

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



GUIDE CONSEIL PRATIQUE

**Soins en santé mentale et en
médecine des toxicomanies axés
sur le rétablissement dans le
Centre de médecine de famille**

OCTOBRE 2018

Ce guide est dédié à la mémoire de D^r Roger Bland, qui a personnifié la prestation de soins centrés sur le patient et s'était engagé à améliorer l'accès aux soins en santé mentale grâce à leur une meilleure intégration en soins primaires. En tant que clinicien, chercheur, enseignant, leader pédagogique et décideur, il a été un conseiller judicieux à de nombreuses personnes et organisations, y compris dans le développement de ce guide. Il reconnaissait l'importance des principes de rétablissement bien avant leur adoption à grande échelle

© 2018 Le Collège des médecins de famille du Canada

Tous droits réservés. Ce contenu peut être reproduit en entier à des fins éducatives, personnelles et non commerciales seulement, avec mention conformément aux renseignements ci-après. Toute autre utilisation requiert la permission du Collège des médecins de famille du Canada.

Remerciements

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) remercie chaleureusement les membres le Groupe de travail sur les soins partagés en santé mentale, un comité conjoint du CMFC et de l'Association des psychiatres du Canada, ainsi que des membres du Groupe couloir et du Conseil des jeunes de la Commission de la santé mentale du Canada.

Ce document a été élaboré en collaboration avec le Centre d'échange des connaissances de la Commission de la santé mentale du Canada.



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada



Avec le financement de

Santé
Canada

Health
Canada

Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement le point de vue de Santé Canada.

Citation suggérée : Collège des médecins de famille du Canada. Soins en santé mentale et en médecine des toxicomanies axés sur le rétablissement dans le Centre de médecine de famille. Mississauga ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2018.

INTRODUCTION

Une bonne santé mentale est associée à une meilleure santé physique et constitue un élément clé de la santé et du bien-être globaux¹. Les médecins de famille sont l'un des premiers points de contact avec le système de soins de santé et jouent un rôle crucial dans la prestation de soins primaires et dans la coordination des soins aux personnes présentant divers troubles de santé mentale et de toxicomanies (SM-T*).

Les médecins de famille qui travaillent dans une pratique organisée selon le modèle du Centre de médecine de famille (CMF) fournissent des soins primaires de qualité en santé mentale tout au long de la vie d'un patient, dans le cadre de leur engagement continu d'offrir des soins complets et globaux, coordonnés et axés sur le patient. Afin de rendre les pratiques réellement accueillantes et équitables pour les personnes présentant des troubles de SM-T, tous les membres de l'équipe doivent faire un effort, et non seulement les médecins de famille. Chaque membre de l'équipe a un rôle important à jouer. Ce guide résume comment les médecins de famille et les membres de leurs équipes peuvent collaborer afin d'améliorer la qualité des soins offerts aux patients atteints de troubles de SM-T. Il explique comment :

- Comprendre le contexte de la pratique axée sur le rétablissement au Canada
- Utiliser un langage axé sur les forces dans la communication avec les patients
- Simplifier les choix présentés aux patients afin de faciliter la prise de décision partagée dans la pratique
- Améliorer le fonctionnement de votre clinique en effectuant des changements pratiques comme l'affichage et les procédures
- Faire connaître les ressources communautaires aux patients
- Traiter les troubles de SM-T et les problèmes de santé physique coexistants en intégrant du dépistage, des traitements et du soutien

Les lecteurs de ce guide auront une meilleure compréhension des manifestations de la santé mentale dans la pratique de médecine familiale. En appliquant certaines des suggestions dans les domaines discutés, ils seront mieux en mesure de traiter les personnes présentant des troubles de SM-T.

OBJECTIF DE CE GUIDE

Ce document fournit des directives pour la prestation de services en SM-T à l'aide de l'approche axée sur le rétablissement dans le contexte du CMF.

Bien que ces directives s'appliquent aux médecins de famille dans divers types de pratique, les recommandations sont particulièrement pertinentes pour les pratiques qui ont adopté la vision du CMF. Ce guide peut aussi être utile pour d'autres professionnels de la santé qui collaborent avec des médecins de famille dans des pratiques axées sur le travail d'équipe. Travailler dans une pratique qui s'aligne sur le modèle du CMF — en mettant l'accent sur les soins complets et globaux, continus et collaboratifs, axés sur les besoins du patient — peut constituer une façon particulièrement efficace de fournir des soins aux personnes présentant des troubles de SM-T.

Le [Centre de médecine de famille](#) est la vision pour l'avenir de la pratique de médecine familiale au Canada. Dans cette vision créée par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), les pratiques de médecine familiale offrent des soins harmonisés, axés sur les besoins de chaque patient, dans sa communauté, à toutes les étapes de sa vie, et intégrés avec d'autres services de santé. Les relations entre les professionnels de la santé, les patients et leurs proches sont essentielles dans le CMF. Le CMF est le point central pour la prestation en temps opportun et la coordination des soins complets et globaux dont les patients ont besoin pour leur bien-être physique et mental.

*Voir la section intitulée Remarque sur la langue pour plus de renseignements sur ce terme.

REMARQUE SUR LA LANGUE

Il existe plusieurs termes utilisés pour décrire la santé mentale, l'utilisation de substances et les problèmes de toxicomanies. Aux fins de ce guide, nous utilisons la phrase inclusive «troubles de santé mentale et de toxicomanies (SM-T)», qui englobe les éléments suivants :

- Tous les troubles liés à la santé mentale
- Les maladies mentales
- Les troubles de l'usage d'une substance
- Les troubles de toxicomanies

Le [Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement](#) a été publié par la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) en 2015. Il s'agit d'une ressource complète pour les professionnels de la santé, les décideurs politiques et le public qui fournit un aperçu du concept de la pratique axée sur le rétablissement. Ce concept a été mis de l'avant par des personnes ayant vécu avec des troubles de SM-T et est largement reconnu comme un élément clé permettant d'aider les patients à obtenir de meilleurs résultats en matière de santé et une plus grande satisfaction de vie, et d'améliorer les systèmes de santé mentale².

CONTEXTE

Troubles de santé mentale et toxicomanies au Canada

- En 2012, 1,6 million de personnes ont rapporté un besoin non satisfait en matière de soins de santé mentale³, et 7,5 millions de Canadiens et Canadiennes vivaient avec un trouble de santé mentale⁴
- On estime qu'environ un jeune Canadien sur cinq souffrirait de maladie mentale, et qu'à l'âge de 40 ans, la moitié des Canadiens et Canadiennes auront souffert d'un trouble de santé mentale⁵
- La maladie mentale coûte à l'économie canadienne au moins 50 milliards de \$ annuellement, en frais de soins de santé, en perte de productivité et en réduction de la qualité de vie liée à la santé⁶
- Les personnes atteintes de maladies mentales graves présentent un risque plus élevé de souffrir de problèmes de santé physique chroniques. Le taux de personnes avec des troubles de santé physique chroniques ayant aussi de maladies mentales est deux fois plus élevé (p. ex., de dépression et d'anxiété) que dans la population générale⁷.
- La maladie mentale et les toxicomanies peuvent entraîner un décès prématuré. Une maladie mentale peut réduire l'espérance de vie d'une personne de 7 à 20 ans. Les personnes présentant des maladies mentales graves sont plus susceptibles d'avoir une espérance de vie plus courte⁸.



