

# Rétablissement et droit à la santé

Formation de base QualityRights de l'OMS - Services sociaux et de santé mentale

QualityRights



Centre collaborateur de l'OMS  
pour la Recherche et la Formation  
en Santé Mentale

Transformer les services et promouvoir les droits des personnes en situation de handicaps psychosociaux, intellectuels et cognitifs



**© Établissement Public de Santé Mentale (EPSM)  
Lille Métropole 2022**

Cette traduction n'a pas été réalisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'OMS n'est pas responsable du contenu ou de l'exactitude de cette traduction. L'édition originale anglaise de *Recovery and the right to health: WHO QualityRights core training – mental health and social services: course guide*. Geneva: World Health Organization, 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO sera l'édition juridiquement contraignante et authentique.

Cette traduction est disponible sous le CC BY-NC-SA 3.0



# Table des matières

Remerciements.....	ii
Avant-propos.....	x
Déclarations de soutien.....	xi
Qu'est-ce que l'initiative QualityRights de l'OMS? .....	xviii
QualityRights de l'OMS - Outils de formation et d'orientation.....	xix
A propos de cette formation .....	xx
Conseils pour les formateurs.....	xxiii
Note préliminaire sur le langage .....	xxvii
Objectifs d'apprentissage, thèmes et ressources .....	xxix
Introduction.....	1
Thème 1 : Qu'est-ce que la santé mentale ?.....	2
Thème 2 : Promouvoir le droit à la santé dans les services sociaux et de santé mentale .....	11
Thème 3 : Qu'est-ce que le rétablissement ? .....	18
Thème 4 : Promouvoir le rétablissement.....	26
Thème 5 : Le rôle des professionnels et des services sociaux et de santé mentale dans la promotion du rétablissement .....	30
Références .....	35
Annexes .....	37
Annexe 1 : Scénario.....	37

# Remerciements

## Conceptualisation

Michelle Funk (Coordinator) and Natalie Drew Bold (Technical Officer) Mental Health Policy and Service Development, Department of Mental Health and Substance Abuse (WHO, Geneva)

## Rédaction et équipe éditoriale

Dr Michelle Funk, (WHO, Geneva), Natalie Drew Bold (WHO, Geneva); Marie Baudel, (Université de Nantes, France)

## Principaux experts internationaux

Celia Brown, MindFreedom International, (United States of America); Mauro Giovanni Carta, Università degli studi di Cagliari (Italy); Yeni Rosa Damayanti, Indonesia Mental Health Association (Indonesia); Sera Davidow, Western Mass Recovery Learning Community (United States of America); Catalina Devandas Aguilar, UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (Switzerland); Julian Eaton, CBM International and London School of Hygiene and Tropical Medicine (United Kingdom); Salam Gómez, World Network of Users and Survivors of Psychiatry (Colombia); Gemma Hunting, International Consultant (Germany); Diane Kingston, International HIV/AIDS Alliance (United Kingdom); Itzhak Levav, Department of Community Mental Health, University of Haifa (Israel); Peter McGovern, Modum Bad (Norway); David McGrath, International consultant (Australia); Tina Minkowitz, Center for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry (United States of America); Peter Mittler, Dementia Alliance International (United Kingdom); Maria Francesca Moro, Columbia University (United States of America); Fiona Morrissey, Disability Law Research Consultant (Ireland); Michael Njenga, Users and Survivors of Psychiatry in Kenya (Kenya); David W. Oaks, Acui Insitute, LLC (United States of America); Soumitra Pathare, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Dainius Pūras, Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of health (Switzerland); Jolijn Santegoeds, World Network of Users and Survivors of Psychiatry (the Netherlands); Sashi Sashidharan, University of Glasgow (United Kingdom); Gregory Smith, International consultant, (United States of America); Kate Swaffer, Dementia International Alliance (Australia); Carmen Valle, CBM International (Thailand); Alberto Vásquez Encalada, Office of the UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (Switzerland)

## Contributions

### Relecteurs techniques

Abu Bakar Abdul Kadir, Hospital Permai (Malaysia); Robinah Nakanwagi Alambuya, Pan African Network of People with Psychosocial Disabilities. (Uganda); Anna Arstein-Kerslake, Melbourne Law School, University of Melbourne (Australia); Lori Ashcraft, Resilience Inc. (United States of America); Rod Astbury, Western Australia Association for Mental Health (Australia); Joseph Atukunda, Heartsounds, Uganda (Uganda); David Axworthy, Western Australian Mental Health Commission (Australia); Simon Vasseur Bacle, EPSM Lille Metropole, WHO Collaborating Centre, Lille (France); Sam Badege, National Organization of Users and Survivors of Psychiatry in Rwanda (Rwanda); Amrit Bakhshy, Schizophrenia Awareness Association (India); Anja Baumann, Action Mental Health Germany (Germany); Jerome Bickenbach, University of Lucerne (Switzerland); Jean-Sébastien Blanc, Association for the Prevention of Torture (Switzerland); Pat

Bracken, Independent Consultant Psychiatrist (Ireland); Simon Bradstreet, University of Glasgow (United Kingdom); Claudia Pellegrini Braga, University of São Paulo (Brazil); Rio de Janeiro Public Prosecutor's Office (Brazil); Patricia Brogna, National School of Occupational Therapy, (Argentina); Celia Brown, MindFreedom International, (United States of America); Kimberly Budnick, Head Start Teacher/Early Childhood Educator (United States of America); Janice Cambri, Psychosocial Disability Inclusive Philippines (Philippines); Aleisha Carroll, CBM Australia (Australia); Mauro Giovanni Carta, Università degli studi di Cagliari (Italy); Chauhan Ajay, State Mental Health Authority, Gujarat, (India); Facundo Chavez Penillas, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (Switzerland); Daniel Chisholm, WHO Regional Office for Europe (Denmark); Louise Christie, Scottish Recovery Network (United Kingdom); Oryx Cohen, National Empowerment Center (United States of America); Celine Cole, Freie Universität Berlin (Germany); Janice Cooper, Carter Center (Liberia); Jillian Craigie, Kings College London (United Kingdom); David Crepez-Keay, Mental Health Foundation (United Kingdom); Rita Cronise, International Association of Peer Supporters (United States of America); Gaia Montauti d'Harcourt, Fondation d'Harcourt (Switzerland); Yeni Rosa Damayanti, Indonesia Mental Health Association (Indonesia); Sera Davidow, Western Mass Recovery Learning Community (United States of America); Laura Davidson, Barrister and development consultant (United Kingdom); Lucia de la Sierra, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (Switzerland); Theresa Degener, Bochum Center for Disability Studies (BODYs), Protestant University of Applied Studies (Germany); Paolo del Vecchio, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (United States of America); Manuel Desviat, Atopos, Mental Health, Community and Culture (Spain); Catalina Devandas Aguilar, UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (Switzerland); Alex Devine, University of Melbourne (Australia); Christopher Dowrick, University of Liverpool (United Kingdom); Julian Eaton, CBM International and London School of Hygiene and Tropical Medicine (United Kingdom); Rabih El Chamay, Ministry of Health (Lebanon); Mona El-Bilsha, Mansoura University (Egypt); Ragia Elgerzawy, Egyptian Initiative for Personal Rights (Egypt); Radó Iván, Mental Health Interest Forum (Hungary); Natalia Santos Estrada, Colectivo Chuhcan (Mexico); Timothy P. Fadgen, University of Auckland (New Zealand); Michael Elnemais Fawzy, El-Abbassia mental health hospital (Egypt); Alva Finn, Mental Health Europe (Belgium); Susanne Forrest, NHS Education for Scotland (United Kingdom); Rodrigo Fredes, Locos por Nuestros Derechos (Chile); Paul Fung, Mental Health Portfolio, HETI Higher Education (Australia); Lynn Gentile, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (Switzerland); Kirsty Giles, South London and Maudsley (SLaM) Recovery College (United Kingdom); Salam Gómez, World Network of Users and Survivors of Psychiatry (Colombia); Ugnė Grigaitė, NGO Mental Health Perspectives and Human Rights Monitoring Institute (Lithuania); Margaret Grigg, Department of Health and Human Services, Melbourne (Australia); Oye Gureje, Department of Psychiatry, University of Ibadan (Nigeria); Cerdic Hall, Camden and Islington NHS Foundation Trust, (United Kingdom); Julie Hannah, Human Rights Centre, University of Essex (United Kingdom); Steve Harrington, International Association of Peer Supporters (United States of America); Akiko Hart, Mental Health Europe (Belgium); Renae Hodgson, Western Australia Mental Health Commission (Australia); Nicole Hogan, Hampshire Hospitals NHS Foundation Trust (United Kingdom); Frances Hughes, Cutting Edge Oceania (New Zealand); Gemma Hunting, International Consultant (Germany); Hiroto Ito, National Center of Neurology and Psychiatry (Japan); Maths Jespersen, PO-Skåne (Sweden); Lucy Johnstone, Consultant Clinical Psychologist and Independent Trainer (United Kingdom); Titus Joseph, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Dovilė Juodkaitė, Lithuanian Disability Forum (Lithuania); Rachel Kachaje, Disabled People's International (Malawi); Jasmine Kalha, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Elizabeth Kamundia, National Commission on Human Rights (Kenya); Yasmin Kapadia, Sussex Recovery College (United Kingdom); Brendan Kelly, Trinity College Dublin (Ireland); Mary Keogh, CBM International (Ireland); Akwatu Khenti, Ontario Anti-Racism Directorate, Ministry of Community Safety and Correctional Services (Canada); Seongsu Kim, WHO Collaborating Centre, Yongin Mental Hospital (South Korea); Diane Kingston, International HIV/AIDS Alliance (United Kingdom); Rishav Koirala, University of Oslo (Norway); Mika Kontiainen, Department of Foreign

Affairs and Trade (Australia); Sadhvi Krishnamoorthy, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Anna Kudiyarova, Psychoanalytic Institute for Central Asia (Kazakhstan); Linda Lee, Mental Health Worldwide (Canada); Itzhak Levav, Department of Community Mental Health, University of Haifa (Israel); Maureen Lewis, Mental Health Commission (Australia); Laura Loli-Dano, Centre for Addiction and Mental Health (Canada); Eleanor Longden, Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust (United Kingdom); Crick Lund, University of Cape Town (South Africa); Judy Wanjiru Mbuthia, Uzima Mental Health Services (Kenya); John McCormack, Scottish Recovery Network (United Kingdom); Peter McGovern, Modum Bad (Norway); David McGrath, international consultant (Australia); Emily McLoughlin, international consultant (Ireland); Bernadette McSherry, University of Melbourne (Australia); Roberto Mezzina, WHO Collaborating Centre, Trieste (Italy); Tina Minkowitz, Center for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry (United States of America); Peter Mittler Dementia Alliance International (United Kingdom); Pamela Molina Toledo, Organization of American States (United States of America); Andrew Molodynski, Oxford Health NHS Foundation Trust (United Kingdom); Maria Francesca Moro, Columbia University (United States of America); Fiona Morrissey, Disability Law Research Consultant (Ireland); Melita Murko, WHO Regional Office for Europe (Denmark); Chris Nas, Trimbos International (the Netherlands); Sutherland Carrie, Department for International Development (United Kingdom); Michael Njenga, Users and Survivors of Psychiatry in Kenya (Kenya); Aikaterini - Katerina Nomidou, GAMIAN-Europe (Belgium) & SOFPSI N. SERRON (Greece); Peter Oakes, University of Hull (United Kingdom); David W. Oaks, Aciu Insitute, LLC (United States of America); Martin Orrell, Institute of Mental Health, University of Nottingham (United Kingdom); Abdelaziz Awadelseed Alhassan Osman, Al Amal Hospital, Dubai (United Arab Emirates); Gareth Owen, King's college London (United Kingdom); Soumitra Pathare, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Sara Pedersini, Fondation d'Harcourt (Switzerland); Elvira Pértega Andía, Saint Louis University (Spain); Dainius Pūras, Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of health (Switzerland); Thara Rangaswamy, Schizophrenia Research Foundation (India); Manaam Kar Ray, Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust (United Kingdom); Mayssa Rekhis, Faculty of Medicine, Tunis El Manar University (Tunisia); Julie Repper, University of Nottingham (United Kingdom); Genevra Richardson, King's college London (United Kingdom); Annie Robb, Ubuntu centre (South Africa); Jean Luc Roelandt, EPSM Lille Metropole, WHO Collaborating Centre, Lille (France); Eric Rosenthal, Disability Rights International (United States of America); Raul Montoya Santamaría, Colectivo Chuhcan A.C. (Mexico); Jolijn Santegoeds, World Network of Users and Survivors of Psychiatry (the Netherlands); Benedetto Saraceno, Lisbon Institute of Global Mental Health (Switzerland); Sashi Sashidharan, University of Glasgow (United Kingdom); Marianne Schulze, international consultant (Austria); Tom Shakespeare, London School of Hygiene & Tropical Medicine (United Kingdom); Gordon Singer, expert consultant (Canada); Frances Skerritt, Peer Specialist (Canada); Mike Slade, University of Nottingham (United Kingdom); Gregory Smith, International consultant, (United States of America); Natasa Dale, Western Australia Mental Health Commission, (Australia); Michael Ashley Stein, Harvard Law School (United States of America); Anthony Stratford, Mind Australia (Australia); Charlene Sunkel, Global Mental Health Peer Network (South Africa); Kate Swaffer, Dementia International Alliance (Australia); Shelly Thomson, Department of Foreign Affairs and Trade (Australia); Carmen Valle, CBM International (Thailand); Alberto Vásquez Encalada, Office of the UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (Switzerland); Javier Vasquez, Vice President, Health Programs, Special Olympics, International (United States of America); Benjamin Veness, Alfred Health (Australia); Peter Ventevogel, Public Health Section, United Nations High Commissioner for Refugees (Switzerland); Carla Aparecida Arena Ventura, University of Sao Paulo (Brazil); Alison Xamon, Western Australia Association for Mental Health, President (Australia).

## Stagiaires OMS

Mona Alqazzaz, Paul Christiansen, Casey Chu, Julia Faure, Stephanie Fletcher, Jane Henty, Angela Hogg, April Jakubec, Gunnhild Kjaer, Yuri Lee, Adrienne Li, Kaitlyn Lyle, Joy Muhia, Zoe Mulliez, Maria Paula Acuna Gonzalez, Jade Presnell, Sarika Sharma, Katelyn Tenbenschel, Peter Varnum, Xin Ya Lim, Izabella Zant

## Siège et bureaux régionaux de l'OMS

Nazneen Anwar (WHO/SEARO), Florence Baingana (WHO/AFRO), Andrea Bruni (WHO/AMRO), Darryl Barrett (WHO/WPRO), Rebecca Bosco Thomas (WHO HQ), Claudina Cayetano (WHO/AMRO), Daniel Chisholm (WHO/EURO), Neerja Chowdary (HOHQ), Fahmy Hanna (WHO HQ), Eva Lustigova (WHO HQ), Carmen Martinez (WHO/AMRO), Maristela Monteiro (WHO/AMRO), Melita Murko (WHO/EURO), Khalid Saeed (WHO/EMRO), Steven Shongwe (WHO/AFRO), Yutaro Setoya (WHO/WPRO), Martin Vandendyck (WHO/WPRO), Mark Van Ommeren (WHO HQ), Edith Van't Hof (WHO HQ) and Dévora Kestel (WHO HQ).

## Soutien administratif et rédactionnel de l'OMS

Patricia Robertson, Mental Health Policy and Service Development, Department of Mental Health and Substance Abuse (WHO, Geneva); David Bramley, édition (Switzerland); Julia Faure (France), Casey Chu (Canada) and Benjamin Funk (Switzerland), conception et soutien.

## Contributions vidéo

Nous tenons à remercier les personnes et organisations suivantes pour avoir autorisé l'utilisation de leurs vidéos dans ces documents :

### **50 Mums, 50 Kids, 1 Extra Chromosome**

*Vidéo produite par Wouldn't Change a Thing a Thing*

### **Breaking the chains by Erminia Colucci**

*Vidéo produite par Movie-Ment*

### **Chained and Locked Up in Somaliland**

*Vidéo produite par Human Rights Watch*

### **Circles of Support**

*Vidéo produite par Inclusion Melbourne*

### **Decolonizing the Mind: A Trans-cultural Dialogue on Rights, Inclusion and Community**

(Réseau international vers des alternatives et le rétablissement - INTAR, Inde, 2016)

*Vidéo produite par le Bapu Trust for Research on Mind & Discourse*

### **Dementia, Disability & Rights - Kate Swaffer**

*Vidéo produite par Dementia Alliance International*

### **Finger Prints and Foot Prints**

*Vidéo produite par PROMISE Global*

### **Forget the Stigma**

*Vidéo produite par la Société Alzheimer d'Irlande*

**Ghana: Abuse of people with disabilities**

*Vidéo produite par Human Rights Watch*

**Global Campaign: The right to decide**

*Vidéo produite par Inclusion International*

**Human Rights, Ageing and Dementia: Challenging Current Practice by Kate Swaffer**

*Vidéo produite par Your aged and disability advocates (ADA), Australie*

**I go home**

*Vidéo produite par WITF TV, Harrisburg, PA. 2016 WITF*

**Inclusive Health Overview**

*Vidéo produite par Special Olympics*

**Independent Advocacy, James' story**

*Vidéo produite par The Scottish Independent Advocacy Alliance*

**Interview - Special Olympic athlete Victoria Smith, ESPN, 4 July 2018**

*Vidéo produite par Special Olympics*

**Living in the Community**

*Vidéo produite par l'Association libanaise pour l'auto-défense (LASA) et le Fonds pour les droits des personnes handicapées (DRF)*

**Living it Forward**

*Vidéo produite par LedBetter Films*

**Living with Mental Health Problems in Russia**

*Vidéo produite par Sky News*

**Love, loss and laughter - Living with dementia**

*Vidéo produite par Fire Films*

**Mari Yamamoto**

*Vidéo produite par le Bapu Trust for Research on Mind & Discourse*

**Mental health peer support champions, Uganda 2013**

*Vidéo produite par Cerdic Hall*

**Moving beyond psychiatric labels**

*Vidéo produite par The Open Paradigm Project/ P.J. Moynihan, producteur du film Digital Eyes*

**'My dream is to make pizza': the caterers with Down's syndrome**

*Vidéo produite par The Guardian*

**My Story: Timothy**

*Vidéo produite par End the Cycle (initiative de CBM Australia)*

**Neil Laybourn and Jonny Benjamin discuss mental health**

*Vidéo produite par Rethink Mental Illness*

**No Force First**

*Vidéo produite par le Mersey Care NHS Foundation Trust*

**No more Barriers**

*Vidéo produite par la BC Self Advocacy Foundation*

**'Not Without Us' from Sam Avery & Mental Health Peer Connection**

*Vidéo produite par Mental Health Peer Connection*

**Open Dialogue: an alternative Finnish approach to healing psychosis (complete film)**

*Vidéo produite par Daniel Mackler, cinéaste*

**The Open Paradigm Project – Celia Brown**

*Vidéo produite par The Open Paradigm Project/ Mindfreedom International*

**Open Paradigm Project – Dorothy Dundas**

*Vidéo produite par The Open Paradigm Project*

**Open Paradigm Project – Oryx Cohen**

*Vidéo produite par The Open Paradigm Project/ National Empowerment Center*

**Open Paradigm Project - Sera Davidow**

*Vidéo produite par The Open Paradigm Project/ Western Mass Recovery Learning*

**Ovidores de Vozes (Hearing Voices) Canal Futura, Brazil 2017**

*Vidéo produite par L4 Filmes*

**Paving the way to recovery - the Personal Ombudsman System**

*Vidéo produite par Santé mentale Europe (www.mhe-sme.org)*

**Peer Advocacy in Action**

*Vidéo produite et réalisée par David W. Barker, Createus Media Inc. (www.createusmedia.com) 2014 Createus Media Inc, tous droits réservés. Utilisé avec la permission de l'Organisation mondiale de la santé. Contactez info@createusmedia.com pour plus d'informations. Remerciements particuliers à Rita Cronise pour toute son aide et son soutien.*

**Planning Ahead – Living with Younger Onset Dementia**

*Vidéo originale produite par l'Office for the Ageing, SA Health, Adélaïde, Australie. Droit d'auteur créatif : Kate Swaffer & Dementia Alliance International*

**Quality in Social Services - Understanding the Convention on the Rights of Persons with Disabilities**

*Vidéo produite par l'unité EQUASS (European Quality in Social Service) de la plate-forme européenne pour la réhabilitation (EPR) (www.epr.eu - www.equass.be). Avec le soutien financier du programme de l'Union européenne pour l'emploi et l'innovation sociale "EaSI" (2014-2020) - <http://ec.europa.eu/social/easi>.*

*Animation : S. Allaey - QUIDOS. Support de contenu : Forum européen des personnes handicapées*

**Raising awareness of the reality of living with dementia,**

*Vidéo produite par la Fondation pour la santé mentale (Royaume-Uni)*

**Recovery from mental disorders, a lecture by Patricia Deegan**

*Vidéo produite par Patricia E. Deegan, Pat Deegan PhD & Associates LLC*

**Reshma Valliappan**

*(Réseau international vers les alternatives et le rétablissement - INTAR, Inde, 2016)*

*Vidéo produite par le Bapu Trust for Research on Mind & Discourse*

**Rory Doody on his experience of Ireland's capacity legislation and mental health services**  
*Vidéo produite par Amnesty International Irlande*

**Seclusion: Ashley Peacock**

*Vidéo produite par Attitude Pictures Ltd. Courtesy Attitude - tous droits réservés.*

**Seher Urban Community Mental Health Program, Pune**

*Vidéo produite par le Bapu Trust for Research on Mind & Discourse*

**Self-advocacy**

*Vidéo produite par Self Advocacy Online (@selfadvocacyonline.org)*

**Social networks, open dialogue and recovery from psychosis - Jaakko Seikkula, PhD**

*Vidéo produite par Daniel Mackler, cinéaste*

**Discours de Craig Mokhiber, adjoint au Sous-secrétaire général aux droits de l'homme, Bureau du Haut-Commissariat aux droits de l'homme**, lors de l'événement "Time to Act on Global Mental Health - Building Momentum on Mental Health in the SDG Era", organisé à l'occasion de la 73e session de l'Assemblée générale des Nations unies.

