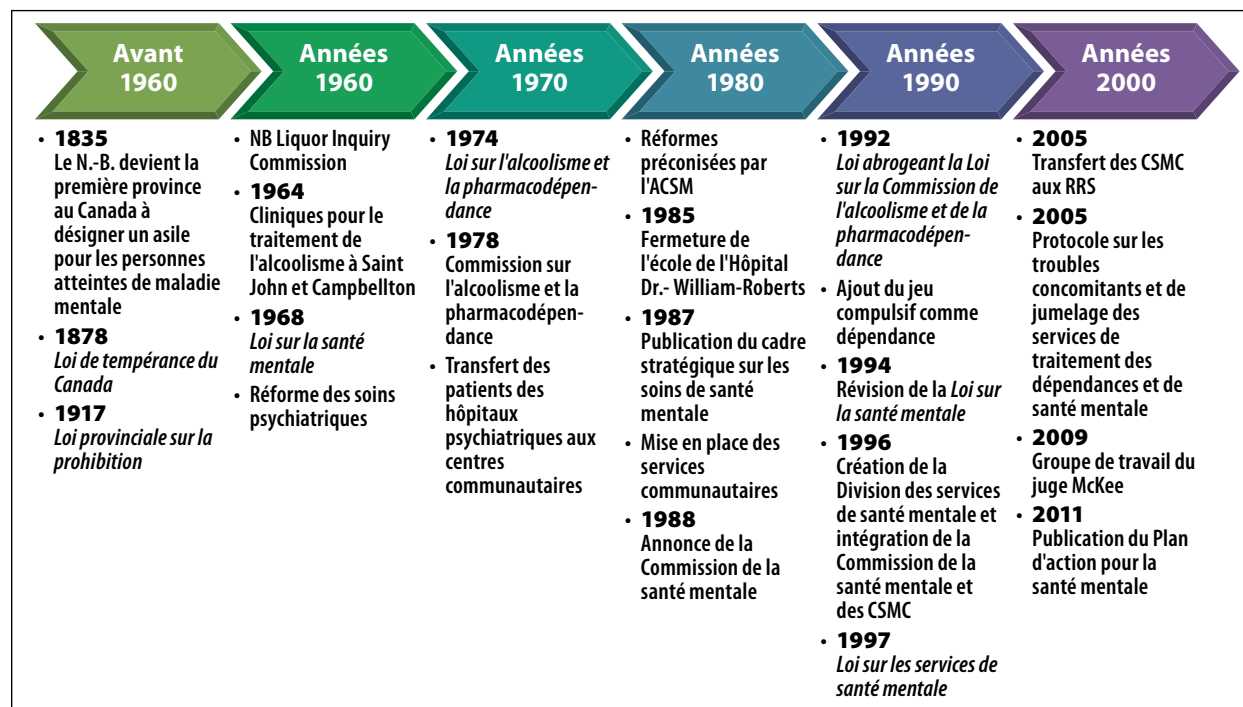
la Commission et les centres de santé mentale communautaires (CSMC) ont été intégrés à l'ancien ministère de la Santé et des Services communautaires pour devenir la Division des services de santé mentale. L'année suivante, la *Loi sur les services de santé mentale* est venue solidifier encore plus la prestation de services de santé mentale dans la collectivité et assurer un juste équilibre entre les services communautaires et les services en établissement.

En 2005, il est devenu possible de mettre en œuvre un modèle de traitement intégré pour les personnes aux prises avec des troubles concomitants de maladie mentale et de dépendance lorsque la Division des services de santé mentale a été transférée aux régies régionales de la santé, tombant ainsi sous la même compétence que celle des services de traitement des dépendances. Rendus formels par un protocole de collaboration, les deux services ont été appelés à travailler ensemble pour : 1) établir des comités régionaux relevant du directeur provincial des Services de traitement des dépendances et de santé mentale; 2) partager les ressources en matière de formation; et 3) participer à la planification des cas afin de traiter les deux états d'une manière coopérative, peu importe le point d'entrée aux services.

L'intégration des services de traitement des dépendances et de santé mentale s'est poursuivie grâce à la technologie. Pendant une période de quatre ans qui prendra fin en 2013, les fonds affectés à l'amélioration des pratiques aux Services de traitement des dépendances ont été utilisés pour assurer l'analyse et l'intégration des Services de traitement des dépendances dans un système commun d'information sur les clients. Le Système de prestation de services aux clients (SPSC) permettra d'offrir des soins harmonisés aux clients atteints de troubles concomitants et de prévenir tout chevauchement inutile des efforts des fournisseurs.

La figure 1 présente le déroulement de ces activités clés dans le temps. On y retrouve également quelques événements historiques qui ont contribué à l'évolution des services de traitement des dépendances et de santé mentale, qui ne sont pas décrits plus haut, mais qui figurent dans le *Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018*<sup>6</sup>.

**Figure 1 : Évolution des services de traitement des dépendances et de santé mentale au Nouveau-Brunswick**



6 Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, *Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018* (en ligne), Fredericton, le Ministère, 2011, <http://www.gnb.ca/0055/action-f.asp>

# Un changement de vision

À l'échelle mondiale, on est de plus en plus sensibilisé aux dépendances et à la santé mentale et à leur incidence sur les individus, les familles et les collectivités. Le *Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018* représente une nouvelle orientation pour un nouveau millénaire. Prenant appui sur la solide fondation du passé, il permettra de concevoir un système intégré, axé sur le rétablissement, pour l'avenir. Un système qui promouvra la santé mentale de tous les Néo-Brunswickois et qui offrira des services, des interventions et des soutiens reposant sur les principes du rétablissement : espoir, appropriation du pouvoir d'agir, autodétermination et responsabilité<sup>7</sup>.

Pour transformer le système, il est important de mettre en œuvre une approche axée sur le rétablissement et des pratiques de collaboration entre les intervenants. Une telle approche comprend, sans toutefois s'y limiter, les services de traitement des dépendances et de santé mentale et les fournisseurs de soins de santé primaires, dont les médecins de famille, les psychiatres et les organismes communautaires qui offrent un soutien familial et social.

*L'approche axée sur le rétablissement offre l'espoir et la possibilité d'un rétablissement : elle soutient les familles et fait participer les collectivités.*

## L'approche axée sur le rétablissement

Émergeant comme un élément central de la réforme, l'approche axée sur le rétablissement est fondamentale pour les stratégies nationales de plusieurs pays, dont l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni, les Pays-Bas, l'Espagne, les États-Unis et, plus récemment, le Canada<sup>8</sup>. Il s'agit d'un concept commun qui sert à unifier les services de traitement des dépendances et de santé mentale<sup>9</sup>.

L'ensemble croissant de connaissances expérientielles et de résultats de recherche prouve de façon concrète qu'une approche axée sur le rétablissement contribue à l'obtention de résultats cliniques positifs importants et à l'amélioration du fonctionnement global des personnes aux prises avec des problèmes de dépendance ou de santé mentale, ou les deux. L'approche axée sur le rétablissement offre l'espoir et la possibilité d'un rétablissement; elle soutient les familles et fait participer les collectivités. Dans ce contexte, « le concept de "rétablissement" se réfère à la possibilité de mener une vie satisfaisante, pleine d'espoir et utile, en dépit des limites causées par les troubles de santé mentale<sup>10</sup> ». L'évaluation et l'intervention sont axées sur les forces de la personne et favorisent l'espoir et l'acquisition de nouvelles compétences et connaissances. Cette approche encourage les choix personnels et favorise la prise en charge et le maintien de la responsabilité à l'égard de sa santé autant que peut se faire.

Comme dans d'autres sphères de pratique, le rétablissement a son propre langage. Historiquement, les termes tels que « bénéficiaires », « clients », « utilisateurs de services » et « patients » étaient utilisés pour désigner les personnes qui accèdent à des services de traitement des dépendances et de santé mentale. Or, des mots tels que « personne », « individu », « personnes ayant une expérience concrète » et « personnes accédant à des services de santé mentale » reflètent mieux le langage humaniste de l'approche axée sur le rétablissement<sup>11</sup>. Par ailleurs, les expressions telles que « personnes de soutien », « réseaux de soutien » et « proches » reconnaissent les multiples relations qui sont importantes pour les gens.

7 Commission de la santé mentale du Canada, *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* (en ligne), Calgary, chez l'auteur, 2012, <http://strategie.commissionsantementale.ca/pdf/strategie-text-fr.pdf>, p. 14.

8 M. Piat et L. Polvere, *Recovery-Oriented Mental Health Policies: Implications for Transformative Change in Five Nations*, s.d., chapitre 6.

9 L. Davidson et W. White, « The Concept of Recovery as an Organizing Principle for Integrating Mental Health and Addiction Services », *Journal of Behavioral Health Services and Research*, vol. 34, no 2 (2007).

10 Commission de la santé mentale du Canada, *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, Calgary, chez l'auteur, 2012, p. 14.

11 Australie, État de Victoria, Department of Health, *Framework for recovery-oriented practice*, Melbourne, chez l'auteur, 2011.

## Les origines du rétablissement

L'exploration des origines du rétablissement et de la façon dont le rétablissement est perçu dans différents secteurs nous aide à comprendre nos cadres de référence respectifs. Pour que l'approche axée sur le rétablissement soit fructueuse, il faut qu'il y ait un terrain d'entente commun dans tout le système de traitement des dépendances et de santé mentale.

Dans le rétablissement, le concept de l'autoassistance est bien connu au sein de la communauté du traitement des dépendances, et ce, depuis plus d'un siècle. Être « en rétablissement » continue d'être associé au fait d'atteindre et de maintenir sa sobriété, de se racheter et de reprendre sa vie en main<sup>12</sup>. Plus récemment, l'accent a été mis sur la continuité des soins dans le temps plutôt que sur le traitement épisodique et la prestation de services pendant les rechutes<sup>13</sup>. De plus, avant que le rétablissement puisse être pleinement efficace et soutenu, il est nécessaire d'accroître le « capital de rétablissement » de la personne, c'est-à-dire les ressources tangibles et socioaffectives qui lui permettront d'entreprendre son cheminement vers le rétablissement.