RÔLE DES SOINS PRIMAIRES EN SANTÉ MENTALE

- Les médecins de famille offrent jusqu'aux deux tiers de tous les services de santé mentale^{9,10}
- Certains médecins de famille ne sont pas à l'aise ou n'ont pas confiance en leur capacité de fournir des soins aux patients atteints de troubles de SM-T^{11,12}
- Certains patients présentant des troubles de SM-T rapportent rencontrer des obstacles à l'accès aux soins pour diverses raisons, par exemple :
 - Les personnes présentant des troubles de santé mentale graves (p. ex. troubles psychotiques ou bipolaires) sont moins susceptibles d'avoir un professionnel de la santé en soins primaires qu'ils consultent sur une base régulière¹³
 - Un tiers des Canadiens et Canadiennes âgés de plus de 15 ans qui présentent une maladie mentale ont rapporté que leurs besoins en matière de soins n'étaient pas complètement satisfaits par le système de santé¹⁴
 - Certains patients trouvent qu'ils peuvent seulement parler d'un problème de santé par visite au cabinet du médecin ou ils se sentent pressés lors des rendez-vous, ce qui entraîne des obstacles à l'accès aux soins de santé mentale¹⁵

Au cours des deux dernières décennies, on a signalé à maintes reprises que le système de soins de santé mentale canadien devait faire plus pour améliorer l'accès aux soins en SM-T^{16,17}. Adopter le modèle du CMF peut aider les médecins à fournir des soins de santé physique et mentale supplémentaires, complets et globaux dans leur milieu actuel. En fait, certaines recherches démontrent que les patients dont les troubles de SM-T sont traités dans des milieux de soins collaboratifs et intégrés (qui correspondent au modèle du CMF) ont de meilleurs résultats; par exemple, un meilleur état de santé physique et une réduction des symptômes de dépression et d'anxiété, et moins d'habitudes de consommation d'alcool risquées^{18,19,20}. De la même façon, les patients qui ont une relation continue et à long terme avec leurs médecins de soins primaires rapportent une meilleure qualité de soins et une meilleure santé^{21,15}.

Que signifie le rétablissement en soins de santé mentale ?

Afin d'aider les patients à atteindre un état de santé mentale optimal, il faut faire plus que réduire ou prendre en charge leurs symptômes. Il faut les aider à mener une vie satisfaisante, nourrie par l'espoir et valorisante, en dépit des inconvénients causés par les problèmes de SM-T.² C'est sur ces valeurs que le rétablissement est fondé. Bien que la réduction des symptômes puisse constituer un élément du plan de traitement, il est possible qu'elle ne soit pas le seul objectif de traitement ou même le plus important objectif du traitement. La rémission complète des symptômes pourrait s'avérer possible pour certaines personnes; pour d'autres par contre, ces symptômes peuvent être chroniques et nécessiter une prise en charge continue tout au long de la vie²². Grâce à la relation à long terme qu'ont les médecins de famille avec leurs patients, ils jouent un rôle clé pour tous les patients présentant des troubles de santé mentale.

Le rétablissement est un processus personnel et autodéterminé vers le bien-être, et chaque personne a un parcours unique et des besoins qui lui sont propres. Le processus de rétablissement s'appuie sur les forces individuelles, familiales, culturelles et communautaires, qui sont soutenues par divers services et traitements (Figure 1). Bien que les médecins de famille ne soient pas toujours en mesure de prendre en charge chaque aspect du rétablissement d'une personne, ils jouent un rôle crucial dans le diagnostic et le traitement de la santé mentale et physique, peuvent semer l'espoir, et faciliter le choix et l'accès à une vaste gamme de traitements appropriés. Les personnes sont plus susceptibles d'atteindre le bien-être mental si les professionnels de la santé les aident à comprendre et à croire que le rétablissement est possible⁹.

Figure 1 : Les six dimensions de la pratique axée sur le rétablissement



Adapté avec la permission de la Commission de la santé mentale du Canada.²⁵

Les opinions pessimistes quant à la possibilité de rétablissement peuvent être perçues et vécues par les patients comme une source de stigmatisation, ce qui devient ensuite un obstacle à l'accès aux soins et de façon plus générale, un facteur influençant la diminution de la qualité des soins offerts en santé mentale et physique^{23,24}. L'utilisation de principes de soins axés sur le rétablissement dans votre pratique, grâce à des conversations ouvertes, respectueuses et participatives avec vos patients, peut aider à surmonter cet obstacle et à améliorer la qualité des soins offerts.

Pour un aperçu de la correspondance entre les principes de rétablissement et la vision du CMF, voir l'annexe A.

RECOMMANDATIONS POUR LA CRÉATION D'UN PARTENARIAT DE SOINS AVEC LES PATIENTS PRÉSENTANT DES TROUBLES DE SM-T AXÉ SUR LE RÉTABLISSMENT

Utiliser un langage axé sur les forces dans la communication avec les patients

Utiliser un langage positif et optimiste, et mettre l'accent sur les forces individuelles de chaque patient, est essentiel pour fournir des soins axés sur le rétablissement aux patients présentant des troubles de SM-T²⁶. En utilisant un langage optimiste axé sur les forces, vous pouvez lutter contre la stigmatisation et créer des endroits où les patients se sentent en sécurité et à l'aise de parler de leurs objectifs. Le tableau 1 et l'annexe B présentent des conseils propres à la langue.

L'écoute est un élément tout aussi important de la pratique axée sur le rétablissement. Dans les interactions avec le patient, il peut être utile de refléter le langage utilisé par la personne pour se décrire (comme « folle » ou « consommateur/survivant »), tout en lui faisant prendre conscience de toute instance d'auto-stigmatisation. Ceci peut rassurer le patient et démontrer votre engagement à l'écouter et à collaborer avec lui.

Le fait de mettre l'accent sur l'utilisation appropriée du langage peut vous aider à développer une meilleure relation patient-médecin et à surmonter la stigmatisation. Pour vous aider à utiliser un langage approprié, vous pouvez avoir recours aux principes décrits dans le guide Conseil pratique du CMFC [Littératie en santé dans le Centre de médecine de famille](#), y compris l'utilisation d'un langage simple et accessible avec les patients.

Parler aux patients des traitements pharmacologiques

La médication fait souvent partie des options de traitements fondées sur des données probantes proposées lors de l'élaboration de plans de traitement personnalisés. Les patients ne réalisent peut-être pas que certains médicaments psychotropes peuvent avoir des effets indésirables qui pourraient avoir des répercussions sur leur fonctionnement quotidien. Certains ont parfois déjà réfléchi aux effets secondaires qu'ils sont prêts à accepter et à d'autres qu'ils considèrent comme inacceptables. Parler honnêtement et ouvertement au patient des options de traitement comprend des discussions sur les coûts, la durée, les effets secondaires, la posologie, l'intégration avec les autres traitements, ainsi qu'un regard sur les attentes, les préoccupations et les préférences du patient.

