



Histoires d'expérience personnelle sur la stigmatisation structurelle

This document is available in English.

Indications concernant la citation

Citation suggérée : Commission de la santé mentale du Canada. (2021). *Histoires d'expérience personnelle sur la stigmatisation structurelle*. Ottawa, Canada : Auteur

© 2021, Commission de la santé mentale du Canada

Les points de vue exprimés dans le présent document représentent uniquement ceux de la Commission de la santé mentale du Canada.

ISBN: 978-1-77318-240-7

Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Canada



Les points de vue présentés ici représentent uniquement les points de vue de la Commission de la santé mentale du Canada. Le présent matériel a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada.

Accès refusé

Comment la stigmatisation structurelle empêche-t-elle les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, de consommation de substances ou avec des maladies mentales d'accéder aux soins dont elles ont besoin?

Imaginez qu'à l'hôpital, on vous dise que vous devez dormir au sol parce qu'il n'y a pas de lit disponible, ou encore que le traitement pour votre maladie – qui est éprouvé et recommandé – soit indisponible en raison d'un manque de financement et de formation. Il est plus difficile pour les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale, de consommation de substances ou avec des maladies mentales d'accéder aux services que la population générale. Cela est attribuable en grande partie à la mauvaise répartition des ressources, au refus de prodiguer des soins et à la fragmentation des soins.* Afin de mieux comprendre le sujet abordé dans [Accès refusé - entrevues vidéo](#), nous avons également discuté avec Karen Shin et Javeed Sukhera de leurs expériences personnelles sur cette question.

Karen Shin est cheffe adjointe et directrice médicale des services de santé mentale ambulatoires à l'Hôpital St. Michael's de Toronto. Karen nous a raconté que l'une des expériences les plus décevantes qu'elle a vécues l'année dernière a été d'informer un utilisateur de services aux prises avec une dépression réfractaire au traitement qu'il n'avait pas accès à la stimulation magnétique transcrânienne répétitive [SMTr] – une thérapie approuvée par Santé Canada – car cette intervention n'est pas financée par l'État.

CSMC : Vous avez mentionné comment cela vous a fait voir « d'un nouvel œil, toute l'étendue de la stigmatisation structurelle et des barrières implicites qu'elle engendre, en plus de nuire à l'offre de services efficaces en santé mentale ».

Karen : Eh bien, j'ai été témoin des tentatives répétées de plusieurs utilisateurs de services pour accéder à la SMTr. Parfois, le fait de travailler dans un centre universitaire à Toronto permet d'offrir plus facilement aux utilisateurs de services certains types de soins. Cela en soi révèle les inégalités en matière de soins qui existent au sein de notre système, ainsi que les désavantages que subissent les petites collectivités. Il m'est possible d'orienter les utilisateurs de services vers la SMTr, car elle est habituellement financée par des cliniques de recherche. Cependant, l'utilisateur de services auquel je fais référence ne s'est pas qualifié pour une étude de recherche, et il n'a pas l'argent nécessaire pour accéder aux services privés.

CSMC : De quelles autres façons avez-vous constaté les iniquités en matière de soins de santé?

Karen : Les fondations reçoivent souvent des sommes visant à payer les coûts des appareils qui nécessitent des dépenses en capital. Cependant, les donateurs qui se sentent très à l'aise de voir leur contribution et leur nom associé à un appareil d'imagerie par résonance

* Livingston, J. D. (2020). *La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé – Analyse documentaire*. <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/4348>

magnétique (IRM), par exemple, n'ont pas nécessairement le même niveau d'aisance quand vient le temps de donner de l'argent pour des infrastructures ou équipements destinés à la santé mentale.

De nombreuses personnes vivent avec de la dépression et de l'anxiété, mais certaines d'entre elles pourraient refuser la médication en raison des effets secondaires et d'autres pourraient avoir besoin d'un traitement supplémentaire en plus de leurs médicaments. Lorsque nous disposons d'autres thérapies, il est frustrant que les options deviennent limitées, surtout si c'est quelque chose qui pourrait s'avérer bénéfique. Je me demande, s'il s'agissait d'autres types de traitements pour la santé physique et qu'ils n'étaient pas disponibles, s'il y aurait de tels retards pour obtenir le financement nécessaire.