Une deuxième variante du rétablissement est le modèle axé sur l'autoassistance, l'autonomie sociale, que l'on retrouve en santé mentale. Ancré dans les droits civils<sup>14</sup>, ce modèle a vu le jour en réponse aux préjugés sociaux et à la stigmatisation des personnes atteintes de maladie mentale et à leur désir de retrouver leurs droits en tant que membres à part entière de la société. Plus il y a eu d'histoires personnelles de ce à quoi ressemble le rétablissement de l'intérieur<sup>15</sup> et plus on a compris que le rétablissement était centré sur l'espoir, l'identité, la signification et la responsabilité personnelle.

Un autre concept du rétablissement est celui que l'on voit dans la réadaptation psychiatrique<sup>16</sup> où le rétablissement s'entend principalement de l'amélioration et du maintien de la capacité fonctionnelle à mener les activités normales de la vie. Dans ce contexte, on s'éloigne du sens médical traditionnel du rétablissement, qui se rapporte à l'atténuation des symptômes et à la guérison, pour se rapprocher d'un sens plus large qui englobe le concept du rétablissement *dans* la maladie par opposition au rétablissement *de* la maladie<sup>17</sup>.

Dans le contexte d'une approche axée sur le rétablissement, le rétablissement conserve des éléments de chacun des concepts susmentionnés. Son évolution a été graduelle, et elle se poursuit. Dans la stratégie canadienne, *Changer les orientations, changer des vies*<sup>18</sup>, la définition a été élargie de manière à inclure le concept du mieux-être et a été adaptée de manière à inclure les différentes périodes de la vie. Avec ces changements, les principes du rétablissement s'appliquent à tous les individus, peu importe leur âge, leur sexe, leur orientation sexuelle, leur ethnicité, leur culture, leur niveau de sobriété ou leur état de santé mentale. Le rétablissement s'entend d'une expérience, d'une démarche ou d'un cheminement personnel, unique, qui est défini et mené par chaque personne par rapport à son mieux-être. Même si le

12 J. Tondora et coll., *Practice Guidelines for Recovery-Oriented Care for Mental Health and Substance Use Conditions* (en ligne), Hartford (Conn.), Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services, 2008, p. 13-14, <http://www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/recovery/practiceguidelines2.pdf>

13 *Ibid.*, page 15.

14 *Ibid.*, page 18.

15 M. Slade, « Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches », *BMC Health Services Research* (en ligne), 10:26 (2010), <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/26>, consulté le 20 février 2012.

16 N. Jacobson et L. Curtis, « Recovery as Policy in Mental Health Services: Strategies Emerging from the States », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 23, no 4 (printemps 2000).

17 J. Tondora et coll., *Practice Guidelines for Recovery-Oriented Care for Mental Health and Substance Use Conditions*, Hartford (Conn.), Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services, 2008, p. 19.

18 Commission de la santé mentale du Canada, *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, Calgary, chez l'auteur, 2012, p. 14.

rétablissement appartient et est propre à chaque personne, les services de santé mentale ont un rôle à jouer dans la création d'un milieu qui appuie et n'entrave pas les efforts de rétablissement des gens<sup>19</sup>.

## **Le rétablissement et le système de soins de santé**

Pour éclaircir les rôles des praticiens du système de soins de santé, il faut faire une distinction entre le rétablissement et les soins axés sur le rétablissement. Le premier désigne ce que la personne aux prises avec un problème de santé mentale ou de dépendance fait pour prendre ou reprendre sa vie en main. Le deuxième fait référence à ce que les praticiens, les cliniciens et les conseillers offrent pour soutenir la personne dans son cheminement vers le rétablissement. Une approche axée sur le rétablissement englobe les deux aspects.

Un élément essentiel de l'approche axée sur le rétablissement est *l'importance accordée à la participation des personnes en rétablissement et de leurs proches à tous les aspects et à toutes les étapes du processus de prestation de services*<sup>20</sup>. Les personnes en rétablissement sont considérées comme les experts dans la gestion de leur propre cheminement vers le rétablissement.

Le traitement encourage les options qui fonctionnent le mieux pour la personne, qui favorisent l'espoir et qui se traduisent par une meilleure qualité de vie. Une telle approche est vue comme un virage dans les pratiques cliniques afin de ressembler davantage à celle d'autres spécialités. Ce dont a le plus besoin la personne en rétablissement, c'est de l'information sur la nature de ses difficultés, de l'information sur la gamme d'interventions efficaces disponibles pour surmonter ou compenser ses difficultés, la possibilité d'utiliser ces interventions pour retrouver son fonctionnement et les soutiens requis pour réussir<sup>21</sup>.

Il faut à tout prix un système qui est axé sur la personne, qui est souple et capable d'intégrer une gamme complète de services et qui reconnaît que la réussite n'est possible que par un effort de collaboration entre la personne, sa famille et ses soutiens naturels, les fournisseurs de services, les collectivités et le gouvernement. Pour transformer un système, il faut changer ses valeurs fondamentales et sa structure. Dans le rétablissement, cela signifie non seulement restaurer la santé mentale d'une personne, mais aussi s'attaquer aux obstacles structurels et systémiques à la pleine inclusion des personnes aux prises avec des déficiences psychiatriques<sup>22</sup>. Il faut du courage, de la persévérance et de la conviction.

Le modèle d'intervention axé sur la collaboration<sup>23</sup> (figure 2) représente un système exhaustif intégré et transformé pour le Nouveau-Brunswick qui prévoit une gamme complète de services pour les personnes à divers moments dans leur cheminement vers le rétablissement. Le rétablissement est inhérent à chaque niveau et offre espoir, respect et acceptation. Conformément au principe voulant que la dépendance et la santé mentale soient la responsabilité de chacun, le modèle à multiples niveaux dépeint une approche qui met à contribution les personnes, les soutiens naturels, la collectivité, les fournisseurs et le gouvernement. De plus, le modèle intègre les partenariats, la collaboration intersectorielle, les stratégies de mobilisation communautaire, la spécialisation des services et la promotion de la santé mentale à chaque niveau.

19 Australie, État de Victoria, Department of Health, *Framework for recovery-oriented practice* (en ligne), Melbourne, chez l'auteur, 2011, p. 1, [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/0D4B06DF135B90E0CA2578E900256566/\\$FILE/framework-recovery-oriented-practice.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/0D4B06DF135B90E0CA2578E900256566/$FILE/framework-recovery-oriented-practice.pdf)

20 J. Tondora et coll., *Practice Guidelines for Recovery-Oriented Care for Mental Health and Substance Use Conditions*, Hartford (Conn.), Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services, 2008, p. 8.

21 *Ibid.*, p. 22-23.

22 M. Piat et L. Polvere, *Recovery-Oriented Mental Health Policies: Implications for Transformative Change in Five Nations*, s.d., chapitre 6, p. 7.

23 Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, *Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018* (en ligne), Fredericton, le Ministère, 2011, p. 12.

Le modèle d'intervention axé sur la collaboration traite les troubles mentaux et les problèmes de dépendance comme des maladies chroniques. Cela s'inscrit dans une approche axée sur le rétablissement qui s'applique à toutes les personnes ayant une expérience concrète des problèmes de dépendance ou de santé mentale, ou des deux, qu'il s'agisse de difficultés de vie, d'une maladie aiguë ou d'une maladie chronique. Il coexiste en complémentarité avec les approches et les modèles qui partagent des valeurs et des objectifs semblables, comme les modèles de soins de santé primaires, qui créent des interactions pratiques, positives et fondées sur des preuves entre une personne informée, activée, et une équipe de pratique ou d'intervention préparée, proactive.