Tableau 1 : Comment utiliser un langage positif axé sur le rétablissement

Langage stigmatisant	Langage positif
<ul style="list-style-type: none"> ✗ N'étiquetez PAS les gens. ✗ Ne dites PAS « il/elle est malade mentale ». ✗ Ne définissez PAS la personne par ses difficultés ou sa détresse. ✗ Ne confondez PAS l'identité de la personne avec le diagnostic. <p>Très souvent, il n'est pas nécessaire de mentionner de diagnostic du tout. Cependant, il est parfois utile d'employer la phrase : « une personne ayant un diagnostic de », parce que cela transfère la responsabilité du diagnostic à la personne qui le pose, laissant au patient la liberté de l'accepter ou non.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ UTILISEZ un langage positif et encourageant axé sur les forces, et donnez priorité à la personne : ✓ DITES « une personne vivant avec une maladie mentale ». ✓ DITES « une personne ayant reçu un diagnostic de... » ✓ DITES « une personne ayant de la difficulté avec ses pensées, ses émotions, ses relations et à avoir de la compassion envers elle-même. »
<ul style="list-style-type: none"> ✗ Ne mettez PAS l'accent sur les limites. ✗ Ne conférez PAS une aura de désespoir à la maladie et ne parlez PAS de la maladie de façon isolée sans présenter une force associée ou un plan de traitement pour celle-ci. ✗ Ne mettez PAS l'accent sur ce qui, selon vous, ne va pas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ METTEZ l'accent sur les capacités de la personne. ✓ METTEZ l'accent sur les forces (c.-à-d. les forces de la personne, ses compétences, ses passions et ses succès antérieurs). ✓ OFFREZ une rétroaction optimiste, mais réaliste ✓ VALIDEZ les expériences des patients.
<ul style="list-style-type: none"> ✗ DN'utilisez PAS un langage ou un ton condescendant, hautain, intimidant ou discriminatoire. ✗ Ne dramatisez PAS la maladie mentale. ✗ C'est-à-dire, n'utilisez pas de termes comme « atteint de », « souffre de » ou « est victime de ». ✗ Ne parlez PAS des personnes qui ont réussi et qui présentent une maladie mentale comme des surhommes/surfemmes ; cela suppose qu'il est rare pour les personnes présentant une maladie mentale de réaliser de grandes choses. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ UTILISEZ un langage empreint d'espoir et d'optimisme, et qui appuie et favorise une culture qui croit que le rétablissement et l'atteinte du bien-être sont possibles.

Adapté avec la permission du Medical Health Coordinating Council.²⁷

FACILITER LE CHOIX DES PATIENTS ET LA PRISE DE DÉCISION PARTAGÉE DANS VOTRE PRATIQUE

La possibilité de choisir et l'autonomie sont des valeurs importantes dans les soins en SM-T axés sur le rétablissement. Cependant, il est possible que des contraintes de la pratique vous empêchent d'offrir une large gamme de services ou de faire participer entièrement les patients et de les habiliter comme décrit ci-après. Le CMFC, la CSMC et d'autres organismes partenaires continuent de militer pour une réforme du système qui favoriserait l'accès à toute une gamme de services en santé mentale et qui faciliterait la prestation de soins continus axés sur le patient. Même en l'absence d'un solide système de soutien, il existe plusieurs façons vous permettant de simplifier les choix et de permettre aux patients de prendre des décisions éclairées.

Élaborer des plans de traitement personnels en collaboration avec les patients (y compris des directives pour la planification préalable des soins et des protocoles alternatifs de prise de décision, au besoin)

Le rétablissement est une affaire personnelle, basée sur les besoins, la situation et les objectifs du patient. Ainsi, les plans de soins individuels devraient être élaborés en collaboration avec les patients, et les services devraient être personnalisés en fonction de leurs besoins et de leurs volontés. Les médecins de famille sont déjà très compétents dans la prestation de ce type de soins axés sur le patient, car il s'agit d'un aspect central du CMF (voir le guide Conseil pratique *Soins centrés sur le patient dans les centres de médecine de famille* pour plus d'information).

Afin d'aider vos patients à prendre des décisions éclairées, vous devez leur fournir de l'information sur les options de traitement de la SM-T offertes dans votre communauté et leur permettre de faire des choix en fonction de leur état de santé, de leurs préférences et de leurs objectifs. Bien qu'il y ait des limites à ce qui est offert dans chaque communauté, la gamme d'options couvre les traitements pharmacologiques, la nutrition, l'activité physique, le counseling, la réhabilitation psychosociale et les programmes de soutien par les pairs.

Les déterminants sociaux de la santé comme la pauvreté, un logement inadéquat et des obstacles à l'accès à l'emploi ou à l'éducation placent les personnes à un plus grand risque de développer des troubles de SM-T²⁸. Les personnes présentant des troubles de SM-T peuvent vivre dans la pauvreté chronique et sont souvent confrontées à d'autres obstacles sociaux et économiques²⁹. Dans la mesure du possible, ces circonstances devraient être prises en compte dans l'élaboration des plans de traitement. Consultez le guide Conseil pratique du CMFC sur les *déterminants sociaux de la santé* pour plus d'information.

Quand un plan de soins personnalisé est élaboré en partenariat avec le patient, la recherche démontre que le mettre par écrit peut être très utile. Les plans de traitement écrits se sont avérés utiles s'ils contiennent les éléments suivants³⁰ :

- Établissement d'objectifs et d'une direction
- Suivi du progrès (par la personne même ou par d'autres)
- Information sur l'accès aux ressources
- Documentation des rôles et responsabilités de tous les participants, y compris le patient
- Discussions des occasions de reprendre la maîtrise de sa vie (contrôle, espoir et rétablissement)

Le *Wellness Recovery Action Plan* (WRAP) est une excellente ressource pour aider les patients à élaborer un plan de soins personnalisés. Consultez le guide-Conseil pratique *Prise en charge des maladies chroniques dans un centre de médecine de famille* pour plus de renseignements et de ressources (y compris des exemples de plans de soins personnalisés) afin d'aider les patients à acquérir les compétences nécessaires pour prendre soin d'eux-mêmes.

Étude de cas — Ajax Harwood Clinic

À la Ajax Harwood Clinic, un CMF en Ontario, l'autonomisation des patients est une valeur centrale. Dans le cadre de plans de traitements personnalisés, les patients peuvent participer à diverses séances de groupe dirigées par un médecin, y compris des groupes de psychothérapie, la méditation et des programmes de pleine conscience, ainsi qu'à des rendez-vous de groupe pour la prise en charge de troubles chroniques. Offrir des séances animées par un médecin dans votre pratique constitue une excellente façon de soutenir vos patients vers l'atteinte du bien-être mental et physique. La Ajax Harwood Clinic a *créé une trousse d'outils* pour les médecins qui organisent des groupes de prise en charge autonome en médecine familiale.

Directives pour la planification préalable des soins et protocoles alternatifs de prise de décision

Afin d'offrir des choix et d'encourager la participation des patients à leurs soins, vous pouvez parler des directives pour la planification préalable des soins et de protocoles alternatifs de prise de décision quand cela est pertinent ou nécessaire. Selon la CSMC, «... les personnes présentant des problèmes de santé mentale graves pourraient être en mesure de conserver plus de pouvoir décisionnel et de contrôle pendant les crises si elles ont préparé des directives dans le cadre de leur plan de traitement. Ces directives expriment les préférences d'une personne pour des services, des traitements et du soutien si elle est jugée incapable de prendre de telles décisions. Elles offrent aux personnes présentant des problèmes de santé mentale, à leurs proches et aux prestataires de soins la possibilité de parler de ces difficultés et de créer des partenariats. Elles peuvent aussi permettre de trouver l'équilibre entre le désir des familles de fournir du soutien et le respect

des droits des personnes.²⁸ » De façon générale, ces outils permettent aux patients qui présentent des troubles de santé mentale plus graves de faire part de leurs préférences à leurs prestataires de soins, à leurs proches ou aux aidants naturels de façon plus formelle, avant de ne plus pouvoir fournir un consentement éclairé.

