



Canadian
Collaborative
Mental Health
Initiative

Initiative
canadienne de
collaboration en
santé mentale

Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les *populations ethno-culturelles*

Un document d'accompagnement pour la
trousse d'outils de l'ICCSM sur la
planification et la mise en œuvre pour les
prestataires de soins de santé et les
planificateurs

PRESTATAIRES ET PLANIFICATEURS

GRUPE D'EXPERTS POUR LES POPULATIONS ETHNO-CULTURELLES

Groupe chargé de l'élaboration de cette trousse d'outils

Soma Ganesan, M.D., FRCPC (Directrice)

Vancouver Community Mental Health Services,
University of British Columbia, Département de la psychiatrie, Vancouver General Hospital et
UBC Hospital,
UBC Cross-Cultural Psychiatry Program, Riverview Hospital, Vancouver, Colombie-Britannique

Carmen Bellows, MA, BA, CCC (Assistante de projet)

Bridge Clinic, Vancouver Coastal Health,
Vancouver General Hospital Outpatient Psychiatry, Vancouver, Colombie-Britannique

Chris Friesen, BA

Immigrant Services Society, Vancouver, Colombie-Britannique

Shimi Kang, B.Sc., M.D., FRCPC

Addiction Psychiatry & Women's Mental Health, University of British Columbia, Vancouver,
Colombie-Britannique

Laurence Kirmayer, M.D., FRCPC

Université McGill, Sir Mortimer B. Davis - Hôpital général juif, Montréal, Québec

Ted Lo, MB.BS, MRCPsych, FRCPC

Hong Fook Mental Health Association, Toronto, Ontario

Nora Melara-Lopez

Immigrant and Refugee Health Program, North Hamilton Community Health Centre, Hamilton,
Ontario

Ron Peters, MBA

Vancouver Coastal Health, Vancouver, Colombie-Britannique

Jose Silveira, M.D., FRCPC

Portuguese Mental Health and Addictions Services, Toronto, Ontario

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à souligner la contribution des membres du Comité directeur de l'ICCSM qui ont travaillé à l'identification des répondants clés et à remercier les initiateurs de ce projet qui ont investi de leur temps et de leurs énergies dans la rédaction de la description de leurs initiatives de collaboration.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer par courriel au info@iccsm.ca ou communiquez avec le Dr Soma Ganesan à l'adresse soma.ganesan@vch.ca.



Groupe de travail sur la série Trousses d'outils

Groupe chargé de l'élaboration de la série Trousses d'outils à l'intention des prestataires et planificateurs de soins de santé

Sari Ackerman, Hamilton HSO Mental Health & Nutrition Program
Karen Cohen, représentante de la Société canadienne de psychologie au sein du Comité directeur de l'ICCSM

Anne Marie Crustolo, Hamilton HSO Mental Health & Nutrition Program
Martha Donnelly, University of British Columbia (codirectrice à la conception de la série Trousses d'outils)

Scott Dudgeon, membre du Comité directeur et du secrétariat de l'ICCSM
Marie-Anik Gagné, membre du secrétariat de l'ICCSM

David Gardner, représentant de l'Association des pharmaciens du Canada au sein du Comité directeur de l'ICCSM

Nick Kates, représentant de l'Association des psychiatres du Canada au sein du Comité directeur de l'ICCSM (codirecteur à la conception de la série Trousses d'outils)

Denise Kayto, représentante de la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale au sein du Comité directeur de l'ICCSM

Francine Lemire, représentante du Collège des médecins de famille du Canada au sein du Comité directeur de l'ICCSM

Susan Ross, Susan E. Ross and Associates

Zena Simces, Zena Simces and Associates

Phil Upshall, représentant de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale au sein du Comité directeur de l'ICCSM

CITATION SUGGÉRÉE

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les populations ethno-culturelles. Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs. Mississauga, Ont. : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; février 2006. Disponible au www.iccsm.ca

Droit d'auteur © 2006

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
ISBN 1-897268-20-3

Ce rapport est disponible en français et en anglais.

This document is available in English and French.

Secrétariat de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
a/s Le Collège des médecins de famille du Canada
2630 avenue Skymark, Mississauga, Ont.
L4W 5A4
Tél. : 905-629-0900
Télec. : 905-629-0893
Courriel : info@iccsm.ca
Site Web : www.iccsm.ca

Ce document a été rédigé à la demande du secrétariat de l'ICCSM. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel des organisations membres du Comité directeur ou de Santé Canada.
Le financement pour l'ICCSM provient du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada.

GESTIONNAIRES DE PROJET


Sari Ackerman, Hamilton HSO
Mental Health & Nutrition Program
Susan Ross, Susan E. Ross and
Associates
Zena Simces, Zena Simces and
Associates

RÉVISEUR

Ron Peters

RÉDACTRICE

Sari Ackerman, Hamilton HSO
Mental Health & Nutrition Program



Établissant des initiatives
axées sur la collaboration
entre les services de soins
de santé mentale et les
services de soins de santé
primaires pour les
populations ethno-culturelles

Un document d'accompagnement
pour la trousse d'outils de
l'ICCSM sur la planification et la
mise en œuvre pour les
prestataires de soins de santé et
les planificateurs

Une trousse d'outils

Février 2006

NOTRE OBJECTIF

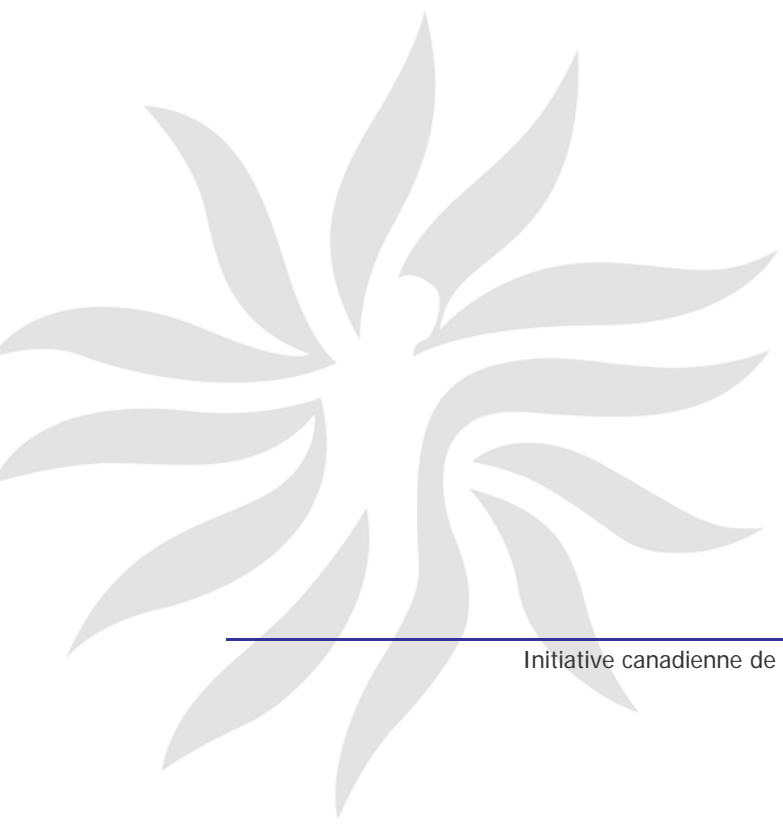
L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) s'efforce d'améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiens en renforçant les liens et la collaboration entre les prestataires de soins de santé, les usagers, les familles et les aidants naturels, et en facilitant l'accès des usagers à des services de prévention, de promotion de la santé, de traitement, d'intervention et de réadaptation dans le contexte des soins de santé primaires.

Table des matières

Préface	i
Sommaire	v
Introduction	1
Définir la population	1
Facteurs propres aux populations ethno-culturelles	1
Leçons tirées de la documentation	5
Modèles et initiatives axés sur la collaboration	6
Éléments clés et principes fondamentaux des soins de santé mentale axés sur la collaboration	7
Accessibilité	7
Structures de collaboration	8
Richesse de la collaboration	8
Système centré sur l'utilisateur	9
Cohérence des politiques, de la législation et des structures de financement	10
Fonds suffisants	10
Recherche basée sur des données probantes	10
Besoins communautaires	11
Évaluation	13
Problèmes clés à considérer	15
Références et lectures connexes	17
Annexe A : Processus de consultation	21
Annexe B : Initiatives de pratiques positives	23
Annexe C : Sites Web	27
Annexe D : Glossaire des termes et Index des acronymes	29

Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les populations ethno-culturelles
Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en oeuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

Populations ethno-culturelles



Préface

Voici la série de trousse d'outils de l'ICCSM!

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) est dirigée par 12 organismes nationaux représentant des services communautaires, des usagers, des familles et des aidants naturels, des groupes d'entraide, des diététistes, des médecins de famille, des infirmières et infirmiers, des ergothérapeutes, des pharmaciens, des psychiatres, des psychologues et des travailleuses et travailleurs sociaux. Financée par l'entremise du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada, l'ICCSM a pour objectif d'améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiennes et des Canadiens en améliorant la collaboration entre les prestataires de soins de santé mentale et primaires, les usagers, les familles et les aidants naturels.

Les trousse d'outils de l'ICCSM comprennent des outils pratiques visant à :

- Assister les prestataires de soins et les planificateurs dans la mise en oeuvre d'initiatives de collaboration
- Aider les usagers en santé mentale et les membres de leur famille à comprendre la maladie mentale et à travailler avec les autres membres de l'équipe de soins
- Informer les éducateurs des bienfaits de la formation interprofessionnelle et à fournir des outils afin d'informer sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration

Chaque trousse d'outils a été élaborée par un groupe d'experts interprofessionnels et guidée par un groupe de travail représentant un certain nombre de groupes d'intervenants clés. Nous espérons que les lecteurs de toute trousse d'outils de la série les recommanderont à d'autres personnes (p. ex., les usagers référant les trousse d'outils à leurs prestataires de soins et vice versa).