Figure 2 : Le modèle d'intervention axé sur la collaboration

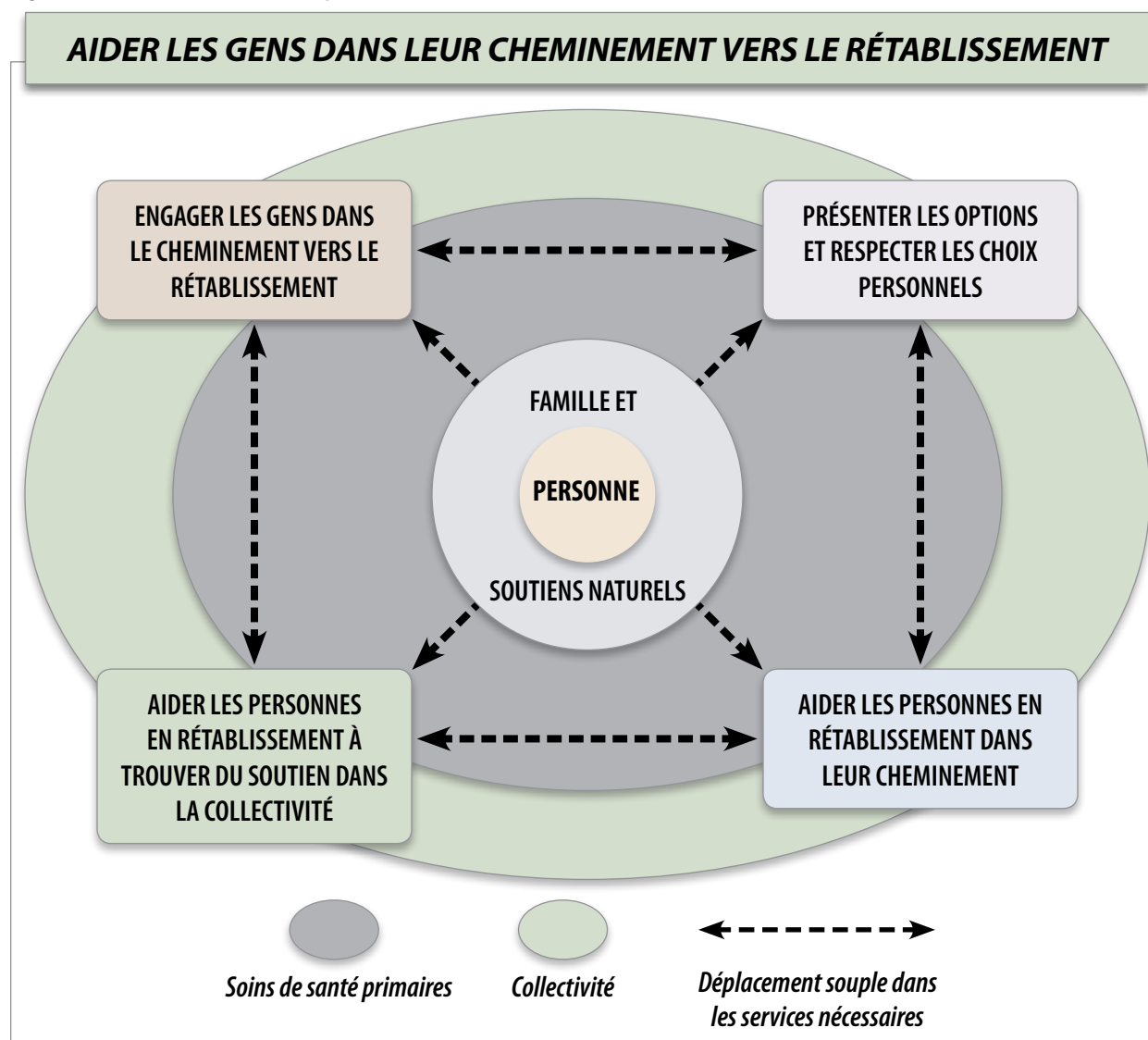


# Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel en est d'organisation qui fait la promotion d'un milieu favorisant le respect, l'espoir et les possibilités. On s'attend à ce qu'il maximise les programmes de traitement des dépendances et de santé mentale d'une manière qui répond aux besoins de la personne en rétablissement et soutient ses objectifs, qui fait participer sa famille et ses soutiens naturels et qui respecte les principes de l'approche axée sur le rétablissement.

Conformément aux fondements philosophiques de l'approche axée sur le rétablissement, le cadre Aider les gens dans leur cheminement vers le rétablissement (figure 3) place la personne ayant une expérience concrète au centre de tous les services et programmes. Le cercle central est situé à l'intérieur d'un cercle plus grand représentant la famille et les soutiens naturels ainsi que les relations fondamentales qui sont incluses lorsqu'on travaille avec des personnes ayant une expérience concrète de la dépendance ou de la maladie mentale.

Figure 3 : Modèle du cadre conceptuel



Le cadre conceptuel détermine les rôles clés des fournisseurs. À titre d'« accompagnateurs » ou de « partenaires » dans le cheminement vers le rétablissement, ils :

1. *engagent les gens dans le cheminement vers le rétablissement;*
2. *présentent les options et respectent les choix personnels;*
3. *aident les personnes en rétablissement dans leur cheminement;*
4. *aident les personnes en rétablissement à trouver du soutien dans la collectivité.*

Les flèches tiretées indiquent la fluidité du déplacement de la personne dans les voies internes du processus de traitement des dépendances et de santé mentale. Elles laissent également percevoir l'individualisation des services et font des liens entre chacun des éléments du modèle.

Implicite dans le modèle est le fait qu'il existe des processus pour chacun des quatre rôles clés. Il est également implicite que les fournisseurs entreprennent les activités nécessaires pour soutenir la personne dans son cheminement vers le rétablissement. Les fournisseurs établissent des relations d'aide, proposent des options fondées sur des évaluations cliniques, donnent des conseils professionnels et appuient les choix de la personne.

Compris dans le modèle et situés à l'arrière-plan immédiat sont les soins de santé primaires. « Les soins de santé primaires se distinguent par une approche de la santé et une gamme de services qui vont au-delà du système de soins de santé traditionnel, ce qui comprend tous les services qui touchent à la santé, comme le revenu, l'hébergement, l'éducation et l'environnement. Les soins primaires constituent un élément au sein des soins de santé primaires. Ils se concentrent sur les services de soins de santé, dont la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, ainsi que le diagnostic et le traitement des blessures et des maladies<sup>24</sup> ». Les fournisseurs de soins de santé primaires jouent un rôle important pour ce qui est de répondre aux besoins en santé des personnes aux prises avec des problèmes de dépendance ou de santé mentale.

Même si la collaboration avec tous les fournisseurs de services est valorisée, il est reconnu que les soins primaires ont une relation privilégiée dans tout le continuum des services de traitement des dépendances et de santé mentale. Les praticiens des soins primaires sont souvent les premiers à être consultés lorsqu'une personne constate qu'elle a des problèmes de dépendance ou de santé mentale, ou les deux. La santé physique et la santé mentale sont étroitement liées et la surveillance de la santé globale d'une personne constitue un aspect important du rétablissement et de la continuité des soins. Dans ce cadre conceptuel, on s'attend à ce qu'il y ait consultation et collaboration continues avec les praticiens des soins primaires, ainsi que recherche de nouveaux moyens de travailler eux.

La bande extérieure de l'ovale représente la collectivité en général. Les travailleurs et organismes communautaires offrent des services complémentaires à ceux dispensés par les services de traitement des dépendances et de santé mentale. De plus, les clubs sociaux, les groupes de soutien et les regroupements informels procurent de nombreux avantages aux personnes ayant une expérience vécue et à leurs soutiens naturels.

---

24 Canada, Santé Canada, « Soins de santé primaires », *Santé Canada* (en ligne), 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/index-fra.php>



# Valeurs, principes et domaines

Les intervenants sont déterminés à collaborer afin de faciliter la réorientation du système vers une approche axée sur le rétablissement. Une telle approche a, pour principe de base, la promotion de l'espoir, de l'autodétermination et des possibilités<sup>25</sup> pour les personnes qui sont sujettes à des problèmes de dépendance ou de santé mentale, ou les deux. On suppose que les fournisseurs acquerront de nouvelles connaissances et compétences pour travailler, dans un partenariat significatif, avec les personnes ayant une expérience concrète. Les intervenants promouvront et respecteront le cheminement vers le rétablissement, tout en favorisant une relation positive avec le système de santé.

## Valeurs et principes essentiels

Bon nombre de valeurs sont recensées dans la littérature sur le rétablissement. Les quatre valeurs suivantes se démarquent comme étant primordiales pour soutenir une approche axée sur le rétablissement<sup>26</sup> et devraient être inhérentes à la conceptualisation des programmes et des services de traitement des dépendances et de santé mentale. Elles sont résumées brièvement ci-dessous :

1. *Orientation sur la personne* : la personne est vue non pas comme un « cas » ayant des symptômes de maladie, mais comme un individu ayant des attributs positifs et des défis.
2. *Participation de la personne* : les personnes qui participent aux programmes ont droit à un plein partenariat dans tous les aspects de leur rétablissement, y compris une participation significative à l'élaboration et à l'évaluation des services.
3. *Autodétermination et choix* : les personnes ont le droit de prendre leurs propres décisions dans tous les aspects de leur processus personnel de rétablissement.
4. *Potentiel de croissance* : une personne ayant une expérience concrète a le potentiel inné de se rétablir, ce qui sous-entend un engagement de sa part et de son réseau de soutien à maintenir l'espoir.

Les principes directeurs ont été mis à jour par la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), aux États-Unis. Énumérés ci-dessous et décrits à l'annexe A, ces principes représentent le travail reconnu dans le domaine du rétablissement<sup>27</sup>.

1. *Le rétablissement émerge de l'espoir.*
2. *Le rétablissement est dirigé par la personne.*
3. *Le rétablissement emprunte de nombreuses voies.*
4. *Le rétablissement est holistique.*
5. *Le rétablissement est soutenu par les pairs et les alliés.*
6. *Le rétablissement est soutenu par les relations et les réseaux sociaux.*
7. *Le rétablissement est fondé sur la culture et influencé par la culture.*
8. *Le rétablissement est soutenu en faisant face aux traumatismes.*
9. *Le rétablissement fait appel aux forces et à la responsabilité de la personne, de la famille et de la collectivité.*
10. *Le rétablissement est fondé sur le respect.*

25 Sainsbury Centre for Mental Health, *Implementing Recovery: A new framework for organisational change* (en ligne), Londres, Sainsbury Centre for Mental Health, s.d., « Position Paper », [http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/implementing\\_recovery\\_paper.pdf](http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/implementing_recovery_paper.pdf)

26 M. Farkas et coll., « Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions », *Community Mental Health Journal*, vol. 41, no 2 (2005), p. 144-147.

27 Paolo del Vecchio, « SAMHSA's Working Definition of Recovery Updated », SAMHSA (en ligne), 23 mars 2012, <http://blog.samhsa.gov/2012/03/23/definition-of-recovery-updated/>, consulté le 20 août 2012

## Domaines critiques

Les intervenants ont défini quatre grands domaines à l'appui des services de traitement des dépendances et de santé mentale au Nouveau-Brunswick comme étant critiques dans l'approche axée sur le rétablissement. Il est à prévoir qu'avec le passage du temps, l'expérience acquise permettra d'approfondir la compréhension de cette approche et qu'il sera nécessaire de redéfinir périodiquement les domaines.

### Domaine 1 : Les services axés sur le rétablissement sont centrés sur la personne

Le premier domaine reconnaît que les personnes ayant une expérience concrète sont au centre de tous les services de traitement des dépendances et de santé mentale. Il respecte les droits fondamentaux de la personne : culturels, sexuels et spirituels. Il croit dans le potentiel du client, fait naître l'espoir et met l'accent sur les besoins, sur les valeurs, les forces et les préférences uniques des individus. Il reconnaît l'autodétermination et le désir de mener une vie enrichissante. Il reconnaît également que les personnes

*Les personnes qui ont une expérience vécue sont au centre de tous les services de traitement des dépendances et de santé mentale.*

se connaissent elles-mêmes et sont les plus familières avec les services qu'elles reçoivent ou qu'elles ont reçus par le passé. De plus, il reconnaît que les personnes sont mieux en mesure de savoir quels services les aident à réussir. Leur expertise et leur participation sont essentielles lorsqu'on discute de leurs soins et planifie leurs options de traitement. La voix des personnes qui ont une expérience concrète est pertinente dans les discussions ayant trait au système de prestation de services.