FAITES PARTICIPER LA FAMILLE, LES PROCHES, LES AMIS ET LES MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ À L'ÉLABORATION DES PLANS DE TRAITEMENT DES PERSONNES PRÉSENTANT DES TROUBLES DE SM-T, S'IL EST APPROPRIÉ DE LE FAIRE ET AVEC LEUR PERMISSION

Les aidants naturels, y compris les personnes nommées par le patient (membres de la famille, amis, voisins, membres de la communauté), jouent un rôle crucial dans la prise en charge et le traitement des patients présentant des troubles de SM-T. Ils jouent souvent divers rôles, notamment celui de gestionnaires de cas informels, en plus de fournir du soutien en cas d'intervention d'urgence, d'agir en tant que défenseurs des intérêts du patient ou de mandataires spéciaux, de surveiller les traitements passés et actuels, entre autres³¹. L'engagement des aidants naturels peut réduire les taux d'hospitalisation et de rechute, améliorer l'engagement envers les traitements et augmenter le taux de rétablissement³¹.

Il est important de demander aux patients quels type et niveau d'engagement ils souhaitent de la part des aidants naturels qui s'identifient comme tels et de réexaminer ce sujet régulièrement, en fonction de l'évolution des besoins. Selon les volontés du patient, vous pouvez inviter les aidants naturels à assister aux rendez-vous, solliciter leurs commentaires lors de l'élaboration de plans de traitement et vous assurer qu'ils sont au courant de l'évolution de la santé du patient. Les aidants naturels constituent aussi une excellente ressource étant donné leur expérience avec le patient; l'engagement devrait toujours aller dans les deux sens.

En plus de faire participer les aidants naturels au traitement d'un patient, le rétablissement axé sur la famille requiert que le médecin soit conscient des besoins en matière de bien-être des aidants naturels en plus de ceux du patient³².

Remarque : Cette section porte sur les soins aux patients d'âge adulte. Quand vous travaillez avec des enfants ou des jeunes, la réglementation et les lois sur l'engagement parental/familial encadreront les décisions relatives à leurs soins.

Ressources pour les familles et les aidants naturels

Pour connaître les ressources pour les familles ou les aidants naturels, comme les groupes de soutien, communiquez avec :

- [Association canadienne pour la santé mentale \(ACSM\)](#)
- [Société canadienne de la schizophrénie](#)
- [Société pour les troubles de l'humeur du Canada](#)
- [Programmes et services du Centre de toxicomanie et de santé mentale](#)
- [Institut des familles solides](#)

Les familles et les aidants naturels pourraient aussi être intéressés par des ressources sur la prise de décision par un mandataire et la planification préalable des soins :

- [La planification préalable des soins : Ressource pour les patients](#) du CMFC

AMÉLIORER LES ACTIVITÉS DE VOTRE CLINIQUE POUR MIEUX ACCOMMODER LES PATIENTS PRÉSENTANT DES TROUBLES DE SM-T

Rendez votre pratique plus accueillante et équitable

Les personnes qui viennent chercher de l'aide pour des troubles de SM-T rapportent souvent être victimes de stigmatisation de la part de divers professionnels de la santé de première ligne³³. De plus, certains patients ne savent pas que leur médecin de famille peut jouer un rôle dans la prestation de services en santé mentale. Cependant, étant donné que les médecins de famille fournissent la majorité des services de santé mentale aux

patients, il est crucial de s'assurer que les pratiques sont accessibles aux patients. Vous trouverez ci-dessous certaines mesures que vous pouvez prendre pour surmonter les obstacles potentiels :

- Examinez comment les membres de votre cabinet communiquent. Ceci comprend tout de l'accès à l'information (en ligne et en personne), au ton et à l'attitude du personnel, au langage utilisé sur le matériel qui se trouve dans votre cabinet et à la disposition de votre bureau.
 - Offrez aux patients intéressés la possibilité de remplir un court sondage anonyme afin d'évaluer ces aspects. Puis, collaborez avec les patients et les membres du personnel pour régler les problèmes et mettre de l'avant les recommandations. Vous pouvez utiliser le [Sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires](#) du Conseil ontarien de la qualité des services de santé comme point de départ, et ajouter vos propres questions en fonction des soins en SM-T que vous offrez.
- Ajoutez une affiche dans votre cabinet qui indique que parler des troubles de SM-T fait partie de votre rôle de médecin (p. ex., l'affiche « [Qu'elle soit mentale ou physique, une maladie demeure une maladie](#) » du Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail). Les personnes qui ont vécu l'expérience rapportent que de petits gestes comme ceux-ci font une grande différence.
- En plus de ces repères visuels, pensez à dire quelque chose au début de chaque rendez-vous pour rappeler aux patients qu'ils peuvent parler des troubles de SM-T pendant leur rendez-vous. Certaines personnes ont besoin de temps pour penser aux raisons qui les amènent à consulter le médecin et à les verbaliser – leur donner cette occasion les mettra à l'aise et plus enclins à avoir une relation positive avec les professionnels de la santé à l'avenir.
- Offrez un formulaire d'inscription ou un formulaire d'admission uniformisé qui comprend des questions sur la SM-T pour les patients dans la salle d'attente. Le formulaire pourrait contenir des questions portant sur les problèmes principaux que le patient aimerait poser ou lui permettre de donner de l'information sur les changements récents dans sa vie. Cet outil offre des renseignements importants et peut encourager les patients à être plus ouverts quant à leurs préoccupations en matière de SM-T.
 - Le [Case-finding Health Assessment \(CHAT\)](#) est un outil autoadministré court et validé utilisé pour identifier les facteurs de risque de la dépression, de l'anxiété, de la maîtrise de la colère, du tabagisme, de la consommation d'alcool et de drogue, du jeu, de l'exposition à la violence et de l'inactivité physique³⁴. La recherche a démontré son efficacité dans le dépistage des patients adultes dans les salles d'attente en soins primaires³⁵. Vous trouverez l'outil CHAT sur le site Web de [Annals of Family Medicine](#)³⁶.

- Pensez à envoyer des rappels par textos pour les rendez-vous à venir aux patients qui ont de la difficulté à se rappeler des renseignements importants, ou pour qui les appels téléphoniques causent de la paranoïa ou de l'anxiété.
- Aidez vos collègues à modifier leurs comportements afin de créer un milieu sans stigmatisation. Remettez en question la stigmatisation et la discrimination quand vous en êtes témoin. (Voir l'annexe C pour une liste de programmes anti-stigmatisation et d'autres possibilités de formation.)

Pour de plus amples renseignements sur les façons de rendre votre pratique plus accessible aux patients atteints de troubles de SM-T, voir le guide *Ressources sur la santé mentale* du CMFC.

Fournir des occasions de formation et d'apprentissage à tous les membres du personnel de votre pratique et pour vous-même, et vous assurer que la formation implique des personnes ayant un savoir expérientiel de la maladie

Dans le cadre de notre engagement constant envers le développement professionnel continu, il est important de profiter de possibilités d'apprentissage afin de mieux connaître et d'être plus à l'aise avec les approches favorisant le rétablissement en SM-T.