En plus de cette série de 12 trousse d'outils, l'ICCSM a élaboré une Charte des principes et des engagements qui influencera l'avenir des soins de santé mentale au Canada ainsi qu'une série de rapports qui reproduisent l'état actuel des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Les rapports soulignent les problèmes de ressources humaines en matière de santé, fournissent une bibliographie annotée, résument les meilleures pratiques, révisent les initiatives provenant de partout au pays et résument la réforme provinciale et territoriale en soins de santé mentale et primaires. Ces documents ont guidé la conception des trousse d'outils et sont disponibles au www.iccsm.ca.

Trousses d'outils de mise en oeuvre

Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires : Une trousse d'outils sur la planification et la mise en oeuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs est un guide pour les prestataires de soins qui souhaitent mettre en oeuvre ou améliorer les services de santé mentale qu'ils fournissent par l'entremise de la collaboration. Cette trousse d'outils générale offre aux lecteurs un guide

sur tous les aspects de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation d'une initiative de soins de santé mentale axés sur la collaboration, ce qui implique d'évaluer les besoins, de fixer des objectifs, de développer un budget, de former une équipe, de veiller au bon fonctionnement de l'équipe, de gérer les changements et de surveiller l'évolution de l'initiative.

Huit trousse d'outils ciblant une population spécifique et intitulées *Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires* ont été conçues afin d'être utilisées conjointement avec la trousse d'outils générale. Elles offrent des conseils permettant d'adapter la trousse d'outils générale aux Autochtones, aux enfants et aux adolescents, aux populations ethno-culturelles, aux populations rurales et isolées, aux personnes âgées, aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave, à celles ayant des problèmes de toxicomanie et aux populations urbaines marginalisées. Il y a un certain chevauchement entre les trousse d'outils. Par exemple, les renseignements sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration et les sans-abri se retrouvent dans au moins trois trousse d'outils, soit dans celle pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave, celle pour les personnes ayant des problèmes de toxicomanie ainsi que dans la trousse spécifique aux populations urbaines marginalisées. Les lecteurs sont encouragés à considérer toutes les trousse d'outils qui peuvent s'avérer pertinentes à leurs besoins.

Les trousse d'outils, tant la trousse générale que celles spécifiques aux populations, ne sont pas conçues en tant que guides pour les pratiques cliniques, mais dans le but d'offrir des conseils pratiques sur les différents aspects de la mise en œuvre réussie d'initiatives axées sur la collaboration.

Trousses d'outils pour les usagers, les familles et les aidants naturels

Les usagers, les familles et les aidants naturels ont élaboré ces deux trousse d'outils pour les usagers et leurs êtres aimés.

Travaillant ensemble vers le rétablissement : les usagers, les familles, les aidants naturels et les prestataires de soins est conçue pour tous les usagers, les familles et les aidants naturels qui désirent en savoir davantage sur la santé mentale et la maladie mentale, sur la façon d'accéder aux services et sur le type de professionnels qui peuvent les accompagner dans leur rétablissement. Cette trousse d'outils offre aussi un aperçu des thérapies complémentaires et des soins personnels ainsi que les contributions et les besoins des aidants naturels. Enfin, cette trousse d'outils comprend un guide permettant de « s'impliquer » qui décrit la façon dont le gouvernement et les conseils d'administration travaillent et pourquoi les usagers et les familles devraient participer.

Vers le rétablissement : Guide de santé mentale pour les peuples des Premières Nations est une trousse d'outils qui offre une vue d'ensemble de base de la santé mentale et de la maladie

mentale accompagnée d'une section contextuelle exposant les grandes lignes de l'impact des conditions historiques, sociales, économiques et politiques sur la santé mentale de ces peuples. On trouve des outils dans cette trousse permettant de favoriser les soins holistiques.

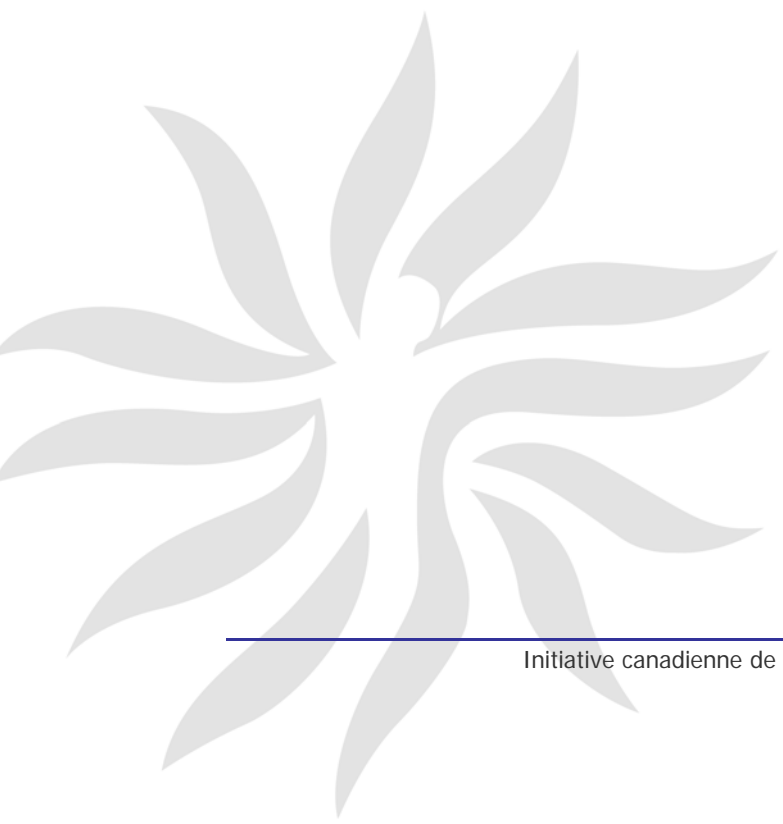
Trousse d'outils pour les éducateurs

Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle : Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale sert de ressource de formation afin d'offrir une assistance lors de la mise en oeuvre des initiatives et des programmes de formation qui font la promotion des soins de santé mentale axés sur la collaboration dans des contextes de soins de santé primaires. La trousse d'outils cible les promoteurs de programmes de formation dans les organismes de réglementation, les associations professionnelles, les autorités régionales de la santé, les équipes de santé familiale, les ministères et les éducateurs dans les contextes de formation (universités et collèges) et de prestation de soins.

Cette trousse d'outils met l'accent sur l'importance de la formation interprofessionnelle dans la promotion des soins axés sur la collaboration. La trousse offre quatre études de cas et plusieurs activités accompagnées d'un exemple de plan de leçon et d'autres outils utiles afin d'aider les éducateurs dans la mise en oeuvre d'événements de formation.

Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les populations ethno-culturelles
Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en oeuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

Populations ethno-culturelles



Sommaire

Introduction

Les groupes ethno-culturels ne sont pas, en soi, une population « particulière », mais plutôt une population à risque puisqu'ils ont peu accès aux services spécifiques et/ou uniques dont ils pourraient avoir besoin. Il est essentiel de consulter les usagers et les communautés de cette population pour déterminer si les approches potentielles sont culturellement appropriées et pertinentes ainsi que pour aider à fournir le soutien linguistique approprié. Pour certaines populations ethno-culturelles, utiliser des services de santé mentale ou admettre leur besoin potentiel fait toujours l'objet de stigmates. De plus, le concept de la santé mentale varie selon les groupes culturels et il est nécessaire d'obtenir des conseils des membres de ces groupes.

L'objectif de cette trousse d'outils est d'aider les prestataires de services et les autres intervenants clés à travailler en collaboration pour répondre aux besoins de santé mentale des populations ethno-culturelles. Parmi les faits saillants de cette trousse, mentionnons les dix problèmes clés à considérer lors de la planification et de la mise en oeuvre d'une initiative, les descriptions de deux initiatives de pratiques positives et une liste de sites Web clés.

Définir la population

La définition ad hoc de cette population « particulière » inclut les immigrants, les réfugiés et les Canadiens de deuxième et troisième génération appartenant à des groupes minoritaires.

Processus de consultation

Le groupe d'experts a employé plusieurs stratégies durant l'élaboration de cette trousse d'outils, y compris effectuer des sondages, distribuer des questionnaires et mener des entrevues auprès d'une variété de prestataires de services, de prestataires de soins de santé et d'usagers. Il a également impliqué des organismes chargés de l'établissement et des interprètes en plus de consulter des représentants communautaires.

Problèmes clés à considérer

- **L'accessibilité est une question clé.** Les services doivent être culturellement et linguistiquement appropriés; des traducteurs doivent être disponibles; l'information doit être offerte dans une variété de langues et de formats; les prestataires de services doivent comprendre les obstacles raciaux et systémiques; il est avantageux d'offrir de multiples services dans un même emplacement.
- **Les prestataires de soins de santé primaires doivent développer une sensibilité accrue à l'égard de la somatisation des plaintes puisqu'il est possible que les individus ne décrivent pas leurs problèmes de santé mentale ainsi.**