*Vidéo produite par UN Web TV*

**Thanks to John Howard peers for support**

*Vidéo produite par Cerdic Hall*

**The Gestalt Project: Stop the Stigma**

*Vidéo produite par Kian Madjedi, cinéaste*

**The T.D.M. (Transitional Discharge Model)**

*Vidéo produite par LedBetter Films*

**This is the Story of a Civil Rights Movement**

*Vidéo produite par Inclusion BC*

**Uganda: 'Stop the abuse'**

*Vidéo produite par Validity, anciennement le Mental Disability Advocacy Centre (MDAC)*

**UN CRPD: What is article 19 and independent living?**

*Vidéo produite par Santé mentale Europe (www.mhe-sme.org)*

**UNCRPD: What is Article 12 and Legal Capacity?**

*Vidéo produite par Santé mentale Europe (www.mhe-sme.org)*

**Universal Declaration of Human Rights**

*Vidéo produite par le Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme*

**What is Recovery?**

*Vidéo produite par Santé mentale Europe (www.mhe-sme.org)*

**What is the role of a Personal Assistant?**

*Vidéo produite par Ruils - Disability Action & Advice Centre (DAAC)*

**Why self advocacy is important**

*Vidéo produite par Inclusion International*

**Women Institutionalized Against their Will in India**

*Vidéo produite par Human Rights Watch*

**Working together- Ivymount School and PAHO**

*Vidéo produite par l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) / Organisation mondiale de la santé - Bureau régional pour les Amériques (AMRO)*

**You can recover (Reshma Valliappan, India)**

*Vidéo produite par ASHA International*

## **Soutiens financiers et autres**

L'OMS tient à remercier Grand Challenges Canada, financé par le gouvernement du Canada, la Commission de la santé mentale, gouvernement d'Australie occidentale, CBM International et le ministère britannique du développement international pour leur généreux soutien financier à l'élaboration des modules de formation de QualityRights.

L'OMS tient à remercier l'International Disability Alliance (IDA) pour le soutien financier qu'elle a apporté à plusieurs relecteurs des modules QualityRights de l'OMS.

## Avant-propos

Garantir la santé mentale et le bien-être est devenu un impératif mondial et un enjeu important dans le cadre des Objectifs de développement durable.

Mais dans tous les pays du monde, notre réponse a été terriblement insuffisante, et nous n'avons guère progressé pour faire avancer la santé mentale en tant que droit humain fondamental.

Une personne sur huit est atteinte d'un problème de santé mentale, jusqu'à 200 millions de personnes souffrent d'un handicap intellectuel et on estime à 50 millions le nombre de personnes atteintes de démence. De nombreuses personnes en situation de problèmes de santé mentale ou de handicaps psychosociaux, intellectuels ou cognitifs n'ont pas accès à des services de santé mentale de qualité qui répondent à leurs besoins et respectent leurs droits et leur dignité.

Même aujourd'hui, des personnes sont enfermées dans des institutions où elles sont isolées de la société et marginalisées au sein de leur communauté. Nombre d'entre elles sont victimes d'abus et de négligences physiques, sexuelles et émotionnelles dans les services de santé, les prisons et la communauté. Elles sont également privées du droit de prendre des décisions pour elles-mêmes, concernant leurs soins et leur traitement, l'endroit où elles veulent vivre, ainsi que leurs affaires personnelles et financières. Elles se voient souvent refuser l'accès aux soins de santé, à l'éducation et aux possibilités d'emploi, et sont empêchées de s'intégrer et de participer pleinement à la vie de la communauté. En conséquence, les personnes ayant un problème de santé mentale ou un handicap intellectuel meurent de 10 à 20 ans plus jeunes que la population générale, que ce soit dans les pays à revenus faibles, moyens ou élevés.

Le droit à la santé est fondamental pour la mission et la vision de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et sous-tend nos efforts pour parvenir à une couverture maladie universelle. La base de cette couverture maladie universelle est constituée de systèmes de santé solides, basés sur les soins primaires, qui fournissent des services fondés sur des données probantes, centrés sur la personne et respectant les valeurs et les préférences des personnes.

Quatorze nouveaux modules QualityRights de l'OMS de formation et d'orientation sont désormais disponibles pour faire de cette vision une réalité. Ils permettront aux pays de mettre en œuvre les normes internationales en matière de droits de l'homme en influençant les politiques et en développant les connaissances et les compétences nécessaires à la mise en œuvre d'approches centrées sur la personne et fondées sur le rétablissement. Voilà ce qu'il nous faut faire pour fournir des soins et un soutien de qualité et pour promouvoir la santé mentale et le bien-être.

Nous sommes convaincus que chacun, qu'il soit professionnel de la santé ou membre de la communauté, doit posséder les connaissances et les compétences nécessaires pour soutenir une personne souffrant d'un problème de santé mentale, d'un handicap psychosocial, intellectuel ou cognitif.

Nous espérons que ces modules de formation et de conseil QualityRights seront largement utilisés et que l'approche qu'ils proposent deviendra la norme plutôt que l'exception dans les services sociaux et de santé mentale du monde entier.



**Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus**

*Directeur Général - Organisation mondiale de la santé*

# Déclarations de soutien

**Dévora Kestel, Directrice, Département santé mentale et toxicomanie, Organisation mondiale de la santé, Genève**

Partout dans le monde, on prend de plus en plus conscience de l'importance de la santé mentale et de la nécessité de fournir des services et des aides qui soient centrés sur la personne et qui favorisent une approche axée sur le rétablissement et les droits de l'homme. Cette prise de conscience s'accompagne d'une reconnaissance du fait que les systèmes de santé mentale dans les pays à revenu élevé, moyen et faible sont défaillants pour de nombreuses personnes et communautés en raison d'un accès limité, de services de mauvaise qualité et de violations des droits de l'homme.

Il est inacceptable que les personnes qui utilisent les services de santé mentale puissent être exposées à des conditions de vie inhumaines, à des pratiques préjudiciables, à la violence, à la négligence et aux maltraitements. De nombreux rapports font état de services qui ne répondent pas aux besoins des personnes ou qui ne les aident pas à mener une vie indépendante au sein de leur communauté - au contraire, leurs interactions avec les services leur donnent souvent un sentiment de désespoir et d'impuissance.

Dans le contexte communautaire plus large, les personnes ayant un problème de santé mentale ou en situation de handicaps psychosociaux, intellectuels ou cognitifs sont soumises à la stigmatisation, à la discrimination et à de vastes inégalités qui imprègnent tous les aspects de leur vie. Elles se voient refuser la possibilité de vivre là où elles le souhaitent, de se marier, de fonder une famille, d'aller à l'école, de chercher un emploi et de profiter des loisirs.

Il est essentiel d'adopter des approches de rétablissement et de droits de l'homme si nous voulons changer cette situation. Une approche orientée rétablissement garantit que les services placent les personnes elles-mêmes au centre des soins. Il s'agit d'aider les personnes à définir ce qu'est le rétablissement et ce qu'il signifie pour elles. Cette approche vise à aider les personnes à reprendre le contrôle de leur identité et de leur vie, à avoir de l'espoir pour l'avenir et à vivre une vie qui a un sens pour elles, que ce soit par le travail, les relations, l'engagement communautaire, la spiritualité ou tout ou partie de ces éléments.

Les approches du rétablissement et des droits de l'homme sont très proches. Les deux approches promeuvent des droits clés tels que l'égalité, la non-discrimination, la capacité juridique, le consentement éclairé et l'inclusion dans la communauté (tous ces droits sont inscrits dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées). Toutefois, l'approche des droits de l'homme impose aux pays l'obligation de promouvoir ces droits.

Grâce à ces modules de formation et d'orientation élaborés dans le cadre de l'initiative QualityRights, l'Organisation mondiale de la santé a pris des mesures décisives pour relever ces défis et aider les pays à respecter leurs obligations internationales en matière de droits de l'homme. Ces outils permettent de réaliser plusieurs actions clés autour de la promotion de la participation et de l'inclusion communautaire des personnes expertes d'expérience ; du renforcement des capacités afin de mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination et de promouvoir les droits et le rétablissement ; et du renforcement du soutien des pairs et des organisations de la société civile afin de créer des relations de soutien mutuel et de donner aux personnes les moyens de plaider en faveur des droits de l'homme et d'une approche centrée sur la personne dans les services sociaux et de santé mentale.

J'attends avec impatience de voir ces outils de l'Organisation mondiale de la santé utilisés dans les pays pour apporter une réponse globale aux défis auxquels sont confrontées les personnes ayant un problème de santé mentale ou en situation de handicaps psychosociaux, intellectuels

ou cognitifs.

### **Dainius Puras, rapporteur spécial sur le Droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible.**

QualityRights propose une nouvelle approche des soins de santé mentale, basée sur les droits et orientée vers le rétablissement.

Cette initiative de l'Organisation mondiale de la santé est très opportune. On comprend de mieux en mieux que les politiques et les services de soins de santé mentale doivent changer dans le monde entier. Trop souvent, les services destinés aux personnes en situation de handicaps psychosociaux et d'autres problèmes de santé mentale sont tributaires de la coercition, de la surmédicalisation et du placement en institution. Ce statu quo n'est pas acceptable, car il risque de continuer à renforcer la stigmatisation et l'impuissance des usagers et des professionnels de santé mentale.

Toutes les parties prenantes - y compris les décideurs politiques, les professionnels de la santé mentale et les personnes utilisant les services de santé mentale - doivent être dotées de connaissances et de compétences permettant de gérer efficacement le changement et de développer des services de santé mentale durables fondés sur les droits.

L'initiative QualityRights, par le biais de modules spécifiques bien conçus, fournit les connaissances et les compétences nécessaires, démontrant de manière convaincante que le changement est possible et que ce changement conduira à une situation gagnant-gagnant. Tout d'abord, les personnes ayant un problème de santé mentale ou en situation de handicaps psychosociaux, intellectuels ou cognitifs, qui peuvent avoir besoin de services de santé mentale, seront motivées pour utiliser des services qui leur donnent des moyens d'action et respectent leurs opinions. Deuxièmement, les professionnels de santé mentale seront compétents et confiants dans l'application de mesures qui préviennent la coercition. En conséquence, les asymétries de pouvoir seront réduites, et la confiance mutuelle et l'alliance thérapeutique seront renforcées.

Abandonner l'héritage d'approches dépassées en matière de soins de santé mentale - fondées sur les asymétries de pouvoir, la coercition et la discrimination - n'est peut-être pas une direction facile à prendre. Mais il est de plus en plus admis que le changement vers des services de santé mentale fondés sur les droits et les preuves est nécessaire dans le monde entier - dans les pays à revenu élevé, moyen et faible. L'initiative QualityRights de l'OMS et ses supports de formation et d'orientation sont des outils extrêmement utiles qui soutiendront et donneront les moyens à toutes les parties prenantes désireuses d'aller dans cette direction. Je recommande vivement à tous les pays d'adopter l'initiative QualityRights.

### **Catalina Devandas Aguilar, Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées**

Les personnes handicapées, en particulier celles en situation de handicaps psychosociaux et intellectuels, sont souvent victimes de violations des droits de l'homme dans le cadre des services de santé mentale. Dans la plupart des pays, la législation sur la santé mentale autorise l'hospitalisation et le traitement involontaires des personnes handicapées en raison de leur déficience réelle ou perçue, ainsi que de facteurs tels que la "nécessité médicale" et la "dangerosité". L'isolement et la contention sont régulièrement utilisés en cas de crise émotionnelle et de détresse grave dans de nombreux services de santé mentale, mais aussi comme forme de punition. Les femmes et les jeunes filles souffrant de handicaps psychosociaux et intellectuels sont régulièrement exposées à la violence et à des pratiques néfastes dans les services de santé mentale, notamment la contraception forcée, l'avortement forcé et la stérilisation forcée.

Dans ce contexte, l'initiative QualityRights de l'OMS peut fournir des orientations essentielles sur la mise en œuvre des services de santé mentale et sur les réponses communautaires dans une perspective de droits de l'homme, offrant une voie vers la fin du placement en institution et de l'hospitalisation et du traitement involontaires des personnes handicapées. Cette initiative appelle à la formation des professionnels de la santé pour qu'ils puissent fournir des soins de santé et un soutien psychosocial aux personnes handicapées dans le respect de leurs droits. En favorisant le respect des cadres de la CDPH et de l'Agenda 2030, les modules QualityRights de l'OMS nous rapprochent de la réalisation des droits des personnes handicapées.

### **Julian Eaton, Directeur Santé mentale, CBM International**

L'intérêt accru pour la santé mentale en tant que priorité de développement offre la possibilité de combler l'énorme écart en matière de soins et de soutien, permettant ainsi aux personnes de réaliser leur droit à de bons soins de santé là où ils faisaient défaut auparavant. Historiquement, les services de santé mentale ont souvent été de très mauvaise qualité et ont ignoré les priorités et les perspectives des personnes qui y avaient recours.

Le programme QualityRights de l'OMS a contribué à mettre en place les moyens d'évaluer les services de santé mentale selon les normes de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Cela marque souvent un changement de paradigme par rapport à la manière dont les services ont fonctionné historiquement. Les nouveaux modules de formation et d'orientation constituent une excellente ressource, car ils facilitent l'adoption de meilleures pratiques en matière de soutien aux personnes ayant un problème de santé mentale ou en situation de handicaps psychosociaux, intellectuels ou cognitifs, permettent à ces personnes de faire entendre leur voix et favorisent la création d'environnements plus sains qui favorisent la guérison. Il reste encore beaucoup de chemin à parcourir, mais QualityRights est une ressource essentielle pour les professionnels et les usagers des services, qui guide la réforme pratique des services qui valorisent la dignité et le respect, où qu'ils se trouvent dans le monde.

### **Charlene Sunkel, Présidente, Réseau mondial des pairs en santé mentale**

Le programme de formation et d'orientation QualityRights de l'Organisation mondiale de la santé encourage une forte approche participative. Il reconnaît et valorise l'importance de l'expérience vécue des personnes en situation de handicaps psychosociaux, intellectuels ou cognitifs pour promouvoir le rétablissement, entreprendre des actions de sensibilisation, mener des recherches et réduire la stigmatisation et la discrimination. Les outils QualityRights garantissent le respect des normes en matière de droits de l'homme, en mettant en œuvre des stratégies visant à mettre fin aux pratiques coercitives. Ils montrent comment les personnes expertes d'expérience peuvent apporter un soutien par les pairs et peuvent également contribuer au développement, à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des services sociaux et de santé mentale. L'expérience vécue est bien plus que des connaissances et des compétences. L'expertise émane de la compréhension approfondie qu'ont les personnes de l'impact social et sur les droits de l'homme de la vie avec un handicap psychosocial, intellectuel ou cognitif et des difficultés qu'il y a à être rejeté, séparé et discriminé. Elle découle de la difficulté de s'orienter dans un système de santé mentale qui, souvent, ne fournit pas les services ou le soutien qui pourraient être bénéfiques à la personne en tant qu'individu unique et qui répondent à ses besoins spécifiques de rétablissement.

Le système de santé mentale n'est pas le seul système sociétal qui présente des obstacles à travers lesquels la personne doit naviguer ; l'accès à d'autres opportunités de vie telles que l'éducation, l'emploi, le logement et la santé et le bien-être en général peut être tout aussi

difficile. Les perspectives uniques et approfondies des personnes expertes d'expérience peuvent être le catalyseur du changement et de la transformation de tous les systèmes sociétaux afin de protéger les droits de l'homme, d'encourager l'inclusion dans la communauté, d'améliorer la qualité de vie et de promouvoir l'autonomisation - tout cela peut contribuer à l'amélioration de la santé mentale et du bien-être.

### **Kate Swaffer, Présidente, Dementia Alliance International**

Ce fut un honneur et un plaisir pour Dementia Alliance International (DAI) de travailler avec l'initiative QualityRights de l'OMS et ses collaborateurs sur ce projet très important. Les droits de l'homme ont généralement été ignorés dans la pratique pour les personnes atteintes de démence. Cependant, ces modules introduisent une nouvelle approche de la santé mentale, et aussi de la démence qui est une condition neurodégénérative qui cause des handicaps cognitifs. Contrairement à l'actuelle voie post-diagnostic de la démence, qui est une voie axée uniquement sur les déficits et conduisant uniquement à l'invalidité et à la dépendance, cette nouvelle approche et ces modules uniques et habilitants promeuvent les droits et encouragent et soutiennent les personnes atteintes de démence à vivre de manière plus positive.

En promouvant la nécessité d'un accès clair aux droits, les modules sont des outils pratiques qui peuvent être utilisés par tous, indépendamment de leur identité. Les modules, qui reprennent les principes clés des droits de l'homme et les rendent applicables dans la pratique, sont aussi applicables et efficaces pour les professionnels de la santé que pour les personnes atteintes de démence et les membres de leur famille. Par exemple, le fait de souligner la nécessité et les avantages du soutien entre pairs - un service gratuit que la DAI offre aux personnes atteintes de démence depuis 2013, avant même son lancement officiel - et de mettre l'accent sur la question de la capacité juridique et sa pertinence au regard de l'article 12 de la CDPH permet de mieux informer les professionnels et les familles afin de garantir que les droits des personnes atteintes de démence ne seront plus niés. Je suis personnellement convaincue que ces modules aideront toutes les personnes ayant un problème de santé mentale ou en situation de handicaps psychosociaux, intellectuels ou cognitifs à vivre avec une meilleure qualité de vie.

### **Ana Lucia Arellano, Présidente, International Disability Alliance**

La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, ou CDPH, est le traité révolutionnaire en matière de droits de l'homme qui favorise le changement de paradigme, passant de la considération des personnes handicapées comme objets de charité ou de traitement médical à leur pleine reconnaissance en tant que sujets de droits. Ce changement de paradigme est particulièrement important pour les personnes en situation de handicaps intellectuels, psychosociaux et multiples, ou pour les personnes ayant des besoins de soutien plus intenses. L'article 12 de la CDPH est essentiel pour promouvoir ce changement dans la mesure où il reconnaît que les personnes handicapées peuvent exercer leur pleine capacité juridique. C'est le droit humain fondamental qui établit la base sur laquelle tous les autres peuvent être exercés.

QualityRights est un superbe outil qui permet aux professionnels et aux praticiens de la santé de mieux comprendre et d'adopter la CDPH. L'outil crée un pont entre les personnes en situation de handicaps psychosociaux, les usagers et les survivants des services de psychiatrie et de santé mentale et le secteur de la santé, en respectant les principes et les valeurs de la CDPH. Les modules QualityRights ont été développés en étroite consultation avec les usagers et les survivants des services de santé mentale, en liant leurs voix aux messages transmis aux États parties de la CDPH. L'International Disability Alliance (IDA) et ses organisations membres applaudissent le travail réalisé dans le cadre de l'initiative QualityRights. Nous encourageons vivement l'OMS à poursuivre ses efforts pour transformer les lois, les politiques et les systèmes

de santé mentale jusqu'à ce qu'ils soient conformes à la CDPH, en faisant écho aux voix fortes qui réclament "Rien sur nous, sans nous !".

**Connie Laurin-Bowie, directrice exécutive, Inclusion International**

Le programme QualityRights de l'OMS vise à permettre aux individus et aux organisations de personnes handicapées de connaître leurs droits fondamentaux et de plaider en faveur du changement afin de permettre aux personnes de vivre de manière indépendante au sein de la communauté et de recevoir des aides appropriées. Inclusion International se félicite de cette initiative qui vise à promouvoir des droits qui sont souvent refusés aux personnes handicapées mentales, à savoir le droit d'accéder à des services de santé mentale appropriés dans la communauté, le droit de choisir, le droit d'avoir une vie familiale, le droit de vivre dans la communauté et le droit d'être des citoyens actifs. QualityRights est une contribution précieuse à nos efforts collectifs pour façonner et influencer les politiques et les pratiques qui permettent à chacun d'être inclus dans sa communauté.