Javeed Sukhera est médecin, éducateur et activiste. Il mène des recherches sur la stigmatisation, les préjugés et l'équité au sein du système de soins de santé.

***CSMC :** Vous avez mentionné avoir été frappé par les préjugés systémiques au sein du système de soins de santé à l'égard des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale, de consommation de substances ou avec des maladies mentales. À quel moment est-ce que cela vous est apparu clair?*

Javeed : Je ne peux pas dire qu'il y a eu un moment précis. C'est plutôt le résultat d'une accumulation de mille et un moments au cours de ma carrière. En tant que Canadien qui a été formé et qui a vécu à l'extérieur du Canada, qui respecte notre système de soins de santé et le place sur un piédestal, je pense que c'est quand j'ai réalisé que notre système ne tient tout simplement pas ses promesses envers les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale, de consommation de substances ou avec des maladies mentales. Il y a des problèmes systémiques en jeu.

Et l'un des enjeux pour accéder aux soins est le temps d'attente. J'ai rencontré tellement de gens pour qui cela avait été difficile de venir chercher de l'aide, et au final, ils se sont fait offrir un bout de papier et un rendez-vous dans 18 mois. Il me semble clair que le système ne respecte pas leur courage. Cette déshumanisation... ce manque d'accueil, je crois, est considérablement pire au sein des systèmes conçus pour les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale, de consommation de substances ou avec des maladies mentales. Je pense que la manière dont nous avons conçu nos systèmes est responsable d'une réelle déshumanisation des patients, alors que ceux-ci se trouvent dans un état extrêmement vulnérable.

***CSMC :** De quelle façon pensez-vous que l'approche déshumanisante influence les professionnels de la santé?*

Javeed : Il existe toute une culture de la perfection voulant que les gens incarnent toujours la version optimale d'eux-mêmes. Ce phénomène nuit au sentiment de vulnérabilité, la rendant presque tabou, et il s'agit là d'un énorme problème. Nous avons découvert grâce à nos recherches que les travailleurs qui évoluent à l'intérieur d'un système, et qui ont de grandes attentes envers eux-mêmes et envers les autres ont du mal à composer sainement au niveau émotionnel. Leurs formations (de même que la culture dans laquelle ils travaillent) n'ont pas créé l'espace ni le temps nécessaire pour respecter leur humanité; en fait, ce système pénalise les fournisseurs de soins de santé qui souhaitent obtenir de l'aide. Une partie du problème tient également au fait que l'on a encouragé les travailleurs du domaine des soins de santé à compartimenter leurs émotions dans le but de se protéger. En déployant des efforts pour nous défendre et nous protéger, nous nuisons non seulement à notre propre bien-être, mais nous créons parallèlement des problèmes d'équité et d'accès.

Moins que

Pourquoi les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, de consommation de substances ou avec des maladies mentales reçoivent-elles des soins de moindre qualité?

La stigmatisation structurelle se manifeste lorsque les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, de consommation de substances ou avec des maladies mentales reçoivent des soins de moindre qualité. Les trois principaux aspects où l'on constate des soins de moindre qualité sont dans les pratiques des fournisseurs de soins, les expériences négatives et les approches coercitives.[†] Pour les utilisateurs de services, le manque d'accès à des soins utiles et opportuns, centrés sur les besoins de l'individu, constitue un problème omniprésent. Afin de mieux comprendre le sujet abordé dans [Moins que - Entrevues vidéo](#), nous avons également discuté avec Samaria Nancy Cardinal et Don Mahleka de la signification des soins de qualité et de ce à quoi pourrait ressembler l'amélioration des services.

Samaria Nancy Cardinal est travailleuse sociale et membre de l'organisme Patients pour la sécurité des patients du Canada de l'ICSP. Elle a échangé avec des groupes de professionnels de la santé, partageant ses expériences de stigmatisation au sein du système de santé.