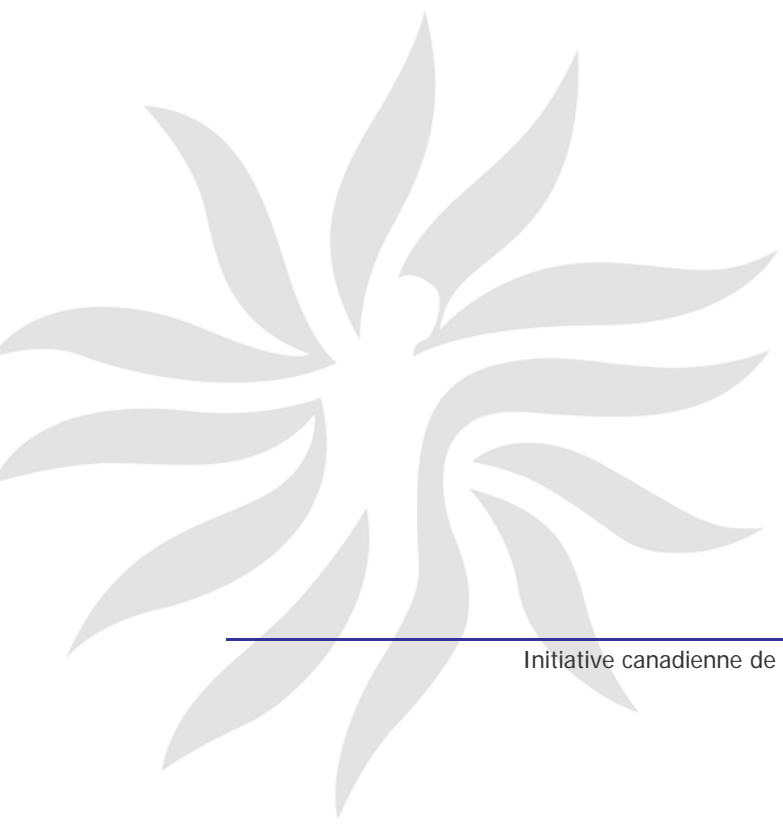
- **La compétence culturelle est essentielle à l'utilité des services.** Fournir un accès équitable, éliminer les obstacles et être inclusif représentent certaines des caractéristiques de la compétence culturelle (Sue, 2001). D'autres caractéristiques incluent l'éveil aux signaux contextuels et non verbaux, aux différences de styles de communication ainsi qu'aux facteurs liés au pouvoir, au rôle, au sexe et à l'âge (Gorman, 2001).
- **Il est important d'être sensible aux questions de pauvreté et à la manière dont elles peuvent affecter ceux qui reçoivent les services.** Ces questions peuvent comprendre le coût du transport, des médicaments, des articles essentiels comme la nourriture et les vêtements ainsi que la disponibilité des rendez-vous en dehors des heures de travail régulières.
- **Un obstacle majeur à l'accès aux services appropriés qui ont un bon taux de réussite est le manque de sensibilisation (de la part des prestataires de soins et des usagers) au sujet des services culturellement spécifiques.**
- **La participation des usagers requiert une plus grande attention.** Le système centré sur l'utilisateur signifie qu'il existe des avenues formelles en ce qui concerne les examens, les révisions, les consultations et les commentaires. Le droit d'autodétermination doit être respecté et les usagers doivent être informés au sujet de la prise de décision et des options.
- **Une compréhension accrue des politiques et des lois qui touchent les populations ethno-culturelles est essentielle.** Les problèmes sont divers et comprennent de nombreuses inégalités ainsi qu'un manque de conscience à l'égard des besoins qui doivent être abordés.
- **Il est nécessaire d'avoir du financement pour les interprètes, les défenseurs et le matériel culturellement approprié ainsi que du soutien financier pour le rétablissement des immigrants et des personnes protégées.**
- **Il n'existe aucun outil de mesure ou d'évaluation valide pour cette population en général** et aucune recherche significative basée sur des données probantes sur laquelle s'appuyer afin d'élaborer des lignes directrices pour les services ethno-culturels. Le dépistage basé sur des données probantes et des lignes directrices pour le maintien de la santé relatives aux types de maladies de différents groupes d'immigrants devraient être élaborés.
- **Les prestataires de services qui participent aux soins axés sur la collaboration** peuvent inclure des médecins, des travailleurs chargés de l'établissement, des défenseurs, des groupes religieux et communautaires, des infirmiers, des physiothérapeutes, des psychologues, des conseillers cliniciens, des agents de santé,

des interprètes, des psychiatres, des avocats, des travailleurs en santé mentale, des diététistes, des conseillers en toxicomanie, des pharmaciens et des agents de liaison communautaire. Des dispositions devraient être prises pour que les interprètes et les agents de santé puissent agir à titre d'agents de liaison communautaire.

- **Les structures de soins axés sur la collaboration doivent d'abord établir des relations de confiance avant de pouvoir s'attaquer aux problèmes importants.**
- **Il existe présentement deux types de modèles de collaboration pour cette population**, soit les modèles ethno-culturels inclusifs qui s'occupent des besoins de multiples ethnies et cultures dans un même contexte, alors que les modèles ethno-culturels spécifiques s'occupent et fournissent des services à un certain groupe culturel ou ethnie.

Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les populations ethno-culturelles
Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en oeuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

Populations ethno-culturelles



Introduction

Définir la population

Statistique Canada (2005) prévoit que d'ici 2017, environ un Canadien sur cinq ou entre 19 % et 23 % de la population du pays pourrait être un membre d'une minorité visible, comparativement à 13 % en 2001. Comme l'a déclaré le ministre d'État au Multiculturalisme : « La population canadienne est toujours en évolution. Nous sommes une terre d'immigrants, la diversité n'est donc pas quelque chose de nouveau pour nous » (Mahoney, 2005, p. A1). Jeffrey Reitz, responsable du programme d'études ethniques à l'Université de Toronto à Toronto, en Ontario, a fait une déclaration similaire : « L'identité canadienne ne peut pas être changée en augmentant la diversité parce que l'identité canadienne est la diversité même » (p. A7). Les personnes ethno-culturelles ne sont pas, en soi, une population « particulière », mais plutôt une population à risque puisqu'elles ont peu accès aux services spécifiques et/ou uniques dont elles pourraient avoir besoin.

La définition *ad hoc* de cette population inclut les immigrants, les réfugiés, les personnes protégées et les Canadiens de deuxième et troisième génération appartenant à des groupes minoritaires. Les définitions suivantes sont basées sur la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés (2002) du Canada.

Les immigrants sont des personnes qui décident de leur propre chef de quitter leur pays pour s'installer de façon permanente dans un autre.

Les réfugiés au sens de la Convention sont des personnes qui se trouvent hors de leur pays de citoyenneté ou de résidence habituelle et qui craignent avec raison d'être persécutées du fait de leur race, de leur religion, de leur opinion politique, de leur nationalité ou de leur appartenance à un certain groupe social.

Les personnes à protéger sont des personnes qui se trouvent au Canada et qui seraient personnellement, par leur renvoi vers tout pays dont elles ont la nationalité, ou dans lequel elles avaient leur résidence habituelle, exposées au risque d'être soumises à la torture, à une menace à leur vie ou au risque de traitement ou de peines cruels et inusités.

Les personnes protégées sont soit des réfugiés au sens de la Convention, soit des personnes à protéger.

Facteurs propres aux populations ethno-culturelles

- Il y a un besoin général de sensibiliser tous les prestataires de soins de santé aux besoins spéciaux des groupes ethno-culturels et à la manière appropriée de les servir. Cela peut non seulement inclure la sensibilité aux langues et aux cultures, mais également la conscience et le respect des traditions religieuses et spirituelles, des

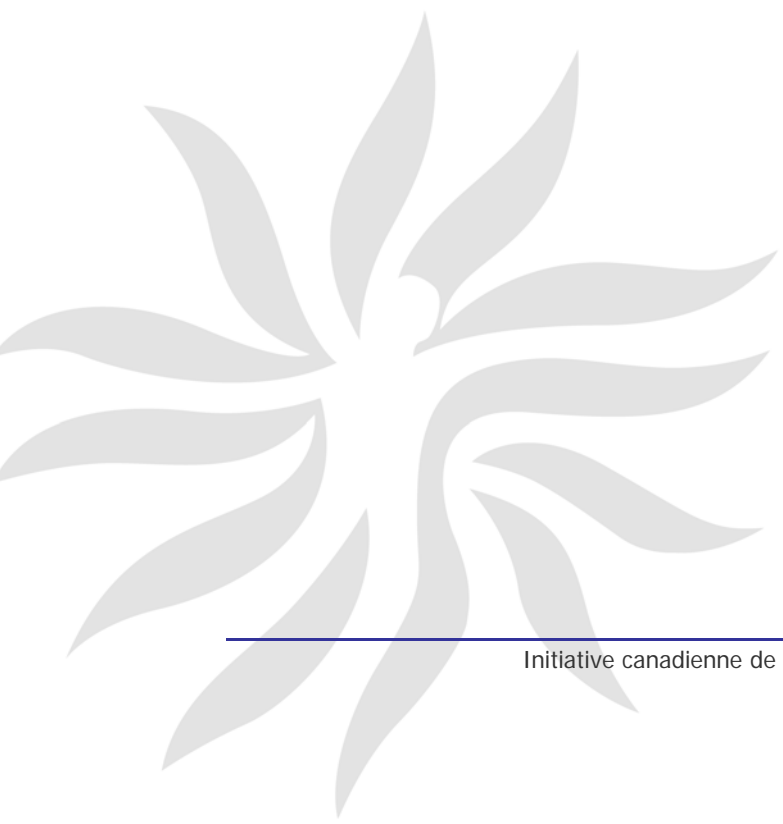
différences de rôles et de relations familiales ainsi que des choix alimentaires et autres choix de style de vie.