Les éléments de ce domaine sont caractérisés par :

- des relations qui respectent les droits fondamentaux de la personne;
- des interactions qui sont respectueuses et honnêtes et qui maintiennent le sens de dignité de l'individu;
- la reconnaissance du droit à l'autonomie et à l'autogestion de l'individu;
- l'absence de pratiques coercitives;
- des approches axées sur les forces de l'individu;
- des approches holistiques qui aident à répondre aux besoins et à atteindre les objectifs de l'individu;
- des milieux qui favorisent la confiance, l'engagement et la participation à tous les aspects des soins;
- un soutien afin que l'individu puisse faire des choix réels qui sont pertinents pour ses objectifs personnels;
- un soutien afin que l'individu puisse prendre des risques positifs qui favorisent une perception de soi positive;
- l'engagement des pairs à l'appui du rétablissement;
- la participation de l'individu à l'élaboration des programmes et des services.

### Domaine 2 : Le rétablissement met à contribution la famille et les soutiens naturels

Ce domaine reconnaît la contribution de la famille et des soutiens naturels lorsqu'il s'agit d'aider la personne ayant une expérience concrète à répondre à ses besoins personnels et à atteindre ses objectifs en matière de rétablissement. Il reconnaît également que de nombreuses personnes reçoivent un soutien clé de personnes qui ne font pas partie de leur famille. Il reconnaît que les familles et les soutiens naturels favorisent l'espoir, l'appartenance et la valeur personnelle, et offrent des possibilités de relations et d'activités enrichissantes. De plus, les familles et les soutiens naturels encouragent et facilitent le contact avec la société en général. Il reconnaît que lorsque les relations sont positives, le « foyer » peut être un lieu de vie stable et sécuritaire. La famille et les autres soutiens sont encouragés à participer activement à la planification des soins, car leur connaissance intime de la personne offre un autre point de vue lorsqu'on discute des options de services. Les familles et les soutiens naturels font une contribution importante à l'élaboration et à la conception des programmes et des services.

Les éléments de ce domaine sont caractérisés par :

- des interactions respectueuses entre les fournisseurs de services, la famille et les soutiens naturels;
- le désir de soutenir la personne dans son rétablissement;
- la participation active de la famille et des soutiens naturels;
- l'échange d'information;
- une communication claire, avec vérification que toutes les personnes concernées comprennent les enjeux de la même façon;
- un soutien pour la famille et les proches.

### **Domaine 3 : Le rétablissement exige des liens avec la collectivité**

ce domaine a trait à la vie sociale et communautaire des gens. Il reconnaît que les personnes qui ont des problèmes de dépendance ou de santé mentale contribuent à la société de façons positives. Il reconnaît également que le rétablissement va au-delà du système de santé et apprécie le rôle de la collectivité par rapport aux besoins en matière d'hébergement, d'éducation et d'emploi des personnes en rétablissement. Les collectivités aident également à créer un sentiment d'accomplissement et de valeur personnelle, contribuent au sentiment d'appartenance et soutiennent l'inclusion sociale par les affiliations naturelles que l'on retrouve dans les milieux communautaires. Il est également reconnu que la stigmatisation sociale associée aux problèmes de dépendance et de santé mentale continue d'exister et que les personnes ayant une expérience concrète sont souvent marginalisées dans la société.

Les éléments de ce domaine sont caractérisés par :

- l'accès à des services communautaires, notamment en matière d'hébergement, d'éducation, de formation et d'emploi;
- la réintégration au sein de la communauté sociale et la création de nouveaux soutiens sociaux positifs;
- le renforcement des relations existantes avec les fournisseurs, les agences et les organismes communautaires;
- la participation des personnes à des activités communautaires qui reflètent leurs valeurs et intérêts et qui favorisent l'établissement de liens avec leur communauté culturelle;
- la participation à des activités qui réduisent la stigmatisation et augmentent les possibilités d'acceptation et d'intégration des personnes dans les groupes communautaires ordinaires.

### **Domaine 4 : Le rétablissement est soutenu par un solide leadership et des pratiques efficaces**

Ce domaine reconnaît que le leadership est un facteur important dans la réorientation des pratiques vers une approche axée sur le rétablissement. Cela nécessitera un changement fondamental de paradigme en ce qui concerne la façon dont les services de traitement des dépendances et de santé mentale sont offerts au Nouveau-Brunswick. Il faudra que les leaders des différents secteurs s'engagent fermement à obtenir l'appui nécessaire pour aller de l'avant. Les pratiques efficaces sont celles qui favorisent le rétablissement, qui sont sensibles à la culture et qui sont les moins intrusives<sup>28</sup>. Les services sont offerts au bon moment, au bon endroit, par le bon fournisseur et avec les bonnes ressources.

*Le leadership est un facteur clé dans la réorientation des pratiques vers une approche axée sur le rétablissement.*

Les éléments de ce domaine sont caractérisés par :

- une culture de confiance pour les individus, le personnel et les intervenants;
- la création d'une infrastructure qui appuie une approche axée sur le rétablissement;
- la participation des gens, à tous les niveaux, au changement culturel et organisationnel en milieu de travail;

28 Loi sur les services à la santé mentale, L.N.-B. 1997, c. M-10.2, <http://laws.gnb.ca/fr/showdoc/cs/M-10.2/se:1;se:2>

- un engagement envers les processus et les pratiques qui favorisent le rétablissement et qui sont conviviaux;
- des services qui sont harmonisés, accessibles, adaptés aux besoins de la personne et qui assurent la continuité des soins;
- un soutien tangible des services et des programmes gouvernementaux et communautaires qui réduisent la pauvreté, l'itinérance et qui favorisent l'éducation;
- la création de nouveaux partenariats et le renforcement des relations avec les ministères du gouvernement, les fournisseurs, les agences et organismes communautaires;
- l'évaluation des pratiques axées sur le rétablissement et le suivi des résultats obtenus en matière de rétablissement;
- la célébration des réussites.

## Les services axés sur le rétablissement au Nouveau-Brunswick

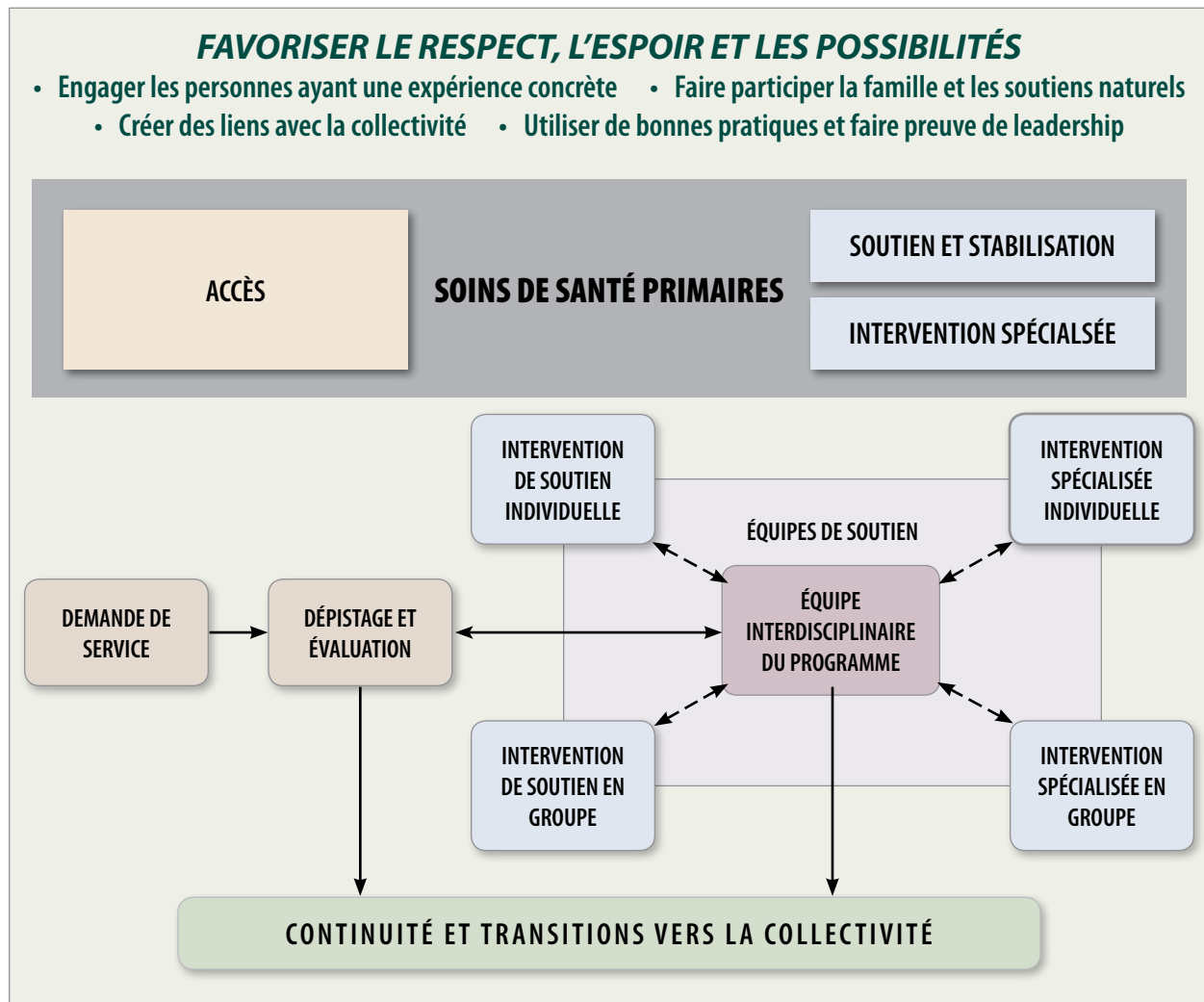
Le cadre conceptuel Aider les gens dans leur cheminement vers le rétablissement présente les fondements philosophiques des programmes de traitement des dépendances et de santé mentale. Au centre de toutes les activités se trouvent la personne, ainsi que sa famille et ses soutiens naturels. Le schéma de la prestation des services de traitement des dépendances et de santé mentale (figure 4) illustre le processus ou les voies dans lesquels s'engage chaque personne lorsqu'elle demande et reçoit des services. Énoncés bien clairement au haut du schéma sont le but premier du rétablissement et les quatre domaines choisis pour le Nouveau-Brunswick. Ces mots servent à nous rappeler sans cesse la façon dont nous « menons nos affaires ».