**Alan Rosen, professeur, Institut de santé mentale d'Illawarra, Université de Wollongong, et Centre du cerveau et de l'esprit, Université de Sydney, Australie**

La liberté est thérapeutique. Faciliter les droits de l'homme dans nos services de santé mentale peut apporter la guérison. Elle peut garantir que, dans la mesure du possible, la personne qui vit avec un problème de santé mentale : a) conserve le choix et le contrôle de l'assistance et des soins fournis et b) se voit offrir un soutien clinique et à domicile de bonne qualité, si nécessaire, pour vivre dans la communauté sans être perturbée et "sur son propre terrain et selon ses propres conditions".

Après une longue histoire de défense des droits de l'homme en psychiatrie, ces modules montrent comment le droit à des soins adéquats et tous les droits de l'homme et libertés fondamentales peuvent être respectés sans contradiction. La coercition dans les soins - telle que les contraintes, l'isolement, les médicaments forcés, les unités de soins fermées à clé, l'enfermement dans des espaces restreints et la chronicisation dans l'institution - doit être réduite. La réalisation optimale de la liberté dans les soins implique un changement immense. Cela inclut la systématisation à grande échelle des alternatives fondées sur des preuves pour éviter la coercition - c'est-à-dire des portes ouvertes, des établissements de répit, un accès libre et gratuit, des communautés ouvertes, des esprits ouverts, des conversations ouvertes entre égaux, une vie communautaire soutenue, l'amélioration de la communication individuelle et familiale, des compétences en matière de résolution de problèmes et un soutien, des directives anticipées, une formation en matière d'apaisement et de désescalade, une prise de décision soutenue, l'orientation vers le rétablissement de tous les services et des pairs travailleurs, et la coproduction de politiques avec toutes les parties prenantes.

Le programme QualityRights de l'OMS, basé sur la CDPH des Nations Unies, a été transformé ici en un ensemble de modules très pratiques. Pour nos professions, ces modules offrent une trajectoire et un horizon de travail plutôt qu'une réponse fermée ou une date limite. En plus d'optimiser les services cliniques et de soutien, nos actions politiques, juridiques et sociales auprès des usagers et de leurs familles doivent être combinées à notre propre émancipation en tant que professionnels de la pensée institutionnelle et de l'enfermement dans des pratiques habituelles de soins de santé mentale. Ce n'est qu'à cette condition et ensemble que nous pourrions améliorer considérablement les perspectives d'une vie autonome, utile et enrichissante, avec une citoyenneté à part entière et des droits complets, pour les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale sévères, persistants ou récurrents.

**Victor Limaza, activiste et facilitateur de Justice pour les personnes handicapées, Documenta AC (Mexique)**

La dignité et le bien-être sont des concepts étroitement liés. Aujourd'hui, les critères selon lesquels nous jugeons la souffrance psychologique uniquement en termes de déséquilibres neurochimiques sont remis en question, tout comme l'idée que certaines manifestations de la diversité humaine sont des pathologies qui doivent être attaquées pour protéger la personne et la société de dangers supposés, même si les interventions utilisées peuvent violer des droits et causer des dommages irréversibles. La perspective interdisciplinaire et holistique dans laquelle le malaise subjectif est abordé sans porter atteinte à la dignité et à la capacité de la personne à prendre des décisions, même dans des situations critiques, devrait être le fondement sur lequel les nouveaux modèles de soins de santé mentale sont construits, en respectant les principes de la CDPH. La compréhension de l'expérience d'une personne confrontée à un état critique de sa santé mentale est possible grâce au lien généré par l'empathie, l'écoute, le dialogue ouvert, l'accompagnement (en particulier entre pairs), le soutien dans la prise de décision, la vie dans la communauté et les directives anticipées sous des garanties strictes. Les personnes en situation de handicaps psychosociaux sont des experts d'expérience et doivent être impliquées dans le développement des instruments qui visent à conduire au rétablissement. L'initiative QualityRights de l'OMS est un bon exemple de ce changement de paradigme en fournissant des outils et des stratégies pour les soins de santé mentale avec les plus hauts standards de respect des droits de l'homme. Il ne fait aucun doute que la pleine et équitable jouissance de tous les droits de l'homme par chaque personne favorise la santé mentale.

**Peter Yaro, Directeur exécutif, Basic Needs Ghana**

Cet ensemble de documents de formation et de conseil de l'OMS est une riche collection de ressources qui vise à améliorer le travail dans le domaine de la santé mentale et du développement inclusif basé sur les droits. Ces documents constituent une étape importante vers la programmation d'une intégration efficace des handicaps - en particulier les handicaps psychosociaux, intellectuels et du développement - dans les interventions visant à répondre aux besoins et aux droits des individus, comme le prévoit la CDPH. Le programme QualityRights marque un pas de géant vers la recommandation de longue date selon laquelle les personnes ayant une expérience des troubles de santé mentale doivent faire partie intégrante de la conceptualisation et de la mise en œuvre des interventions, ainsi que du suivi et de l'évaluation des réalisations du projet. Grâce à cette orientation, l'inscription dans la durée des initiatives peut être assurée et, pour cette raison, les professionnels, les usagers des services, les proches aidants et toutes les parties prenantes sont encouragés à utiliser ces documents. Dans l'approche présentée ici, il n'y a pas de place pour perpétrer des violences et des abus sur des personnes déjà vulnérables.

**Michael Njenga, Président du Réseau panafricain des personnes ayant un handicap psychosocial, membre du Conseil exécutif du Forum africain des personnes handicapées et Président de Users and Survivors of Psychiatry, Kenya**

Il y a un changement de paradigme dans la façon dont nous devons aborder la santé mentale au niveau mondial. L'impulsion de ce changement est venue de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), de l'adoption des objectifs de développement durable (ODD) et de l'Agenda 2030 pour le développement durable.

Les outils et le matériel de formation et de conseil QualityRights de l'OMS s'appuient sur ce droit humain international essentiel ainsi que sur les instruments internationaux de développement. L'initiative QualityRights adopte une approche fondée sur les droits de l'homme pour garantir que les services de santé mentale sont assurés dans le respect de ces droits et répondent aux

besoins des personnes en situation de handicaps psychosociaux et de problèmes de santé mentale. Ces documents mettent également l'accent sur la nécessité de fournir des services aussi près que possible du lieu de résidence des personnes.

L'approche QualityRights reconnaît l'importance de respecter la dignité de chaque individu et de veiller à ce que toutes les personnes en situation de handicaps psychosociaux et de problèmes de santé mentale aient une voix qui puisse être entendue, un pouvoir et un choix qui puissent s'exercer, lors de l'accès aux services de santé mentale. Cela fait partie intégrante de la réforme des systèmes et des services de santé mentale, tant au niveau mondial qu'aux niveaux local et national. Il est donc essentiel de veiller à ce que ces outils de formation et ces documents d'orientation soient largement utilisés afin qu'ils débouchent sur des résultats tangibles à tous les niveaux pour les personnes ayant une expérience des troubles de santé mentale, leurs familles, leurs communautés et toute la société.

# Qu'est-ce que l'initiative QualityRights de l'OMS?



QualityRights

QualityRights est l'initiative mondiale de l'OMS visant à améliorer la qualité des soins dispensés par les services sociaux et de santé mentale et à promouvoir les droits humains des personnes en situation de handicap psychosocial, intellectuel ou cognitif. QualityRights adopte une approche participative pour atteindre les objectifs suivants :

1

Renforcer les capacités des acteurs à lutter contre la stigmatisation et la discrimination, et à promouvoir les droits humains et le rétablissement

2

Améliorer la qualité et le respect des droits humains dans les services sociaux et de santé mentale.

3

Créer des services à assise communautaire et orientés vers le rétablissement qui respectent et promeuvent les droits humains.

4

Aider au développement d'un mouvement citoyen pour défendre et promouvoir les droits des personnes et influencer l'élaboration des politiques.

5

Réformer les politiques et législations nationales afin qu'elles soient conformes à la Convention relative aux droits des personnes handicapées et aux autres normes internationales relatives aux droits humains.

Pour plus d'informations : <https://qualityrights.org/resources/assessing-improving-quality-human-rights/>

# OMS QualityRights - Outils de formation et d'orientation

Les modules de formation et d'orientation suivants ainsi que les diaporamas qui les accompagnent, disponibles dans le cadre de l'initiative QualityRights de l'OMS, sont accessibles à l'adresse suivante : <https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

## Outils de transformation des services

- **La boîte à outils d'évaluation de l'OMS QualityRights pour l'observation des services**
- **Transformer les services et promouvoir les droits humains**

## Outils de formation

### Modules de base

- **Droits humains**
- **Santé mentale, situation de handicap et droits humains**
- **Rétablissement et droit à la santé**
- **Capacité juridique et droit à la décision**
- **Droit de ne pas être soumis à la violence, la maltraitance et la contrainte**

### Modules spécialisés

- **Soutien à la prise de décision et directives anticipées en psychiatrie**
- **Stratégies pour mettre fin aux pratiques d'isolement et de contention**
- **Pratiques orientées rétablissement pour la santé mentale et le bien-être**

## Outils d'évaluation

- **Évaluation de la formation QualityRights de l'OMS sur la santé mentale, les droits humains et le rétablissement : questionnaire préalable à la formation**
- **Évaluation de la formation QualityRights de l'OMS sur la santé mentale, les droits humains et le rétablissement : questionnaire post-formation**

## Outils d'orientation

- **Soutien individuel par et pour les personnes ayant un savoir expérientiel en santé mentale**
- **Groupes d'auto-support par et pour les personnes ayant un savoir expérientiel en santé mentale**
- **Les organisations de la société civile : promouvoir les droits humains dans le domaine de la santé mentale et les domaines associés**
- **Plaidoyer pour la santé mentale, le handicap et les droits humains**

## Outils d'auto-assistance

- **Plans individualisés de rétablissement et outil d'auto-support et de bien-être**

## À propos de cette formation

Les modules de formation et d'orientation QualityRights ont été élaborés pour renforcer les connaissances, les compétences et la compréhension des principales parties prenantes sur la manière de promouvoir les droits des personnes en situation de handicap psychosocial, intellectuel ou cognitif, d'améliorer la qualité des services et des aides fournis dans le domaine de la santé mentale et dans les domaines connexes, conformément aux normes internationales en matière de droits de l'homme, et en particulier la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées et l'approche du rétablissement.

### À qui s'adressent cette formation et ces conseils ?

- **Personnes en situation de handicap psychosocial**
- **Personnes en situation de handicap intellectuel**
- **Personnes en situation de handicap cognitif, y compris la démence**
- **Les personnes usagères ou ex-usagères des services sociaux, médico-sociaux et de santé mentale**
- **Directeurs d'établissements ou de services de santé générale, de santé mentale, sociaux ou médico-sociaux**
- **Professionnels de la santé mentale et autres** (par exemple : les médecins, les infirmières, les psychiatres, les infirmières psychiatriques et gériatriques, les neurologues, les gériatres, les psychologues, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux, les agents de soutien communautaire, les assistants personnels, les pairs et les bénévoles)
- **Autres personnels travaillant ou fournissant des services de santé mentale, des services sociaux et médico-sociaux, y compris les services de proximité et à domicile** (par exemple : l'aide à domicile, le nettoyage, la cuisine, le personnel d'entretien, les administrateurs)
- **Organisations non gouvernementales (ONG), associations et organisations confessionnelles travaillant dans les domaines de la santé mentale, des droits humains ou d'autres domaines pertinents** (par exemple : organisations de personnes handicapées ; organisations d'usagers/survivants de la psychiatrie, organisations de défense des droits des usagers)
- **Familles, aidants et autres partenaires de soins**
- **Les ministères concernés (Santé, Affaires sociales, Éducation, etc.) et les décideurs politiques**
- **Institutions et services gouvernementaux concernés** (par exemple : la police, le pouvoir judiciaire, le personnel pénitentiaire, les dépositaires de fonctions de surveillance ou d'inspection des lieux de privation de liberté, y compris les services sociaux, médico-sociaux et psychiatriques, les commissions de réforme du droit, les comités du handicap et les institutions nationales des droits humains)
- **Autres organisations et parties prenantes concernées** (par exemple : avocats, juristes et organismes d'aide juridique, universitaires, étudiants, leaders communautaires ou spirituels, et guérisseurs traditionnels, le cas échéant)

### Qui doit dispenser la formation ?

La formation doit être conçue et dispensée par une équipe pluridisciplinaire, comprenant des personnes ayant une expérience des troubles de santé mentale, des membres d'organisations de

personnes en situation de handicaps, des professionnels travaillant dans le domaine de la santé mentale, du handicap et des domaines connexes, des familles et autres.

Si la formation vise à aborder spécifiquement les droits des personnes en situation de handicap psychosocial, alors il est important que des représentants de ces personnes soient responsables de la formation. De même, si l'objectif est de renforcer les capacités en matière de droits des personnes en situation de handicap intellectuel ou cognitif, les responsables de la formation doivent également être issus de ces groupes de personnes.

Afin d'animer les discussions, différentes options peuvent être envisagées. Par exemple, on peut faire appel à des intervenants ayant une connaissance spécifique pour animer une partie de la formation. Une autre option peut consister à faire appel à un groupe de formateurs pour des parties spécifiques de la formation.

Idéalement, les formateurs doivent être familiarisés avec la culture et le contexte du lieu où la formation se déroule. Il peut être nécessaire d'organiser des sessions de formation de formateurs afin de constituer un groupe de personnes capables de mener à bien la formation dans une culture ou un contexte particulier. Ces sessions de formation de formateurs doivent intégrer des personnes en situation de handicap psychosocial, intellectuel ou cognitif. Elles doivent également inclure d'autres acteurs locaux pertinents qui contribuent à améliorer la qualité des services sociaux et de santé mentale et les droits humains des personnes en situation de handicap psychosocial, intellectuel ou cognitif.

### **Comment la formation doit-elle être dispensée ?**

Idéalement, tous les modules de formation QualityRights devraient être dispensés en commençant par les cinq modules de base. Cette formation peut être suivie d'une formation plus approfondie à l'aide des modules spécialisés (voir ci-dessus).

L'ensemble de la formation peut être dispensé dans le cadre de plusieurs ateliers qui se déroulent sur plusieurs mois. Chaque module de formation distinct ne doit pas nécessairement être suivi en une seule journée. Il peut être divisé en thèmes et mené sur plusieurs jours, selon les besoins.

Étant donné que les supports de formation sont assez complets et que le temps et les ressources peuvent être limités, il peut être utile d'adapter la formation en fonction des connaissances existantes et du contexte du groupe, ainsi que des résultats souhaités pour la formation.

Ainsi, la manière dont ces supports de formation sont utilisés et diffusés peut être adaptée en fonction du contexte et des exigences.

- Par exemple, si les participants n'ont pas encore d'expertise dans les domaines de la santé mentale, des droits humains et du rétablissement, il est important d'organiser un atelier de 4-5 jours en utilisant les cinq modules de formation de base. Un exemple de programme de 5 jours est disponible sur le lien suivant (en anglais seulement) : <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Sample-program-QR-training.pdf>
- Si les participants ont déjà une compréhension de base de la question des droits humains appliqués aux personnes en situation de handicap psychosocial, intellectuel ou cognitif, mais ont besoin de connaissances plus avancées sur la manière de promouvoir spécifiquement le droit à la capacité juridique dans la pratique, un atelier pourrait être organisé pour se concentrer sur le module *Capacité juridique et droit à la décision* le premier jour, et sur le module spécialisé *Soutien à la prise de décision et directives*

*anticipées en psychiatrie* (ou certaines parties de ce module) les deuxième, troisième et quatrième jours.

Lors de l'adaptation des supports de formation aux besoins spécifiques de la formation en cours, il est également important, avant la formation, de passer en revue tous les modules à couvrir afin d'éviter les répétitions inutiles.

- Par exemple, si une formation est prévue, couvrant tous les modules de base, il ne sera pas nécessaire de couvrir le thème 5 (zoom sur l'article 12) ou le thème 6 (zoom sur l'article 16) puisque ces questions seront traitées de manière beaucoup plus approfondie dans les modules suivants (respectivement les modules sur la capacité juridique et le droit de décider et sur l'absence de contrainte, de violence et d'abus).
- Toutefois, si une formation d'introduction est prévue sur la base du seul module 2, il est essentiel de couvrir les thèmes 5 et 6 de ce module, car ce sera la seule sensibilisation que les participants recevront sur ces questions et articles.

Ce sont là quelques exemples des différentes façons dont les supports de formation peuvent être utilisés. D'autres variantes et permutations sont également possibles en fonction des besoins et des exigences de la formation dans un contexte particulier.

# Conseils pour les formateurs

## Principes d'animation du programme de formation

### Participation et interaction

La participation et l'interaction sont cruciales pour le succès de la formation. Tous les participants doivent être considérés comme des individus qui peuvent apporter des connaissances et des idées précieuses. En prévoyant suffisamment d'espace et de temps, le ou les formateurs doivent avant tout s'assurer que les personnes en situation de handicaps psychosociaux, intellectuels ou cognitifs sont écoutées et incluses. Les dynamiques de pouvoir existantes dans les services et dans la société en général peuvent rendre certaines personnes réticentes à exprimer leur point de vue. Cependant, le formateur doit souligner l'importance d'écouter les points de vue de tous les participants.

Certaines personnes peuvent se sentir timides ou mal à l'aise et ne pas s'exprimer - ce qui peut être le signe d'un manque d'inclusion ou d'un sentiment d'insécurité dans le groupe. Les formateurs doivent s'efforcer d'encourager et de faire participer tout le monde à la formation. En général, une fois que les personnes se sont exprimées une fois et qu'elles ont le sentiment d'avoir été entendues, elles sont plus aptes et désireuses de s'exprimer et de participer aux discussions. La formation est une expérience d'apprentissage partagée. Les formateurs doivent prendre le temps de reconnaître et, dans la mesure du possible, de répondre à toutes les questions, afin que personne ne se sente exclu.

### Sensibilité culturelle

Les formateurs doivent être conscients de la diversité des participants, en reconnaissant que de multiples facteurs ont façonné leurs expériences et leurs connaissances, tels que la culture, le sexe, le statut de migrant ou l'orientation sexuelle.

L'utilisation d'un langage culturellement adapté et la présentation d'exemples pertinents pour les personnes vivant dans le pays ou la région où la formation a lieu sont encouragées. Par exemple, selon le pays ou le contexte, les personnes peuvent exprimer ou décrire leurs émotions et leurs sentiments, ou parler de leur santé mentale, de différentes manières.

En outre, les formateurs doivent s'assurer que certains des problèmes rencontrés par des groupes particuliers dans le pays ou la région (par exemple, les populations autochtones et autres minorités ethniques, les minorités religieuses, les femmes, etc.) ne soient pas négligées pendant la formation. Les sentiments de honte ou de tabou concernant les questions abordées devront être pris en considération.

### Un environnement ouvert, sans jugement

Des discussions ouvertes sont essentielles et les opinions de chacun méritent d'être écoutées. L'objectif de la formation est de travailler ensemble pour trouver des moyens d'améliorer le respect des droits des personnes utilisant les services sociaux et de santé mentale et des personnes en situation de handicaps psychosociaux, intellectuels et cognitifs au sein de la communauté au sens large. Au cours de cette formation, certaines personnes peuvent exprimer des réactions et des sentiments forts. Il est important que l'animateur fournisse un espace pendant la formation pour que les personnes puissent exprimer leurs opinions et leurs sentiments. Cela signifie qu'il faut laisser aux personnes le temps de parler de leurs expériences sans les interrompre et veiller à ce que les autres les écoutent et leur répondent de manière sensible et respectueuse.

Il n'est pas nécessaire d'être d'accord avec les gens pour communiquer efficacement avec eux. Lorsque la discussion s'engage, il peut être utile de rappeler à tous les participants qu'ils partagent tous le même objectif : faire respecter les droits humains dans les services de santé mentale et les services sociaux et dans la communauté, et que toutes les voix doivent être entendues afin d'apprendre ensemble. Il peut être utile de partager avec le groupe certaines règles de base (par exemple, le respect, la confidentialité, la réflexion critique, la non-discrimination) auxquelles il pourra se référer en cas de besoin.

Notez que certaines personnes n'ont peut-être jamais eu auparavant l'occasion de s'exprimer librement et en toute sécurité (par exemple, les personnes ayant une expérience vécue, les membres de la famille et aussi les praticiens). Il est donc essentiel de créer un espace sûr pour permettre à toutes les voix de se faire entendre.

### Utilisation du langage

Les formateurs doivent être conscients de la diversité des participants. Les personnes participant à la formation auront des antécédents et des niveaux d'éducation différents. Il est important d'utiliser un langage que tous les participants sont capables de comprendre (par exemple en évitant d'utiliser/expliciter des termes médicaux, juridiques et techniques hautement spécialisés, des acronymes, etc.). Le langage et la complexité de la formation doivent être adaptés aux besoins spécifiques du groupe. Dans cette optique, les formateurs doivent faire une pause, fournir des exemples, si nécessaire, et prendre le temps de poser des questions et d'en discuter avec les participants afin de s'assurer que les concepts et les messages sont bien compris. Dans la mesure du possible, les formateurs devraient utiliser un langage qui permette d'intégrer dans la discussion des modèles de détresse non médicaux et/ou culturellement spécifiques (par exemple, détresse émotionnelle, expériences inhabituelles, etc (1).