CSMC : *Vous avez mentionné comment, pendant des années, vous aviez l'impression de ne pas avoir voix au chapitre sur la façon dont vous étiez traitée. Pourquoi donc?*

Samaria : J'ai perdu 15 à 20 ans de ma vie à cause d'un diagnostic erroné et d'un traitement inefficace. J'ai été étiquetée comme bipolaire,

et quand cela s'est produit, c'est comme si l'on m'avait en même temps tatoué mon diagnostic sur le front. Après avoir reçu des traitements inappropriés pendant 20 ans, j'ai découvert que je vivais avec le SSPT. Le problème, c'est que notre système de santé n'est pas conçu pour valoriser et donner la priorité au rétablissement; la priorité plutôt est accordée à la rapidité du diagnostic et du traitement. Il s'agit là d'une des nombreuses raisons illustrant pourquoi la structure même des soins doit changer. Vous ne pouvez pas imaginer le niveau de désespoir que l'on peut ressentir quand personne ne vous écoute, quand personne ne vous croit, quand vous êtes retournée chez vous et ignorée maintes et maintes fois. Nous devons construire des systèmes où l'on voit d'abord une personne et où l'on reconnaît son humanité.

CSMC : *Pourquoi croyez-vous qu'il est si important que vous partagiez votre expérience de diagnostic erroné et de stigmatisation avec les professionnels de la santé?*

Samaria : La pression additionnelle exercée par la COVID-19 fait que la santé mentale est vraiment mise de côté dans ce pays. Les personnes qui, normalement, auraient présenté des symptômes bénins de problèmes de santé mentale ou de maladies mentales souffrent énormément en ce moment, et les fournisseurs de soins de santé n'ont pas les ressources nécessaires pour gérer ce genre de crise. En

[†] Livingston, J. D. (2020). *La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé – Analyse documentaire.* <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/4348>

Alberta, les médecins ne disposent que de 10 minutes pour compléter un rendez-vous, sauf pour les spécialistes qui peuvent avoir des rendez-vous plus longs. Les médecins sont stressés. Ils veulent arriver en salle d'examen, rédiger une ordonnance et passer au prochain patient. Ils ne veulent pas avoir à s'occuper de patients, s'asseoir avec eux et discuter longtemps en raison de leur problème de santé complexe. Si l'on vous dirige vers des soins en santé mentale, vous pourriez attendre plusieurs mois avant de rencontrer un professionnel. Si vous avez besoin d'une thérapie particulière, vous risquez de ne pas y accéder si vous n'avez pas d'argent pour la payer. La seule façon de changer réside dans la riposte des gens; ils doivent se battre et affirmer tout haut : « Rien ne fonctionne! » Notre système de soins de santé a besoin de beaucoup plus de ressources afin d'être en mesure de fournir les soins de qualité nécessaires au rétablissement des patients.

CSMC : *De quelles façons ressentez-vous encore une stigmatisation structurelle liée à votre diagnostic?*

Samaria : Dans le système, vous cessez d'être une personne pour ne devenir que la définition de votre maladie. Une fois, je me suis rendue aux urgences parce que j'avais des palpitations cardiaques. La première chose que le médecin m'a demandée est : « Avez-vous pris vos médicaments aujourd'hui? » Je l'ai juste regardé et j'ai répondu : « À quoi faites-vous référence exactement? » Il m'a répondu : « Oh, eh bien, je vois que vous avez des problèmes de santé mentale. » Alors, j'ai dit : « Comment mes problèmes de santé mentale sont-ils liés aux palpitations, à moins qu'il ne s'agisse d'une anxiété extrême? » J'ai ajouté : « Vous n'avez même pas pris le temps de prendre mon pouls ou d'écouter mon cœur. Est-ce que vous ne vous intéressez qu'à ma santé mentale? » Cela peut être connu sous le nom d'occultation du diagnostic ou des traitements : il s'agit du processus par lequel une personne ayant des

problèmes liés à la santé mentale ou à la consommation de substances reçoit des traitements inadéquats ou retardés pour un problème de santé physique parce que ce dernier est faussement attribué à la mauvaise santé mentale du patient. La double crise qui sévit au sein du système de santé, à savoir les préjugés inconscients et la discrimination, doit être nommée et corrigée, et ce, sans perdre de temps.