Les rectangles étiquetés « Accès », « Soutien et stabilisation » et « Intervention spécialisée » représentent les principales sphères de travail. Les deux derniers sont superposés, indiquant les options d'intervention et respectant la nature non linéaire du cheminement vers le rétablissement. Leurs éléments respectifs sont inclus directement ci-dessous. Les flèches tiretées signifient une souplesse de mouvement dans une approche ascendante descendante qui est adaptée aux besoins et aux objectifs de la personne. L'équipe interdisciplinaire du programme et les équipes de soutien sont représentées au centre de l'activité et de l'intervention et elles touchent chacune des options de services disponibles. Le cadre conceptuel est surimposé sur toutes les activités et interventions que les fournisseurs entreprennent en partenariat avec la personne afin de la soutenir dans son cheminement particulier vers le rétablissement.

Les soins de santé primaires sont situés dans l'arrière-plan immédiat des principales sphères de travail. Cela dénote le rôle joué par les praticiens des soins primaires qui soutiennent et traitent les personnes aux prises avec des problèmes de dépendance ou de santé mentale dans l'ensemble du spectre de soins. Cela dénote également les consultations régulières qui sont faites au nom de la personne qui reçoit des services.

Le dernier rectangle du schéma représente la continuité des soins et la transition vers la collectivité où la personne vit, travaille et se rétablit. Des transitions peuvent se produire tout au long du processus, comme l'indiquent les flèches descendantes du processus de dépistage et d'évaluation, et des activités et interventions.

Figure 4 : Schéma de la prestation des services de traitement des dépendances et de santé mentale



## Accès

*Engager les gens dans leur cheminement vers le rétablissement*

La phase de l'accès met en branle le processus de prestation de services de traitement des dépendances et de santé mentale. Elle comporte une demande de services, suivie par un dépistage et une évaluation. C'est le début de l'engagement dans les services, qui consiste à prendre contact avec la personne plutôt qu'avec le diagnostic, à gagner la confiance de la personne au fil du temps, à répondre aux besoins énoncés de la personne et, directement ou indirectement, à fournir un éventail de services en plus des soins cliniques<sup>29</sup>.

La demande de services est vue comme un désir de changement et un premier pas dans le cheminement vers le rétablissement de la personne. Le fait d'aider la personne à traverser ces premières étapes favorise l'engagement et une expérience personnelle positive. Des expériences positives sont également plus probables dans un milieu qui : 1) emploie du personnel respectueux et compétent qui encourage la personne à s'engager; 2) assure un accès raisonnable et opportun aux services; et 3) a des processus harmonisés et des services coordonnés qui sont centrés sur la personne et sa famille.

29 J. Tondora et coll., *Practice Guidelines for Recovery-Oriented Care for Mental Health and Substance Use Conditions*, Hartford (Conn.), Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services, 2008, p. 43.

Tout au long du processus d'accès, les fournisseurs s'emploient à former un partenariat avec la personne et ses proches. Les activités d'accès peuvent se dérouler dans des endroits autres qu'un bureau afin de mieux servir les personnes qui ont des heures et des lieux de travail traditionnels ou qui se heurtent à d'autres obstacles les empêchant d'accéder aux services.

Pendant le dépistage et l'évaluation, on obtient et utilise l'information recueillie sur les raisons pour lesquelles la personne demande de l'aide afin de déterminer, avec elle, si des services formels sont nécessaires ou si le soutien requis serait mieux trouvé dans la collectivité. L'exploration des services disponibles dans la collectivité améliore le sentiment d'autodétermination et de choix de la personne, tout en aidant à déterminer le niveau approprié des services. Il est possible pour les services de traitement des dépendances et de santé mentale de jouer un rôle de soutien auprès des services externes offerts à la personne dans la collectivité et de compléter les services, s'il y a lieu.

L'évaluation préliminaire au cours de la phase d'accès permet de personnaliser les services en fonction des besoins actuels de la personne et de son degré de préparation au changement (annexe B)<sup>30</sup>. Une évaluation comprend des questions sur les expériences de la personne, ses relations significatives et son niveau de fonctionnement. On évalue également le risque de suicide et les symptômes d'inconfort. Il est important d'examiner le degré d'engagement de la famille et des autres intervenants importants et de déterminer si des services d'autres professionnels sont offerts et si des soutiens sont en place. Les fournisseurs évaluent, avec la personne, son niveau actuel de fonctionnement, ses ressources, ses forces, ses besoins et ses objectifs. La planification en vue de la transition future vers la collectivité commence dès la phase d'accès.

Les personnes qui ont déjà reçu des services de traitement des dépendances ou de santé mentale et qui cherchent à en obtenir de nouveau doivent mettre les fournisseurs à jour concernant leur cheminement vers le rétablissement. Lorsque la personne le désire, la relation de partenariat avec les fournisseurs antérieurs est renouvelée, si possible.

## **Soutien, stabilisation et interventions spécialisées**

*Aider les personnes en rétablissement dans leur cheminement*

Il existe tout un éventail de services de traitement des dépendances et de santé mentale qui sont concentrés sur les forces, les espoirs, les besoins, les objectifs et les réalisations de la personne. Cette dernière devrait avoir accès à des interventions choisies, fondées sur des preuves, pour surmonter ses problèmes les plus prévalents.

L'approche ascendante descendante apporte de la souplesse dans les services et permet de personnaliser ceux-ci en fonction des besoins et des objectifs particuliers de la personne. Les services offerts varient en intensité et en durée. Par exemple, ils peuvent être brefs et intenses pendant les périodes de crise ou un épisode de maladie aiguë et ils peuvent être prolongés ou de nature cyclique en cas de maladie chronique.

### **Soutien et stabilisation**

Les activités et les interventions de soutien et de stabilisation sont le type de services les plus courants offerts. Elles comprennent une gamme complète de services qui aident la personne à acquérir des compétences personnelles propres à l'aider à répondre à ses besoins et à atteindre ses objectifs personnels. Ces services sont offerts individuellement ou en groupe et complètent les initiatives entreprises par la personne dans sa collectivité.

*L'approche ascendante descendante apporte de la souplesse dans les services et permet de personnaliser ceux-ci en fonction des besoins et des objectifs particuliers de la personne.*

30 James O. Prochaska et Wayne F. Velicer, « The Transtheoretical Model of Health Behavior Change », *American Journal of Health Promotion*, vol. 12, no 1 (septembre-octobre 1997), p. 38-48.

## **Interventions spécialisées**

Une minorité de personnes ont besoin d'interventions spécialisées. Ces dernières-ci sont offertes, par exemple, en cas de dépendance grave, de maladie mentale grave ou de circonstances uniques. Des interventions spécialisées sont disponibles individuellement ou en groupe selon les besoins cliniques et les objectifs de la personne.

## **Équipes de soutien et équipe interdisciplinaire du programme**

*Présenter les options et respecter les choix de la personne en matière de rétablissement*

Toute personne peut croître, répondre à ses besoins et se réaliser pleinement. Les personnes qui ont une expérience concrète, ainsi que leurs proches et autres personnes de soutien, ont besoin de pouvoir explorer les options de services et de faire des choix qui les aideront à se rétablir. Elles ont droit à de l'information opportune et exacte pour pouvoir prendre des décisions éclairées<sup>31</sup>. Elles sont considérées comme des partenaires dans tous les aspects de leurs soins et leur contribution est valorisée et respectée. En travaillant en partenariat avec leurs fournisseurs de services, elles peuvent déterminer leurs objectifs personnels, faire des choix opportuns et établir un plan d'intervention qui les aidera à atteindre leurs objectifs.

**Les équipes de soutien** représentent le partenariat entre les fournisseurs, la personne qui reçoit des services, sa famille et d'autres intervenants importants. Leur composition révèle une approche axée sur la personne qui se concentre sur les besoins de cette dernière et la complexité des services requis. Une équipe peut comprendre seulement la personne et son fournisseur ou elle peut faire appel à des soutiens et des professionnels de diverses disciplines pour offrir des services complémentaires aux personnes ayant des besoins complexes. Conformément à l'approche ascendante descendante qui adapte l'intensité des services au niveau des besoins de la personne en rétablissement, la composition de l'équipe de soutien peut changer au fur et à mesure que les objectifs et les besoins sont réévalués et que les plans d'intervention sont révisés. Si les pratiques opérationnelles l'exigent, on consulte l'équipe interdisciplinaire du programme et les fournisseurs de services externes.

**L'équipe interdisciplinaire du programme** réunit un groupe-cadre de fournisseurs pour partager leur expertise et leurs points de vue professionnels respectifs afin de personnaliser les services selon les besoins particuliers et les choix de la personne ayant une expérience concrète. Lorsqu'une personne est en état de crise, un fournisseur peut devoir prendre une décision concernant un service qui n'est pas offert par l'équipe interdisciplinaire.

Afin de simplifier le processus et d'éviter les chevauchements, le fournisseur qui a effectué l'évaluation initiale se joint à l'équipe interdisciplinaire et aide à former l'équipe de soutien de la personne. Les équipes de soutien sont choisies en fonction des compétences professionnelles nécessaires pour répondre du mieux possible aux besoins et aux objectifs des personnes qui demandent des services.

Les équipes interdisciplinaires du programme jouent également un rôle administratif dans l'examen et la détermination des affectations cliniques et la satisfaction des besoins locaux au sein de la collectivité. La taille et la composition des équipes interdisciplinaires sont fondées sur les services requis et l'emplacement géographique. Les équipes interdisciplinaires participent également aux initiatives d'assurance de la qualité et d'amélioration du programme.