- Les prestataires de services doivent comprendre quels sont les besoins des individus sur de multiples plans ainsi que les obstacles raciaux et systémiques auxquels certains membres de cette population peuvent faire face.
- Il y a un besoin de comprendre les inégalités et la régionalisation des services pour cette population ainsi que l'ampleur des problèmes auxquels ce groupe fait face.
- Le concept de la santé mentale variera selon les groupes culturels et il est nécessaire d'obtenir des conseils des membres de ces groupes. Les soins axés sur la collaboration doivent d'abord établir des relations de confiance avant de pouvoir s'attaquer aux problèmes importants.
- Il est possible que les prestataires de soins primaires rencontrent des personnes protégées, des réfugiés au sens de la Convention ou des personnes qui ont besoin d'être protégées par l'intermédiaire du Programme fédéral de santé intérimaire financé par le gouvernement fédéral, ou si ces personnes se présentent par elles-mêmes ou sont référées par des travailleurs communautaires et/ou chargés de l'établissement. La présentation de ces individus peut être confondue par un traumatisme vécu à l'étranger. Le traumatisme devrait être soigné lentement tout en s'assurant d'établir une relation avec l'individu dans un environnement informel et amical dans le but de créer une relation de confiance.
- De nombreuses personnes ethno-culturelles se présenteront avec des différences linguistiques, en tant que minorité visible ou diront qu'elles se considèrent comme telle.
- Les individus peuvent se présenter avec des plaintes somatiques (c.-à-d., maux de tête, douleurs au corps non organiques, etc.) qui sont peut-être des symptômes de problèmes de santé mentale pouvant ne pas être exprimés de cette façon. Il est donc recommandé aux médecins et autres prestataires de soins de santé qui travaillent auprès des groupes ethno-culturels de poser des questions sur la santé mentale, l'anxiété et la dépression quand ce genre de symptômes physiques sont rapportés.
- En raison des limites linguistiques, beaucoup d'utilisateurs peuvent se présenter avec des membres de la famille qui serviront d'interprètes. Beaucoup de personnes âgées, par exemple, utilisent leurs enfants ou petits-enfants comme interprètes auprès des prestataires de soins de santé. Cela peut entraîner des situations de conflit d'intérêt et limiter ce qu'un individu sera en mesure de révéler. Le prestataire de soins devra prendre en considération la confidentialité, le niveau de confort de l'utilisateur (c.-à-d.,

est-ce qu'il est approprié qu'un membre de la famille serve d'interprète par rapport aux problèmes discutés?) ainsi que d'autres problèmes qui peuvent survenir.

Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les populations ethno-culturelles
Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en oeuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

Populations ethno-culturelles



Leçons tirées de la documentation

- Le rôle des interprètes est fondamental pour travailler auprès des groupes ethno-culturels. Fournir des services dans une langue appropriée rend les services accessibles. Les obstacles linguistiques peuvent rendre les services inappropriés (Ganasen, 2002).
- La compétence culturelle est essentielle à l'utilité des services. Ce genre de compétence fait référence aux services qui tiennent compte des signaux contextuels et non verbaux. Cela suggère de prendre en considération les styles de communication, l'importance de l'autodivulgence et de l'expression des sentiments, les différences de pouvoir et de rôle, les facteurs liés au sexe et à l'âge, l'environnement physique et les diverses façons par lesquelles les gens peuvent donner ou recevoir de l'aide (Gorman, 2001).
- La compétence culturelle indique si les prestataires de soins sont capables de recueillir de l'information auprès des communautés et de ceux qu'ils servent sans d'abord recourir à leur propre cadre de compréhension. La capacité de travailler à partir de divers points de vue devient importante, tout comme la capacité d'instruire les usagers sur le point de vue du prestataire de services et d'explorer le point de vue de l'utilisateur au sujet des services de santé. Cela sera influencé par l'expérience des usagers dans leur pays d'origine (British Columbia Ministry of Health, Mental Health Services Division, 1996).
- Sue (2001) suggère que la compétence multiculturelle soit « une question de justice sociale : fournir un accès et des possibilités équitables, être inclusif et éliminer les obstacles individuels et systémiques pour obtenir des services de santé mentale équitables » (p. 801).
- La sécurité et la confiance sont essentielles pour établir une relation de travail. Les professionnels qui consacrent plus de temps aux usagers sont considérés comme plus obligeants. De plus, les personnes qui peuvent répondre à de multiples besoins sont plus appréciées. Des contextes dans lesquels travaillent de nombreux prestataires de services (c.-à-d., travailleurs chargés de l'établissement, interprètes, conseillers, travailleurs en santé mentale, dirigeants communautaires, conseillers scolaires, clergé,

Pour de plus amples renseignements sur les leçons tirées de la documentation, veuillez consulter deux rapports de l'ICCSM disponibles au www.iccsm.ca :

- *Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration*
- *Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes*

infirmiers, médecins et diététistes) réduisent les obstacles aux services, les rendant ainsi plus accessibles (Behnia, 2001; Watters, 2001).

- Les déterminants sociaux de la santé comme l'âge, l'isolement social, les obstacles linguistiques, la séparation de la famille, le changement des rôles et des normes dans la famille, le manque d'information sur les ressources offertes et le chômage sont extrêmement importants relativement aux populations d'immigrants et de réfugiés (Fowler, 1998).
- Les différences transculturelles en ce qui concerne la diète, le taux de tabagisme, les comportements pour chercher de l'information, les styles de communication et les idées sur la prévention des maladies ont été identifiées (Fowler, 1998).
- Les réfugiées qui sont âgées, instruites et qui avaient un statut socioéconomique plus élevé ainsi qu'une résidence rurale avant le déplacement ont de plus mauvais résultats de santé mentale (Porter et Haslam, 2005).
- Il y a de plus en plus de données probantes dans la littérature grise et les données non scientifiques à l'effet que de nombreuses organisations à l'extérieur du système de santé mentale formel élargissent leur mandat afin de fournir des services de santé mentale sans financement (Ganesan, 2002).
- Dans une étude sur la santé des réfugiés en 2001, des renseignements ont été recueillis auprès d'agences pour les immigrants et les réfugiés, des écoles, des groupes religieux/de parrainage, des services de santé, des services sociaux et autres, tous ces groupes ayant indiqué avoir été en contact avec des personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Les types de problèmes de santé mentale les plus fréquents étaient les comportements dépressifs/suicidaires, l'anxiété, l'état de stress post-traumatique, l'alcoolisme et/ou la toxicomanie, la psychose et les problèmes d'adaptation (Ganesan, 2002).

Modèles et initiatives axés sur la collaboration

Il existe actuellement deux types de modèles pour les groupes ethno-culturels : le modèle ethno-culturel inclusif (s'occupe des besoins de multiples ethnies et cultures dans un même contexte) et le modèle ethno-culturel spécifique (s'occupe et fournit des services à un certain groupe culturel ou ethnie). Voir Annexe B pour une description des initiatives de pratiques positives.

Pour de plus amples renseignements sur des initiatives de pratiques positives au Canada, veuillez consulter les documents suivants disponibles au www.iccsm.ca:

- *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires. Un examen des initiatives canadiennes : Volumes I et II*

Éléments clés et principes fondamentaux des soins de santé mentale axés sur la collaboration

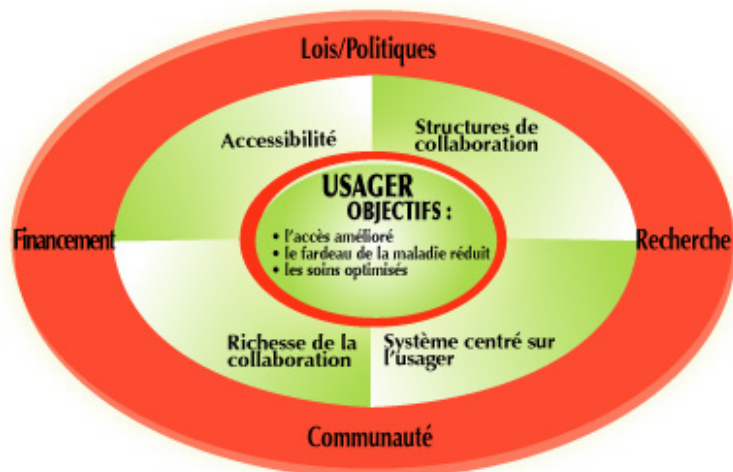


Figure 1 Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration

Accessibilité

- Deux facteurs principaux affectent l'accessibilité de cette population aux services : les services doivent être culturellement et linguistiquement appropriés.
- Si le prestataire de services ne parle pas ou ne comprend pas la langue première de l'utilisateur, des traducteurs doivent être à sa disposition.
- Il est utile d'avoir de l'information sur les services dans de multiples langues et formats. Pour les personnes dont le niveau de littératie est limité, des explications simples et un contexte clair devraient être fournis.
- Les prestataires doivent être conscients que les usagers font toujours face à d'importants stigmates associés à l'utilisation des services de santé mentale et au fait d'admettre leur besoin potentiel.
- Le manque de sensibilisation à l'égard des services est un obstacle majeur pour offrir des services réussis et appropriés pour les prestataires de services et les usagers. Les prestataires de services pour le public général peuvent ne pas être au courant des services culturellement spécifiques offerts aux immigrants et aux réfugiés dans la communauté.
- On réussit le plus souvent à sensibiliser les usagers aux services par l'intermédiaire des membres ou des agences communautaires qui servent la communauté.

- Recourir à des pairs formés (c.-à-d., immigrantes) pour offrir du counselling, du soutien et de l'information peut être efficace dans le cadre des activités de promotion de la santé (Fowler, 1998).
- Les usagers doivent être au courant de ce à quoi ils peuvent raisonnablement s'attendre du service. Une présentation claire de ce qui sera et ne sera pas inclus peut aider à réduire les problèmes de communication et la perte de confiance.

Structures de collaboration

- La création d'un réseau national de prestataires de services de soins de santé aux groupes ethno-culturels est recommandée. L'objectif d'un tel réseau serait de collaborer, d'évaluer et de partager de l'information.

Richesse de la collaboration

- La collaboration entre les prestataires de services est essentielle. Il est constamment mentionné qu'il est avantageux d'offrir de multiples services dans un seul endroit (Bellows, 2004).
- Les prestataires de services peuvent inclure des :
 - Médecins
 - Travailleurs chargés de l'établissement
 - Défenseurs
 - Groupes religieux et communautaires
 - Infirmiers
 - Physiothérapeutes
 - Psychologues
 - Diététistes
 - Conseillers cliniciens
 - Agents de santé
 - Interprètes
 - Psychiatres
 - Pharmaciens
 - Avocats
 - Travailleurs en santé mentale
 - Travailleurs assurant des services d'entraide
 - Conseillers en toxicomanie
 - Agents de liaison communautaire
- Lorsque des prestataires de soins travaillent avec des personnes protégées, ils feraient mieux de collaborer avec des avocats et des défenseurs en plus de se familiariser avec le processus de reconnaissance du statut de réfugié et les procédures qui y sont

associées. Il pourrait aussi être utile de fournir de l'information sur les délais de traitement ainsi que sur les différences au niveau du fonctionnement du gouvernement canadien par rapport à celui du pays d'origine des usagers.