CSMC : *Quelles améliorations souhaitez-vous voir dans le milieu, de façon à ce que ceux qui demandent de l'aide ne vivent pas la même expérience que vous?*

Samaria : Je veux participer à la reconstruction d'un système qui aura réellement à cœur les pratiques axées sur le rétablissement de ses patients. On enseigne aux futurs travailleurs sociaux l'importance de considérer la manière dont une personne a été élevée. Nous comprenons que le rétablissement est personnel et se produit en tenant compte du contexte de la vie de chaque personne. Nous tenons compte de la façon dont ils sont arrivés au point où ils en sont maintenant, nous examinons comment ils ont été élevés dans leur milieu, et considérons tout ce qu'ils ont vécu au cours de leur vie. Quand quelqu'un s'assoira en face de moi, je vais l'aborder comme un être humain d'abord et avant tout. Point final. J'accorderai à chaque personne ce qui m'a été refusé : la reconnaissance de son humanité. Et en ce sens, je vais redoubler d'efforts pour reconstruire ce qui a été brisé dans l'âme de la personne.

Don Mahleka est conseiller en soutien communautaire au Centre de bien-être des jeunes de St Joseph's Healthcare Hamilton. Son déménagement du Zimbabwe au Canada, ainsi que son expérience en tant que défenseur de la santé mentale, ont permis à Don de constater le manque de compréhension existant dans le milieu des soins de santé, en particulier en ce qui a trait à l'incidence du racisme et du

colonialisme sur la santé mentale des populations noires, autochtones et racialisées.

CSMC : *Quelles ont été les répercussions du racisme sur votre santé mentale et comment vous êtes-vous débrouillé au moment de composer avec le système de santé?*

Don : Je me souviens des premières fois où j'ai été victime de racisme et de discrimination; je venais d'arriver à Toronto en tant que réfugié et je n'étais qu'en 9^e année. Le racisme ne m'a pas affecté sur-le-champ, car je devais m'occuper des aspects de ma nouvelle vie, mais avec le temps et l'accumulation des expériences à devoir faire face au racisme, j'ai commencé à remarquer que mon anxiété et mes symptômes dépressifs s'aggravaient. Ma mère célibataire et moi n'avons jamais été informés des mesures de soutien en matière de santé mentale et de bien-être, et ce, malgré la forte prévalence des traumatismes et des autres indicateurs de santé chez les réfugiés. Lorsque vous êtes en « mode survie » et que vous essayez de comprendre vos droits au niveau juridique, vous êtes en quelque sorte obligé de garder le silence sur le racisme systémique, car vous ne voulez pas être considéré comme un fardeau. Vous aurez l'air d'avoir plus à perdre si vous portez plainte ou défendez vos propres droits. À l'époque, je connaissais mal la terminologie pour exprimer cela à qui que ça soit. Je pense que le fait d'être coupé complètement de ma culture a également fait des ravages, en particulier pour ma mère. J'ai également commencé à intérioriser les choses négatives qu'on me disait – autrement dit, les perceptions et les préjugés qui viennent avec le fait d'être un homme noir. Un énorme stress toxique et une vigilance constante d'anticipation se manifestent lorsque l'on vit de la discrimination raciale.

CSMC : *Dans votre travail à titre de défenseur de la santé mentale, qu'avez-vous entendu de la part des gens?*

Don : Au fil du temps, j'ai entendu beaucoup de jeunes dire des choses comme : « Je suis

confronté au racisme au quotidien, que ce soit des gens qui sont physiquement agressifs envers moi ou qui menacent même de me tuer. Mais je ne le signale pas à la police ni à l'administration de l'école, parce que quand je l'ai fait par le passé, ils n'ont rien fait pour régler le problème. Très franchement, souvent, la conclusion que je tire est qu'au final, c'est moi qui suis en faute et on me reproche de m'être plaint. » Les jeunes ont également partagé leurs expériences concernant les divers obstacles liés : au racisme systémique au moment d'accéder à des soins en santé mentale, aux diagnostics excessifs ou insuffisants, et aux pratiques coercitives auxquels ils ont été confrontés en essayant de naviguer dans le système.