31 C. Le Boutillier et coll., « What Does Recovery Mean In Practice? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance », *Psychiatric Services* (en ligne), vol. 62, no 12 (décembre 2011), <http://ps.psychiatryonline.org>

## **Continuité et transitions dans la collectivité**

*Aider les personnes en rétablissement à trouver du soutien dans la collectivité*

Les décisions en matière de transition sont prises par la personne, sa famille et les personnes de soutien, en consultation avec les fournisseurs de services concernés. La cessation des services survient lorsque le problème qui a donné lieu à la demande initiale est résolu et que la personne a atteint ses objectifs. Dans d'autres cas, une personne peut choisir de mettre fin à des services lorsque ceux-ci ne répondent plus à ses besoins. L'autodétermination et le choix sont des principes fondamentaux des soins axés sur le rétablissement. Il incombe aux professionnels de fournir de l'information exacte qui permet à la personne de faire des choix éclairés. La souplesse de permettre la réadmission fait partie des services axés sur la personne. L'option de « contrôles » périodiques peut aider la personne à maintenir un sentiment d'équilibre.

La continuité des soins avec les fournisseurs de services externes qui soutiennent la personne en rétablissement dans l'atteinte de ses objectifs fait partie de l'approche axée sur le rétablissement. Cela fait également partie de la prestation de services au bon niveau. La continuité favorise la collaboration entre les organismes et reconnaît la contribution des autres dans une approche axée sur le rétablissement et le partage des soins.

Les services gouvernementaux, les agences et les organismes communautaires offrent des services qui favorisent l'inclusion sociale et l'intégration communautaire. Ils peuvent contribuer à aider les personnes ayant une expérience concrète à répondre à leurs besoins de base, notamment en matière d'hébergement, d'éducation, de travail et d'interaction sociale.

Les familles et les personnes de soutien peuvent également trouver de l'aide dans la collectivité pour accompagner la personne ayant une expérience vécue dans son cheminement vers le rétablissement.

## **Engagement communautaire**

Bien que ce ne soit pas montré dans le schéma, l'engagement des services de traitement des dépendances et de santé mentale est essentiel au sein de la collectivité en général. Dans cet aspect de leur rôle, les fournisseurs peuvent être appelés à partager leur expertise avec des groupes et organismes communautaires et professionnels. Une telle collaboration est vue comme favorable, car elle améliore les relations avec la collectivité. Les équipes interdisciplinaires du programme sont bien placées pour avoir une vue globale des besoins communautaires et peuvent ainsi faciliter la planification et la coordination de ce genre d'activité.



# Responsabilité et surveillance du rendement

Le ministère de la Santé, en partenariat avec les réseaux de santé Vitalité et Horizon, doit rendre des comptes au gouvernement et, par extension, au public en ce qui concerne les programmes et les services de traitement des dépendances et de santé mentale. La **responsabilité** est définie comme « l'obligation de démontrer que les politiques et programmes atteignent les résultats escomptés<sup>32</sup> » et le **rendement**, comme « le degré de progrès accomplis vers les buts et objectifs<sup>33</sup> ».

La surveillance du rendement des programmes et des services contribue à l'amélioration de la qualité globale et est un élément clé dans l'atteinte des objectifs. La surveillance influe sur la prise de décisions éclairées concernant l'affectation des ressources, l'orientation stratégique et la modification du système ou du programme<sup>34</sup>. Mais plus important encore, elle a un effet sur la qualité de vie des personnes qui ont une expérience concrète, leur famille et leurs soutiens.

Dans son rôle de surveillance, le ministère de la Santé établit des repères et suit de près les indicateurs de rendement à l'échelle provinciale. Les réseaux de santé surveillent le rendement en utilisant leurs données respectives sur la prestation du programme et recueillent des données à l'appui de l'évaluation rigoureuse qu'ils subissent dans le cadre du processus d'agrément.

La participation au processus d'examen externe d'Agrément Canada assure que les réseaux de santé offrent à leurs clients des services qui sont fondés sur des normes d'excellence. Dans un cycle d'agrément de trois ans, les organisations franchissent un certain nombre d'étapes qui comprennent, notamment, une auto-évaluation approfondie et des enquêtes sur place. Les normes portent sur de multiples domaines qui nécessitent une vue de l'ensemble du système, une vue de la population et une vue de l'excellence des services. Les programmes et les services de traitement des dépendances et de santé mentale sont bien définis, assurent la qualité et reflètent des pratiques fondées sur des preuves.

Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) utilise cinq dimensions pour surveiller la qualité<sup>35</sup>. Celles-ci sont alignées sur les normes d'Agrément Canada et sont très semblables à celles de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les rapports du CSNB et de l'ICIS sont une source de renseignements utiles qui permettent d'établir une base de référence et de faire des comparaisons avec d'autres administrations.

32 K. McEwan et E. Goldner, *Indicateurs de rendement et de reddition de comptes pour les services de soins et de soutien en santé mentale : trousse d'évaluation* (en ligne), préparée à l'intention du Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial, Ottawa, Santé Canada, 2001, p. 11, [http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pdf/f\\_apimhss.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pdf/f_apimhss.pdf)

33 *Ibid.*, p. 9.

34 *Ibid.*, p. 12.

35 *Loi créant le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé*, L.N.-B. 2008, c. N-5.105, <http://www.gnb.ca/0062/PDF-acts/n-05-105.pdf>

## Indicateurs pour le Nouveau-Brunswick

La surveillance du rendement nécessite des outils qui permettent : 1) de mesurer le rétablissement personnel, 2) de mesurer le point de vue de la famille et des soutiens et 3) de fournir de l'information sur les services axés sur le rétablissement offerts. Un examen des outils existants a été entrepris<sup>36,37</sup> et l'on continue de travailler à l'élaboration de nouveaux indicateurs de mesure. Même si des progrès prometteurs sont réalisés, il est difficile de trouver des outils qui satisfont à des critères valides et fiables.

Les tableaux qui suivent présentent les indicateurs initiaux à utiliser pour une approche axée sur le rétablissement. On peut s'attendre à ce que d'autres indicateurs soient ajoutés au fur et à mesure que des progrès seront réalisés dans la collecte de données ayant trait au rétablissement.

Tableau 1 : Indicateurs d'acceptabilité\*

Domaines du rétablissement			
<i>Les services axés sur le rétablissement sont centrés sur la personne</i>	<i>Le rétablissement met à contribution la famille et les soutiens naturels</i>	<i>Le rétablissement exige des liens avec la collectivité</i>	<i>Le rétablissement est soutenu par un solide leadership et des pratiques efficaces</i>
<b>Indicateur :</b> Les personnes participent activement à la prise des décisions concernant leurs services et à l'élaboration de leurs plans de prestation de services.	<b>Indicateur :</b> Les familles et les soutiens naturels participent activement à l'élaboration des plans de prestation de services avec l'équipe.	<b>Indicateur :</b> Les personnes ont une expérience positive avec les organismes et agences communautaires.	<b>Indicateur :</b> Les fournisseurs encouragent les personnes, les familles et les soutiens naturels à participer activement à la prise des décisions concernant les services.
<b>Mesure :</b> Proportion de personnes qui participent activement à la prise des décisions concernant les services et à la mise à jour des plans de prestation de services.	<b>Mesure :</b> Proportion de familles et de soutiens naturels qui participent activement à l'élaboration et à la mise à jour des plans de prestation de services.	<b>Mesure :</b> Proportion de personnes qui perçoivent leur expérience avec les organismes communautaires comme positive.	<b>Mesure :</b> Proportion de plans de prestation de services enregistrés qui indiquent que les personnes ont été encouragées à participer à la prise des décisions.
<b>Source possible de données :</b> SPSC Enquête	<b>Source possible de données :</b> SPSC Enquête	<b>Source possible de données :</b> Enquête	<b>Source possible de données :</b> SPSC

\* Définition d'acceptabilité :

*Soins et services répondant aux attentes des usagers, de la collectivité, des prestataires et des bailleurs de fonds.*

(K. McEwan et E. M. Goldner, *Indicateurs de rendement et de reddition de comptes pour les services de soins et de soutien en santé mentale : trousse d'évaluation*, Ottawa, Santé Canada, 2001.)

36 M. Donnelly et coll., *Patient outcomes: what are the best methods for measuring recovery from mental illness and capturing feedback from patients in order to inform service improvement? A report commissioned by the Bamford Implementation Rapid Review Scheme* (en ligne), s.l., Bamford Implementation Rapid Review Scheme, août 2011, « Reference: COM/4409/10 », <http://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/Patient%20Outcomes.pdf>

37 P. Burgess, *Review of Recovery Measures* (en ligne), version 1.01, s.l., Australian Mental Health Outcomes and Classification Network, 2010, [http://amhocn.org/static/files/assets/afdedaa1/Review\\_of\\_Recovery\\_Measures](http://amhocn.org/static/files/assets/afdedaa1/Review_of_Recovery_Measures)