- Il est important de coordonner et de collaborer avec les prestataires de services d'établissement qui peuvent aborder les besoins primaires (c.-à-d., où trouver de la nourriture, des vêtements, un abri, du soutien financier), les besoins secondaires (c.-à-d., cours de langue, compréhension de la société et de l'emploi) et les soins de santé primaires. La coordination de ces services crée une stabilité et un soutien continu pour les nouveaux arrivants pendant la période de rétablissement.
- Des dispositions devraient être prises pour que les interprètes et les agents de santé puissent agir à titre d'agents de liaison communautaire.
- Il est suggéré d'élaborer des programmes de partenariat entre les nouveaux arrivants et des Canadiens qui peuvent leur servir d'agents de liaison culturelle, particulièrement avec des groupes comme les forces de l'ordre, où il est possible que des questions de diversité culturelle doivent être explicitées et que les perceptions des nouveaux arrivants soient différentes.

Système centré sur l'utilisateur

- Il est absolument fondamental de consulter les usagers et la communauté de cette population pour déterminer si les approches potentielles sont culturellement appropriées/pertinentes et pour aider à fournir le soutien linguistique approprié.
- Il est nécessaire d'avoir des avenues formelles en ce qui concerne les examens, les révisions, les consultations et les commentaires. De même, le droit d'autodétermination doit être respecté et, quand c'est approprié, les usagers doivent être informés au sujet de la prise de décision et des options.
- Les besoins primaires des usagers (sécurité alimentaire, vêtements, abri) doivent être satisfaits avant de pouvoir s'occuper des besoins secondaires comme les services de santé mentale (Watters, 2001).
- Un rapport canadien sur les immigrants et les réfugiés intitulé « Puis... la porte s'est ouverte » (Groupe de travail chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés, 1988) a déterminé que les personnes âgées et les jeunes sont des sous-populations particulières. Par conséquent, une attention spéciale devrait être accordée à leurs besoins potentiels et à la façon dont ils peuvent se présenter d'une manière différente de celle des autres membres de leur communauté ethnique.
- Les femmes enceintes ou qui allaitent peuvent représenter une autre sous-population particulière ayant des besoins de soins de santé uniques.

- Pour certains, le manque de ressources financières peut être critique à la mise en place de services. Il faut être conscient des questions de pauvreté et à la manière dont elles peuvent affecter ceux qui reçoivent les services. Ces questions peuvent comprendre le coût du transport, des médicaments, des articles essentiels comme la nourriture et les vêtements ainsi que la disponibilité des rendez-vous en dehors des heures de travail régulières pour accommoder les horaires de travail et de la famille.

Cohérence des politiques, de la législation et des structures de financement

- Les prestataires de services qui sont familiers avec les lois suivantes comprendront mieux les expériences des usagers :
 - Convention relative au statut des réfugiés (Nations Unies, 1951)
 - Loi sur le multiculturalisme canadien
 - Loi sur l'immigration
 - L'autorité et les lignes directrices de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié
 - Loi canadienne sur la santé
 - Programme fédéral de santé intérimaire
- Il n'y a actuellement pas de théorie et d'approche unifiées pour guider les services et la recherche ethno-culturels. Cela confirme l'importance de la sensibilisation transculturelle et multiculturelle.
- Il est nécessaire d'établir des lignes directrices et une formation en compétence culturelle pour les prestataires de services. Cela peut inclure un type de processus d'accréditation pour créer des normes pour les interprètes ainsi que l'ajout de la compétence culturelle dans les universités, les collèges et les centres de formation professionnelle.

Fonds suffisants

- Il est nécessaire d'avoir du financement pour les interprètes, les défenseurs et le matériel culturellement approprié ainsi que du soutien financier pour le rétablissement des immigrants et des personnes protégées.

Recherche basée sur des données probantes

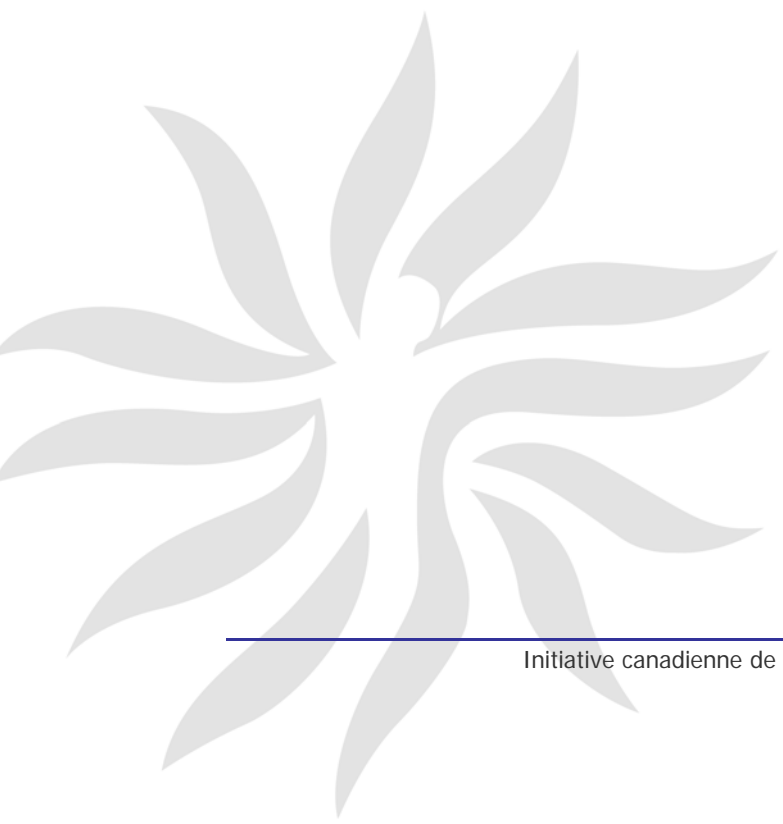
- Il y a un manque de documentation sur cette population et aucune recherche significative basée sur des données probantes n'existe actuellement.
- Le dépistage basé sur des données probantes et des lignes directrices pour le maintien de la santé relatives aux types de maladies de différents groupes d'immigrants devraient être élaborés.

Besoins communautaires

- Ils comprennent le besoin continu pour du soutien et des services culturellement appropriés afin de s'attaquer à de nombreux problèmes.

Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les populations ethno-culturelles
Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en oeuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

Populations ethno-culturelles

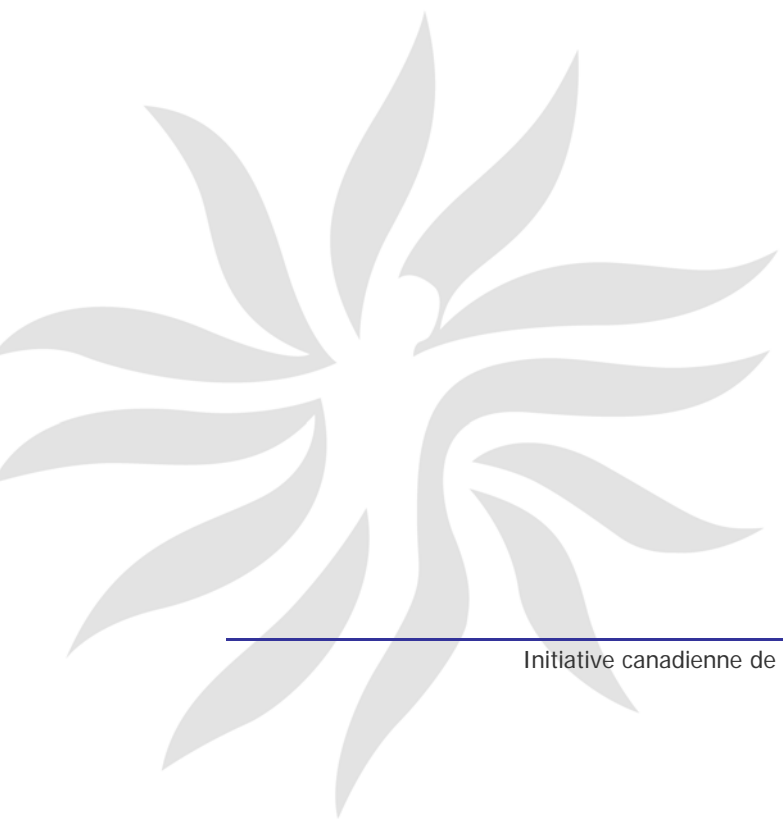


Évaluation

- Un obstacle potentiel important à l'évaluation est l'hésitation des usagers à critiquer les services. Le manque de temps et de ressources disponibles des prestataires de services peut représenter un obstacle à l'évaluation; dans le cas des usagers, le transport peut être un problème.
- Il n'existe actuellement aucun outil de mesure valide pour cette population en général. Les résultats varieront selon l'objectif de la collaboration; des preuves de l'utilité et de l'accessibilité seront essentielles à la réussite.

Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les populations ethno-culturelles
Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en oeuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

Populations ethno-culturelles



Problèmes clés à considérer

1. Lorsqu'on travaille auprès des groupes ethno-culturels, il est essentiel d'offrir des services d'interprétation appropriés. Ces services doivent s'occuper de façon compétente des problèmes de santé mentale et respecter la confidentialité. De plus, il serait fort avantageux de former les interprètes et les traducteurs concernant les compétences de base en assistance psychosociale.
2. Dû au changement constant des données démographiques relatives aux nouveaux arrivants au Canada, il est important de créer un système de formation continue pour que les organisations et les travailleurs de première ligne deviennent conscients des diverses dynamiques du rétablissement. Les agences communautaires et les agences qui servent les immigrants et les réfugiés doivent créer un mécanisme pour mettre à jour l'éducation et les méthodes de collecte de renseignements culturellement pertinents sur les dynamiques changeantes de ceux qu'elles servent.
3. La création d'une formation officielle en compétence culturelle dans le cadre de programmes de formation professionnelle et l'inclusion de prestataires de soins de santé paraprofessionnels dans des centres d'éducation aideraient à améliorer la qualité des soins en général.
4. Il est important d'inclure les agences pour les immigrants comme partenaires aux structures de financement fédéral, provincial et municipal. Cela permettrait aux services de santé mentale d'être offerts de manière plus appropriée.
5. Il est recommandé d'explorer la possibilité de mettre en place un coordonnateur de la diversité dans les centres de santé communautaires. Ce poste serait lié aux ressources communautaires et consisterait à fournir (ou à collaborer avec d'autres personnes pour fournir) des services de santé culturellement spécifiques, à coordonner avec des agences pour les immigrants et à possiblement mettre sur pied des groupes d'entraide sur divers sujets.
6. Il y a un besoin général de sensibiliser tous les prestataires de soins de santé aux besoins spéciaux des groupes ethno-culturels et à la manière appropriée de les servir. Cela peut non seulement inclure la sensibilité aux langues et aux cultures, mais également la conscience et le respect des traditions religieuses, culturelles et spirituelles, des différences de rôles et de relations familiales ainsi que des choix alimentaires et autres choix de style de vie.
7. Il n'existe pas de modèle de « livre de recettes » pour le développement des soins et de la collaboration avec les groupes ethno-culturels. Chaque modèle de prestation doit être adapté à la communauté unique dans laquelle il sera utilisé.

8. Les organismes de financement doivent être flexibles et permettre la « recherche ascendante » et les enquêtes ainsi que le développement de plus de possibilités de recherche axée sur la collaboration. Cela est nécessaire pour s'attaquer au manque de recherche formelle et longitudinale dans ce domaine.
9. Il est recommandé de créer un réseau national pour que les prestataires de services puissent partager de l'information et collaborer entre eux.
10. La création d'un processus d'accréditation faciliterait l'accès des professionnels de la santé mentale formés à l'étranger au système canadien.

Références et lectures connexes

Abdel-Malek A. *Review of the Multicultural Health Liaison Worker Program*, 2005. [Manuscrit en préparation]

Behnia B. Friends and caring professionals as important support for survivors of war and torture. *Int J Mental Health* 2001; 30(4) :3-18.

Bellows C. *Critical incidents facilitating and hindering refugees' transition to Canada*. Mémoire de maîtrise inédit, Trinity Western University, Langley, Colombie-Britannique, 2004.

British Columbia Ministry of Health. Mental Health Services Division. *Culturally sensitive health care: culture and health 2000. Communities creating change*. BC Ministry of Health, 1996.

Craven M, Bland R. Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes (Better Practices in Collaborative Mental Health Care: An Analysis of the Evidence Base). *Can J Psych* 2006 : 51(Suppl 1, mai). À paraître.

Fowler N. Providing primary health care to immigrants and refugees: the North Hamilton experience. *JAMC* 1998; 159(4) :388-91.

Gagné MA. *Les soins de santé mentale axés sur la collaboration, de quoi s'agit-il? Une introduction au Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration (What is collaborative mental health care? An introduction to the collaborative mental health care framework)*. Rapport préparé pour l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga, Ontario, Canada; juin 2005. Disponible au : www.iccsm.ca.

Ganesan S. *Refugee mental health: Reconstructing the framework of services*. The 2001 John F. McCreary Lecture. Vancouver : University of British Columbia Press, 2002.

Ganesan S. Vancouver mental health services an integral part of the health system. *Seishin Shinkeigaku Zasshi [Psychiatria et Neurologia Japonica]* 2003; 105(5) : 617-22.

Ganesan S, Janzé T. Overview of Culturally-Based Mental Health Care in Vancouver. *Transcult Psychiatry* 2005; 42 : 478-90.

Gorman W. Refugee survivors of torture: trauma and treatment. *Prof Psychol Res Pr* 2001; 32(5) :443-51.

Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada. *After the door has been opened: mental health issues affecting immigrants and refugees in Canada: report of the Canadian Task Force on Mental Health Issues Affecting Immigrants and Refugees*. (Puis... la porte s'est ouverte : problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada : Rapport du groupe de travail chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés). Ottawa : Santé et Bien-être social Canada, 1988.

Lo HT, Chung RC. *The Hong Fook experience: working with ethnocultural communities in Toronto 1982-2002*. *Transcult Psychiatry* 2005; 42(3) : 457-77.

Mahoney J. Visible Majority by 2017. (23 mars 2005). *The Globe and Mail*, pp. A1, A7.

Masi R, Mensah LL, McLeod KA (sous la direction de). *Health and Cultures: Exploring the Relationships* (Volumes I et II). Oakville, Ontario : Mosaic Press, 1993.

Pautler K, Gagné MA (2005). *Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration* (*Annotated bibliography of collaborative mental health care*). Mississauga, Ont. : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; septembre 2005. Disponible au : www.iccsm.ca

Pauzé E, Gagné MA (2005). *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes. Volume II : Descriptions des initiatives* (*Collaborative mental health care in primary health care: A review of Canadian initiatives. Volume II: Initiative descriptions*). Mississauga, Ont. : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; décembre 2005. Disponible au : www.iccsm.ca.

Pauzé E, Gagné MA, Pautler K (2005). *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes. Volume I : Analyse des initiatives* (*Collaborative mental health care in primary health care: A review of Canadian initiatives. Volume I: Analysis of initiatives*). Mississauga, Ont. : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; décembre 2005. Disponible au : www.iccsm.ca.

Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons - a meta-analysis. *JAMA* 2005; 294(5) : 602-12.

Refugee mental health: moving ahead. Survey and symposium report. Présenté au Annual Cross Cultural Mental Health Conference, Vancouver, Colombie-Britannique, octobre 2001.

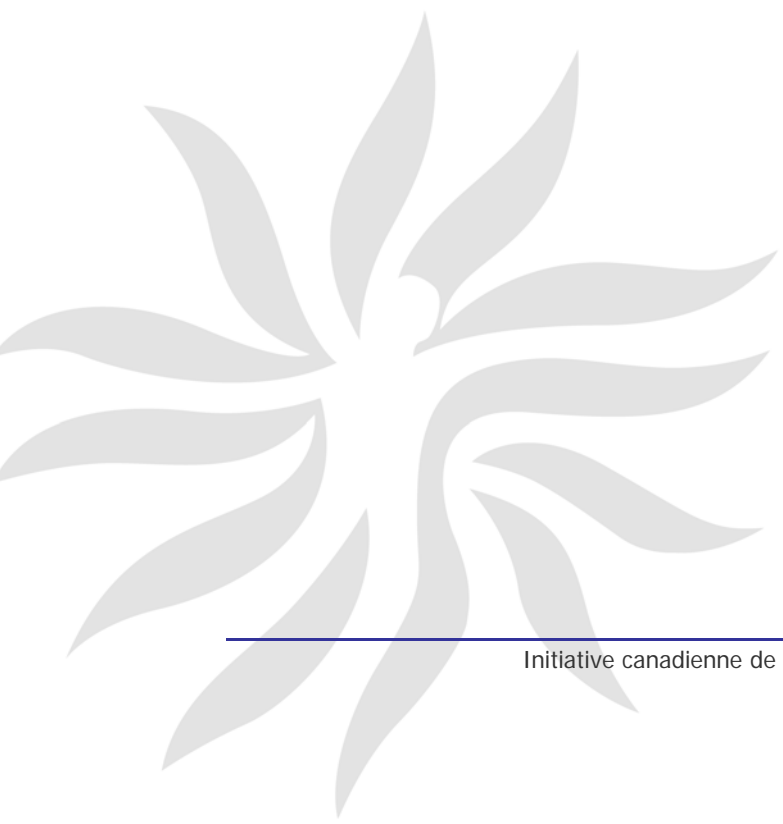
Statistique Canada, Division de la démographie. *Population projections of visible minority groups, Canada, provinces and regions 2001-2017 (Projections de la population des groupes de minorités visibles, Canada, provinces et régions 2001-2017)*. (no. de catalogue 91-541-XIE). Ottawa : ministère de l'Industrie, 2005. Disponible au : <http://www.statcan.ca/english/freepub/91-541-XIE/91-541-XIE2005001.pdf>; consulté le 2 novembre 2005.

Sue DW. Multidimensional facets of cultural competence. *Couns Psychol* 2001; 29(6) : 790-821.

Watters C. Emerging paradigms in the mental health care of refugees. *Soc Sci Med* 2001; 52(11) : 1709-18.

Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les populations ethno-culturelles
Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en oeuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

Populations ethno-culturelles



Annexe A : Processus de consultation

Les prestataires de services, y compris les courtiers de santé communautaire, les travailleurs sociaux, les infirmiers, les médecins de famille, les psychiatres, les physiothérapeutes, les travailleurs en santé mentale, les conseillers cliniciens, les administrateurs, les coordonnateurs chargés de l'établissement, les interprètes et les universitaires ont participé à des entrevues directes et ont rempli des sondages.

Un sondage détaillé pour les prestataires de soins de santé, un sondage rédigé dans un langage simple pour les prestataires de soins de santé et un sondage rédigé dans un langage simple pour les usagers ont été adaptés pour cette population à partir des questionnaires créés par le groupe d'experts d'une autre trousse d'outils de la série de trousse d'outils de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, soit la trousse d'outils pour les populations rurales et isolées. Ces documents ont été envoyés par courriel aux individus, organisations et groupes de défense partout au Canada afin de recueillir leurs commentaires et leurs opinions. De plus, les personnes qui ont exprimé leur intérêt pour participer, mais qui n'avaient pas le temps de remplir le sondage, ont passé des entrevues en personne ou par téléphone.