CSMC : *À votre avis, que manque-t-il à l'approche actuelle et à la façon dont les gens reçoivent des soins?*

Don : Il y a un manque de compréhension des besoins intersectionnels; par exemple, de la jeunesse africaine, caribéenne, noire et des diverses populations noires, et des systèmes qui ne sont pas équipés pour reconnaître ni faire face aux effets du racisme. Le racisme existe lorsque l'on ne parvient pas à trouver un bon emploi ou lorsque l'on vit de la discrimination au travail et à l'école. Cela crée un scénario vous donnant l'impression de ne pas avoir votre place dans ces endroits – j'ai vécu cela moi aussi. C'est comme avoir constamment ce syndrome de l'imposteur, où vous avez l'impression que, quoi que vous fassiez, vous n'allez jamais être à la hauteur à cause de la façon dont vous êtes perçu ou traité. Il est essentiel que le racisme soit un déterminant social de la santé, en particulier lorsqu'il s'agit d'avoir des préposés et des interventions appropriés. Il est impératif que nous ayons des normes prescrites en matière de collecte et de diffusion de données ventilées selon la race, afin de mieux comprendre les disparités raciales en santé. Cela permettra également d'élaborer des plans de gestion du changement qui seront concrets et transparents. Nous devons à tout

prix mettre au premier plan les connaissances et les perspectives culturelles des communautés autochtones, noires et racialisées, de façon à ce qu'il y ait un changement radical dans la lutte contre le racisme structurel. Cela sera rendu possible via un leadership collectif et des pratiques tenant compte de la culture.

***CSMC** : Selon vous, comment les professionnels de la santé peuvent-ils contribuer pour faire partie de la solution?*

Don : Les efforts visant à lutter contre le racisme doivent être au cœur des décisions dans les organisations de soins de santé, et par le fait même, influencer le développement personnel des fournisseurs de services. Parfois, les initiatives en matière de diversité, d'équité et d'inclusion (DEI) ne sont pas intégrées à la mission fondamentale ni aux orientations

stratégiques à long terme des organisations, et cela doit changer. Il y a eu des cadres positifs pour cibler la lutte contre le racisme et bâtir une approche plus équitable, afin que le concept de « DEI » ne soit pas perdu. Je pense que nous comprenons également qu'il s'agira d'un cheminement graduel, et surtout, que la compétence culturelle n'est pas un phénomène ponctuel, mais plutôt un processus continu où nous aurons toujours besoin d'apprendre, désapprendre et nous ajuster. Par exemple, même si je rencontre quelqu'un provenant du Zimbabwe comme moi, cela ne signifie pas que je connais son histoire, son parcours et son identité. Il s'agit d'écouter et d'apprendre d'où les gens viennent, à quel endroit ils se trouvent, et vers quoi ils s'en vont. Voilà ce qui est vraiment essentiel.

La voie vers l'avenir

Occasions d'aborder et de juguler la stigmatisation structurelle.

Aussi important qu'il soit de comprendre comment la stigmatisation structurelle se manifeste dans les milieux de soins de santé, il est tout aussi important d'examiner quels moyens permettront de l'aborder et de la juguler. Afin de mieux comprendre le sujet abordé dans [La voie vers l'avenir - Entrevues vidéo](#), nous avons également discuté avec Rachel Boehm et Amber May LeRoy pour en apprendre davantage sur leurs expériences et les efforts en cours pour lutter contre la stigmatisation structurelle.

Amber May LeRoy est une ancienne employée de CHANNAL (*Consumers' Health Awareness Network Newfoundland and Labrador*), un organisme à but non lucratif créé par et pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de dépendance.

CSMC : *Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit quand vous pensez à la stigmatisation structurelle?*

Amber : La stigmatisation vous ronge en dedans. Elle vous enlève votre liberté, votre vie, votre identité. Elle fait de vous ce que la stigmatisation dit que vous êtes. Plusieurs personnes avec lesquelles je travaillais à CHANNAL ont également subi les effets de la stigmatisation et m'ont dit : « J'ai été congédié parce que j'ai dû prendre un congé de maladie à cause de ma dépression » ou « Certains enseignants de ma sœur la considéraient comme une enfant sensible et excessive, alors qu'en réalité, c'était de l'anxiété. » Ainsi, on peut dire que cela se manifeste tous les jours, dans différents contextes et à plusieurs niveaux. C'est terrible.