Tableau 2 : Indicateurs d'accessibilité\*

Domaines du rétablissement			
<i>Les services axés sur le rétablissement sont centrés sur la personne</i>	<i>Le rétablissement met à contribution la famille et les soutiens naturels</i>	<i>Le rétablissement exige des liens avec la collectivité</i>	<i>Le rétablissement est soutenu par un solide leadership et des pratiques efficaces</i>
<p><b>Indicateur :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les personnes obtiennent des services de traitement des dépendances et de santé mentale d'une manière opportune.</li> <li>2. Les personnes obtiennent des services de traitement des dépendances et de santé mentale dans le milieu qui convient le mieux à leurs besoins.</li> </ol>	<p><b>Indicateur :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les familles et les soutiens naturels perçoivent comme opportun l'accès aux services dont a besoin le membre de leur famille, leur partenaire ou leur ami.</li> <li>2. Les familles et les soutiens naturels estiment que l'endroit où sont offerts les services correspond aux besoins de la personne.</li> </ol>	<p><b>Indicateur :</b></p> <p>Les organismes et les agences communautaires répondent aux demandes de services.</p>	<p><b>Indicateur :</b></p> <p>Les pratiques organisationnelles permettent de répondre aux besoins en matière d'accès des personnes qui demandent des services.</p>
<p><b>Mesure :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proportion de personnes qui reçoivent des services dans les délais établis :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) le dépistage est effectué dans les 2 jours ouvrables qui suivent la demande de services;</li> <li>b) l'évaluation des besoins est effectuée dans les 15 jours qui suivent la demande de services;</li> <li>c) si aucun service n'est offert après 90 jours, le dossier est évalué et soit réactivé, soit fermé.</li> </ol> </li> <li>2. Proportion de personnes recevant des services qui sont satisfaites de l'endroit où les services sont offerts.</li> </ol>	<p><b>Mesure :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proportion de familles et de soutiens naturels qui sont satisfaits de la rapidité avec laquelle des services ont été offerts.</li> <li>2. Proportion de familles et de soutiens naturels qui sont satisfaits de l'endroit où les services sont offerts.</li> </ol>	<p><b>Mesure :</b></p> <p>Proportion de personnes qui ont été aiguillées à des services communautaires et qui les ont reçus.</p>	<p><b>Mesure :</b></p> <p>L'accès aux services de traitement des dépendances et de santé mentale a lieu dans les délais établis.</p>
<p><b>Source possible de données :</b></p> <p>SPSC Enquête</p>	<p><b>Source possible de données :</b></p> <p>Enquête</p>	<p><b>Source possible de données :</b></p> <p>SPSC Enquête</p>	<p><b>Source possible de données :</b></p> <p>SPSC Données régionales</p>

\* Définition d'accessibilité :

*Capacité des usagers et des patients à obtenir des soins ou des services au bon endroit et au bon moment, selon les besoins.*

(K. McEwan et E. M. Goldner, *Indicateurs de rendement et de reddition de comptes pour les services de soins et de soutien en santé mentale : trousse d'évaluation*, Ottawa, Santé Canada, 2001.)

Tableau 3 : Indicateurs de pertinence et de mobilisation\*

Domaines du rétablissement			
<i>Les services axés sur le rétablissement sont centrés sur la personne</i>	<i>Le rétablissement met à contribution la famille et les soutiens naturels</i>	<i>Le rétablissement exige des liens avec la collectivité</i>	<i>Le rétablissement est soutenu par un solide leadership et des pratiques efficaces</i>
<b>Indicateur :</b> Les personnes se sentent soutenues dans la réalisation de leurs objectifs.	<b>Indicateur :</b> Les familles et les soutiens naturels croient que les services sont convenables.	<b>Indicateur :</b> Les partenaires communautaires perçoivent comme convenable leur engagement en matière de traitement des dépendances et de santé mentale.	<b>Indicateur :</b> Les pratiques et politiques de l'organisme soutiennent une approche axée sur le rétablissement.
<b>Mesure :</b> Proportion de personnes qui croient que les services et soutiens fournis conviennent à la réalisation de leurs objectifs.	<b>Mesure :</b> Proportion de familles et de soutiens naturels qui sont satisfaits des services et soutiens fournis.	<b>Mesure :</b> Proportion de partenaires communautaires qui sont satisfaits de leur engagement en matière de traitement des dépendances et de santé mentale.	<b>Mesure :</b> Existence d'un processus pour l'établissement, l'adoption et le maintien de pratiques pour la prestation de services axés sur le rétablissement.
<b>Source possible de données :</b> SPSC Enquête	<b>Source possible de données :</b> Enquête	<b>Source possible de données :</b> Enquête	<b>Source possible de données :</b> Rapport

\* Définition de **pertinence et de mobilisation** :  
Soins et services correspondant aux besoins des usagers et des patients et se fondant sur des normes établies.

(K. McEwan et E. M. Goldner, *Indicateurs de rendement et de reddition de comptes pour les services de soins et de soutien en santé mentale : trousse d'évaluation*, Ottawa, Santé Canada, 2001.)

Tableau 4 : Indicateurs d'efficacité\*

Domaines du rétablissement			
<i>Les services axés sur le rétablissement sont centrés sur la personne</i>	<i>Le rétablissement met à contribution la famille et les soutiens naturels</i>	<i>Le rétablissement exige des liens avec la collectivité</i>	<i>Le rétablissement est soutenu par un solide leadership et des pratiques efficaces</i>
<b>Indicateur :</b> Les personnes atteignent leur plein potentiel.	<b>Indicateur :</b> Les familles et les soutiens naturels sont soutenus au fur et à mesure qu'ils accompagnent le membre de leur famille, leur partenaire ou leur ami dans son cheminement vers le rétablissement.	<b>Indicateur :</b> Les organismes communautaires aident les personnes aux prises avec des problèmes de dépendance ou de santé mentale à répondre à leurs besoins.	<b>Indicateur :</b> Les politiques et pratiques en place respectent les principes du modèle de rétablissement. L'équipe de direction surveille l'efficacité des domaines.
<b>Mesure :</b> Proportion de personnes qui signalent un niveau de fonctionnement désirable.	<b>Mesure :</b> Proportion de familles et de soutiens naturels qui se sentent soutenus.	<b>Mesure :</b> Proportion de personnes qui perçoivent leur expérience avec les organismes communautaires comme positive.	<b>Mesure :</b> Les politiques et pratiques en place respectent la philosophie du rétablissement. L'équipe de direction fait état de pratiques efficaces dans ses rapports annuels sur les indicateurs.
<b>Source possible de données :</b> Enquête	<b>Source possible de données :</b> Enquête	<b>Source possible de données :</b> SPSC Enquête	<b>Source possible de données :</b> Rapport

\* Définition d'efficacité :

*Soins et services, intervention ou action produisant les résultats voulus.*

(K. McEwan et E. M. Goldner, *Indicateurs de rendement et de reddition de comptes pour les services de soins et de soutien en santé mentale : trousse d'évaluation*, Ottawa, Santé Canada, 2001.)

# Annexe A : Principes directeurs de la samsha en matière de rétablissement

## SAMHSA's WORKING DEFINITION OF RECOVERY

### 10 GUIDING PRINCIPLES OF RECOVERY

### BACKGROUND

Recovery has been identified as a primary goal for behavioral health care. In August 2010, leaders in the behavioral health field, consisting of people in recovery from mental health and substance use problems and SAMHSA, met to explore the development of a common, unified working definition of recovery. Prior to this, SAMHSA had separate definitions for recovery from mental disorders and substance use disorders. These different definitions, along with other government agency definitions, complicate the discussion as we work to expand health insurance coverage for treatment and recovery support services.

Building on these efforts and in consultation with many stakeholders, SAMHSA has developed a working definition and set of principles for recovery. A standard, unified working definition will help advance recovery opportunities for all Americans, and help to clarify these concepts for peers, families, funders, providers, and others.

### DEFINITION

**Working definition of recovery from mental disorders and/or substance use disorders**

A process of change through which individuals improve their health and wellness, live a self-directed life, and strive to reach their full potential.

Through the Recovery Support Strategic Initiative, SAMHSA has delineated four major dimensions that support a life in recovery:

**Health**  
Overcoming (or managing one's disease(s) or symptoms—for example, abstaining from use of alcohol, illicit drugs, and non-prescribed medications if one has an addiction problem—and for everyone in recovery, making informed, healthy choices that support physical and emotional wellbeing.

**Home**  
A stable and safe place to live

**Purpose**  
Meaningful daily activities, such as a job, school, volunteerism, family caretaking, or creative endeavors, and the independence, income and resources to participate in society

**Community**  
Relationships and social networks that provide support, friendship, love, and hope

### 10 GUIDING PRINCIPLES OF RECOVERY

Hope	Relational
Person-Driven	Culture
Many Pathways	Addresses Trauma
Holistic	Strengths/Responsibility
Peer Support	Respect

**Recovery emerges from hope**  
The belief that recovery is real provides the essential and motivating message of a better future—that people can and do overcome the internal and external challenges, barriers, and obstacles that confront them. Hope is internalized and can be fostered by peers, families, providers, allies, and others. Hope is the catalyst of the recovery process.

**Recovery is person-driven**  
Self-determination and self-direction are the foundations for recovery as individuals define their own life goals and design their unique path(s) towards those goals. Individuals optimize their autonomy and independence to the greatest extent possible by leading, controlling, and exercising choice over the services and supports that assist their recovery and resilience. In so doing, they are empowered and provided the resources to make informed decisions, initiate recovery, build on their strengths, and gain or regain control over their lives.

**Recovery occurs via many pathways**  
Individuals are unique with distinct needs, strengths, preferences, goals, culture, and backgrounds—including trauma experience—that affect and determine their pathway(s) to recovery. Recovery is built on the multiple capacities, strengths, talents, coping abilities, resources, and inherent value of each individual. Recovery pathways are highly personalized. They may include professional clinical treatment; use of medications, support from families and in schools; faith-based approaches; peer support; and other approaches. Recovery is non-linear, characterized by continual growth and improved functioning that may involve setbacks. Because setbacks are a natural, though not inevitable, part of the recovery process, it is essential to foster resilience for all individuals and families. Abstinence from the use of alcohol, illicit drugs, and non-prescribed medications is the goal for those with addictions. Use of tobacco and non-prescribed or illicit drugs is not safe for anyone. In some cases, recovery pathways can be enabled by creating a supportive environment. This is especially true for children, who may not have the legal or developmental capacity to set their own course.

**Recovery is holistic**  
Recovery encompasses an individual's whole life, including mind, body, spirit, and community. This includes addressing self-care practices, family, housing, employment, transportation, education, clinical treatment for mental disorders and substance use disorders, services and supports, primary healthcare, dental care, complementary and alternative services, faith, spirituality, creativity, social networks, and community participation. The array of services and supports available should be integrated and coordinated.

**Recovery is supported by peers and allies**  
Mutual support and mutual aid groups, including the sharing of experiential knowledge and skills, as well as social learning, play an invaluable role in recovery. Peers encourage and engage other peers and provide each other with a vital sense of belonging, supportive relationships, valued roles, and community. Through helping others and giving back to the community, one helps one's self. Peer-operated supports and services provide important resources to assist people along their journeys of recovery and wellness. Professionals can also play an important role in the recovery process by providing clinical treatment and other services that support individuals in their chosen recovery paths. While peers and allies play an important role for many in recovery, their role for children and youth may be slightly different. Peer supports for families are very important for children with behavioral health problems and can also play a supportive role for youth in recovery.