### Adaptations

Il peut s'avérer parfois nécessaire d'adapter les différents moyens de communication - par exemple en utilisant du matériel visuel et audio, des adaptations faciles à lire, la langue des signes, en fournissant une aide à la rédaction pour certains exercices ou en permettant aux personnes de venir avec leur assistant personnel - pour s'assurer que toutes les personnes sont incluses dans la formation.

### Agir dans le contexte législatif et politique actuel

Au cours de la formation, certains participants peuvent exprimer des inquiétudes quant au contexte législatif ou politique de leur pays, qui peut ne pas être conforme aux normes internationales en matière de droits humains, notamment la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH). De même, une partie du contenu de la formation peut être en contradiction avec la législation ou la politique nationale en vigueur. Par exemple, les lois qui prévoient la détention et le traitement involontaires sont en contradiction avec l'approche globale de ces modules de formation. De plus, le thème de la prise de décision assistée peut sembler en conflit avec les lois nationales existantes en matière de tutelle. Une autre préoccupation peut être que les ressources nationales pour la mise en œuvre de nouvelles approches soient rares ou non disponibles. Ces préoccupations peuvent amener les participants à se poser des questions sur la responsabilité, la sécurité, le financement et sur le contexte politique et sociétal plus large dans lequel ils vivent et travaillent.

Tout d'abord, les formateurs doivent rassurer les participants sur le fait que les modules n'ont pas pour but d'encourager des pratiques qui sont en contradiction avec les exigences de la législation ou de la politique nationale, ou qui pourraient mettre quiconque en danger d'être en dehors de la loi. Dans les contextes où la loi et la politique sont en contradiction avec les normes

de la CDPH, il est important de plaider pour un changement de politique et une réforme du droit. Même si les États parties à la CDPH ont l'obligation immédiate de mettre fin aux violations de cette Convention et d'autres instruments internationaux relatifs aux droits humains, il est important de reconnaître que la réalisation du plein respect des droits énoncés dans la CDPH prend du temps et nécessite une série d'actions à tous les niveaux de la société.

Par conséquent, un cadre juridique et politique obsolète ne devrait pas empêcher les individus d'agir. Beaucoup peut être fait au niveau individuel, au jour le jour, pour changer les attitudes et les pratiques dans les limites de la loi et pour commencer à mettre en œuvre la CDPH. Par exemple, même si les tuteurs sont officiellement mandatés sur la base de la loi d'un pays pour prendre des décisions au nom d'autres personnes, cela ne les empêche pas d'aider ces personnes à prendre leurs propres décisions et de respecter en fin de compte leurs choix.

Cette formation fournit des conseils sur la manière de traiter divers sujets qui sont essentiels pour favoriser l'approche fondée sur les droits humains dans les services sociaux et de santé mentale. Tout au long de la formation, les formateurs doivent encourager les participants à discuter de la manière dont les actions et les stratégies promues dans les supports de formation les affectent et comment elles peuvent être mises en œuvre dans les paramètres des cadres politiques et législatifs existants. Les changements d'attitudes et de pratiques, ainsi qu'une défense efficace des droits, peuvent conduire à des changements positifs dans les politiques et les lois.

### Être positif et inspirant

Les formateurs doivent souligner que la formation vise à partager les connaissances et les outils de base, et à stimuler la réflexion afin de trouver des solutions utiles dans le contexte des participants. Il est probable que certaines actions positives existent déjà et que les participants eux-mêmes, ou d'autres personnes ou services, les réalisent déjà. Il est possible de s'appuyer sur ces exemples positifs pour créer une unité et démontrer que chacun peut être un acteur du changement.

### Travail de groupe

Tout au long des exercices, l'animateur demandera aux participants de travailler en groupes, qui pourront être composés de manière flexible, par choix ou au hasard, selon les préférences des participants. Si les participants ne se sentent pas à l'aise dans certains groupes, il faudra en tenir compte.

Des exercices tout au long de la formation sont destinés à favoriser la participation et la discussion. Ces exercices sont conçus pour permettre aux participants de trouver des idées et d'identifier des solutions par eux-mêmes. Le rôle des formateurs est de guider les discussions et, le cas échéant, de stimuler le débat avec des idées ou des défis spécifiques. Si les participants ne souhaitent pas prendre part à certaines des activités de la formation, leurs souhaits doivent être respectés.

### Notes du formateur

Les modules de formation ont des notes du formateur qui sont en **bleu**. Ces notes comprennent des exemples de réponses ou d'autres instructions pour les formateurs, qui ne sont pas destinées à être lues aux participants.

Le contenu de l'exposé, les questions et les déclarations qui doivent être lues aux participants sont écrits en **noir**.

Des diapositives de cours séparées accompagnant les modules de formation pour présenter le contenu des modules sont disponibles sur le lien suivant : <https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

### Évaluation de la formation QualityRights

Les questionnaires de pré/post-évaluation QualityRights qui font partie de ce kit de formation ont été conçus pour mesurer l'impact de la formation et l'améliorer pour les futurs ateliers de formation.

Les participants sont tenus de remplir le questionnaire d'évaluation pré-formation avant le début de la formation. Il faut prévoir 30 minutes pour cela.

À la fin de la formation, les participants doivent remplir le questionnaire d'évaluation post-formation. Là encore, il faut prévoir 30 minutes pour cela.

Un identifiant unique doit être créé pour chaque participant, qu'il remplisse le formulaire à la main ou en ligne. Cette identification sera la même pour le questionnaire de pré-évaluation et de post-évaluation. Les identifiants uniques peuvent être créés, par exemple, en utilisant le nom du pays où la formation a lieu suivi des chiffres 1 à 25 (ou le nombre de participants dans le groupe). Par exemple, un participant pourrait recevoir l'identifiant unique de Jakarta12. Il pourrait être utile d'inclure les questionnaires pré et post avec les identifiants uniques dans les dossiers des participants avant le début de la formation afin de s'assurer que les identifiants uniques sont remis aux bons participants. Il n'est pas nécessaire de savoir qui reçoit quelle identification unique puisque les questionnaires sont anonymes, mais il est important de s'assurer que chaque personne a la même identification sur les deux questionnaires.

Une fois le questionnaire d'évaluation post-formation rempli, l'animateur doit ouvrir la discussion à tous les participants pour qu'ils expriment leurs points de vue sur la formation, les parties qu'ils ont appréciées et trouvées utiles et celles qu'ils n'ont pas appréciées ou trouvées utiles, ainsi que tout autre point de vue qu'ils souhaitent partager. C'est également l'occasion de discuter des actions et des stratégies évoquées pendant la formation que les participants ont l'intention de mettre en œuvre.

Les questionnaires pré et post doivent être imprimés pour chaque participant avant la formation. Les versions à imprimer et à distribuer sont disponibles ici :

- *Évaluation de la formation QualityRights de l'OMS sur la santé mentale, les droits humains et le rétablissement : questionnaire de pré-formation*: <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PreEvaluationQuestionnaireF2F.pdf>
- *Évaluation de la formation QualityRights de l'OMS sur la santé mentale, les droits humains et le rétablissement : questionnaire de formation POST*: <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PostEvaluationQuestionnaireF2F.pdf>

### Vidéos de formation

Les formateurs doivent examiner toutes les vidéos disponibles dans le module et choisir les plus appropriées à montrer pendant la formation. Les liens vers les vidéos peuvent changer au fil du temps. Il est donc important de vérifier que les liens fonctionnent avant la formation. Si un lien ne fonctionne pas, il convient de trouver un autre lien approprié vers une vidéo comparable.

Pour les vidéos en anglais, des sous-titres en français sont disponibles pour toutes les vidéos Youtube, en traduction automatique via les onglets au bas de la vidéo : paramètres > sous-titres > traduire automatiquement > français.

## Note préliminaire sur le langage

Nous reconnaissons que le langage et la terminologie reflètent l'évolution de la conceptualisation du handicap et que différents termes seront utilisés par différentes personnes dans différents contextes au fil du temps. Les personnes doivent pouvoir décider du vocabulaire, des expressions et des descriptions de leurs expériences, situation ou détresse. Par exemple, dans le domaine de la santé mentale, certaines personnes utilisent des termes tels que "personnes ayant un diagnostic psychiatrique", "personnes atteintes de troubles mentaux" ou "maladies mentales", "personnes atteintes de troubles mentaux", "consommateurs", "utilisateurs de services" ou "survivants psychiatriques". D'autres trouvent certains ou tous ces termes stigmatisant ou utilisent différentes expressions pour faire référence à leurs émotions, leurs expériences ou leur détresse. De même, le handicap intellectuel va être évoqué de diverses manières, par exemple "troubles de l'apprentissage", "troubles du développement intellectuel" ou "difficultés d'apprentissage".

Le terme "handicap psychosocial" a été adopté pour inclure les personnes qui ont reçu un diagnostic lié à la santé mentale ou qui s'identifient avec ce terme. Les termes "handicap cognitif" et "handicap intellectuel" sont conçus pour couvrir les personnes qui ont reçu un diagnostic spécifiquement lié à leur fonction cognitive ou intellectuelle, y compris, mais sans s'y limiter, la démence et l'autisme.

L'utilisation du terme "handicap" ou "situation de handicap" est importante dans ce contexte car elle met en évidence les obstacles importants qui entravent la participation pleine et effective à la société des personnes présentant des déficiences *réelles* ou *perçues* et le fait qu'elles sont protégées par la CDPH. L'utilisation du terme "handicap" ou "situation de handicap" dans ce contexte n'implique pas que les personnes ont une déficience ou un trouble.

Nous utilisons également les termes "personnes usagères", "usagers", "personnes qui utilisent" ou "qui ont déjà utilisé" les services sociaux et de santé mentale pour désigner les personnes qui ne s'identifient pas nécessairement comme ayant un handicap mais qui ont diverses expériences applicables à cette formation.

En outre, l'utilisation de l'expression "services sociaux et de santé mentale" dans ces modules fait référence à un large éventail de services actuellement fournis par les pays, y compris, par exemple, les centres de santé mentale communautaires, les cliniques de soins primaires, les services ambulatoires, les hôpitaux psychiatriques, les services psychiatriques des hôpitaux généraux, les centres de réadaptation, les guérisseurs traditionnels, les centres de soins de jour, les foyers pour personnes âgées et autres foyers "de groupe", ainsi que les services à domicile et les services et aides offrant des alternatives aux services sociaux ou de santé mentale traditionnels, fournis par un large éventail de prestataires de soins de santé et de services sociaux dans les secteurs public, privé et non gouvernemental.

La terminologie adoptée dans ce document a été choisie dans un souci d'inclusion. C'est un choix individuel de s'identifier à certaines expressions ou concepts, mais les droits humains s'appliquent toujours à tous, partout. Par-dessus tout, un diagnostic ou un handicap ne devrait jamais définir une personne. Nous sommes tous des individus, avec un contexte social, une personnalité, une autonomie, des rêves, des objectifs et des aspirations uniques et des relations avec les autres qui nous sont propres.

### Note ajoutée sur la traduction des textes – CCOMS, Lille, France

L'utilisation de l'expression "personnes handicapées" a été évitée et remplacée dans tous les modules par "personnes en situation de handicap". Ce choix a été fait à la lumière de la dimension sociale du handicap portée par la Convention : voir *Preamble, Paragraphe E*, de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

# Objectifs d'apprentissage, thèmes et ressources

## Objectifs d'apprentissage

À la fin de la formation, les participants seront en mesure de

- Comprendre les concepts de santé mentale et de bien-être ;
- Explorer ce que la santé mentale et les services connexes peuvent faire pour promouvoir la santé des personnes et Bien-être ;
- Comprendre les éléments clés du rétablissement et les obstacles à celui-ci ;
- Développer une compréhension du rôle de la santé mentale et des services connexes dans la promotion et le soutien de la santé et du rétablissement ;
- Etudier comment les individus et les services peuvent respecter, protéger et réaliser le droit des personnes à la santé et le rétablissement.

## Sujets

**Thème 1 :** Qu'est-ce que la santé mentale ? (1 heure 30 minutes)

**Thème 2 :** Promouvoir le droit à la santé dans les services sociaux et de santé mentale (1 heure 45 minutes)

**Thème 3 :** Qu'est-ce que le rétablissement ? (1 heure et 35 minutes)

**Thème 4 :** Promouvoir le rétablissement (1 heure 15 minutes)

**Thème 5 :** Le rôle des professionnels et des services sociaux et de santé mentale dans la promotion du rétablissement (40 minutes)

## Ressources nécessaires

- **Diapositives accompagnant le cours, *Rétablissement et droit à la santé : formation de base QualityRights de l'OMS : services sociaux et de santé mentale (diapositives de cours)*, sont disponibles ici**  
<https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>
- **Recommandations en matière de locaux : afin d'optimiser l'expérience d'apprentissage des participants, la salle dans laquelle la formation a lieu devrait être :**
  - Assez grande pour accueillir tout le monde, mais aussi assez petite pour créer un environnement propice à des discussions libres et ouvertes ;
  - La disposition des sièges qui permet aux gens de s'asseoir en groupe (par exemple, le "style banquet" où plusieurs tables rondes sont disposées autour de la salle, ce qui permet à plusieurs participants de s'asseoir ensemble autour de chacune des tables. Cela présente l'avantage supplémentaire d'encourager l'interaction entre les participants et de créer des groupes prêts à l'emploi pour les exercices de travail en groupe).
- **Garantir un accès aux personnes à mobilité réduite, selon les besoins, garantissant un accès à la formation pour toutes les personnes.**
- **Un accès internet dans la salle, afin de pouvoir montrer des vidéos**
- **Des haut-parleurs pour la vidéo audio**
- **Un écran et du matériel de projection**
- **1 ou plusieurs microphones pour le(s) animateur(s) et au moins 3 microphones sans fil supplémentaires pour les participants (idéalement un microphone par table de groupe).**

- **Au moins 2 tableaux de conférence ou similaires, plus du papier et des stylos**

**Les ressources supplémentaires à imprimer pour ce module de formation comprennent**

- **Des copies de l'annexe 1 : Scénario pour Youssef**

### **Durée**

Environ 6 heures et 40 minutes

### **Nombre de participants**

D'après l'expérience acquise à ce jour, l'atelier fonctionne mieux avec un maximum de 25 personnes. Cela permet à chacun d'avoir suffisamment d'occasions d'interagir et d'exprimer ses idées.

## Introduction

Ce module de la série de guide de formation du programme QualityRights de l'OMS examine comment une approche fondée sur les droits humains peut faciliter le rétablissement des personnes en situation de handicaps psychosociaux, intellectuels ou cognitifs. Il présente aux participants les concepts de santé mentale et de bien-être, en soulignant qu'il s'agit de concepts intrinsèquement personnels, propres à chaque individu.

Les participants explorent également la signification du droit à la santé, afin de comprendre comment ce droit est lié à la jouissance de tous les autres droits humains et comment les violations des droits humains ont un impact négatif énorme sur la santé et le bien-être des personnes. Le module met ensuite en évidence la manière dont les individus et les services peuvent respecter, protéger et réaliser le droit des personnes à la santé et au bien-être.

Le module explore également la signification du rétablissement et souligne l'importance de s'assurer que les personnes qui utilisent les services conduisent leurs propres soins et leur propre rétablissement. Les participants apprennent comment les plans de rétablissement peuvent être des outils efficaces pour aider les personnes à vivre une vie qu'elles trouvent satisfaisante et significative et à affirmer leurs choix, leur volonté et leur préférence en matière de soins et de soutien. Enfin, le module décrit les rôles des praticiens et des services, ainsi que des membres de la famille et des partenaires de soins, dans le soutien des personnes tout au long de leur parcours de rétablissement.

## Thème 1 : Qu'est-ce que la santé mentale ?

### Temps dédié à ce sujet

Environ 1 heure 30 minutes.

Commencez par poser la question suivante aux participants (5 min.) :

Qu'entendez-vous par "santé mentale" ?

Donnez aux participants quelques minutes pour réfléchir et discuter et inscrivez leurs réponses sur le tableau de conférence.



### **Présentation : Que signifie la santé mentale ? (25 min.)**

Définir la santé mentale et le bien-être n'est pas facile.

La réponse à la question "Qu'est-ce que la santé mentale ?" est fondamentalement personnelle et subjective. Les participants devraient pouvoir définir ce que signifie la santé mentale pour eux-mêmes. Par exemple, cela peut être :

- Un sentiment de bien-être intérieur
- Se sentir en accord avec ses propres croyances et valeurs
- Se sentir en paix avec soi-même
- Se sentir positif et optimiste face à la vie

Les malentendus à éviter sont notamment :

- La santé mentale est équivalente à l'absence de trouble de santé mentale ou d'un handicap.
- La santé mentale peut être définie objectivement.
- Il existe des normes ou des critères spécifiques pour déterminer ce qu'est une bonne santé mentale.

Tenter d'imposer une définition ou des normes de bonne santé mentale qui s'appliqueraient à tout le monde peut être problématique. Elle peut être utilisée pour imposer des croyances, des valeurs et des normes sociales à d'autres personnes et/ou pour isoler celles qui ne se conforment pas à certaines croyances, valeurs et normes sociales dominantes de la société. Cela peut conduire à l'exclusion, à la discrimination et, également, à la médicalisation de certains comportements considérés comme "anormaux" dans certaines sociétés ou certains contextes.

Ces croyances, valeurs et normes peuvent inclure, par exemple, que les personnes ayant une bonne santé mentale devraient pouvoir travailler, se marier et fonder une famille, faire face à une forte pression et être capables de travailler dans un environnement compétitif. Ces types de normes sont souvent liés aux attentes sociales concernant le genre ou les rôles sociaux. Il peut s'agir, par exemple, de la croyance que les hommes s'affirment davantage et que les femmes sont plus émotives.

### **Santé mentale et diagnostic (2)**

Les groupes et les individus y font référence de différentes manières - par exemple, diagnostic de santé mentale, diagnostic psychiatrique ou diagnostic d'un trouble mental. En tant que terme médical, il est utilisé pour décrire des modèles d'expériences et de comportements qui peuvent causer de la détresse et/ou être considérés comme difficiles à comprendre. Il comprend des étiquettes telles que dépression, trouble de l'anxiété, schizophrénie, psychose, etc. Elle implique que ce que les gens ressentent sont des symptômes d'une maladie ou d'un état pathologique.

Les gens peuvent avoir des opinions très différentes sur le diagnostic :

- Certaines personnes peuvent le trouver utile car il leur fournit une explication à leurs problèmes, leur fait sentir qu'elles n'ont pas besoin de se sentir coupables ou blâmées pour leurs difficultés et/ou il leur permet de se sentir moins seules.
- D'autres trouvent les diagnostics stigmatisants parce qu'ils impliquent qu'il y a quelque chose qui ne va pas avec le cerveau. On croit généralement que les problèmes de santé mentale sont causés par un déséquilibre chimique ou que les facteurs génétiques sont des déterminants majeurs, mais il n'existe aucune preuve soutenant ces affirmations.
- Les diagnostics sont basés sur un jugement de ce qui est un comportement "normal". Cependant, les opinions sur ce qu'est un comportement "normal" diffèrent selon les personnes, les groupes et les cultures. Ce qui est considéré comme "normal" peut également varier considérablement en fonction de ce que l'on attend des personnes en fonction de leur sexe ou de leur classe sociale. Il arrive que des personnes reçoivent un diagnostic psychiatrique parce que leur comportement n'est pas accepté dans leur société ou leur culture.
- Les gens peuvent également constater que le diagnostic qui leur est posé a un impact plus négatif sur leur vie et leur bien-être que leur détresse ou leurs expériences réelles, car le diagnostic entraîne des préjugés et des discriminations et fait obstacle à la vie qu'ils souhaitent mener.

Les gens peuvent choisir d'autres façons de penser à leur expérience :

- Pour de nombreuses personnes, ce qu'elles vivent peut-être le résultat d'un ou plusieurs événements traumatisants survenus dans leur vie et leur détresse ou leurs expériences inhabituelles sont des réponses ou des moyens naturels pour faire face à ces événements.
- Les personnes peuvent également expliquer leur détresse comme provenant ou étant causée par un contexte difficile ou des événements accablants (pauvreté, chômage, difficultés relationnelles, exclusion, discrimination).
- D'autres trouvent des significations spirituelles, culturelles ou autres à leur expérience.

Ces modes de pensée alternatives peuvent être utiles aux gens, les aidant à surmonter des situations ou des expériences difficiles et étant un élément clé de leur rétablissement. Par conséquent, ces points de vue ne doivent pas être rejetés ou ignorés.

Malgré cela, le refus des gens d'accepter un diagnostic lié à leur santé mentale est attribué à un "manque de perspicacité" de nombreux professionnels de la santé mentale et autres professionnels.

Il est très important de comprendre que les gens ont le droit de définir et d'exprimer leurs difficultés, leur détresse ou d'autres expériences d'une manière qui leur donne un sens. Les personnes en détresse doivent pouvoir accéder au soutien qu'elles souhaitent pour atteindre

l'état de santé mentale et de bien-être auquel elles aspirent. Les personnes devraient conserver leur droit de recevoir un soutien et un hébergement, quelle que soit la façon dont elles comprennent ou définissent leur détresse ou leurs expériences. En d'autres termes, un diagnostic ne devrait pas être une condition préalable pour recevoir des soins, un soutien ou un hébergement. Un soutien utile peut provenir de professionnels ou de services, mais aussi de relations personnelles, de soutien par les pairs et d'activités pouvant inclure la relaxation, le yoga et le sport.