Dû au besoin d'offrir des services culturellement et linguistiquement appropriés aux groupes ethno-culturels, on a communiqué avec de nombreux organismes chargés de l'établissement de même qu'avec des interprètes. Les prestataires de soins ethno-culturels comme les organismes qui répondent aux besoins de groupes ethno-culturels précis ont également participé au sondage. De plus, on a aussi communiqué avec les psychiatres de l'unique département de psychiatrie transculturelle du Vancouver General Hospital. Le département comprend des psychiatres qui sont de la même ethnie qui posent des diagnostics, effectuent des traitements, donnent des médicaments et font des évaluations. Le mandat de la clinique est de faire passer un examen psychiatrique détaillé culturellement approprié dans la langue du patient aux individus psychotiques et non psychotiques.

Aussitôt que la première ébauche de ce document a été créée, elle a été envoyée à tous les membres du groupe d'experts ainsi qu'aux prestataires de services de soins communautaires (travailleurs scolaires, courtiers culturels et prestataires de soins de santé) pour qu'ils le passent en revue et donnent leurs opinions avant la création de la version finale. Des changements appropriés ont été apportés au document en fonction des recommandations ou des aspects manquants qui ont été identifiés.

On a communiqué avec les personnes ou les organisations suivantes durant le processus de consultation :

- AIDS/HIV Educator, BC Multicultural Health Service
- Ministère de la Santé et du Bien-être social de l'Alberta

- Association of Multicultural Societies and Service Agencies of British Columbia
- BC Multicultural Health Services Society
- BC Nurses Association
- British Columbia Cancer Society
- Centre hospitalier universitaire de Québec
- Département de psychiatrie transculturelle du Vancouver General Hospital
- École de Nursing, Université de Montréal
- Fraser Health Authority
- Hamilton School of Nursing
- Healthcare Interpretation Network
- Hong Fook Mental Health Association
- Immigrant Services Society (Colombie-Britannique)
- Les Centres Jeunesse de Montréal
- Metropolitan Immigrant Settlement Association
- Michael Rachlis Consulting
- Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
- Ontario College of Family Physicians
- Ontario Family Practice Nurses
- RésoSanté Colombie-Britannique
- Somerset West Community Health Centre
- Task Force on Newcomer Access to Health Care en Nouvelle-Écosse
- Bridge Community Health Clinic (Vancouver)
- Toronto Public Health
- Dre Barbara Tully (médecin de famille)
- Université du Québec en Outaouais
- Université de Toronto
- Vancouver Association for Survivors of Torture
- Vancouver Coastal Health Authority
- Winnipeg Regional Health Authority
- Yellowknife Health and Social Services Authority

Annexe B : Initiatives de pratiques positives

Modèle de Vancouver (modèle ethno-culturel inclusif)

Ce contexte de collaboration (Ganesan et Janze, 2005) aborde les besoins de plusieurs groupes ethno-culturels, de réfugiés au sens de la Convention, de personnes protégées et d'immigrants ainsi que de Canadiens de deuxième et troisième génération. Le

programme inclut la Vancouver Association for Survivors of Torture (VAST) qui a été créée vers le milieu des années 1980 comme une organisation à but non lucratif. Le mandat de la VAST est de :

- Fournir des services aux gens qui ont survécu à la guerre et à la torture;
- Mener des recherches sur les conséquences de la torture;
- Sensibiliser d'autres groupes et organisations; et
- Sensibiliser le public à l'importance de prévenir la torture.

Pour de plus amples renseignements sur les initiatives de pratiques positives au Canada, veuillez consulter les documents suivants disponibles au www.iccsm.ca :

- *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes : Volumes I et II*

Ce sont divers services communautaires comme les organismes chargés de l'établissement, les écoles, les avocats, les médecins, les travailleurs en santé mentale et les centres communautaires ethniques qui réfèrent les gens à la VAST. L'admission se fait dans un environnement non clinique et informel, ce qui aide l'individu à déterminer ses besoins et les options qui peuvent répondre à ces besoins. Des programmes d'établissement et de soutien social sont offerts ainsi que du soutien psychologique.

La VAST collabore avec la Bridge Community Health Clinic (Bridge). La Bridge a fourni un accès immédiat aux services de santé primaires et préventifs pour les réfugiés (qui possèdent ou non un statut légal) et les immigrants depuis 1994. Voici certains des services offerts par la clinique :

- Soins de santé primaires
- Dépistage de maladie infectieuse et/ou chronique
- Dépistage nutritionnel
- Immunisation
- Consultation pédiatrique
- Examens médicaux d'immigration
- Services de santé mentale (de médecins spécialisés et de psychologues possédant une maîtrise)
- Services d'établissement

La clinique offre des équipes de professionnels bien formés et expérimentés tels que :

- Des médecins
- Des infirmiers
- Des interprètes
- Des travailleurs chargés de l'établissement
- Des diététistes
- Des physiothérapeutes
- Un inhalothérapeute
- Des orthophonistes
- Un psychologue
- Un psychiatre

La collaboration à Vancouver comprend aussi le département de psychiatrie transculturelle du Vancouver General Hospital, fondé en 1988, qui inclut des services de consultations internes et externes. Le but de la clinique de consultations externes est de fournir des examens et des traitements culturellement responsables dans la langue du patient. Au total, les psychiatres parlent 22 langues et dialectes différents. Dans le cas de langues qui ne sont pas connues du personnel actuel, un interprète en santé mentale basé à l'hôpital est disponible.

Les patients sont référés par leur médecin de famille, les services sociaux, les conseils scolaires et les organismes chargés de l'établissement des immigrants de partout dans la province de la Colombie-Britannique. La clinique offre des examens psychiatriques complets, y compris des diagnostiques, des recommandations pour des médicaments et la considération des autres ressources offertes dans la communauté. Le traitement inclut un volet psychoéducatif pour les patients et les membres de la famille et la prestation d'une thérapie de groupe conjointement avec le Outpatient Psychiatry Program du Vancouver General Hospital. Cinq lits dans l'unité de psychiatrie générale pour les consultations internes ont été désignés comme des lits flex pour les patients transculturels qui nécessitent des services qui sont culturellement sensibles et satisfaisants.

La VAST, la Bridge et le Vancouver General Hospital collaborent tous à offrir des services de santé mentale et de santé primaires de manières culturellement et linguistiquement appropriées. De plus, le Vancouver Coastal Health Authority a coordonné les services complémentaires suivants sous une seule structure administrative :

- Multicultural Liaison Worker Program au Vancouver Community Mental Health Services
- Cross-Cultural Program au département de psychiatrie à la University of British Columbia
- Symposium et atelier annuel sur la santé mentale transculturelle
- Consultations psychiatriques internes transculturelles au Riverview Hospital
- Services de formation d'interprètes pour la Vancouver Coastal Health Authority
- Télésanté

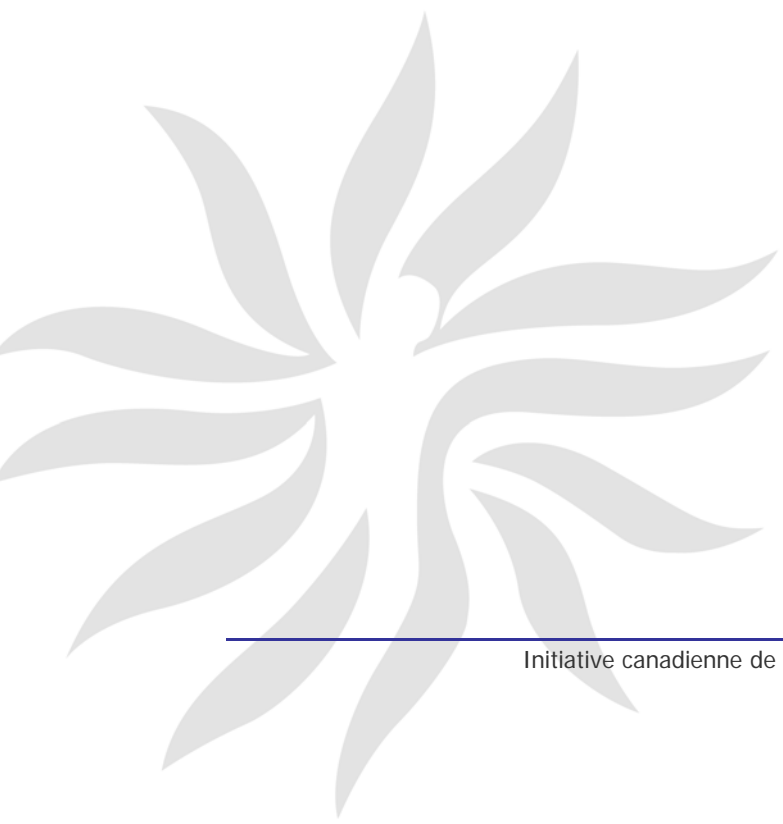
Modèle Hong Fook (modèle ethno-culturel spécifique)

Situé dans la région métropolitaine de Toronto, Hong Fook sert des populations qui viennent de la Chine et du sud-est de l'Asie. Il est conçu pour fournir des services aux individus, aux groupes et à la communauté en général. Il offre des activités de perfectionnement professionnel pour les prestataires de soins de santé pour le grand public et énormément de liens, de collaboration et de défense interagence (Lo et Chung, 2005). Personne-ressource : Dr Ted Lo.

D'autres exemples de programmes ethno-culturels inclusifs et spécifiques incluent : Across Boundaries, un centre de santé mentale ethnoracial à Toronto; la Asian Clinic à Toronto qui sert les populations mandarines, cantonaises, vietnamiennes et coréennes; les services de consultation culturelle au Mt. Sinai Hospital à Toronto; l'Association canadienne pour la santé mentale qui a des travailleurs de diverses ethnies; et le CLSC (Centre local des services communautaires) de Côte-des-Neiges, un centre basé dans la communauté qui fournit des services médicaux et sociaux à la population culturellement diversifiée du secteur Côte-des-Neiges à Montréal. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive de services, mais plutôt d'un exemple de certains travaux qui sont actuellement en cours au Canada.

Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les populations ethno-culturelles
Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en oeuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

Populations ethno-culturelles



Annexe C : Sites Web

<http://www.amssa.org/>

Association of Multicultural Societies and Service Agencies of BC

<http://www.ercomer.org/wwwvl/>

La bibliothèque Internet sur les relations de migration et d'ethnie

<http://www.edchange.org/multicultural/>

Le Multicultral Pavillion

<http://integration-net.cic.gc.ca/>

Intégration-Net Gouvernement du Canada

<http://www.ocasi.org/index.asp>

Ontario Council of Agencies Serving Immigrants

<http://dsp-psd.communication.gc.ca/Collection/H21-149-1999E.pdf>

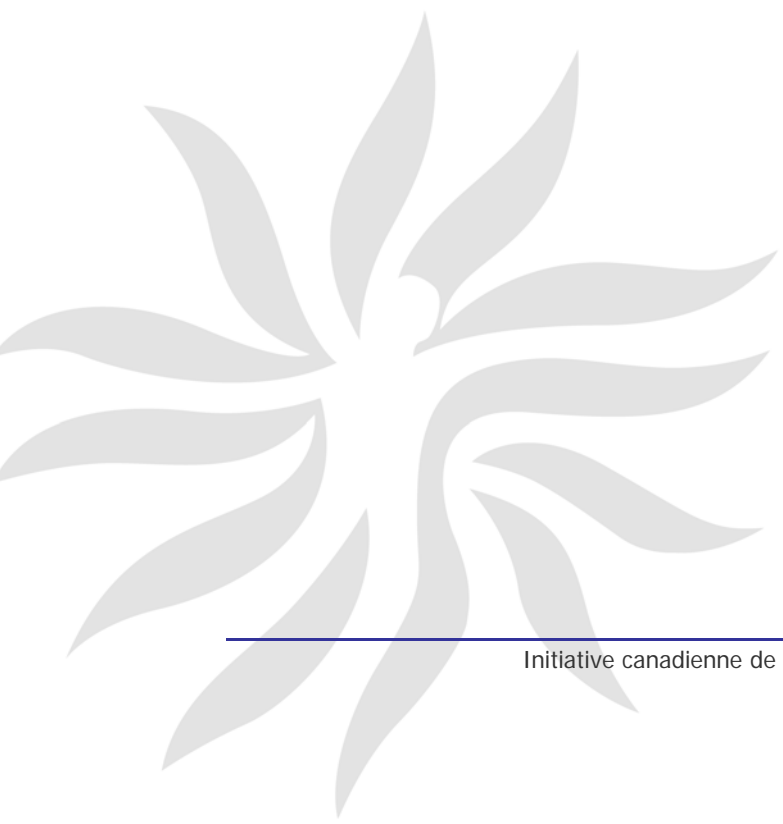
Santé Canada. Recherche canadienne sur l'immigration et la santé

http://www.camh.net/about_camh/

Centre de toxicomanie et de santé mentale

Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les populations ethno-culturelles
Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en oeuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

Populations ethno-culturelles



Annexe D : Glossaire des termes et Index des acronymes

Glossaire des termes

Déterminants de la santé – Facteurs de la vie quotidienne et de l'environnement de travail d'une personne qui peuvent affecter sa santé (p. ex., hébergement, scolarité, revenus, emploi, culture, environnement physique, équité).

Gestion des maladies chroniques (GMC) – Approche systématique visant à améliorer les soins de santé dispensés aux personnes souffrant de maladies chroniques en les aidant à conserver leur autonomie et le meilleur état de santé possible grâce à la prévention, au dépistage précoce et à la gestion des états chroniques (Colombie-Britannique, Ministry of Health Services, 2004).

Interdisciplinaire – Gamme d'activités de collaboration entreprises par une équipe de deux individus ou plus englobant différentes disciplines qui appliquent les méthodes et les approches de leurs disciplines respectives.

Meilleures pratiques – Technique ou méthodologie dont on a prouvé, par l'expérience et la recherche, la fiabilité à produire le résultat désiré [Termes interchangeables : « pratiques exemplaires » et « bonnes pratiques »] (Santé Canada, 1998).

Prévention – Interventions axées sur les facteurs de risque de maladies spécifiques dans le but de prévenir la première apparition de la maladie, de freiner ou de retarder une maladie diagnostiquée et ses effets, ou de réduire les risques de rechutes.

Promotion de la santé – La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer (La Charte d'Ottawa, OMS, 1986).

Promotion de la santé mentale – Démarche visant à améliorer la capacité des individus et des collectivités à prendre en main leur vie et à améliorer leur santé mentale (Santé Canada, 1998).

Rétablissement – Processus unique et fondamentalement personnel consistant à changer d'attitude, de valeurs, de sentiments, de buts, d'aptitudes et de rôle. Il s'agit d'une façon de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et axée sur la participation malgré les limites infligées par la maladie. Le rétablissement nécessite de trouver un nouveau sens et un nouvel intérêt à sa vie après avoir appris à surmonter les effets dévastateurs de la maladie mentale (Anthony, 1993).

Soins de santé mentale primaires – Services de santé mentale qui sont dispensés dans le contexte des soins de santé primaires. Ils peuvent avoir lieu au cabinet des prestataires de soins de santé, dans les cliniques communautaires, sur les lieux de travail, dans les écoles, à domicile, dans les établissements de soins de santé, les foyers de personnes âgées, les maisons de repos, les établissements correctionnels et les centres de jour. Les soins de santé mentale primaires peuvent aussi être offerts par téléphone, par les services d'information en santé et par Internet.

Soins de santé primaires – Le premier contact de l'individu avec le système de santé, caractérisé par un éventail de services de santé globaux, coordonnés et continus, notamment la promotion de la santé, le diagnostic, le traitement et la gestion des maladies chroniques.

Soins de santé primaires axés sur la collaboration – Premier contact de l'individu avec la prestation de services du système de santé par deux intervenants différents ou plus (professionnels de la santé, usagers, familles, organisations de soins de santé primaires, organismes communautaires) qui travaillent conjointement au sein d'un partenariat caractérisé par :

- Des buts et un intérêt communs
- La reconnaissance et le respect des forces et des différences propres à chacun
- Une prise de décisions équitable et efficace
- Une communication claire et régulière

Dans le but :

- De faciliter l'accès à une gamme complète de services (traitement, promotion de la santé, prévention des maladies et des blessures, gestion des maladies chroniques et entraide) dispensés par le prestataire le plus approprié, à l'endroit le plus adéquat
- D'offrir efficacement des soins de santé de la plus haute qualité qui soit
- D'utiliser rationnellement les ressources
- D'améliorer les résultats pour l'utilisateur

Spécialiste de la santé mentale – Personne dotée d'une expertise en santé mentale, qu'elle soit reliée à la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic, le traitement ou la réhabilitation.

Index des acronymes

ICCSM	Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
OMS	Organisation mondiale de la santé
VAST	Vancouver Association for Survivors of Torture

Série de trousse d'outils

Cette trousse d'outils fait partie d'une série de douze trousse d'outils.

Trousse d'outils de mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

1. Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires : Une trousse d'outils sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs.
Une série de documents d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs. Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les soins de santé mentale et les soins de santé primaires pour les
2. Populations autochtones
3. Enfants et adolescents
4. Populations ethno-culturelles
5. Personnes atteintes d'une maladie mentale grave
6. Personnes ayant des problèmes de toxicomanie
7. Populations rurales et isolées
8. Personnes âgées
9. Populations urbaines marginalisées

Trousse d'outils pour les usagers, les familles et les aidants naturels

10. Travaillant ensemble vers le rétablissement : Les usagers, les familles, les aidants naturels et les prestataires de soins
11. Vers le rétablissement : Guide de santé mentale pour les peuples des Premières Nations

Trousse d'outils pour les éducateurs

12. Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle : Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale

Une série de documents qui examinent les divers aspects des soins de santé mentale axés sur la collaboration accompagnent ces trousse d'outils :

- | | |
|---|--|
| 1. Obstacles et stratégies | 8. Ressources humaines dans le domaine de la santé |
| 2. Cadre de travail | 9. Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes |
| 3. Bibliographie annotée | 10. Formation interprofessionnelle |
| 4. Meilleures pratiques | 11. Santé mentale des Autochtones [non publié] |
| 5. Initiatives canadiennes | 12. État des soins de santé mentale axés sur la collaboration |
| 6. Examen des politiques | |
| 7. Initiatives internationales [non publié] | |

Comité directeur

Joan Montgomery

Phil Upshall

Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale

Terry Krupa

Darene Toal-Sullivan

Association canadienne des ergothérapeutes

Elaine Campbell

Jake Kuiken

Eugenia Repetur Moreno

Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux

Keith Lowe

Penelope Marrett

Bonnie Pape

Association canadienne pour la santé mentale

Janet Davies

Association des infirmières et infirmiers du Canada

David Gardner

Barry Power

Association des pharmaciens du Canada

Nick Kates [président de l'ICCSM]

Francine Knoops

Association des psychiatres du Canada

Linda Dietrich

Marsha Sharp

Diététistes du Canada

Denise Kayto

Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale

Robert Allen

Barbara Lowe

Annette Osted

Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada

Marilyn Craven

Francine Lemire

Le Collège des médecins de famille du Canada

Lorraine Breault

Karen Cohen

Société canadienne de psychologie

Scott Dudgeon

Directeur général

Secrétariat de l'ICCSM

Maureen Desmarais, Coordonnatrice de projet

Scott Dudgeon, Directeur général

Marie-Anik Gagné, Gestionnaire de projet

Valerie Gust, Gestionnaire de communications

Tina MacLean, Adjointe de recherche

Jeneviève Mannell, Assistante en communications

Enette Puzé, Coordonnatrice de recherche

Enric Ribas, Assistant en graphisme

Shelley Robinson, Adjointe administrative

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale

2630 avenue Skymark
Mississauga, Ont. L4W 5A4

Tél. : (905) 629-0900

Télec. : (905) 629-0893

Courriel : info@iccsm.ca

www.iccsm.ca