Il est important que tous les membres d'une équipe de la pratique possèdent les compétences nécessaires pour fournir des soins de qualité et sécuritaires aux personnes présentant des troubles de SM-T. En tant que premiers représentants de votre pratique, le personnel administratif joue un rôle important et doit être inclus dans la formation. Vous pouvez d'abord demander aux membres de votre personnel de bureau/de soutien comment ils se sentent de travailler avec des personnes qui présentent des troubles de SM-T, puis déterminer s'il y a des compétences particulières dont ils ont besoin pour devenir plus à l'aise dans l'accompagnement de ces patients. Les membres du personnel devraient aussi être formés sur la confidentialité et le caractère délicat des sujets entourant la santé mentale. Par exemple :

- Ne pas demander aux patients ce qui les amène à la clinique d'une voix forte à l'accueil devant d'autres patients
- Ne pas réagir de façon négative quand les patients reviennent pour des visites répétées en santé mentale

La recherche démontre qu'encourager les contacts sociaux positifs avec les personnes ayant vécu une expérience de maladie mentale et écouter leurs témoignages personnels constituent des éléments clés pour réduire la stigmatisation¹¹. Songez à des possibilités de formation qui font appel à des personnes qui ont un savoir expérientiel de la maladie mentale et à leur famille, ou à collaborer avec des patients et des familles pour offrir et évaluer des initiatives d'apprentissage et de formation.

Voir l'annexe C pour une liste de programmes de formation offerts dans différentes provinces au Canada.

Se familiariser avec le soutien et les services communautaires, établir un réseau et orienter vos patients

Certaines pratiques fondées sur le travail d'équipe ont des travailleurs sociaux ou d'autres travailleurs en SM-T qui peuvent offrir du soutien quant aux aspects non médicaux des soins aux personnes présentant des troubles de SM-T et à leurs aidants naturels. Des circonstances particulières peuvent nécessiter une orientation formelle ou informelle par le médecin vers des services extérieurs. Il est utile d'avoir quelqu'un dans votre pratique qui connaît les principaux fournisseurs de services en santé mentale, de services de soutien par les pairs et d'autres programmes dans votre région vers qui orienter les patients.

Outils de dépistage

L'identification et la prise en charge précoces des troubles de SM-T, particulièrement chez les jeunes, peuvent aider à améliorer l'état de santé des patients. Le site Web esantementale.ca fournit une liste complète d'outils de dépistage (fondés sur des données probantes, échelles validées) pour divers troubles de SM-T qui peuvent être utiles dans votre pratique.

Comme le temps d'attente pour des services spécialisés peut être assez long, fournir aux patients des ressources pour la prise en charge autonome, les orienter vers du soutien par des pairs, des plans de soins personnalisés et des renseignements sur divers services en ligne/téléphoniques peut les aider en attendant de connaître les options de traitement qui s'offrent à eux. Voir l'encadré sur les ressources pour la prise en charge autonome et l'annexe D pour plus d'information.

Les banques alimentaires, les programmes d'emploi, les programmes de loisirs et les organismes communautaires de logement peuvent aussi constituer des ressources, selon les besoins particuliers des patients et de ce qui est offert dans leur communauté. Si vous pensez que votre patient frôle le seuil de la pauvreté, songez à utiliser [l'Outil sur la pauvreté](#) du CMFC afin d'identifier quelques ressources utiles pour cet enjeu plus large. [La trousse d'outils CLEAR](#), élaborée par la Collaboration CLEAR, est aussi très utile pour évaluer différents aspects de la vulnérabilité des patients de façon appropriée au contexte et pour identifier facilement les ressources d'orientation dans une région donnée³⁷.

Si vous devez trouver des services en SM-T dans votre communauté, communiquez avec le bureau de l'Association en santé mentale canadienne de votre localité ou visitez [esantementale.ca](#). Vous pouvez créer un dépliant à laisser dans votre salle d'attente qui comprend les coordonnées des ressources, agences et lignes d'assistances locales, etc. Voir l'annexe D pour une liste de ressources nationales en SM-T.

Ressources pour la prise en charge autonome

- Téléchargez les manuels :
 - [Positive Coping with Health Conditions: A Self-Care Workbook](#) pour les adultes avec des troubles médicaux touchant l'humeur (en anglais seulement)³⁸
 - [The Antidepressant Skills Workbook for Adults with Depression](#) (en anglais seulement)³⁹
 - [Dealing with Depression: Antidepressant Skills for Teens](#) (en anglais seulement)⁴⁰
- Autres ressources sur le Web
 - [Anxiety BC](#) (en anglais seulement)
 - [Ladepressionfaitmal.ca](#)
 - Programme Retrouver son entrain de l'ACSM ([Ontario](#), [British Columbia](#), (en anglais seulement) et [Manitoba](#) (en anglais seulement))

Remarque sur le dépistage de la dépression

Il est important de noter que le dépistage de la dépression n'est pas recommandé pour les adultes présentant un risque moyen, selon le [Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs](#)⁴².

Dans la mesure du possible et lorsqu'il est approprié, abordez les problèmes cooccurrents de SM-T et de santé physique en intégrant le dépistage, les traitements et le soutien

Il est important de se rappeler que les personnes souffrant de problèmes de santé physique chroniques sont souvent confrontées à des problèmes cooccurrents de SM-T. Ils sont aussi plus enclins à souffrir de certaines maladies physiques à cause des effets indésirables de la médication ou de l'abus/l'utilisation prolongée de substances. Les médecins de famille jouent un rôle intégral dans la prestation de soins complets et globaux aux patients souffrant de maladies chroniques dans le cadre de leur relation à long terme. Dans votre pratique, demeurez conscient des effets possibles des comorbidités des troubles physiques et mentaux et effectuez le dépistage des patients en conséquence.

Vous pouvez inclure une ou deux questions sur les troubles de SM-T dans votre questionnaire de routine lors des divers rendez-vous avec les patients⁴¹. Ceci peut aider à normaliser la vérification de la santé mentale et émotionnelle dans la pratique et à réduire la stigmatisation. Dans des situations où un dépistage plus en profondeur est nécessaire, vous pouvez utiliser des échelles d'évaluation ou des scores de symptômes comme le [Patient Health Questionnaire \(PHQ-9\)](#) et le [Generalized Anxiety Disorder 7 \(GAD-7\)](#), qui sont facilement accessibles et peuvent vous faire économiser du temps dans l'évaluation et le diagnostic d'un patient⁴¹.



CONCLUSION

Les médecins de famille qui travaillent dans un CMF sont bien placés pour fournir des soins de santé de qualité aux patients présentant des troubles de SM-T dans l'ensemble du système de santé. La recherche suggère que les médecins de famille sont les premiers prestataires de soins en santé mentale dans notre système de santé et qu'ils fournissent près des deux tiers de tous les services en santé mentale. Offrir ce type de soins est le prolongement naturel de leur engagement envers la prestation de soins complets et globaux, continus et axés sur la relation patient-médecin. En adoptant des démarches axées sur le rétablissement, vous pouvez faire en sorte que les patients qui présentent des troubles de SM-T reçoivent le type de soins dont ils ont besoin, et de ce fait mieux les aider à atteindre leurs objectifs de traitement.

À la base, la pratique axée sur le rétablissement vise à encourager une culture inclusive, sécuritaire, empreinte d'espoir et d'écoute sans jugement. Adopter une approche axée sur les forces nécessite que vous compreniez que le parcours de chaque patient est une affaire personnelle et qu'il s'inscrit dans le contexte de l'expérience de vie de chacun. Ceci signifie qu'il est important de respecter l'autonomie et les préférences personnelles, ainsi que de fournir de l'information et des conseils accessibles aux patients afin qu'ils comprennent et qu'ils puissent prendre des décisions éclairées. Le simple fait d'en être conscient constitue une première étape essentielle vers la prestation de soins axés sur le rétablissement.