Pour plus d'informations sur ce sujet, les participants peuvent trouver utiles les publications suivantes :

A short guide to psychiatric diagnosis. Mental Health Europe, 2018 <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/09/A-short-guide-to-Psychiatric-Diagnosis-FINAL.pdf> (consulté le 12 juillet 2021, en anglais seulement).

Understanding psychiatric diagnosis in adult mental health. The British Psychological Society  
<https://www.bps.org.uk/sites/www.bps.org.uk/files/Member%20Networks/Divisions/DCP/Understanding%20psychiatric%20diagnosis%20in%20adult%20mental%20health.pdf> (consulté le 12 juillet 2021, en anglais seulement).

Understanding psychosis and schizophrenia. The British Psychological Society, 2014  
<https://www.bps.org.uk/sites/www.bps.org.uk/files/Page%20-%20Files/Understanding%20Psychosis%20and%20Schizophrenia.pdf> (consulté le 12 juillet 2021, en anglais seulement).

## **L'interrelation entre la santé mentale et la santé physique**

Demandez aux participants :

Comment le fait de vivre avec un handicap ou une condition physique dégradée peut-il avoir un impact sur la santé mentale et le bien-être ?

Demandez aux participants de dresser une liste des impacts ou défis négatifs ainsi que des impacts positifs potentiels. S'ils se sentent suffisamment à l'aise, les participants peuvent fournir des exemples tirés de leur propre expérience.

Voici quelques exemples d'impacts ou de défis négatifs :

- La nécessité de faire face à la douleur
- Se sentir isolé / se sentir différent
- Discrimination.

Voici quelques exemples d'impacts positifs :

- L'expérience acquise pour surmonter les difficultés
- Une résilience développée
- Faire partie du mouvement des personnes en situation de handicap
- L'impact positif des réseaux de soutien.

Si les personnes en situation de handicap ou vivant avec une affection physique peuvent être

confrontées à des problèmes de santé mentale comme tout le monde, elles ont néanmoins souvent plus de mal à obtenir une aide à cet effet. Cela peut être dû, par exemple, au fait que une majorité des prestataires de services partent du principe que la détresse d'une personne est due à son handicap physique et ne reconnaissent pas les mêmes stress, tensions et défis qui affectent la vie de chacun. Pourtant, les stress liés au travail, aux relations, aux événements de la vie, etc. affectent également les personnes en situation de handicap physique. Dans d'autres cas, les prestataires de services peuvent reconnaître les problèmes de santé mentale auxquels une personne en situation de handicap physique est confrontée, mais peuvent ne pas croire qu'ils ont les compétences nécessaires pour soutenir cette personne.

Il est très important que les services sociaux et de santé mentale accordent la même attention et le même soutien aux besoins des personnes en situation de handicaps ou d'affections physiques qu'aux besoins des autres.



**Exercice 1.1 : Qu'est-ce qui vous aide à profiter de la santé mentale et du bien-être ? (30 min.)**

Cet exercice est conçu pour permettre aux participants d'explorer les éléments contribuant à leur santé mentale et à leur bien-être. Comme point de départ, c'est un bon endroit pour que le groupe fasse un brainstorming et partage sa compréhension des principaux facteurs et déterminants du bien-être mental.

- Qu'est-ce qui vous aide à vous sentir bien mentalement et émotionnellement ?

Demandez aux participants de se répartir en petits groupes de 5 personnes. Donnez aux participants 5 à 10 minutes pour discuter au sein de leur groupe.

Après la discussion en petits groupes, regroupez-les pour permettre à tous les participants d'apporter leurs idées en plénière (c'est-à-dire en groupe complet) à l'aide d'un diagramme en araignée. Utilisez le tableau de conférence pour créer un diagramme en forme d'araignée (voir la figure 1 ci-dessous), avec "santé mentale et bien-être" au centre et avec les déterminants et les éléments contribuant à la santé mentale et au bien-être comme "jambes" qui se ramifient. Ajoutez chaque "jambe" au fur et à mesure que les participants partagent leurs idées pendant la discussion. N'hésitez pas à ajouter des idées connexes sous forme de puces sous chaque jambe, et guidez les participants vers l'établissement de liens entre chaque catégorie.

La figure ci-dessous montre une façon potentielle de classer les principaux facteurs et déterminants de la santé mentale et du bien-être : l'attitude vis-à-vis de soi-même, les relations avec les autres, le but de la vie, les défis à surmonter et la santé physique.

Notez que le diagramme en araignée de la figure 1 n'est qu'un exemple et n'est pas exhaustif. Les participants trouveront leurs propres idées et listes.

Il est également important de noter que cet exercice vise à déterminer ce que la santé mentale et le bien-être signifient *pour les participants*. Ils doivent comprendre que leurs réponses seront uniques et ne sont ni correctes ni incorrectes. Certaines personnes peuvent, par exemple, accorder une grande importance à la santé physique (exercice, alimentation équilibrée, etc.) pour leur bien-être, tandis que d'autres ne le font pas. Les participants ne doivent pas avoir le sentiment que tous les éléments du diagramme en araignée ci-dessous doivent être réalisés pour une bonne santé mentale et un bon bien-être.



**Figure 1.** Exemple de diagramme en araignée des éléments de la santé mentale Voici quelques réponses possibles que les participants peuvent donner :

- **Attitude à l'égard de soi**
  - Avoir une estime de soi positive/avoir confiance en soi/être heureux avec ce que je suis/avoir le sentiment d'être important.
  - Je me sens habilité à exprimer mon opinion.
  - Avoir du respect pour soi-même.
  - Je me sens capable d'atteindre mon plein potentiel.
  - Pas de souffrance.
- **Objectifs dans la vie**
  - Avoir l'espoir de la vie et de l'avenir.
  - Avoir le désir de vivre une vie épanouie.
  - Avoir un but.
  - Être capable de se fixer et d'atteindre des objectifs dans la vie.

- Avoir une perspective positive.
- Avoir la capacité de profiter de la vie.
- Connaître la croissance.
- **Relations avec les autres**
  - Ne pas être intimidé ou discriminé, ne pas être soumis à la violence.
  - Avoir un sentiment d'appartenance.
  - Se sentir respecté en tant qu'individu à part entière.
  - L'attachement émotionnel à la famille et aux amis.
  - Avoir une communauté.
  - Être à l'aise avec les autres.
  - Être capable d'aimer et de faire confiance à d'autres personnes.
  - Pouvoir exprimer mon point de vue et être écouté par les autres.
  - Avoir un réseau de personnes en qui je peux avoir confiance et qui me soutiennent.
- **Besoins fondamentaux**
  - Alimentation et eau propre
  - Abri
  - Vêtements
  - Soins de santé
  - Sécurité financière
  - Éducation
  - Assainissement
  - Sécurité personnelle.
- **Engagement**
  - S'engager dans des activités qui sont personnellement gratifiantes.
  - Obtenir une satisfaction du travail ou d'autres activités.
  - Avoir accès aux activités spirituelles, culturelles ou de loisirs de mon choix.
  - Avoir un rôle et être respecté dans la communauté.
  - Se sentir accueilli et participer aux affaires communautaires.
- **Surmonter les défis**
  - Confiance pour prendre des décisions.
  - Avoir de la résilience.
  - Être capable de faire face à la frustration.
  - Faire face aux changements dans l'environnement et dans la vie.
  - Avoir un équilibre entre le travail et la vie familiale.
  - Être capable de se concentrer et de gérer des activités.
  - Surmonter les obstacles pour répondre aux aspirations.
- **Avoir le contrôle sur sa vie**
  - Autonomie.
  - Être capable de façonner sa vie et son rétablissement.
  - Avoir son mot à dire dans les décisions communautaires.
  - Sentir que ses souhaits sont écoutés et respectés.

Le contrôle et le choix sont fortement liés au droit à la capacité juridique (article 12 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, ou CDPH) (3). Ce sujet est développé dans le module "*Capacité juridique et droit à la décision*" et le module "*Soutien à la prise de décision et directives anticipées en psychiatrie*".

Il est important de noter que les praticiens de la santé mentale et autres se concentrent souvent sur quelques éléments limités qui affectent la santé mentale, mais omettent d'autres éléments clés qui ont un effet positif sur la santé mentale et le bien-être - par exemple l'équilibre, les objectifs et la réalisation, et le travail - bien qu'ils considèrent ces éléments positifs comme importants pour leur propre santé mentale et leur bien-être (4).



**Présentation : Protéger et promouvoir la santé mentale et le bien-être (25 min.)**

### **Qu'est-ce qui peut avoir un effet négatif sur la santé mentale et le bien-être ?**

Au début de cette présentation, posez la question suivante aux participants :

Quels sont les facteurs qui peuvent avoir un impact négatif sur la santé mentale et le bien-être, ou qui y font obstacle ?

Laissez aux participants un peu de temps pour formuler leurs idées sur cette question.

La santé mentale et le bien-être sont influencés par de nombreux facteurs, qu'ils soient sous notre contrôle ou non. Il est très important de noter que les facteurs sociaux sont essentiels à la santé mentale et au bien-être.

Montrez ensuite aux participants la liste de facteurs suivante :

- **La pauvreté** : Le fait de ne pas disposer d'un revenu suffisant pour subvenir aux besoins fondamentaux est préjudiciable à la santé mentale et au bien-être, car il donne lieu à un large éventail de problèmes sociaux et psychosociaux (stress, anxiété, colère, toxicomanie, etc.). La pauvreté empêche également l'accès à une alimentation nutritive, à un soutien spécialisé, à un logement adéquat, ainsi qu'à des services et à des traitements pour les maladies et peut avoir de graves conséquences sur la santé.
- **L'inégalité** : Les disparités et les inégalités entre les différents groupes de personnes dans la société peuvent avoir une incidence négative sur la santé mentale et le bien-être de certaines personnes lorsqu'elles ont le sentiment d'avoir moins de ressources et de possibilités et moins de sécurité que d'autres. Si une personne ou un groupe est désavantagé se heurte à des obstacles à la participation par rapport à une autre personne ou à un autre groupe (par exemple, s'il reçoit un salaire inégal pour un travail égal ou des soins de santé de moindre qualité), cela peut avoir un effet négatif sur sa santé mentale et son bien-être.
- **L'isolement social et la solitude** : Les personnes vivant dans des communautés non inclusives éprouvent un sentiment de marginalisation et d'exclusion qui affecte négativement leur santé mentale et leur bien-être. En outre, si les personnes n'ont pas accès à un réseau de soutien de leur famille et de leurs amis, leur santé mentale et leur bien-être risquent également d'être affectés de manière négative. Il a été constaté que l'isolement est un facteur de risque important pour la mortalité (5).
- **Faible niveau d'éducation** : Un faible niveau d'éducation réduit les possibilités de participer pleinement et activement à la société, d'accéder aux services et aux aides et de trouver un emploi.
- **Changements sociaux rapide** : Les changements sociaux rapides (liés par exemple à l'économie, la politique, la religion, la famille, l'éducation, la science, la technologie, etc.) peuvent influencer les valeurs, les croyances et les comportements de la société, et peuvent affecter notre bien-être et notre mode de vie. En outre, certains événements de la vie (par exemple, la perte d'un membre de la famille, la perte d'un

emploi et d'un revenu, le début d'un nouvel emploi, le fait de devenir parent) peuvent produire des sentiments et des émotions fortes qui peuvent mettre à rude épreuve la santé mentale et le bien-être d'une personne.

- **Urgences** : Pendant et après les situations d'urgence, les gens sont souvent confrontés à des situations difficiles (séparation des familles, surpeuplement, manque de sécurité, manque de nourriture et d'autres ressources, manque d'intimité, détention dans des camps de réfugiés et autres) qui ont un impact négatif sur la santé mentale et le bien-être et peuvent avoir des effets durables.
- **Des conditions de travail stressantes** : Les exigences excessives, le manque de soutien et d'encouragement, les préoccupations en matière de sécurité et les risques pour la santé dans l'environnement de travail peuvent donner à une personne le sentiment d'être vulnérable, sous-estimée et incapable de faire face.
- **Discrimination et autres violations des droits humains** : La discrimination fondée sur des facteurs sociaux - dont le sexe, l'âge, le handicap, le statut de migrant et d'autres facteurs - et le déni de ses droits ont un impact négatif sur l'estime de soi, la confiance en soi, le contrôle de sa vie et l'espoir en l'avenir.
- **La violence et la maltraitance** : Outre les graves conséquences sur la santé physique, la violence et la maltraitance ont de nombreux effets psychologiques négatifs importants, notamment les traumatismes, la peur, la solitude, la colère, la dépression, l'anxiété, les pensées suicidaires, le repli sur soi et la perte de confiance dans la communauté. La violence fondée sur le sexe est également très répandue, de nombreuses femmes, filles, personnes transgenres et autres personnes étant victimes d'abus physiques, sexuels et émotionnels et ces abus ont de graves répercussions sur la santé mentale et le bien-être.
- **Conditions de santé physique** : Les conditions de santé physique et les maladies peuvent présenter des obstacles et des défis quotidiens. Si une personne (ou un de ses proches) souffre d'une maladie physique chronique, elle peut avoir davantage d'obstacles à surmonter et d'ajustements à faire pour mener une vie satisfaisante.
- **Des services ou un soutien inexistant ou inadéquat** : Sans accès à des services sociaux ou de santé et à un soutien adéquat, les personnes peuvent être incapables de faire face à ces facteurs. Des services inadéquats peuvent aggraver ces problèmes et provoquer de nouvelles violations des droits humains, ce qui a un impact négatif sur la santé mentale et le bien-être.

Ces facteurs peuvent s'additionner interagir pour affecter la santé mentale et le bien-être de manière différente selon les groupes de personnes.

Nous devons également nous rappeler, en ce qui concerne les personnes en situation de handicaps psychosociaux, intellectuels ou cognitifs, que ce sont souvent les stigmates, les attitudes négatives, la discrimination et les autres violations des droits humains auxquels elles sont confrontées qui ont l'impact le plus négatif sur leur vie.

Les instruments relatifs aux droits humains visent à protéger les personnes contre les facteurs décrits ci-dessus. De nombreux instruments protègent spécifiquement le droit à la santé.

## **Le droit à la santé en tant que droit humain**

Le droit à la santé a été inscrit dans les instruments et traités internationaux et régionaux relatifs aux droits humains ainsi que dans les constitutions nationales du monde entier.

Le droit à la santé, y compris ses éléments essentiels, a été formulé pour la première fois dans la Constitution de l'OMS en 1946. La Constitution de l'OMS stipule que "*la santé est un état de*

*complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité" et que "la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale". (6)*

Le droit à la santé est également inclus dans d'autres instruments et traités des Nations unies, tels que la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH, 1948) et l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC, 1966). Selon ce dernier traité, pour permettre d'atteindre le niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale, les gouvernements doivent veiller à ce que les services de santé, y compris les services de santé mentale, soient disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité (7).

Le droit à la santé est également inclus dans l'article 25 de la CDPH. Cet article décrit les implications du droit à la santé pour les personnes en situation de handicap. Le droit à la santé signifie une santé inclusive - en d'autres termes, les gouvernements ont le devoir de veiller à ce que toutes les personnes puissent vivre dans un état de santé physique et mentale optimal et que personne ne soit exclu en raison de son handicap. Il s'agit notamment de garantir l'accès à des services de soutien en fonction de la volonté et des préférences de la personne concernée, ainsi que de créer des environnements sains et tenant compte des spécificités de chaque sexe, qui soient orientés vers l'inclusion et le bien-être.

La jouissance du droit à la santé est indissociable de tous les autres droits humains. Par exemple, pour pouvoir jouir du droit à la santé, les personnes doivent être à l'abri de l'exploitation, de la violence et de la maltraitance et doivent bénéficier d'un niveau de vie et d'une protection sociale adéquats. Inversement, les violations des droits humains ont un impact négatif énorme sur la santé mentale. Par exemple, si les gens sont victimes d'exploitation, de violence et d'abus, ils sont plus susceptibles d'éprouver une détresse émotionnelle. En outre, de mauvaises conditions de vie, la discrimination et l'absence d'accès à la protection sociale peuvent également avoir un impact négatif sur la santé mentale des personnes.

Montrez aux participants la vidéo suivante pour illustrer ce que l'on entend par "santé inclusive" :

Inclusive health overview, Special Olympics [3:17] <https://youtu.be/CDGpKMgKWbU> (consulté le 12 juillet 2021, traduction automatique des sous-titres disponible)

## **Favoriser la santé mentale et le bien-être**

Il est essentiel de créer des environnements et des conditions de vie qui peuvent contribuer à une bonne santé mentale et au bien-être. En tant qu'individus, nous pouvons tous jouer un rôle dans la promotion de la santé mentale et du bien-être des personnes. Par exemple, nous pouvons traiter les autres avec dignité et respect, nous pouvons être avec nos proches lorsqu'ils ont besoin d'un soutien émotionnel, nous pouvons mettre les gens en contact avec des options de soutien appropriées, etc. Nous pouvons plaider en faveur de meilleurs environnements et de meilleures conditions de vie, lutter contre la pauvreté et l'injustice sociale en tant que déterminants d'une mauvaise santé mentale et nous pouvons rendre nos communautés plus justes pour tous.

Les services sociaux et de santé mentale ont également un rôle et une responsabilité importants pour garantir qu'ils fournissent des soins et un soutien de qualité sur la base d'un consentement libre et éclairé. Cela favorisera l'inclusion dans la communauté, l'autonomie et

le respect de la volonté et des préférences de la personne. Les soins en institution ne sont pas compatibles avec ces objectifs ni avec le droit à la santé. La CDPH appelle les professionnels à utiliser leurs connaissances, leurs capacités et leurs compétences pour créer, développer et renforcer des services de qualité.

## Thème 2 : Promouvoir le droit à la santé dans les services sociaux et de santé mentale

### Temps dédié à ce sujet

Environ 1 heure 45 minutes.



### Exercice 2.1 : Grands dessins (45 min.)

Au début de l'exercice, indiquez clairement aux participants que

- Le but de cet exercice n'est **pas de** laisser entendre que les hôpitaux psychiatriques ou autres institutions peuvent devenir de bons endroits où vivre ou séjourner pendant une longue période. Les gens ne devraient **jamais** avoir à résider dans des institutions.
- Les établissements de santé mentale qui sont isolés de la communauté et sans lien avec elle devraient être progressivement supprimés et remplacés par des services de santé mentale et des services sociaux fournis dans la communauté.
- Lorsque les personnes souhaitent séjourner dans un endroit qui n'est pas leur domicile, elles doivent avoir accès, sur une base volontaire, à des services de proximité à court terme qui respectent pleinement leurs droits, tels que des logements résidentiels offrant un soutien dans la communauté (par exemple, les maisons Soteria) ou des unités de santé mentale de haute qualité dans les hôpitaux généraux.

Le but de cet exercice est de demander aux participants de réfléchir aux caractéristiques qu'ils souhaiteraient voir dans les services de santé mentale qui prévoient un hébergement à court terme et qui sont disponibles pour les personnes en situation de handicaps psychosociaux, intellectuels ou cognitifs sur une base volontaire et dans la communauté pour rendre le service accueillant, confortable et désirable.

Demandez aux participants de se diviser en deux groupes.

Expliquez ensuite ce qui suit :

Tout d'abord, pensez à l'environnement **actuel** d'un service de santé mentale en hospitalisation ou en résidence (par exemple, un service où ils sont actuellement hébergés, où ils ont été hébergés dans le passé, où ils travaillent ou qu'ils ont visité).

Ensuite, il **faut** discuter et comparer la **façon dont elle devrait être**. Documentez vos conclusions, car vous serez invité à faire un rapport.

Chaque groupe aura des domaines de réflexion différents et nous combinerons les idées à la fin.

**Le groupe 1** se concentrera sur l'environnement physique d'un service de santé mentale hospitalier ou résidentiel. Les membres du groupe 1 doivent réfléchir à la vie privée, à la sécurité et à ce qui constitue un environnement confortable.

Certaines questions peuvent être utilisées pour lancer la conversation, si elles sont pertinentes dans le contexte des participants. Par exemple :

- Le bâtiment est-il en bon état physique ?
- Le bâtiment est-il situé dans la communauté et est-il facilement accessible (par exemple par les transports publics, etc.) ?
- Quel est le degré d'accessibilité du bâtiment ? Tout le monde peut-il y accéder ? Qu'en est-il des personnes qui ont des difficultés de mobilité, qui utilisent des fauteuils roulants, etc.
- Les gens ont-ils des endroits confortables pour dormir ?
- Disposent-ils d'espaces privés, y compris de lieux pour conserver leurs biens personnels ?
- Les gens disposent-ils de toilettes et de douches propres ou d'autres installations de bain qui permettent de préserver leur intimité ?
- L'environnement est-il hygiénique ?
- L'environnement est-il conçu pour être sûr, sécurisé et sans risque pour la santé de la personne ou le bien-être ?
- Où et comment les aliments sont-ils préparés ? La nourriture est-elle préparée par les gens eux-mêmes ?
- Les gens ont-ils la possibilité de personnaliser l'environnement en fonction de leur culture, de leurs intérêts et de leurs préférences personnelles ? Les gens ont-ils la possibilité d'ajouter des décorations et des objets personnels ?