**Recovery is supported through relationship and social networks**  
An important factor in the recovery process is the presence and involvement of people who believe in the person's ability to recover, who offer hope, support, and encouragement; and who also suggest strategies and resources for change. Family members, peers, providers, faith groups, community members, and other allies form vital support networks. Through these relationships, people leave unhealthy and/or unfulfilling life roles behind and engage in new roles (e.g., partner, caregiver, friend, student, employee) that lead to a greater sense of belonging, personhood, empowerment, autonomy, social inclusion, and community participation.

**Recovery is culturally-based and influenced**  
Culture and cultural background in all of its diverse representations—including values, traditions, and beliefs—are keys in determining a person's journey and unique pathway to recovery. Services should be culturally grounded, attuned, sensitive, congruent, and competent, as well as personalized to meet each individual's unique needs.

**Recovery is supported by addressing trauma**  
The experience of trauma (such as physical or sexual abuse, domestic violence, war, disaster, and others) is often a precursor to or associated with alcohol and drug use, mental health problems, and related issues. Services and supports should be trauma-informed to foster safety (physical and emotional) and trust, as well as promote choice, empowerment, and collaboration.

**Recovery involves individual, family, and community strengths and responsibility**  
Individuals, families, and communities have strengths and resources that serve as a foundation for recovery. In addition, individuals have a personal responsibility for their own self-care and journeys of recovery. Individuals should be supported in speaking for themselves. Families and significant others have responsibilities to support their loved ones, especially for children and youth in recovery. Communities have responsibilities to provide opportunities and resources to address discrimination and to foster social inclusion and recovery. Individuals in recovery also have a social responsibility and should have the ability to join with peers to speak collectively about their strengths, needs, wants, desires, and aspirations.

**Recovery is based on respect**  
Community, systems, and societal acceptance and appreciation for people affected by mental health and substance use problems—including protecting their rights and eliminating discrimination—are crucial in achieving recovery. There is a need to acknowledge that taking steps towards recovery may require great courage. Self-acceptance, developing a positive and meaningful sense of identity, and regaining belief in one's self are particularly important.

Drawing on research, practice, and personal experience of recovering individuals, within the context of health reform, SAMHSA will lead efforts to advance the understanding of recovery and ensure that vital recovery supports and services are available and accessible to all who need and want them.

Please see SAMHSA's Recovery Support Initiative (<http://www.samhsa.gov/recovery>) for more information on recovery.

38

38 **Note :** Ce document n'est pas disponible en français

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *SAMHSA's Working Definition of Recovery* (en ligne), s.l., chez l'auteur, 2012, <http://store.samhsa.gov/shin/content/PEP12-RECDEF/PEP12-RECDEF.pdf>, consulté le 16 août 2012.

# Annexe B : Les étapes du changement

*Prochaska et DiClemente : Étapes de la préparation au changement*<sup>39</sup>

Étape	Description	Objectifs
Précontemplation	Non-considération d'un changement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir les objectifs du patient</li> <li>• Fournir de l'information</li> <li>• Renforcer l'auto-efficacité</li> </ul>
Contemplation	Ambivalence par rapport au changement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Illustrer l'écart entre l'objectif et le comportement</li> <li>• Éliciter des affirmations d'automotivation</li> </ul>
Détermination	Engagement à changer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer l'engagement à changer</li> <li>• Élaborer des stratégies de changement</li> </ul>
Action	Prise de mesures en vue de changer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cerner et gérer les nouveaux obstacles</li> <li>• Reconnaître les rechutes ou les rechutes imminentes</li> </ul>
Maintien	Changement de comportement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer la stabilité du changement</li> <li>• Favoriser le développement personnel</li> </ul>
Rechute	Comportements indésirables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaître les rechutes lorsqu'elles ont lieu</li> <li>• Rétablir l'auto-efficacité et l'engagement</li> <li>• Formuler des stratégies comportementales</li> </ul>
Cessation	Grande stabilité du changement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer la stabilité du changement</li> </ul>

<sup>39</sup> National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, « Stages of Change », *College Drinking – Changing the Culture* (en ligne), dernière mise à jour le 23 septembre 2005, [http://www.collegedrinkingprevention.gov/niaacollegematerials/trainingmanual/module\\_4-ppt.aspx](http://www.collegedrinkingprevention.gov/niaacollegematerials/trainingmanual/module_4-ppt.aspx)

## Annexe C : Sites Web

1. BURGESS, P., et coll. *Review of Recovery Measures* (en ligne), version 1.01, s.l., Australian Mental Health Outcomes and Classification Network, 2010. Dans Internet : [http://amhocn.org/static/files/assets/afdedaa1/Review\\_of\\_Recovery\\_Measures](http://amhocn.org/static/files/assets/afdedaa1/Review_of_Recovery_Measures)
2. MCEWAN, K., et E. M. GOLDNER. *Indicateurs de rendement et de reddition de comptes pour les services de soins et de soutien en santé mentale : trousse d'évaluation* (en ligne), préparée à l'intention du Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial, Ottawa, Santé Canada, 2001. Dans Internet : [http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pdf/f\\_apimhss.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pdf/f_apimhss.pdf)
3. COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* (en ligne), Calgary, chez l'auteur, 2012. Dans Internet : <http://strategie.commissionsantementale.ca/pdf/strategie-text-fr.pdf>
4. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Indicateurs de santé 2012* (en ligne), Ottawa, chez l'auteur, 2012. Dans Internet : [https://secure.cihi.ca/free\\_products/health\\_indicators\\_2012\\_fr.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/health_indicators_2012_fr.pdf)
5. SAINSBURY CENTRE FOR MENTAL HEALTH. *Implementing Recovery: A new framework for organisational change* (en ligne), Londres, Sainsbury Centre for Mental Health, s.d., « Position Paper ». Dans Internet : [http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/implementing\\_recovery\\_paper.pdf](http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/implementing_recovery_paper.pdf)
6. HORSH, K. « Indicators: Definition and Use in a Results-Based Accountability System », *Harvard Family Research Project* (en ligne), 1997. Dans Internet : <http://www.hfrp.org/evaluation/publications-resources/indicators-definition-and-use-in-a-results-based-accountability-system>
7. AUSTRALIE. ÉTAT DE VICTORIA. DEPARTMENT OF HEALTH. *Framework for recovery-oriented practice* (en ligne), Melbourne, chez l'auteur, 2011. Dans Internet : [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/0D4B06DF135B90E0CA2578E900256566/\\$FILE/framework-recovery-oriented-practice.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/0D4B06DF135B90E0CA2578E900256566/$FILE/framework-recovery-oriented-practice.pdf)
8. CANADA. SANTÉ CANADA. « Soins de santé primaires », *Santé Canada* (en ligne), 2004. Dans Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/index-fra.php>
9. *Loi sur les services à la santé mentale*, L.N.-B. 1997, c. M-10.2. Dans Internet : <http://laws.gnb.ca/fr/showdoc/cs/M-10.2/se:1;se:2>
10. SLADE, M. « Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches », *BMC Health Services Research* (en ligne), 10:26 (2010). Dans Internet : <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/26>
11. *Loi créant le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé*, L.N.-B. 2008, c. N-5.105. Dans Internet : <http://www.gnb.ca/0062/PDF-acts/n-05-105.pdf>
12. CONSEIL DE LA SANTÉ DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2011* (en ligne), Moncton, chez l'auteur, 2011. Dans Internet : [http://www.csnb.ca/docs/care\\_exp\\_2011/Fiche\\_rendement\\_systeme\\_sante\\_Nouveau-Brunswick\\_2011.pdf](http://www.csnb.ca/docs/care_exp_2011/Fiche_rendement_systeme_sante_Nouveau-Brunswick_2011.pdf)
13. DONNELLY, M., et coll. *Patient outcomes: what are the best methods for measuring recovery from mental illness and capturing feedback from patients in order to inform service improvement? A report commissioned by the Bamford Implementation Rapid Review Scheme* (en ligne), s.l., Bamford Implementation Rapid Review Scheme, août 2011, « Reference: COM/4409/10 ». Dans Internet : <http://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/Patient%20Outcomes.pdf>
14. TONDORA, J. *Practice Guidelines for Recovery-Oriented Care for Mental Health and Substance Use Conditions* (en ligne), Hartford (Conn.), Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services, 2008. Dans Internet : <http://www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/recovery/practiceguidelines2.pdf>
15. SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. *SAMHSA's Working Definition of Recovery* (en ligne), s.l., chez l'auteur, 2012. Dans Internet : <http://store.samhsa.gov/shin/content/PEP12-RECDEF/PEP12-RECDEF.pdf>
16. DEL VECCHIO, P. « SAMHSA's Working Definition of Recovery Updated », *SAMHSA* (en ligne), 2012. Dans Internet : <http://blog.samhsa.gov/2012/03/23/defintion-of-recovery-updated/>
17. NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. « Stages of Change », *College Drinking – Changing the Culture* (en ligne), dernière mise à jour le 23 septembre 2005. Dans Internet : [http://www.collegedrinkingprevention.gov/niaacollegematerials/trainingmanual/module\\_4-ppt.aspx](http://www.collegedrinkingprevention.gov/niaacollegematerials/trainingmanual/module_4-ppt.aspx)
18. NOUVEAU-BRUNSWICK. MINISTÈRE DE LA SANTÉ. *Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018* (en ligne), Fredericton, le Ministère, 2011. Dans Internet : <http://www.gnb.ca/0055/action-f.asp>
19. MCKEE, M. *Vers l'avenir, ensemble : un système transformé de santé mentale pour le Nouveau-Brunswick* (en ligne), Fredericton, Province du Nouveau-Brunswick, 2009. Dans Internet : <http://www.gnb.ca/cnb/Promos/MentalHealth/NBMHS-f.pdf>
20. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Integrating mental health into primary care: A global perspective* (en ligne), Genève, chez l'auteur, 2008. Dans Internet : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563680\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563680_eng.pdf)