Plus précisément, en incluant certaines de ces recommandations dans votre pratique, vous pouvez apporter des changements importants qui auront le potentiel d'améliorer l'expérience de vos patients qui vivent avec des troubles de SM-T. Ce guide a décrit quelques mesures clés que vous pouvez mettre en pratique :

- Utiliser un langage axé sur les forces dans les interactions avec les patients afin d'encourager l'espoir et l'optimisme (voir l'annexe B pour de plus amples renseignements sur le langage approprié)
- Aider les patients en collaborant avec eux pour créer des plans de soins personnalisés qui reflètent leurs besoins globaux en matière de santé physique et mentale
- Impliquer les patients et, lorsque la situation s'y prête, leurs familles, amis et aidants naturels à la prise de décisions
- Vous assurer que votre pratique est plus accessible grâce à des affiches, intégrer des questions d'évaluation normalisées sur les troubles de SM-T et créer des endroits accueillants et sécuritaires
- Fournir des possibilités de formation à votre équipe du CMF, y compris au personnel administratif, et pour vous aussi, afin de mieux aider les patients présentant des troubles de santé mentale et de toxicomanies (voir l'annexe C)
- Vous familiariser avec les ressources en SM-T au sein de votre communauté et élaborer une liste de ressources et d'outils d'organismes pour la prise en charge autonome destinés aux patients
- Utiliser les guides de pratique clinique et des outils de dépistage dans les soins aux patients présentant des troubles de SM-T (voir l'annexe E)

En portant attention à ces principes dans votre CMF, vous serez en mesure d'aider les patients présentant des troubles de SM-T et de démontrer votre engagement envers une philosophie de soins axés sur le rétablissement de la personne.



Annexe A : Correspondance entre les principes de rétablissement et les piliers du CMF

Les principes clés du rétablissement correspondent à plusieurs des piliers du CMF. Ceci signifie que plusieurs médecins de famille qui pratiquent actuellement selon le modèle du CMF mettent déjà en œuvre les notions de base de l'approche des soins axés sur le rétablissement. Par exemple, fournir des soins complets et globaux, axés sur le patient constitue un élément clé de l'approche des soins axés sur le rétablissement et du CMF. Le tableau ci-dessous présente plus en détail les correspondances entre le CMF et l'approche des soins axés sur le rétablissement pour vous aider à identifier les forces et les possibilités d'amélioration actuelles.

Tableau 2 : Correspondances entre certains principes de l'approche axée sur le rétablissement et les piliers du CMF

Piliers du CMF	Principes et valeurs du CMF	Principes et valeurs de l'approche axée sur le rétablissement
Soins axés sur le patient	Un CMF fournit des soins axés sur le patient et adaptés à ses besoins.	L'approche des soins axés sur le rétablissement est une affaire individuelle qui nécessite la participation du patient, une prise de décision partagée et le traitement des patients dans le contexte élargi de leurs familles et de leur communauté.
Soins dispensés par une équipe	Un CMF offre une large gamme de services de santé dispensés par des équipes ou des réseaux de professionnels de la santé, y compris le médecin de famille de chaque patient.	Les professionnels de la santé axés sur le rétablissement travaillent dans le cadre de partenariats solides qui facilitent l'accès à diverses options de traitement et à des ressources et services locaux.
Accès en temps opportun	Un CMF garantit un accès en temps opportun à des rendez-vous dans la pratique, fait la promotion et assure la coordination de rendez-vous en temps opportun avec d'autres professionnels de la santé.	La pratique axée sur le rétablissement est centrée sur le patient et devrait faire en sorte que les patients aient un accès en temps opportun aux ressources dont ils ont besoin.
Soins complets et globaux	Un CMF fournit aux patients une gamme complète de services qui répondent aux besoins de la population et de la santé publique en matière de santé.	La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada propose un plus grand rôle des soins primaires pour satisfaire aux besoins en santé mentale, particulièrement parce que les gens sont plus susceptibles de consulter un médecin de famille que tout autre professionnel de la santé pour leurs besoins en santé mentale.
Continuité des soins	Un CMF offre une continuité des soins, des relations et de l'information aux patients.	Les services en santé mentale axés sur le rétablissement s'adaptent à l'âge de la personne et à son stade de développement.

Adapté avec la permission de la Commission de la santé mentale du Canada.⁴³



Annexe B : Directives pour l'utilisation d'un langage axé sur le rétablissement

Le tableau suivant contient des phrases à éviter, à gauche, et de meilleures options pour véhiculer le message de façon plus positive, à droite.

Tableau 3 : Options au langage stigmatisant

Langage stigmatisant	Langage empreint d'acceptation, d'espoir, de respect et d'unicité
✗ Chantal est normale	✓ Chantal n'a pas de maladie/d'invalidité
✗ Pierre est malade mental ✗ Pierre est schizophrène ✗ Pierre est bipolaire ✗ Pierre est anorexique ✗ Pierre est...	✓ Pierre vit avec/a une maladie mentale ✓ Pierre est atteint de schizophrénie ✓ Pierre a reçu un diagnostic de trouble bipolaire ✓ Pierre a présenté de l'anorexie ✓ Pierre est une personne qui/avec...
✗ Chantal décompense ✗ Chantal est résistante/n'observe pas le traitement médicamenteux ✗ Chantal est...	✓ Chantal traverse une période difficile ✓ Le traitement conventionnel n'a pas convenu à Chantal ✓ Chantal a de la difficulté avec la médication qui lui a été recommandée ✓ Chantal présente...
✗ Pierre est manipulateur ✗ Pierre présente des comportements difficiles/complexes	✓ Pierre essaie par tous les moyens de satisfaire ses besoins ✓ Pierre devrait trouver de meilleures façons de satisfaire ses besoins
✗ Chantal ne se conforme pas au traitement ✗ Chantal se connaît mal	✓ Chantal choisit de ne pas... ✓ Chantal préférerait... ✓ Chantal cherche d'autres options
✗ Pierre se conforme bien au traitement/est facile à prendre en charge ✗ Pierre se connaît bien	✓ Pierre est ravi du plan que nous avons élaboré ensemble ✓ Pierre travaille fort pour atteindre les buts qu'il s'est fixés
✗ Chantal résiste au traitement ✗ Chantal ne répond pas au traitement	✓ Chantal choisit de ne pas... ✓ Chantal préfère ne pas... ✓ Chantal semble incertaine par rapport à...
✗ Pierre est très difficile ✗ Pierre a un comportement difficile ✗ Pierre ne coopère pas avec les services	✓ Pierre et moi ne sommes pas d'accord ✓ Je trouve cela difficile de travailler avec Pierre
✗ Pierre est paranoïaque ✗ Pierre est délirant	✓ Pierre a beaucoup de craintes ✓ Pierre est inquiet que son voisin lui veuille du mal
✗ Chantal est en manie	✓ Chantal a beaucoup d'énergie à l'heure actuelle ✓ Chantal n'a pas dormi depuis trois jours
✗ Chantal a un double diagnostic ✗ Chantal a des comorbidités ✗ Chantal est toxicomane souffrant de problème de santé mentale ✗ Chantal est une droguée	✓ Chantal présente des troubles de santé mentale et des problèmes de toxicomanies coexistants
✗ Chantal a une maladie mentale chronique ✗ Chantal est malade chronique ✗ Chantal ne guérira jamais	✓ Chantal travaille depuis longtemps à son rétablissement ✓ Chantal souffre de dépression depuis plusieurs années

Adapté avec la permission du Mental Health Coordinating Council.²⁷



Annexe C : Programmes de formation en santé mentale et toxicomanies au Canada

Le tableau suivant présente de l'information sur certains programmes de formation en santé mentale et toxicomanies qui peuvent être utiles aux médecins et au personnel de leurs pratiques.