J'ai aussi éprouvé des difficultés à naviguer dans le système de santé. Je connaissais Jeunesse, J'écoute, mais pas les autres organismes comme CHANNAL. Je ne connaissais pas les cliniques sans rendez-vous. Je ne savais pas que vous

pouviez obtenir des subventions pour des services de counseling. J'ignorais tout cela. Je ne savais pas où me rendre pour accéder aux services et, à cause de la stigmatisation associée à la maladie mentale, j'ai gardé cela secret. Puis, je suis tombé malade physiquement à cause de l'anxiété que je ressentais et c'est à ce moment que j'ai compris que quelque chose devait changer.

CSMC : *Quels changements aimeriez-vous voir?*

Amber : Davantage de ressources doivent être disponibles pour les jeunes. Nous devons éduquer les intervenants qui travaillent avec les jeunes, qu'il s'agisse d'enseignants, d'entraîneurs ou de personnes qui participent à des activités au niveau préscolaire ou aux programmes parascolaires et sportifs. Il faut leur apprendre la bonne façon de détecter les signes et les symptômes de la maladie mentale, de savoir poser les questions pertinentes et d'offrir les ressources adéquates et le soutien nécessaire.

J'étais très heureuse d'apprendre l'existence de CHANNAL, mais en même temps, je me suis dit : « Eh bien, pourquoi n'ai-je pas entendu parler de cela avant? Où était ce réseau il y a quelques années lorsque j'avais vraiment besoin de cette aide? » Je me souviens d'être rentrée à la maison ce jour-là et d'avoir appelé ma mère en disant : « Devine quoi? Il y a un endroit appelé CHANNAL. Tous ceux qui y travaillent sont aux prises avec une maladie mentale. Et tout le monde est le bienvenu. Ils ont une politique de porte ouverte. Cela veut dire qu'on peut s'y rendre pour discuter de ce que c'est que de vivre avec une maladie mentale et obtenir de l'aide, et personne ne portera de jugement. » Je ne pensais pas qu'il était possible de recevoir de l'aide et d'être à ce point ouverte au sujet de la maladie mentale. Je connais beaucoup de gens

qui n'ont pas trouvé d'organismes comme CHANNAL et qui se sont suicidés, ont tenté de se suicider, se sont tournés vers la consommation de drogues ou vivent encore chez leurs parents et dorment tout le temps à cause de leur dépression.

Il y a tellement de gens qui, contrairement à moi, n'ont pas reçu l'aide dont ils ont besoin, ou qui n'ont pas la confiance et la motivation requises pour en parler ouvertement et aller chercher de l'aide. Nous devons nous assurer que les personnes qui ont besoin d'accéder aux services sachent où il est possible d'obtenir de l'aide. Nous devons créer des espaces sécuritaires pour que les gens puissent échanger. Je pense que cela ferait une grande différence.

CSMC : *Que peuvent faire les fournisseurs de soins de santé pour lutter contre la stigmatisation?*

Amber : Il y a beaucoup de pression sur les professionnels de la santé pour qu'ils résolvent les problèmes, et ils essaient de le faire. Dans le domaine des soins de santé mentale, nous devons braquer les projecteurs sur le rétablissement et les soins centrés sur la personne, plutôt que de se concentrer uniquement sur le diagnostic. En prodiguant des soins, nous devons nous rendre compte qu'il n'existe pas de modèle universel et que chaque cheminement est unique. Les gens sont bien plus que leur diagnostic, et les fournisseurs de soins de santé devraient collaborer avec les utilisateurs des services pour élaborer un plan de rétablissement qui corresponde à leurs objectifs et à leurs aspirations.

Rachel Boehm est directrice principale en santé mentale et dépendances à l'Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse – Zone centrale.

CSMC : *Qu'est-ce que le diagnostic mixte?*

Rachel : Le diagnostic mixte fait référence à la fois à une maladie mentale et à une déficience intellectuelle. Par exemple, si vous êtes atteint

du syndrome de Down, d'autisme ou d'une autre déficience intellectuelle, vous êtes en fait plus susceptible de développer une maladie mentale à l'âge adulte.