**Le groupe 2** se concentrera sur l'atmosphère générale du service de santé mentale en hospitalisation ou en résidence. Les membres du groupe 2 doivent réfléchir à toute règle formelle ou tacite de comportement et de communication dans ces deux environnements différents. Ils doivent également examiner comment chaque environnement est lié à la communauté locale et interagit avec elle.

Voici quelques questions pour lancer la conversation :

- Comment décririez-vous l'atmosphère générale ?
- Y a-t-il des règles concernant le respect de la vie privée ?
- Comment les gens se comportent-ils les uns envers les autres ?
- Comment les gens se parlent-ils dans cet environnement ?
- Les gens sont-ils capables de parler librement et ouvertement quand ils le veulent ?
- Y a-t-il des possibilités de développer des amitiés ou des contacts sociaux étroits ?
- Peut-on utiliser les moyens de communication (téléphones mobiles, Internet, etc.) ?
- Y a-t-il un uniforme ou les gens peuvent-ils porter ce qu'ils aiment ? Les gens doivent-ils porter un pyjama pendant la journée ?
- Comment parle-t-on et s'adresse-t-on aux résidents ?
- Les gens peuvent-ils pratiquer des activités religieuses, de loisirs ou culturelles ?
- Les gens peuvent-ils aller et venir à leur guise ?
- Existe-t-il des règles concernant les visiteurs et les heures de visite ?
- Y a-t-il des interactions régulières avec la communauté locale ? Les gens participent-ils aux activités de la communauté locale ?
- Y a-t-il des événements sociaux et familiaux ?
- Y a-t-il des différences en termes de dynamiques de pouvoir ? (Par exemple, tout le monde a-t-il un statut égal ou existe-t-il des hiérarchies en termes de pouvoir - par exemple au sein du service ou entre les personnes qui utilisent le service et le personnel ? Des personnes qui seraient normalement chargées de prendre des décisions pour leur ménage se voient-elles refuser cette possibilité au sein du

service, ce qui entraîne un sentiment d'impuissance) ?

Demandez à chaque groupe de rendre compte de ses discussions. A la fin de la discussion, demandez aux participants en séance plénière :

Pensez-vous que certains des changements discutés pourraient être mis en œuvre dans le service que vous connaissez ? Cela serait-il difficile ?

Concluez cet exercice en expliquant aux participants que :

L'environnement physique et l'atmosphère générale de la santé mentale et des services sociaux ont tous deux un impact important sur la santé mentale et le bien-être des personnes. Il est essentiel de disposer d'un environnement confortable et stimulant où les personnes se sentent en sécurité, respectées et soutenues pour que les services répondent aux besoins et aux attentes des personnes.

Certains services, cependant, ne respecteront pas les droits des personnes et ne favoriseront pas le bien-être (par exemple, les institutions abandonnées et isolées de la communauté) et devraient être fermés et remplacés par des services de proximité qui respectent les droits des personnes.

Comme exemple de service de proximité, montrez aux participants la vidéo suivante :

Seher, Urban Community Mental Health Program, Pune. Bapu Trust for Research on Mind and Discourse, 2013 (5:12)  
<https://youtu.be/Ozqg5rET9kk> (consulté le 12 juillet 2021, traduction automatique des sous-titres disponible).



### ***Exercice 2.2 : Ce service soutient-il suffisamment la santé mentale ? (25 min.)***

Expliquez aux participants que le but de cet exercice est d'explorer plus en profondeur ce qui peut être fait pour créer un meilleur environnement de service qui profite à tous. Si les participants ne sont pas directement liés à un service de santé mentale particulier ou à un service connexe, demandez-leur de penser à un service qu'ils connaissent ou avec lequel ils sont familiers. Cet exercice n'a pas pour but de juger ou de blâmer qui que ce soit. Encouragez les participants à partager ouvertement leurs réflexions dans un esprit d'apprentissage, et à permettre un échange d'idées.

Demandez aux participants de faire un brainstorming pour répondre à la question suivante :

- Comment votre service promeut-il la santé mentale et le bien-être ?
- Essayez de réfléchir à la relation entre le respect des droits humains dans le service et la promotion de la santé mentale et du bien-être.
- Essayez d'aller au-delà de la simple discussion sur le "traitement" de la santé mentale. Explorez et gardez à l'esprit ce qui a été dit dans les exercices et discussions précédents concernant les différents éléments qui contribuent à la santé mentale et au bien-être (y compris les déterminants sociaux de la santé mentale).

Écrivez les idées des participants sur le tableau de conférence. Notez que ces réponses

peuvent varier considérablement en raison des différences entre les services. Essayez d'encourager les participants à décrire des situations réelles et des exemples tirés de leur service.

Quelques réponses possibles sont énumérées ci-dessous :

- Avoir un personnel de soutien qui écoute les gens et les traite comme des êtres humains qui méritent la gentillesse et le respect.
- Ne pas forcer les gens à suivre un traitement et une intervention dont ils ne veulent pas.
- Recruter des pairs pour offrir de l'espoir, du soutien et de l'encouragement.
- Promouvoir l'autonomie et l'indépendance des décisions et respecter la volonté et les préférences des utilisateurs de services.
- Fournir des messages positifs et pleins d'espoir sur le bien-être et le rétablissement.
- Fournir une atmosphère qui soit favorable et propice à la guérison (qui soit agréable, sûre, amicale, non stressante et non discriminatoire).
- Accorder une attention adéquate aux besoins en matière de soins de santé physique.
- Fournir une alimentation et une eau adéquates et suffisantes.
- Proposer des activités sociales et sportives.
- Offrir d'autres possibilités d'auto-assistance.
- Aider les gens à construire leurs propres réseaux sociaux.
- Fournir des conseils ou une psychothérapie.
- Relier les personnes aux aides sociales, aux services et aux possibilités de logement.
- Promouvoir l'accès à l'éducation et aux opportunités d'emploi/de revenu.

Posez ensuite aux participants la question ci-dessous. Notez qu'ils ont peut-être déjà commencé à donner quelques réponses en répondant à la question précédente.

- **Que peut faire votre service, et comment peut-il s'améliorer, pour promouvoir la santé mentale et le bien-être ?**

Quelques réponses possibles sont énumérées ci-dessous :

- Ne pas forcer les gens à suivre un traitement et à subir des interventions dont ils ne veulent pas ; proposer des alternatives acceptables pour les gens.
- Écoutez les préoccupations de chacun ; demandez aux gens ce qui leur permettra de se sentir mieux.
- Soutenir les personnes sans discrimination lorsqu'elles ont besoin d'aide.
- Permettre aux gens d'exprimer leurs propres souhaits de manière proactive.
- Faites preuve de souplesse pour répondre aux différents besoins d'aide.
- Aider les personnes à développer des capacités d'adaptation à utiliser dans des situations difficiles.
- Traiter les gens avec dignité et respect.
- Ne criez pas sur les gens, ne les traitez pas de façon désagréable et ne soyez pas violent ou abusif envers eux.
- Si l'environnement des services est déprimant, morne, inconfortable ou peu hygiénique, apportez-y des changements et des améliorations afin qu'il devienne plus agréable.
- Veillez à ce que les gens puissent voir leur famille et leurs amis quand ils le souhaitent afin qu'ils puissent rester connectés à leur vie et aux réseaux sociaux de leur communauté.
- Veiller à ce que les personnes ne soient pas isolées de leurs réseaux sociaux.
- Demandez aux gens comment le personnel et le service peuvent améliorer leurs soins et ce qui les fait se sentir mieux et plus satisfaits.
- Informer les gens sur une série d'options qui pourraient les aider à se rétablir.
- Parlez aux gens et faites tout votre possible pour les comprendre, ainsi que leurs besoins et exigences particuliers - y compris les besoins liés au sexe, à l'accessibilité

- financière, aux exigences linguistiques, etc.
- Fournir aux gens un accès ou un contact avec des pair-aidants.
- Communiquer des messages d'espoir positifs et des messages qui font comprendre que les gens peuvent mener une vie satisfaisante et réussie en présentant des symptômes de troubles mentaux.
- Rendre l'environnement moins oppressant ; veiller à ce que les gens se sentent libres d'être eux-mêmes et de s'exprimer dans toute leur diversité.
- Mettre en œuvre une formation à la sensibilité au genre pour les prestataires de services.



**Présentation : Le rôle de la santé mentale et des services sociaux dans la promotion de la santé physique (15 min.)**

Les besoins en matière de santé physique des personnes ayant recours aux services de santé mentale et aux services sociaux sont souvent négligés.

- Certains traitements dispensés dans les services de santé mentale et les services sociaux (par exemple, les médicaments, les ECT) peuvent avoir des répercussions très graves sur la santé physique (8), (9), (10). Il est très important que les personnes soient informées de ces risques potentiels afin de pouvoir donner ou refuser leur consentement à ces traitements.
- En outre, il est fréquent que les personnes qui utilisent les services ne se voient pas proposer de dépistage et de traitement pour des problèmes de santé physique.
- Cela peut être problématique car certains problèmes de santé mentale peuvent avoir des causes physiques.
- En outre, les personnes en situation de handicaps psychosociaux, intellectuels ou cognitifs peuvent être exposées à des problèmes de santé physique, notamment le diabète et les maladies cardiovasculaires. Ces problèmes peuvent être liés au mode de vie mais peuvent également résulter de l'impact direct des médicaments.
- Les personnes en situation de handicaps psychosociaux, intellectuels ou cognitifs ne sont pas toujours prises au sérieux lorsqu'elles se plaignent de symptômes de santé physique, car leurs plaintes ne sont pas considérées comme étant la conséquence de l'état de santé mentale diagnostiqué.
- Enfin, les personnes en situation de handicaps psychosociaux, intellectuels ou cognitifs se voient parfois refuser des services de santé ou doivent les attendre plus longtemps parce que d'autres personnes sont prioritaires.
- En conséquence, ces personnes sont souvent exposées à un risque accru de mauvaise santé et de décès prématuré.

Comme nous l'avons vu dans le module "*Droits humains*", des études ont montré que les personnes ayant des graves problèmes de santé mentale meurent en moyenne 10 à 20 ans plus tôt que le reste de la population (11), (12).

Il est donc essentiel que les gens aient accès à la gamme de services de santé physique qui sont disponibles pour le reste de la population. En outre, les normes des soins de santé physique qu'ils reçoivent devraient être de qualité égale.

Les services sociaux et de santé mentale devraient :

- Fournir des informations précises et complètes sur les effets potentiellement nocifs du traitement.
- Être attentif à tout effet indésirable des médicaments sur la santé physique ou mentale (par exemple, dyskinésie tardive, diabète, problèmes rénaux, problèmes de foie, augmentation des pensées suicidaires, agitation, agressivité).
- Écouter les plaintes, poser régulièrement des questions et procéder à des examens pour savoir si la personne subit des effets indésirables.
- Aider au retrait des médicaments lorsque la personne le souhaite.
- S'abstenir de prescrire plusieurs médicaments.
- S'abstenir de promouvoir l'idée de déséquilibre chimique ou de trouble cérébral car cela peut empêcher les gens d'explorer d'autres solutions non pharmacologiques qui peuvent être bénéfiques pour comprendre et gérer la détresse émotionnelle qu'ils éprouvent.



**Exercice 2.3 : Mon service prend-il suffisamment en charge la santé physique ? (15 min.)**

Demandez à nouveau aux participants de répondre aux questions suivantes :

- Que fait mon service pour promouvoir la santé physique ?

Les réponses possibles peuvent inclure :

- Les plaintes des usagers de services en matière de santé sont toujours prises au sérieux.
- Les personnes sont orientées vers des médecins généralistes ou vers un hôpital lorsqu'elles ont besoin d'une évaluation plus approfondie ou d'un traitement pour des problèmes de santé physique.
- Lorsque les personnes arrivent au service, elles se voient proposer un examen physique complet de leur santé avec un traitement approprié.

Encore une fois, lorsque vous posez la question suivante, notez que les participants peuvent avoir déjà fourni certaines des réponses.

- Que peut faire mon service pour améliorer l'accès aux soins et aux services de santé physique ?

Les réponses possibles peuvent inclure :

- Ce service pourrait fournir davantage d'informations sur la santé sexuelle et reproductive ainsi que sur la santé physique.
- Le service pourrait fournir une alimentation plus saine.
- Le service pourrait offrir davantage de possibilités d'exercice physique (par exemple, sports, promenades, etc.)
- Ce service pourrait faciliter l'orientation vers d'autres services de santé.
- Ce service pourrait faciliter l'accès à l'aide relative aux régimes et aux procédures d'assurance maladie.
- Le personnel pourrait être plus attentif et plus réactif à la santé physique des personnes besoins.

## Thème 3 : Qu'est-ce que le rétablissement?

### Temps dédié à ce sujet

Environ 1 heure et 35 minutes



### Exercice 3.1 : Se sentir mieux (40 min.)



**Avertissement** : Cette activité peut provoquer de fortes réactions émotionnelles chez certaines personnes.

Les formateurs doivent en être conscients et doivent, avant cette activité, faire savoir aux participants qu'ils doivent se sentir libres d'exprimer leurs émotions, de faire une pause ou de quitter la session de formation jusqu'à la fin de l'activité. L'animateur doit également être attentif à tout signe de détresse manifestée par les participants et doit être prêt à leur apporter son soutien ([veuillez vous référer au document \*Orientation pour les formateurs\* pour plus d'informations](#)).

Cet exercice est conçu pour encourager les participants à réfléchir aux défis et aux facteurs utiles impliqués dans le processus de rétablissement.

Commencez par demander aux participants ce qui suit :

- **Pensez à une époque où vous deviez vous remettre de quelque chose - cela peut être maintenant ou dans le passé.** Il peut s'agir, par exemple, de lutter contre une maladie physique, de perdre un être cher, d'être victime d'abus, de perdre une occasion importante ou un emploi. Il peut s'agir de n'importe quoi, pas nécessairement lié à la santé mentale.
- Quels sont les défis émotionnels que vous avez dû relever ?
- Comment les avez-vous traités (de manière positive ou négative) ?
- Qu'est-ce qui a été difficile pour se remettre de cette situation ?

Après cette discussion, posez aux participants les questions suivantes :

- Qu'est-ce qui vous a aidé à vous améliorer / à surmonter cette situation ?

Donnez aux participants 2 à 3 minutes pour réfléchir à leurs expériences personnelles de rétablissement ou pour les noter. Il peut être utile pour eux de considérer leur rétablissement comme un voyage. Demandez à un ou plusieurs volontaires de partager leur expérience. L'objectif est de laisser le groupe réfléchir à ce qu'implique le rétablissement en général.

Ensuite, montrez le tableau suivant :

Des recherches menées en Écosse ont révélé que les facteurs importants sur la voie du rétablissement sont les suivants (13) :

Retrouver son identité	Relations
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confiance</li> <li>• Espoir et optimisme</li> <li>• Acceptation de soi, responsabilité, croyance et estime</li> <li>• Auto-efficacité</li> <li>• Conscience de soi</li> <li>• Aller au-delà de l'étiquette</li> <li>• Récupérer le pouvoir et l'autodétermination</li> <li>• Appartenance - identité culturelle, sociale et communautaire</li> <li>• Activisme</li> <li>• Spiritualité</li> <li>• Résilience et adaptation</li> <li>• Prendre le contrôle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amitiés</li> <li>• Relations familiales de soutien</li> <li>• Relations intimes (c'est-à-dire partenaire)</li> <li>• Parents</li> <li>• Pairs</li> <li>• Animaux de compagnie</li> <li>• Professionnel du service</li> <li>• Confiance et reconnaissance mutuelles</li> <li>• Des relations pleines d'espoir</li> </ul>
Engagement et recherche de sens et d'objectifs	Services et aides
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Être valorisé</li> <li>• S'engager dans des rôles significatifs</li> <li>• Bénévolat, emploi, carrière et éducation</li> <li>• Apprendre sur soi-même et sur sa condition</li> <li>• Engagement communautaire et social</li> <li>• Communautés et logement</li> <li>• Exercice et créativité</li> <li>• L'expérience des autres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sentir informé et maître de la situation</li> <li>• Continuité et flexibilité</li> <li>• Traitements et thérapies</li> <li>• Sécurité</li> <li>• Soutien par les pairs</li> <li>• Relations, attitudes et pouvoir</li> <li>• Logement et soutien communautaire</li> <li>• Sécurité financière</li> </ul>

Demandez aux participants :

- En quoi ce tableau est-il similaire ou différent des facteurs qui ont été importants dans votre propre processus de rétablissement ?

Les participants sont susceptibles de pouvoir identifier un certain nombre de facteurs communs. Une fois que les participants ont identifié des similitudes, soulignez les points suivants :

- Il est important de noter que les facteurs de rétablissement énumérés dans ce tableau ne s'appliquent pas uniquement aux personnes en situation de handicaps psychosociaux, intellectuels ou cognitifs. Tout le monde se rétablit ou s'est rétabli de quelque chose dans sa vie. Par conséquent, ces facteurs de rétablissement peuvent s'appliquer à tout le monde.
- Cependant, le rétablissement peut être plus difficile pour certaines personnes que pour d'autres, car les gens peuvent se remettre de différentes choses dans des contextes très différents. Les gens peuvent également se trouver à des stades très différents de leur rétablissement.



## Présentation : Rétablissement (14) (50 min.)

L'objectif de cette présentation est de présenter l'approche de rétablissement. Rappelez aux participants que l'approche du rétablissement sera traitée plus en détail dans un module séparé "Pratiques orientées rétablissement pour la santé mentale et le bien-être".

### La signification du rétablissement :

La signification du rétablissement est différente pour chaque personne. Pour de nombreuses personnes, le rétablissement consiste à reprendre le contrôle de leur identité et de leur vie, à avoir de l'espoir pour leur vie et à vivre une vie qui a un sens pour elles, que ce soit par le travail, les relations, l'engagement communautaire, la spiritualité ou tout ou partie de ces éléments.

Cette conception du rétablissement nous éloigne de l'idée ou de l'objectif d'"être guéri" ou de "redevenir normal". Ce concept de rétablissement vise plutôt à donner un nouveau sens et un nouveau but à la vie, à donner du pouvoir et à permettre de vivre une vie autonome, malgré ce que l'on a pu vivre et malgré la détresse émotionnelle qui peut encore faire partie de la vie.

A ce stade, vous pouvez montrer aux participants la vidéo suivante :

Reshma Valliappan raconte son histoire personnelle sur ce que signifie le rétablissement dans sa vie.

Reshma Valliappan, India, You Can Recover Project, ASHA International 92015) (1:34)  
<https://www.youtube.com/watch?v=E0YbpciUxRk> (consulté le 12 juillet 2021, traduction automatique des sous-titres disponible).

- Tout le monde connaît des difficultés sur la voie du rétablissement.
- Bien que le rétablissement soit **unique et personnel**, de nombreux éléments sont influencés par les relations et les interactions entre les personnes ainsi que par l'environnement social et politique - notamment la pauvreté, l'exclusion et d'autres violations des droits humains.
- Souvent, ces éléments créent des obstacles au rétablissement.

### Obstacles au rétablissement

A ce stade de la présentation, demandez aux participants :

- Qu'est-ce qui peut entraver le rétablissement des personnes en situation de handicaps psychosociaux, intellectuels ou cognitifs ?

Demandez au groupe de faire un brainstorming et d'écrire les idées sur le tableau de conférence. Après la discussion, montrez aux participants la liste suivante comme point de comparaison avec les réponses qu'ils ont fournies.

Les obstacles au rétablissement peuvent inclure :

- Manque de sens de l'identité, de respect de soi, d'espoir.

- Mauvais traitements, négligence, abus ou traumatisme.
- La pauvreté.
- Manque d'opportunités éducatives, génératrices de revenus, sociales et autres.
- Être exclu de sa famille, de ses amis, de ses réseaux sociaux et de soutien et de sa communauté.
- Sentiment d'isolement et de manque de soutien.
- Vivre de la stigmatisation et de la discrimination.
- Le manque de confiance du personnel ou des familles dans la capacité des gens à s'améliorer, à revendiquer et à reprendre leur vie en main.
- Ne pas connaître ou être informé de ses droits.
- Ne plus être autorisé à prendre des décisions pour soi-même ou ne plus avoir confiance en cela.
- Sentiment que son opinion n'est pas respectée par les autres (praticiens de la santé mentale et autres professionnels, familles, autres).
- D'autres définissent ce qu'ils considèrent comme un rétablissement ou une réussite (par exemple, d'autres personnes autour de nous ayant de faibles attentes ou des attentes excessivement élevées concernant notre rétablissement).
- Manque de services sociaux et de santé mentale disponibles/accessibles/abordables/acceptables et/ou d'alternatives.
- Le fait de se voir refuser ou de se heurter à des obstacles dans le cadre d'un traitement ou d'une démarche de guérison qui, selon eux, pourrait être utile, comme le conseil ou la psychothérapie.
- Manque d'accès à l'information, aux options de traitement et de soutien, aux alternatives psychosociales aux médicaments.
- Rendre pathologiques les processus normaux de deuil qui peuvent conduire à des traitements inutiles et nuisibles. Cela conduit également les gens à penser qu'ils ne sont "pas normaux", interfère avec les processus normaux de guérison et décourage les gens de ressentir des émotions parce qu'ils sont considérés comme des "symptômes d'un trouble".
- Les effets négatifs des médicaments.
- Attitudes négatives de la part des praticiens de la santé mentale et autres professionnels.
- Perte de confiance dans le système de santé mentale et les personnes travaillant dans ce service.
- Surprotection de la famille s'opposant à la sortie du service.
- On vous dit que vous avez une maladie qui dure toute la vie et dont vous ne vous remettrez pas.
- Manque de contact avec d'autres personnes qui ont vécu des expériences similaires ou qui sont passées par un processus de rétablissement.