Tableau 4 : Programmes en santé mentale et toxicomanies

Nom du programme	Organisme	Lieu	Gratuit ou payant	Public cible	Anglais ou français
Le rétablissement — série de webinaires	Commission de la santé mentale du Canada	En ligne	Gratuit	Général	Les deux
Mental Health in the Workplace	Mood Disorders Association of Ontario	Ontario	Payant	Général	Anglais
Combating Stigma for Physicians and Other Health Professionals	Mood Disorders Society of Canada	En ligne	Payant	Médecins/ professionnels de la santé	Anglais
Comprendre la stigmatisation	Centre for Addiction and Mental Health	En ligne	Gratuit	Médecins/ professionnels de la santé	Les deux
Project ECHO® Ontario santé mentale des enfants et des adolescents (SMEA)	Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario	Ontario	Gratuit	Médecins/IP seulement	Les deux
Premiers soins en santé mentale	Commission de la santé mentale du Canada	En ligne	Payant	Général	Les deux
Online Addiction Medicine Diploma	BC Centre on Substance Use	C.-B.	Gratuit	Médecins/IP seulement	Anglais
Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST)	Divers	Variés	Payant	Général	Les deux
Divers programmes offerts sur les toxicomanies	Communauté de pratique médicale en dépendance	Québec	Les deux	Médecins	Français
Practice Support Program's Adult Mental Health (AMH) module	General Practice Services Committee	C.-B.	Gratuit	Médecins	Anglais



Annexe D : Ressources Web et téléphoniques en SM-T

Après l'orientation vers un programme spécialisé en santé mentale ou en toxicomanies, les patients peuvent devoir attendre un certain temps avant de recevoir un traitement. En plus de fournir de l'information sur la prise en charge autonome, vous pouvez fournir aux patients les ressources Web et téléphoniques qui existent au Canada. Ces ressources peuvent aussi être utiles pour les patients qui ne sont pas à l'aise d'aller chercher un traitement en personne.

- [Jeunesse, J'écoute](#)
- [Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être des Premières Nations et des Inuits](#)
- [ACMS National](#)
- [Mind Your Mind](#)
- [Association canadienne pour la prévention du suicide](#)



Annexe E : Guides de pratique clinique

Restez à l'affût des guides de pratique clinique les plus récents en consultant [Infobanque des GPCMC : Guides de pratique clinique](#) de l'Association médicale canadienne. Pour vous aider, vous trouverez ci-dessous des guides qui peuvent être pertinentes dans votre pratique.

Tableau 5 : Guides de pratique clinique

Problème	Guide
Consommation d'alcool	Collège des Médecins du Québec, Educ alcool. <i>Les niveaux de consommation d'alcool à faible risque : Guide pour les médecins et les professionnels de la santé</i> . Montréal, QC : Collège des Médecins du Québec; 2012. Dans : http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-02-01-fr-niveaux-consommation-alcool-faible-risque.pdf . Date de consultation : Juillet 2018.
Anxiété	Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et coll. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. <i>BMC Psychiatry</i> 2014;14(Suppl 1):S1.
Trouble bipolaire	Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et coll. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. <i>Bipolar Disord</i> 2018;20(2):97-170. Dans : https://www.cma.ca/fr/pages/cpg-details.aspx?cpgId=13467&la_id=2 . Date de consultation : Juillet 2018.
Dépression	Liste de guides du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments
Schizophrénie	Liste de guides du Canadian Schizophrenia Guidelines Working Group
Populations particulières	Veltman A, Chaimowitz G. <i>Soins et services de santé mentale à l'intention des lesbiennes, des gays, des bisexuels, des transgenres et des queers</i> . Ottawa, ON : Association des psychiatres du Canada; 2014. Dans : https://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/LGBTQ-2014-55-web-FIN-FR.pdf . Date de consultation : Juillet 2018.
	BC Reproductive Mental Health Program, Perinatal Services BC. Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period. Vancouver, BC : Perinatal Services BC. Dans : www.perinataleservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/Maternal/MentalHealthDisordersGuideline.pdf . Date de consultation : Juillet 2018.
Toxicomanies	Bruneau J, Ahamad K, Goyer MÈ, Poulin G, Selby P, Fischer B, et coll. Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. <i>CMAJ</i> 2018;190(9):E247-E257. Dans : www.cmaj.ca/content/cmaj/190/9/E247.full.pdf . Date de consultation : Juillet 2018.
	L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. <i>Engaging Clients Who Use Substances</i> . Toronto, ON : L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario; 2015. Dans : http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Engaging_Clients_Who_Use_Substances_13_WEB.pdf . Date de consultation : Juillet 2018.
Suicide	Korczak DJ, Société canadienne de pédiatrie, Comité de la santé mentale et des troubles du développement. L'idéation et les comportements suicidaires. <i>Paediatr Child Health</i> 2015;20(5):257-264. Publié à : https://www.cps.ca/fr/documents/position/ideation-et-les-comportements-suicidaires . Consulté en juillet 2018.