Nous offrons un service en Nouvelle-Écosse appelé [le] Programme de diagnostic mixte, à l'Unité de stabilisation neurodéveloppementale pour adultes (ANSU). Il est mis à la disposition des utilisateurs de services aux prises avec un diagnostic mixte, qu'ils vivent à domicile, avec des professionnels de soins familiaux ou dans des milieux résidentiels comme les foyers de groupe. Nous offrons des services accessibles pour aider les utilisateurs confrontés à la maladie mentale et à des comportements souvent difficiles qui mettent en péril eux-mêmes, leurs soignants et leur logement. Parfois, les utilisateurs des services reçoivent le traitement dont ils ont besoin dans leur communauté, tandis que d'autres doivent être hospitalisés pour stabiliser leur état. Notre approche donne la priorité aux principes axés sur le rétablissement et à la prestation positive de soins de santé comportementale.

CSMC : *Je crois savoir que vous travaillez sur un projet visant à transformer l'unité de soins actifs pour servir les personnes ayant un diagnostic mixte dans votre région. Quels changements ont été apportés?*

Rachel : Les familles vivaient beaucoup de mécontentement à l'égard des soins prodigués et des nombreux incidents liés à la sécurité. Je pense que cela a vraiment forcé tout le monde à s'arrêter pour prendre conscience que quelque chose ne tournait pas rond. Nous ne constatons pas les indicateurs positifs qui devraient l'être lorsqu'on travaille avec des personnes ayant un diagnostic mixte, à savoir les personnes admises rapidement pour recevoir un traitement et traiter la maladie et (ou) les symptômes, puis retourner dans la communauté.

Le modèle de soins de l'équipe a subi une transformation globale, passant d'une approche ressemblant souvent à la détention, vers une

approche qui donne la priorité aux principes axés sur le rétablissement et à la prestation positive de soins de santé comportementale. Par exemple, l'équipe a apporté beaucoup de changements dans la façon dont elle collabore avec les familles. L'équipe a donc souhaité impliquer pleinement les familles dès le début. Nous avons besoin de la participation de plus d'infirmières autorisées pour piloter les soins de chaque utilisateur de services, et nous avons besoin du soutien d'intervenants hautement qualifiés, en particulier lors de la prise en charge thérapeutique. Tout ce que nous effectuons maintenant avec un utilisateur de service est thérapeutique. L'objectif est de renforcer leurs capacités et leur autonomie. Un hôpital psychiatrique n'est pas un milieu de vie, car tout le monde mérite de vivre dans une communauté, et c'est notre objectif pour chaque patient. Voilà probablement le point culminant de ma carrière, de pouvoir constater à quel point maintenant, les soins sont différents et les répercussions de ces soins sont favorables.

CSMC : *Quels conseils partageriez-vous avec d'autres décideurs du domaine de la santé mentale?*

Rachel : Quand j'ai commencé à travailler dans ce domaine, on n'en discutait pas vraiment de façon approfondie, surtout pas de cette unité. Je pense que ce que j'ai appris, c'est que souvent, les domaines dont personne ne parle sont souvent ceux que l'on devrait examiner de plus près. Lorsque le silence plane autour de n'importe quel secteur ou de n'importe quel sujet, il pourrait s'agir d'un signe de stigmatisation. Cela pourrait vouloir dire que tout fonctionne sur des roulettes, mais il est aussi possible qu'il s'agisse là d'une vraie mise en garde indiquant que personne n'y prête attention ou que les besoins sont tellement insatisfaits, que personne ne réalise même qu'ils existent.



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada



Commission de la santé mentale du Canada

Bureau 1210, 350 rue Albert
Ottawa, ON K1R 1A4

Tel : 613.683.3755
Fax : 613.798.2989

infocsmc@commissionsantementale.ca
www.commissionsantementale.ca

[@CSMC_MHCC](https://twitter.com/CSMC_MHCC) [/theMHCC](https://www.facebook.com/theMHCC) [/1MHCC](https://www.youtube.com/channel/UC1MHCC) [@theMHCC](https://www.instagram.com/theMHCC)
[/Commission de la santé mentale du Canada](https://www.linkedin.com/company/Commission-de-la-santé-mentale-du-Canada)