Nombre de ces problèmes peuvent être résolus grâce à une bonne communication et à l'établissement d'une relation de confiance entre les personnes en voie de rétablissement et leurs familles, leurs pairs, les autres personnes qui les soutiennent, les professionnels de la santé mentale et les autres praticiens. L'établissement d'une relation de confiance nécessite un lien personnel qui ne peut être forcé. Lorsque cela ne semble pas possible, il ne faut pas arrêter les efforts, mais il est conseillé de rechercher d'autres personnes qui pourraient être en mesure de se connecter plus facilement au patient. Des efforts doivent toujours être faits pour assurer une bonne communication, la compréhension et le respect de la volonté et de la préférence de la personne en cours de rétablissement.

## **L'approche du rétablissement dans le domaine de la santé mentale**

- Dans cette approche, le rétablissement consiste à aider les gens à retrouver ou à garder le contrôle de leur vie, et à donner un sens et un but à leur vie.
- Dans l'approche de rétablissement, la guérison peut impliquer ou non le traitement ou la gestion des symptômes.
- **Le rétablissement est différent pour chacun.** Il s'agit d'un processus profondément personnel ; sa signification et ce qu'il constitue varieront d'une personne à l'autre.

Pour certaines personnes :

- Le rétablissement est un processus continu.
- Il peut s'agir de développer ou de renforcer des relations.
- Il peut s'agir de (re)gagner en indépendance, de trouver un emploi ou de reprendre des études.
- Le rétablissement pourrait signifier une participation plus active à la vie et aux activités de la communauté.
- Le rétablissement peut également signifier l'absence de ce qui est considéré comme des symptômes (mais pas toujours).
- Il s'agit de redéfinir ce que l'expérience des gens signifie pour eux (par exemple, s'identifier comme des survivants de traumatismes).
- Il s'agit de créer des lieux sûrs pour reconnaître les traumatismes et explorer des moyens de guérison.
- Le rétablissement est fondé sur l'espoir et l'optimisme pour l'avenir
  - L'espoir est un principe de base du rétablissement que les professionnels de la santé mentale et autres praticiens, les membres de la famille et autres partisans devraient promouvoir.
  - Bien que les gens puissent définir l'espoir différemment, l'essence de l'espoir dans le rétablissement est l'affirmation qu'il est possible de vivre une vie significative en présence ou en l'absence de "symptômes".
  - Le concept de rétablissement repose sur la conviction que la situation ou les circonstances d'une personne peuvent changer et/ou qu'elle sera capable de gérer et de surmonter la situation. Cela peut être favorisé par des relations porteuses d'espoir.
  - Dans l'approche du rétablissement, les symptômes, la maladie ou le handicap ne marquent pas la fin des rêves, des aspirations et des possibilités. Par conséquent, les rêves et les aspirations doivent être encouragés et valorisés.
- La connectivité est la clé du rétablissement
  - Les gens doivent être inclus dans leur communauté sur un pied d'égalité avec tous les autres.
  - Le rétablissement peut impliquer de renouer avec la famille et les amis ou de développer de nouvelles relations significatives. Il peut également s'agir d'établir des liens avec des groupes de soutien par les pairs ou d'autres groupes au sein de la communauté.
- La signification et les objectifs sont des aspects importants du rétablissement
  - Le rétablissement aide les gens à reconstruire leur vie et à acquérir ou retrouver un sens et un but selon leurs propres choix et préférences.
  - Le rétablissement consiste également à donner aux gens les moyens de réaliser leurs rêves et leurs objectifs dans la vie.
- Se rétablir, c'est aussi explorer son identité
  - L'approche du rétablissement peut aider les gens à accepter ce qu'ils sont

ou à renforcer leur sentiment d'identité et leur estime de soi, ainsi qu'à surmonter la stigmatisation qui peut mettre en danger le sentiment d'identité d'une personne.

- Le rétablissement est fondé sur le respect des personnes et de leur identité unique et sur l'autodétermination, car ce sont les personnes elles-mêmes qui sont les experts de leur propre vie.
- Le rétablissement soutient l'autonomisation
  - Le rétablissement encourage une attitude positive qui donne du pouvoir aux gens et leur permet de reprendre le contrôle.
  - Le contrôle et le choix sont essentiels au rétablissement d'une personne et sont intrinsèquement liés à la capacité juridique.
- Le rétablissement implique de prendre des risques
  - La prise de risque peut être une partie importante du processus de rétablissement.
  - Il est naturel de prendre des risques dans la vie et, par conséquent, de réussir ou d'échouer. C'est un processus d'apprentissage qui est essentiel pour vivre. Sans prendre de risques, nous ne pouvons pas progresser ni nous construire une vie, ce qui peut conduire à la stagnation.
  - Il faut du courage et de la créativité pour soutenir une prise de risque positive afin d'aider les gens à aller de l'avant et à atteindre leurs objectifs.
- Le rétablissement est holistique.
  - Le rétablissement en action ne consiste pas seulement à traiter ou à gérer les symptômes. Le rétablissement est une approche qui s'intéresse à la personne dans son ensemble et qui s'étend aux aspects sociaux, émotionnels, physiques et autres de la vie.
  - Il peut s'agir de s'attaquer aux difficultés sociales (par exemple la pauvreté, le chômage, la discrimination) qui ont un impact négatif sur la santé mentale des personnes.
- Le rétablissement peut impliquer le rétablissement d'un traumatisme (15)
  - Les services d'aide aux victimes de traumatismes reconnaissent que de nombreuses personnes ont subi des traumatismes dans leur vie (par exemple, des traumatismes dans l'enfance, des traumatismes dus à des abus dans les services, etc.) et que ces expériences ont un impact négatif sur leur santé mentale et qualité de vie.
  - Les services doivent fournir des soins d'une manière qui soit sensible à cette question et éviter de traumatiser ou de re-traumatiser les personnes. Cela signifie que les services doivent s'abstenir de pratiques violentes ou de coercition, telles que l'isolement, les contraintes et le traitement forcé, qui sont intrinsèquement traumatisantes, entravent la guérison et conduisent à un nouveau traumatisme.
- Le rétablissement signifie être considéré comme une personne et non pas seulement comme une condition/un handicap
  - Le rétablissement consiste à être considéré comme une personne à part entière, à se concentrer sur ses capacités et ses forces et à utiliser le soutien nécessaire pour atteindre ses objectifs et ses aspirations dans la vie. Ce que certaines personnes peuvent considérer comme un déficit peut en fait être une force importante pour la personne concernée.
- Le rétablissement et les droits humains sont étroitement liés
  - L'approche du rétablissement respecte les choix des personnes et les

aide à vivre une vie épanouie.

Le respect de tous les droits humains est essentiel à la mise en œuvre d'une approche de rétablissement. En retour, l'adoption d'une approche de rétablissement contribue à faire respecter les droits humains.

Demandez aux participants de lire l'expérience de Youssef, puis les deux résultats possibles (annexe 1). Demandez ensuite aux participants :

- Pour chacun des deux résultats, expliquez comment le rétablissement a été ou n'a pas été encouragée.

### Scénario - Youssef

Youssef vit une tristesse profonde et incapacitante depuis plusieurs années et ne va pas mieux. Il a fait deux tentatives de suicide au cours des trois derniers mois. Youssef voit le Dr Sharma. Il arrive à son rendez-vous.

**Résultat 1** : À son arrivée, le Dr Sharma remet à Youssef une ordonnance de renouvellement pour ses antidépresseurs. Youssef se rend à la pharmacie pour prendre ses médicaments et repart.

**Résultat 2** : À l'arrivée de Youssef, le Dr Sharma lui demande comment il va depuis sa dernière visite. Lorsque Youssef mentionne qu'il se sent moins bien ces dernières semaines, le Dr Sharma lui demande pourquoi et lui demande ce qu'il peut faire pour l'aider. Le Dr Sharma profite également de l'occasion pour discuter des objectifs de Youssef pour l'avenir ainsi que des objectifs sur lesquels il pourrait se concentrer dès maintenant afin de se sentir mieux.

Youssef dit au Dr Sharma qu'il se sent très seul dans sa vie et qu'il est séparé de sa famille et de ses amis qui ne comprennent pas la situation à laquelle il est confronté. Youssef est également stressé parce qu'il n'est pas très performant au travail et qu'il a dû prendre un congé pour se rétablir. Il dit au Dr Sharma qu'il se sentirait beaucoup mieux s'il pouvait reprendre contact avec sa famille et ses amis et retourner au travail.

Le Dr Sharma suggère que, si Youssef le souhaite, ils pourraient organiser une réunion à laquelle participeraient la famille et les amis les plus proches de Youssef pour discuter de ce qu'il vit et de la manière dont ils peuvent tous le soutenir au mieux. Elle met Youssef en contact avec un travailleur social et des ONG locales qui aident les gens à gérer les périodes difficiles et à réintégrer le marché du travail. Elle lui donne également une liste de groupes locaux de soutien par les pairs qu'il peut contacter afin de reconstruire son réseau de soutien. Youssef et le Dr Sharma conviennent de se rencontrer régulièrement au cours des prochaines semaines pour continuer à discuter et à travailler à la réalisation de ses objectifs de rétablissement.

*Le résultat 1 ne place pas Youssef au centre de ses soins et ne vise pas à lui donner de l'espoir ou à l'aider à identifier des objectifs qu'il peut atteindre pour se rétablir ou trouver un sens à sa vie. Il s'agit uniquement de traiter les symptômes avec des médicaments.*

*Le résultat 2 illustre l'approche du rétablissement, où Youssef décide de ses besoins et de ses objectifs de rétablissement, tandis que le praticien de la santé, en engageant un dialogue de soutien, l'aide à avancer dans son parcours de rétablissement. Ce processus est plus long que le résultat 1, mais il a plus de chances d'aider Youssef à être plus efficace à long terme*

A la fin de cette présentation, montrez aux participants les vidéos suivantes :

What is recovery? By Mental Health Europe (6:38) <https://youtu.be/kkDiOWvoR4o> (consulté le 12 juillet 2021, traduction automatique des sous-titres disponible).

Recovery from mental disorders, a conference by Patricia Deegan (4:08)  
<https://youtu.be/ZdONPEyGknI> (consulté le 12 juillet 2021, traduction automatique des sous-titres disponible).

## Thème 4 : Promouvoir le rétablissement

### Temps dédié à ce sujet

Environ 1 heure 15 minutes.



### *Présentation : Qu'est-ce qui soutient le rétablissement ? (20 min.)*

L'une des principales caractéristiques de l'approche du rétablissement est qu'il n'appartient pas à la santé mentale et aux autres praticiens, aux familles ou autres de décider de ce à quoi ressemblera le rétablissement d'une personne. Cette décision doit être prise par la personne qui traverse le processus de rétablissement.

Le rôle des autres, y compris des praticiens de la santé mentale et autres professionnels, est de soutenir les personnes de la meilleure façon possible tout au long de leur parcours de guérison. Les éléments clés d'un soutien efficace sont les suivants :

- Utiliser de bonnes compétences en matière de communication (par exemple, l'écoute active, l'utilisation de messages positifs axés sur l'espoir, etc.). Pour plus d'informations sur les compétences de communication, voir le module "*Pratiques orientées rétablissement pour la santé mentale et le bien-être*".
- Comprendre et reconnaître que la personne est un expert par expérience et que cette expertise est aussi valable que les compétences et l'expertise que les praticiens de la santé mentale et autres ont acquises par leur formation et leur expérience professionnelles. Une approche de rétablissement signifie encourager les personnes à identifier et à exprimer ce que le rétablissement signifie pour elles.

### **Rétablissement et inclusion sociale**

- La participation à des activités sociales, éducatives, de formation, de bénévolat et d'emploi peut favoriser le rétablissement individuel.
- Les services doivent permettre aux gens d'aller de l'avant et de retrouver ou de créer leur place dans la communauté. Les modèles institutionnels de soins qui isolent les personnes de la communauté sont donc incompatibles avec une approche de rétablissement.
- Nous avons tous un rôle à jouer pour favoriser l'inclusion et l'ouverture et, à ce titre, soutenir le rétablissement.

### **Plans de rétablissement**

Un plan de rétablissement est un document écrit et mis en œuvre par une personne pour la guider dans son parcours de rétablissement, pour reprendre ou garder le contrôle de sa vie et pour trouver un sens et un but à sa vie.

Un plan de rétablissement peut être un outil utile pour :

- Aider une personne à trouver une direction et des étapes pour avancer dans la vie.

- Aider une personne à obtenir le soutien de personnes importantes dans sa vie, si elle le souhaite (comme la famille, les amis, les pairs, les professionnels de la santé et autres).

Il est important de noter qu'un plan de rétablissement est un outil potentiel que les gens peuvent utiliser pour se rétablir, et non une fin en soi.

En outre, certaines personnes peuvent trouver plus utile d'avoir un soutien et de nouer des liens à l'heure actuelle et n'ont peut-être pas besoin d'un plan pour atteindre leurs objectifs dans la vie.

### À quoi ressemble un plan de rétablissement ?

- Un plan de rétablissement définit les objectifs de la personne dans la vie. Selon la personne, il peut comprendre : reprendre contact avec ses amis, retourner à l'école, gérer des situations difficiles, etc.
- Le plan décrit comment la personne travaillera pour atteindre ces objectifs.
- Le plan est piloté par la personne concernée et reflète ses choix, sa volonté et ses préférences en matière de soutien et de soins.
- Elle peut inclure un plan personnel pour faire face à la détresse, pour lequel la personne peut énumérer les actions possibles qui peuvent être prises pour empêcher la situation de s'aggraver.
- Un plan de rétablissement peut également inclure des directives anticipées en psychiatrie sur les soins et le traitement.

Ce sujet est développé plus dans le module "*Pratiques orientées rétablissement pour la santé mentale et le bien-être*". En outre, un modèle de plan de rétablissement est accessible dans le module intitulé "*Plans individualisés de rétablissement et outil d'auto-soutien et de bien-être*".



#### **Exercice 4.1 : Le rôle de l'individu ainsi que des familles, des amis et autres soutiens dans la promotion du rétablissement (20 min.)**

Le but de cet exercice est de permettre aux participants d'explorer comment la promotion d'une approche de rétablissement peut commencer avec la personne. Il explore ensuite comment les membres de la famille, les amis et les autres soutiens peuvent également jouer un rôle important dans le processus de rétablissement.

Demandez au groupe :

- Comment les gens peuvent-ils promouvoir leur propre rétablissement ?

Voici quelques réponses possibles :

- Développer des pratiques qui vous font vous sentir mieux et identifier des stratégies qui favorisent et maintiennent le bien-être.
- Rechercher des pratiques culturelles et spirituelles pour la croissance et la connaissance de soi.
- Rejeter les étiquettes et les récits dérangeants qui limitent le potentiel d'une personne.
- Rechercher des relations avec des personnes qui peuvent agir comme des pairs et des égaux qui valorisent les connaissances et l'autonomie de chacun, que la personne ait ou non vécu le même type d'expérience.
- Ne vous reprochez pas d'avoir été maltraité ou d'avoir été victime de discrimination.
- Dites clairement aux autres que le rétablissement est possible, qu'ils sont au

centre de leur rétablissement et qu'ils sont à l'origine de toutes les décisions concernant leur propre vie.

- Développer leur propre plan basé sur les stratégies qu'ils trouvent utiles dans leur cheminement vers la guérison.
- Écoutez les expériences des autres et partagez votre propre histoire.
- Explorez les possibilités d'être plus actif et engagé dans la communauté.

Une fois que les participants ont eu l'occasion de discuter de la première question, posez-la au groupe :

- Comment les familles et les autres aidants peuvent-ils promouvoir le rétablissement ?

Voici quelques réponses possibles :

- Veiller à ce que les services et les aidants respectent les opinions, les décisions et les choix de la personne en ce qui concerne son traitement, ses soins et d'autres domaines de la vie, plutôt que de prendre des décisions en son nom. (Pour plus d'informations sur ce sujet, voir le module "*Capacité juridique et droit à la décision*" et le module "*Soutien à la prise de décision et directives anticipées en psychiatrie*").
- Reconnaître que des divergences d'opinion peuvent surgir mais que, en fin de compte, les décisions de l'individu doivent être respectées. Soutenir leur droit de faire leurs propres choix, et d'établir leur propre identité et compréhension de ce qu'ils vivent.
- Renseignez-vous sur les options et les stratégies de soutien que la personne trouve utile de maintenir pour améliorer son bien-être.
- Soutenir les individus pour qu'ils s'engagent activement dans leur communauté locale.
- Inclure l'individu dans la vie et les décisions familiales sur un pied d'égalité avec les autres membres de la famille.
- Soutenir la personne pour s'assurer qu'elle est traitée équitablement et sans discrimination par les services de santé et les agences locales.



#### **Exercice 4.2 : Récits personnels de rétablissement (20 min.)**

Sélectionnez 3 histoires personnelles de rétablissement parmi les vidéos disponibles du projet Open Paradigm :

##### **Open Paradigm Project (5:28) :**

<https://youtu.be/wbu6VWhe86U> (consulté le 12 juillet 2021, traduction automatique des sous-titres disponible).

**Celia Brown (7:15) :** [https://youtu.be/7cEj\\_rE5Z-c](https://youtu.be/7cEj_rE5Z-c) (consulté le 12 juillet 2021, traduction automatique des sous-titres disponible).

**Oryx Cohen (4:03) :** <https://youtu.be/0k0odQZZIBI> (consulté le 12 juillet 2021, traduction automatique des sous-titres disponible).

**Sera Davidow (5:46) :** <https://youtu.be/IEvYDb7f7dk> (consulté le 12 juillet 2021, traduction automatique des sous-titres disponible).

Expériences personnelles disponibles via le lien ci-dessus: Celia Brown, Oryx Cohen, Sera

Davidow, Sean Donovan, Dorothy Dundas, Will Eberle, Dr Dan Fisher, Jenna Fogle, Marty Hadge, Leah Harris, Michael Kerins, Amy Long, Daniel Mackler, Iden McCollum, Steven Morgan, Matt Samet, Cheryl Sharp, Laura Nicole Sisson, Ciceley Spencer, Lauren Spiro, Leonard Roy Frank, Lauren Spiro, Michael Therrien Jr, Faith Rhyne, Anne Weaver, Paris Williams, Michael Wilusz.

Les 3 personnes suivantes de la liste ci-dessus ont apporté une contribution importante à ces matériels de formation : Celia Brown, Oryx Cohen et Sera Davidow.

Après avoir visionné trois vidéos, demandez aux participants de partager leurs réflexions et leurs commentaires sur ce qui était important pour les personnes durant leur parcours de rétablissement.

## Thème 5 : Le rôle des professionnels et des services sociaux et de santé mentale dans la promotion du rétablissement

### Temps dédié à ce sujet

Environ 40 minutes.



### **Exercice 5.1 : Améliorer les pratiques pour promouvoir le rétablissement dans les services sociaux et de santé mentale (40 min.)**

L'objectif de cette activité est d'encourager les participants à réfléchir spécifiquement à un service de santé mentale ou à un service connexe qu'ils connaissent et à la manière de traduire ce qu'ils ont appris sur le rétablissement en changements durables en son sein. Il est important que les participants réfléchissent à des actions quotidiennes spécifiques qu'ils peuvent mettre en œuvre dans leur service, en plus de formes d'action plus larges telles que le plaidoyer et la sensibilisation.

Pour cet exercice, dessinez trois colonnes sur le tableau de conférence (comme dans le tableau ci-dessous).

**Colonne A :** Changement dans les pratiques du personnel et des services pour soutenir une approche de rétablissement

**Colonne B :** Obstacles potentiels

**Colonne C :** Mesures pour surmonter les obstacles

Tout d'abord, demandez aux participants de réfléchir aux changements qui devraient intervenir dans le service pour mieux soutenir le bien-être mental et mettre en œuvre une approche de rétablissement. Faites la liste de toutes leurs idées de changement dans la colonne A.