Références

1. Commission de la santé mentale du Canada. *Vers le rétablissement et le bien-être. Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*. Calgary, AB : Commission de la santé mentale du Canada; 2009. Dans : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/FNIM_Toward_Recovery_and_Well_Being_FRE_1.pdf. Date de consultation : Juillet 2018.
2. Commission de la santé mentale du Canada. Site Web sur le rétablissement. 2018. Dans : <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/ce-que-nous-faisons/retablissement>. Date de consultation : Le 2 avril 2018.
3. Sunderland A, Findlay LC. *Besoins perçus de soins de santé mentale au Canada : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* — Santé mentale. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2013. No 82-003-X au catalogue. Dans : www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/2013009/article/11863-eng.pdf?st=rrgbT09Y. Date de consultation : Juillet 2018.
4. Commission de la santé mentale du Canada. *Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques*. Ottawa, ON : Commission de la santé mentale du Canada; 2017.
5. Association canadienne pour la santé mentale. Information rapide : La santé mentale/la maladie mentale. 2018. Dans : <https://cmha.ca/fr/propos-de-l-acsm/information-rapide-la-sante-mentale-la-maladie-mentale>. Date de consultation : Le 2 avril 2018.
6. Commission de la santé mentale du Canada. *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*. Ottawa, ON : Commission de la santé mentale du Canada; 2016.
7. Canadian Mental Health Association Ontario. The Relationship between Mental Health, Mental Illness and Chronic Physical Conditions website. 2018. Dans : <http://ontario.cmha.ca/documents/the-relationship-between-mental-health-mental-illness-and-chronic-physical-conditions>. Date de consultation : Le 2 avril 2018.
8. Chesney E, Goodwin G, Fazel S. Risk of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. *World Psych* 2014;13(2):153-160.
9. Stotland NL, Mattson MG, Bergeson S. The recovery concept: clinical and consumer perspectives. *J Psychiatr Pract* 2008;14(Suppl 2):45-54.
10. Lesage A, Vasiliadis HM, Gagné MA, Dudgeon S, Kasman N, Hay C. *Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada : Une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Mississauga, ON : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; 2006.
11. Knaak S, Patten S. A grounded theory model for reducing stigma in health professionals in Canada. *Acta Psychiatr Scand* 2016;134(Suppl 446):53-62.
12. Wener P, Woodgate RL. Looking for help: primary care providers' need for collaboration to delivery primary mental healthcare services. *Can J Commun Ment Health* 2017;36(3):29-39.
13. Bradford DW, Kim MM, Braxton LE, Marx CE, Butterfield M, Elbogen EB. Access to medical care among persons with psychotic and major affective disorders. *Psychiatr Serv* 2008;59(8):847-852.
14. Centre de toxicomanie et de santé mentale. Mental illnesses and addiction: facts and statistics website. 2012. Dans : www.camh.ca/en/driving-change/the-crisis-is-real/mental-health-statistics. Date de consultation : Le 2 avril 2018.
15. Ross L, Vigod S, Wishart J, Waese M, Spence JD, Oliver J, et al. Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2015; 16:135.
16. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Ottawa, ON : Le Sénat, Canada; 2006.
17. Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale. Site Web de CAMIMH. 2018. Dans : <http://www.camimh.ca/fr>. Date de consultation : Le 2 mai 2018.
18. Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Mental Health and Primary Care Policy Framework*. Toronto, ON : Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2016. Dans : www.camh.ca/-/media/files/pdfs--public-policy-submissions/primarycarepolicyframework_march2016-pdf.pdf. Date de consultation : Juillet 2018.
19. Jeffries V, Slaunwhite A, Wallace N, Menear M, Arndt J, Dotchin et coll. *Collaborative Care for Mental Health and Substance Use Issues in Primary Health Care: Overview of Reviews and Narrative Summaries*. Ottawa, ON : Commission de la santé mentale du Canada; 2013. Dans : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/PrimaryCare_Overview_Reviews_Narrative_Summaries_ENG_0.pdf. Date de consultation : Juillet 2018.
20. Craven M, Bland R. Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes. *Can J Psychiatry* 2006;51(6 Suppl 1):7S-72S. Dans : <http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/21095.PDF?Archive=190088091826&F>. Date de consultation : Juillet 2018.
21. Lester HE, Tritter JQ, Sorohan H. Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *BMJ* 2005;330(7500):1122.
22. Commission de la santé mentale du Canada. Guide de discussion — Du pain sur la planche : le point de vue des jeunes sur les pratiques axées sur le rétablissement. Ottawa, ON : Commission de la santé mentale du Canada; 2018. Dans : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2018-01/youth_recovery_video_discussion_guide_fr.pdf. Date de consultation : Juillet 2018.
23. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthc Manage Forum* 2017;30(2):111-116.
24. Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. *Int Rev Psychiatry* 2007;19(2):113-122.
25. Commission de la santé mentale du Canada. Déclarer notre engagement envers le rétablissement. Dans : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-03/Recovery_Declaration_march_2017_fr.pdf. Date de consultation : juillet 2018.

26. Gilbert H, Slade M, Bird V, Oduola S, Craig TK. Promoting recovery-oriented practice in mental health services: a quasi-experimental mixed-methods study. *BMC Psychiatry* 2013;13(167).
27. Mental Health Coordinating Council. Recovery Oriented Language Guide. Rozelle, New South Wales : Mental Health Coordinating Council; 2013. Dans : <http://mob.mhcc.org.au/media/5902/mhcc-recovery-oriented-language-guide-final-web.pdf>. Date de consultation : Juillet 2018.
28. Commission de la santé mentale du Canada. *Changer les orientations, changer des vies. Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Calgary, AB : Commission de la santé mentale du Canada; 2012. Dans : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_FRE.pdf. Date de consultation : Juillet 2018.
29. Canadian Mental Health Association Ontario. Poverty and Mental Illness website. [year] <http://ontario.cmha.ca/documents/poverty-and-mental-illness>. Date de consultation : Le 13 avril 2018.
30. Palmer VJ, Johnson CL, Furler JS, Densley K, Potiriadis M, Gunn JM. Written plans: an overlooked mechanism to develop recovery-oriented primary care for depression? *Aust J Prim Health* 2013;20(3):241-249.
31. Commission de la santé mentale du Canada. *Changer les orientations, changer des vies. Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Calgary, AB : Commission de la santé mentale du Canada; 2012. Dans : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_FRE.pdf. Date de consultation : Juillet 2018.
32. Ward B, Reupert A, McCormick F, Waller S, Kidd S. Family-focused practice within a recovery framework: practitioners' qualitative perspectives. *BMC Health Serv Res* 2017;17(1):234.
33. Pietrus M. *Changer les mentalités — Rapport provisoire*. Calgary, AB : Commission de la santé mentale du Canada; 2013. Dans : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/opening_minds_interim_report_fre_0.pdf. Date de consultation : Juillet 2018.
34. Goodyear-Smith F, Arroll B, Coupe N. Asking for help is helpful: Validation of a brief lifestyle and mood assessment tool in primary care. *Ann Fam Med* 2009;7(3): 239-244. Dans : http://www.annfammed.org/content/suppl/2009/05/07/7.3.239.DC1/Goodyear-Smith_Supp_App.pdf. Date de consultation : juillet 2018.
35. Elley CR, Dawes D, Dawes M, Price M, Draper H, Goodyear-Smith F. Screening for lifestyle and mental health risk factors in the waiting room: feasibility study of the Case-finding Health Assessment Tool. *Can Fam Physician* 2014;60(11):e527-534.
36. Goodyear-Smith F, Arroll B, Coupe N. Asking for help is helpful: validation of a brief lifestyle and mood assessment tool in primary health care. *Ann Fam Med* 2009;7(3):239-244. Dans : www.annfammed.org/content/suppl/2009/05/07/7.3.239.DC1/Goodyear-Smith_Supp_App.pdf. Date de consultation : Juillet 2018.
37. McGill. Site Web Collaboration CLEAR. 2016. www.mcgill.ca/clear/download. Date de consultation : Juillet 2018.
38. Bilsker D, Samra J, Goldner E. *Positive Coping with Health Conditions – A Self-Care Workbook*. Vancouver, C.-B. : Centre for Applied Research in Mental Health & Addiction, Simon Fraser University; 2009. Dans : www.sfu.ca/carmha/publications/positive-coping-with-health-conditions.html. Date de consultation : Juillet 2018.
39. Bilsker D, Paterson R. *Antidepressant Skills Workbook*. Vancouver, C.-B. : Centre for Applied Research in Mental Health & Addiction, Simon Fraser University; 2005. Publié à : www.sfu.ca/carmha/publications/antidepressant-skills-workbook.html. Consulté en juillet 2018.
40. Bilsker D, Gilbert M, Worling D, Garland J. *Dealing With Depression: Antidepressant Skills for Teens*. Vancouver, C.-B. : Centre for Applied Research in Mental Health & Addiction, Simon Fraser University; 2005. Dans : www.sfu.ca/carmha/publications/dwd.html. Date de consultation : Juillet 2018.
41. Collège des médecins de famille du Canada, Association des psychiatres du Canada. *Ressources sur la santé mentale*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2017. Dans : https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Directories/Committees_List/Mental-Health-Resource-Guide-FR.pdf. Date de consultation : Juillet 2018.
42. Joffres M, Jaramillo A, Dickinson J, Lewin G, Pottie K, Shaw E et coll. Recommendations on screening for depression in adults. *CMAJ* 2013;185(9):775-82.
43. Commission de la santé mentale du Canada. *Collaborative Mental Health at Work : Recovery-Oriented Practice and the Patient Medical Home*. Commission de la santé mentale du Canada; 2012 (manuscrit non publié).