### **A) Quels sont les changements/améliorations nécessaires pour que le personnel et les pratiques de service soutiennent une approche de rétablissement ?**

Voici quelques réponses possibles :

- Mettre immédiatement fin aux pratiques coercitives, nuisibles et abusives.
- Respecter l'appropriation par les personnes de leur propre vie, de leur corps, de leur récit et de leur parcours de rétablissement.
- Prendre la responsabilité, au niveau des services, d'entreprendre des actions immédiates pour remédier à la situation.
- Accorder une plus grande attention à l'inclusion dans la communauté.
- Soutenir l'autonomisation des personnes et leur pouvoir de décision.
- Aider les personnes à surmonter l'isolement social et à construire leurs propres réseaux de soutien social, notamment en reprenant contact avec leur famille et leurs amis, leurs pairs ou d'autres personnes, conformément à leurs souhaits.
- Mettre les personnes en contact avec d'autres services et aides de proximité, tels que les services et prestations sociales, le logement, les agences pour l'emploi.

- Mettre les personnes en contact avec des possibilités de formation et de renforcement des compétences (par exemple, formation professionnelle, emploi rémunéré et toute autre compétence ou formation scolaire pertinente).
- Promouvoir et encourager le soutien des pairs dans le service.
- Créer un environnement détendu et accueillant où les gens se sentent libres de consulter leur médecin de santé mentale ou d'autres praticiens lorsqu'ils le souhaitent.
- Encourager les personnes à discuter de leurs préoccupations, à exprimer leurs opinions et à s'approprier la façon dont ils veulent vivre leur vie.
- Encourager les personnes à identifier leurs objectifs personnels de rétablissement et, si cela s'avère utile, à élaborer et à suivre un plan de rétablissement par elles-mêmes ou avec l'aide d'une personne de confiance.
- Faire preuve de compassion et de gentillesse.
- Soutenir le souhait des personnes d'accéder à des ressources et expériences spirituelles, religieuses et culturelles si elles le demandent (par exemple, salle de prière, écritures religieuses, guérison culturelle traditionnelle).
- Aider les personnes à accéder à des expériences enrichissantes et thérapeutiques - telles que l'art, la musique, la nature, le sport, la rédaction d'un journal, l'auto-assistance - en fonction de leurs préférences personnelles.
- Veiller à ce que les personnes soient informées des différentes possibilités de soutien qui leur sont offertes.
- Veiller à ce que le personnel soit formé aux droits des personnes et connaisse les normes internationales en matière de droits humains.
- Veiller à ce que le personnel ait les compétences nécessaires pour fournir des conseils, des informations, une éducation et un soutien aux personnes et à leurs familles ainsi qu'aux partenaires de soins.
- Promouvoir l'autoréflexion et l'évaluation critique parmi le personnel sur la manière dont il pourrait aider ou entraver le rétablissement de différentes personnes (par exemple, discrimination, services sensibles au genre, comment répondre au mieux aux besoins et aux contextes des différentes personnes, etc.)
- Être ouvert à l'apprentissage et au changement des personnes en situation de handicaps psychosociaux, intellectuels ou cognitifs ou de toute autre personne utilisant les services
- Reconnaître les gens comme des experts par leur expérience.
- Impliquer les personnes en situation de handicaps psychosociaux, intellectuels ou cognitifs à tous les niveaux du service, y compris la réforme, la gestion et la gouvernance du service.
- Se féliciter de la participation de la famille, des partenaires de soins, des amis et des autres soutiens à la planification et à la prestation du service.
- Adopter une approche du rétablissement fondée sur les traumatismes, qui reconnaît et traite les traumatismes subis par certaines personnes.

Certains participants, en particulier les praticiens de la santé mentale et autres professionnels, peuvent s'inquiéter du fait qu'ils manquent de ressources et de temps pour mener à bien toutes les actions susmentionnées. Il convient d'en discuter ouvertement. À ce stade, le formateur peut souligner que le plaidoyer et le lobbying sont également essentiels pour apporter des changements et aller dans la bonne direction. L'animateur peut également souligner qu'une simple réflexion, comme cette activité, est une première étape cruciale dans l'amélioration des services.

Après cet exercice de remue-méninges, revenez sur chaque changement énuméré dans la colonne A et demandez au groupe d'y réfléchir :

**B) Quels sont les obstacles qui vont rendre difficile la mise en œuvre de ces mesures ?**

**C) Que peut-on faire pour surmonter ces obstacles ?**

Il est important de demander aux participants de classer les options en fonction de ce qui peut être réalisé à court, moyen et long terme. C'est l'occasion de souligner que le changement de culture au sein d'un service prend du temps et que tous les résultats ne seront pas atteints immédiatement.

Le tableau suivant comprend des exemples de mesures qui peuvent être prises pour mettre en œuvre une approche de rétablissement et pour soutenir les personnes dans leur parcours de rétablissement. Le formateur peut sélectionner quelques exemples à discuter avec les participants en plus de leurs propres idées.

Mise en œuvre d'une approche de rétablissement dans le service X		
A	B	C
Changements dans les pratiques du personnel et des services pour soutenir une démarche de rétablissement	Obstacles potentiels	Mesures pour surmonter les obstacles
<b>Exemple 1 :</b> <b>Aider les personnes à s'intégrer dans la communauté en trouvant un emploi et en devenant financièrement stable.</b>	Très peu d'emplois disponibles pour tous.  Le manque de temps et de ressources du personnel pour assumer ce rôle.	Le personnel peut mettre les personnes en contact avec des ONG qui peuvent leur offrir des possibilités de générer des revenus et/ou une formation pour la génération de revenus.  Faire pression pour un changement de politique et des ressources supplémentaires.
<b>Exemple 2 :</b> <b>Travailler avec les personnes pour identifier leurs objectifs personnels de rétablissement et travailler ensemble pour élaborer un plan de rétablissement.</b>	Cette approche exige plus de temps et d'attention pour chaque personne, ce qui peut être difficile dans les services à faibles ressources où il y a un manque de professionnels de la santé. Le suivi avec les personnes pour mettre à jour le plan et discuter des progrès réalisés prend également beaucoup de temps.  Les défis de la communication des objectifs personnels.  Le personnel peut avoir l'impression de savoir ce qui est le mieux pour le traitement et le rétablissement.	Former davantage de personnes (y compris des personnes n'exerçant pas dans le domaine de la santé) qui peuvent apporter leur soutien à l'élaboration de plans de rétablissement.  Développer un programme ou un système dans l'ensemble du service pour donner aux gens la possibilité de discuter, d'élaborer et de revoir les plans de rétablissement selon leurs souhaits.  Explorer différentes méthodes de communication, y compris les méthodes non verbales, pour s'assurer que les objectifs de rétablissement de l'individu sont compris.  Changer la culture institutionnelle et l'attitude du personnel à l'égard du rétablissement. Une formation sur le rétablissement au sein du service serait un moyen important pour y parvenir.  Identifier des champions au sein du service pour faire avancer les principes de rétablissement.

<p><b>Exemple 3 :</b>  <b>Utiliser la communication bidirectionnelle en demandant aux gens leurs préférences lorsqu'ils recommandent des services ou des soins particuliers, au lieu d'une communication unidirectionnelle et prescriptive (par exemple : "Voici les options de soins disponibles. Que pensez-vous qui vous serait le plus utile" au lieu de "Vous devriez bénéficier de cette forme de soins ou de traitement").</b></p>	<p>Le manque de temps lors des séances de rendez-vous peut limiter la possibilité de demander et de discuter des préférences des personnes.</p> <p>Si les personnes n'acceptent pas les recommandations de traitement, le personnel peut ne pas connaître les alternatives à proposer ou peut s'inquiéter de ne pas fournir les meilleurs soins.</p>	<p>Réservez du temps au cours du rendez-vous pour discuter des options et des préférences en matière de soins ; ou laissez les gens réfléchir aux options et aux préférences jusqu'au prochain rendez-vous et acceptez d'en discuter et éventuellement de prendre une décision à ce moment-là.</p> <p>Demandez aux gens les raisons pour lesquelles ils ne sont pas d'accord avec les recommandations, écoutez-les et respectez leurs préoccupations. Discutez des moyens de répondre à ces préoccupations, ainsi que des autres options possibles. Se rappeler que les individus ont un contexte social unique et que le rétablissement est personnel et que le personnel ne sait pas toujours ce qui est le mieux pour les gens.</p> <p>Rappelez-vous que les gens doivent être encouragés à faire avancer leurs propres soins et leur propre rétablissement.</p> <p>Se rappeler ce que l'on peut ressentir lorsqu'on se voit retirer ses choix et qu'on est forcé de suivre un traitement dont on ne veut pas.</p> <p>Traitez chaque personne avec compassion, dignité et respect.</p>
<p><b>Exemple 4 :</b>  <b>Informez et discutez avec des collègues et des personnes utilisant les services de l'approche de rétablissement.</b></p>	<p>Les collègues peuvent se sentir débordés par leur travail actuel, sans avoir appris de nouvelles façons de pratiquer les soins de santé mentale. Ils peuvent aussi penser qu'ils pratiquent déjà des soins de santé mentale axés sur le rétablissement même si elles ne le sont pas.</p>	<p>Fournir des fiches d'information ou des liens en ligne vers des sites web ou des histoires/vidéos sur le rétablissement afin que les personnes qui utilisent ou travaillent dans les services puissent les lire ou les regarder à leur rythme.</p>
<p><b>Exemple 5 :</b>  <b>Préparez une brochure ou un document sur les ressources et les organisations communautaires disponibles (par exemple, les programmes générateurs de revenus dans les ONG de la communauté ; les agences gouvernementales pour les services sociaux tels que le logement, la nourriture ou d'autres subventions ; les possibilités d'éducation et de formation professionnelle ; les groupes de soutien par les pairs ; les programmes, activités et événements sociaux et culturels, etc.). La brochure peut être facilement utilisée par le personnel ou les personnes qui utilisent le service pour entrer en contact avec d'autres services en dehors du secteur de la santé mentale.</b></p>	<p>Il se peut que le personnel n'ait pas suffisamment de connaissances sur toutes les ressources de la communauté ou de temps pour réaliser un guide de ressources complet.</p>	<p>Faites-en une activité de groupe où chaque membre du personnel recherche et contribue à différents éléments du guide de ressources ; partagez les connaissances et la charge de travail avec d'autres organismes de la communauté pour réaliser le guide de ressources ; demandez aux personnes qui utilisent les services de donner leur avis sur les types de ressources communautaires qu'elles aimeraient connaître, auxquelles elles voudraient avoir accès ou auxquelles elles voudraient avoir accès.</p>

<p><b>Exemple 6 :</b>  <b>Utiliser des compétences d'écoute active pour aider les gens à se sentir compris et écoutés.</b></p>	<p>Le personnel peut parfois se sentir épuisé et incapable d'être pleinement attentif aux besoins des gens.</p> <p>Le personnel n'a peut-être pas eu une formation adéquate sur la façon de pratiquer l'écoute active.</p>	<p>Reconnaissez que vous vous sentez épuisé et accordez une attention particulière à la recherche de temps et d'espace pour prendre soin de vous, que ce soit au travail ou à la maison.</p> <p>Parlez à votre superviseur ou à vos collègues pour obtenir de l'aide.</p> <p>Consultez votre superviseur sur le sujet, et/ou apprenez en utilisant des livres, des cahiers d'exercices ou des ressources en ligne.</p>
<p><b>Exemple 7 :</b>  <b>Installer du matériel informatif ou décoratif (par exemple, des affiches, des œuvres d'art, etc.) autour du service pour transmettre des messages d'espoir et de rétablissement.</b></p>	<p>Le personnel peut ne pas savoir où trouver ce matériel, ou le service peut ne pas avoir de fonds dédiés pour ce matériel.</p> <p>Le personnel peut ne pas être sûr du type de matériaux ou de décorations qu'il doit mettre en service.</p>	<p>Recherchez en ligne des documents (gratuits) ;</p> <p>Encouragez les personnes qui utilisent ou ont déjà utilisé les services à créer du matériel présentant des messages d'espoir et de rétablissement autour du service. Donnez aux gens le contrôle et l'appropriation de ces activités. Le cas échéant, rémunérez-les de manière adéquate pour leur travail.</p> <p>Demander un financement à la direction pour l'achat de matériel.</p> <p>Demandez aux gens leurs idées et leurs opinions ; apprenez des autres services qui ont créé un espace axé sur le rétablissement ; ou lisez des livres ou des articles sur le sujet à venir avec des idées.</p>
<p><b>Exemple 8 :</b>  <b>Soutenir et éduquer le personnel sur la meilleure façon d'aborder le rétablissement et la prestation de services en tenant compte de l'égalité des sexes et de la diversité.</b></p>	<p>Le personnel peut se sentir non préparé ou incapable de s'occuper de la diversité et de la complexité des personnes au-delà de son expérience (par exemple, les besoins liés au sexe, à la culture ou au statut socio-économique).</p>	<p>Prévoyez régulièrement des formations, des réunions et/ou des conférences pour discuter et réfléchir à la meilleure façon d'aider au rétablissement des personnes confrontées à des obstacles sociaux au bien-être. Ces sessions peuvent être animées par des personnes ayant vécu des expériences, d'autres services et des groupes communautaires qui plaident pour la non-discrimination dans le domaine de la santé mentale.</p> <p>les soins de santé.</p>



### **Conclusion de la formation (5 min.)**

Demandez aux participants :

Quels sont les 3 points clés que vous avez appris de cette session ?

Suivez la discussion avec ces messages à emporter de la session d'aujourd'hui.

- La santé mentale, le bien-être et le rétablissement sont intrinsèquement personnels.
- Le respect des droits humains est essentiel pour protéger la santé mentale et le bien-être et promouvoir le rétablissement.
- Stimuler le développement de communautés équitables et inclusives est un aspect essentiel mais négligé du soutien à la santé mentale et au bien-être.
- Les individus et les services peuvent faire beaucoup pour aider les gens à se rétablir.

## Références

1. Guidelines on language in relation to functional psychiatric diagnosis. Leicester: British Psychological Society; 2015. (<https://www.bps.org.uk/system/files/user-files/Division%20of%20Clinical%20Psychology/public/Guidelines%20on%20Language%20web.pdf>, accessed 18 November 2018).
2. Understanding psychiatric diagnosis in adult mental health. Leicester: British Psychological Society; 2016. (<https://www.bps.org.uk/system/files/user-files/Division%20of%20Clinical%20Psychology/public/DCP%20Diagnosis.pdf>, accessed 19 February 2017).
3. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). United Nations (UN) General Assembly Resolution A/RES/61/106, 24 January 2007. New York (NY): United Nations; 2007. (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>, accessed 20 November 2018).
4. Schrank B, Brownell T, Riches S, Chevalier A, Jakaite Z, Larkin C, et al. Staff views on wellbeing for themselves and for service users. *J Ment Health*. 2015;24(1):48–53. doi: 10.3109/09638237.2014.998804.
5. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10(2):227–37. doi: 10.1177/1745691614568352.
6. Constitution of the World Health Organization – Preamble. Adopted in New York, NY, at the International Health Conference, 19 June to 22 July 1946. Geneva: World Health Organization; 1946. (<http://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-en.pdf>, accessed 2 February 2017).
7. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14 (E/C.12/2000/4) on the right to the highest attainable standard of health at the Twenty-second session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 25 April–12 May 2000. Geneva: United Nations Economic and Social Council; 2000. ([https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en), accessed 18 November 2018).
8. Young SL, Taylor M, Lawrie SM. First do no harm. A systematic review of the prevalence and management of antipsychotic adverse effects. *J Psychopharmacol*. 2015;29(4):353–62. doi: <https://doi.org/10.1177/0269881114562090>.
9. European Society of Cardiology (ESC). Heart attack patients prescribed antidepressants have worse one-year survival. Rockville (MD): ScienceDaily; 2018. ([www.sciencedaily.com/releases/2018/03/180303095445.htm](http://www.sciencedaily.com/releases/2018/03/180303095445.htm), accessed 18 November 2018).
10. Maslej MM, Bolker BM, Russell MJ, Eaton K, Durisko Z, Hollon SD, et al. The mortality and myocardial effects of antidepressants are moderated by preexisting cardiovascular disease: a meta-analysis. *Psychother Psychosom*. 2017;86:268–82. doi: <https://doi.org/10.1159/000477940>.
11. Equal treatment: closing the gap – a formal investigation into physical health

inequalities experienced by people with learning disabilities and/or mental health problems: Part 1 of the DRC's formal investigation report [online publication]. Stratford upon Avon: Disability Rights Commission; 2006. (<http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/DRC-Health-FI-main.pdf>, accessed 2 February 2017).

12. Lawrence D, Hancock KJ, Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ*. 2013;346:f2539. Epub 21 May 2013. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.f2539>.
13. Realising recovery: learning materials. Edinburgh: NHS Education for Scotland (NES) and the Scottish Recovery Network; 2011. ([http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nes-mental\\_health-all\\_modules.pdf](http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nes-mental_health-all_modules.pdf), accessed 2 February 2017).
14. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):445–52. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733.
15. Sweeney A, Clement S, Filson B, Kennedy A. Trauma-informed mental healthcare in the UK: what is it and how can we further its development? *Mental Health Review Journal*. 2016;21(3):174–92. doi: <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2015-0006>.

# Annexe

## Annexe 1 : Scénario

### **Thème 3 : Présentation : Le rétablissement - Youssef**

Youssef vit une tristesse profonde et incapacitante depuis plusieurs années et ne va pas mieux. Il a fait deux tentatives de suicide au cours des trois derniers mois. Youssef voit le Dr Sharma. Il arrive à son rendez-vous.

**Résultat 1 :** À son arrivée, le Dr Sharma remet à Youssef une ordonnance de renouvellement pour ses antidépresseurs. Youssef se rend à la pharmacie pour prendre ses médicaments et repart.

**Résultat 2 :** à l'arrivée de Youssef, le Dr Sharma lui demande comment il va depuis sa dernière visite. Lorsque Youssef mentionne qu'il se sent moins bien ces dernières semaines, le Dr Sharma lui demande pourquoi et lui demande ce qu'il peut faire pour l'aider. Le Dr Sharma profite également de l'occasion pour discuter des objectifs de Youssef pour l'avenir ainsi que des objectifs sur lesquels il pourrait se concentrer dès maintenant afin de se sentir mieux.

Youssef dit au Dr Sharma qu'il se sent très seul dans sa vie et qu'il est séparé de sa famille et de ses amis qui ne comprennent pas la situation à laquelle il est confronté. Youssef est également stressé parce qu'il n'est pas très performant au travail et qu'il a dû prendre un congé pour se rétablir. Il dit au Dr Sharma qu'il se sentirait beaucoup mieux s'il pouvait reprendre contact avec sa famille et ses amis et retourner au travail.

Le Dr Sharma suggère que, si Youssef le souhaite, ils pourraient organiser une réunion à laquelle participeraient la famille et les amis les plus proches de Youssef pour discuter de ce qu'il vit et de la manière dont ils peuvent tous le soutenir au mieux. Elle met Youssef en contact avec un travailleur social et des ONG locales qui aident les gens à gérer les périodes difficiles et à réintégrer le marché du travail. Elle lui donne également une liste de groupes locaux de soutien par les pairs qu'il peut contacter afin de reconstruire son réseau de soutien. Youssef et le Dr Sharma conviennent de se rencontrer régulièrement au cours des prochaines semaines pour continuer à discuter et à travailler à la réalisation de ses objectifs de rétablissement.

Les modules de formation et d'orientation QualityRights de l'Organisation mondiale de la santé mettent l'accent sur les connaissances et les compétences requises pour fournir des services sociaux, de soins de santé mentale et des aides de bonne qualité, et pour promouvoir les droits des personnes en situation de handicaps psychosociaux, intellectuels ou cognitifs. Par le biais d'exercices, de présentations, de scénarios, de discussions et de débats approfondis, les **modules de formation QualityRights** permettent de mettre en lumière certains défis cruciaux auxquels les parties prenantes sont confrontées dans tous les pays. Par exemple :

- Comment respecter la volonté et la préférence des personnes, même dans des situations difficiles ?
- Comment assurer la sécurité des personnes tout en respectant le droit de chacun à décider de son traitement, de sa vie et de son destin ?
- Comment mettre fin à l'isolement et la contention ?
- Comment fonctionne une approche de prise de décision assistée si une personne est incapable de communiquer ses souhaits ?

Les **modules d'orientation de QualityRights** complètent le matériel de formation. Les modules d'orientation sur les *organisations de la société civile* et sur le *plaidoyer* fournissent des conseils étape par étape sur la manière dont les mouvements de la société civile dans les pays peuvent agir pour plaider en faveur d'approches fondées sur les droits humains dans les secteurs de la santé mentale et du social afin d'obtenir un changement efficace et durable. Les modules d'orientation sur le *soutien individuel par les pairs* et sur les *groupes de soutien par les pairs* fournissent des conseils concrets sur la manière de mettre en place et de gérer efficacement ces services essentiels mais souvent négligés.

L'objectif ultime des modules QualityRights de l'OMS est de faire évoluer les mentalités et les pratiques de manière durable, et de donner à toutes les parties prenantes les moyens de promouvoir les droits et le rétablissement afin d'améliorer la vie des personnes en situation de handicaps psychosociaux, intellectuels ou cognitifs partout dans le monde.



Centre collaborateur de l'OMS  
pour la Recherche et la Formation  
en Santé Mentale