

# Plans individualisés de rétablissement et outil d'auto-support

Outil d'auto-support QualityRights de l'OMS

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 20212**

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 *Person-centred recovery planning for mental health and well-being: WHO QualityRights self-help tool*. 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
OMS QualityRights - Outils de formation et d'orientation .....	xix
À propos de cette orientation .....	xx
Conseils pour les formateurs.....	xxiii
Note préliminaire sur le langage.....	xxviii
Qu'est-ce que le rétablissement ?.....	1
Partie 1 : Plan pour poursuivre ses rêves et ses objectifs.....	4
Partie 2 : Mon plan de bien-être .....	10
Partie 3 : Plan pour faire face aux moments difficiles .....	14
Partie 4 : Plan de réponse à une crise .....	19
Partie 5 : Planifier l'après-crise .....	34
Références .....	43

# 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 Institute, 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); Celline 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 Chammay, 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 Mbutia, 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, Acui 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); Geneva 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 Tenbense l, 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).

## Remerciements du CCOMS de Lille, France

Le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (Lille, France) tient à remercier les acteurs et personnes suivantes pour leur implication et soutien à la traduction et validation des modules de formation QualityRights de l'OMS de l'anglais au français.

Centre collaborateur OMS-OPS de Montréal pour la recherche et la formation en santé mentale (Montréal, Canada) dont : Marc Laporta (Directeur), Annabelle Martin (APPR) ; Isabelle Hénault (paire-aidante, directrice générale, Association des pairs aidants du Québec) ; Valériane Dujardin-Lascaux (juriste, EPSM LM) ; Éric Pinet (Médiateur de santé pair – FD GAIA17) ; Sylvie Vranckx (Assistante bénévole à la traduction, Humanité Inclusion Belgique) ; Union national de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) dont : Alix Viel, Michel Lacan, Antoine Faruya ; Aurora Jeanroy (psychologue) ; Maud Meylan (PSYCOM) ; Stéphane Waha (Formateur en rétablissement et pair-aidance, En Route) ; Laurent Burckel ; Audrey Fontaine ; Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (Casablanca, Maroc) ; Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (Lille, France) dont : Wendy Hude, Bérénice Staedel, Simon Vasseur-Bacle, Déborah Sebbane, Julie Gagnon, Élise Van Der Slikke (stagiaire).

## 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](http://www.epr.eu) - [www.equass.be](http://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. Allaëys - 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://www.who.int/activities/transforming-services-and-promoting-human-rights-in-mental-health-and-related-areas>

# 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/expliquer 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.

## Qu'est-ce que le rétablissement ?

### Définir le rétablissement

De nombreux services de soins en santé mentale et d'accompagnement sont fondés soit sur une compréhension clinique du rétablissement, soit, dans le pire des cas, sur une croyance selon laquelle une forme de rétablissement ne serait pas possible pour de nombreuses personnes. Cependant, un corpus grandissant d'articles et de documents attestent aujourd'hui que, dans le contexte de la santé mentale, toutes les personnes peuvent atteindre un niveau de rétablissement quelle que soit leur situation individuelle (1).

La compréhension traditionnelle ou clinique de la notion de rétablissement repose sur une étape, une période, à partir de laquelle une personne ne se comporte moins "étrangement", voire que l'ensemble des "symptômes" liés à la détresse émotionnelle se sont apaisés. Cependant, pour de nombreuses personnes, le rétablissement ne consiste pas à "guérir" de leurs troubles psychiques, ou à se considérer comme ayant de nouveau une "vie normale". Il s'agit de reprendre le contrôle sur leur parcours et sur leur projet de vie, de retrouver de l'espoir, et de parvenir à mener une vie qui a un sens pour eux - que ce soit par le travail, les relations humaines, l'engagement associatif et/ou communautaire, ou tout ou partie de ces différentes composantes.

"Ce qui importe dans le rétablissement n'est pas de savoir si nous sommes encore usagers de la psychiatrie, ou si nous prenons ou non des médicaments. Ce qui compte en termes d'orientation vers le rétablissement est : vivons-nous la vie que nous voulons vivre ? Parvenons-nous à atteindre des buts, des objectifs personnels, fixés par nous-mêmes ? Avons-nous des amis ? Avons-nous une place dans la société dans laquelle nous vivons ? Contribuons-nous à la vie citoyenne en quelque sorte ?" (2)

"Le rétablissement se produit lorsque les gens peuvent mener une vie qui leur convient, même si leurs troubles psychiques restent présents, et en dépit des nombreuses conséquences qui peuvent en découler, telles que l'isolement, la pauvreté, le chômage et la discrimination." (3)

Le rétablissement est très personnel, il s'agit d'un processus individuel, et sa signification peut donc être différente pour chaque personne. Par exemple, certaines personnes en rétablissement peuvent trouver un emploi rémunéré très utile pour leur santé mentale parce qu'elles sentent qu'elles contribuent à la société, et trouvent un sens à leur travail. Pour certaines personnes qui vivent des moments particulièrement difficiles, certains types de travaux peuvent sembler accablants et stressants et devenir un obstacle au rétablissement de la personne. Il est donc essentiel de prendre en compte les valeurs et les préférences de chaque individu lors de l'accompagnement des personnes en cours de rétablissement et de leur apporter un accompagnement et un soutien qui soient en adéquation avec leurs souhaits et valeurs afin de les aider à surmonter les obstacles pour atteindre leurs objectifs de vie et leurs rêves.

### Qu'est-ce que le rétablissement signifie pour vous ?

Les personnes qui ont entrepris un parcours de rétablissement ont trouvé utile d'élaborer un plan de rétablissement personnel.

Celui-ci peut inclure :

1. Comment vous allez poursuivre vos ambitions et vos rêves. Décidez de ce que vous voulez accomplir dans la vie et de la manière dont vous vous y prendrez.
2. Comment vous maintenir en bonne santé mentale mais aussi physique.
3. Comment gérer les moments difficiles. Si vous pouvez identifier vos sensibilités et vos "signaux de détresse" qui se déclenchent peut-être quand les choses vont moins bien, alors vous pouvez trouver des moyens pour prévenir les rechutes, et essayer de vous sentir mieux.
4. Ce que vous et vos proches pouvez faire en cas de crise.
5. Ce que vous pouvez faire pour passer à autre chose après une période de crise.

### **Comment créer et utiliser un plan de rétablissement**

1. Vous n'êtes pas obligé de terminer le plan de rétablissement en une fois ; vous pouvez remplir différentes parties du plan comme vous le souhaitez et à votre rythme.
2. Vous pouvez rédiger le plan de rétablissement seul ou avec l'aide d'autres personnes en qui vous avez confiance. Ceux-ci peuvent inclure par exemple des pairs-aidants, des membres de la famille, des amis, mais aussi des professionnels du champ de la santé mentale (psychiatre, infirmier, psychologue...) ou d'autres professionnels de santé. Rappelez-vous, ce plan est *votre* plan et c'est à vous de décider ce qu'il contient et avec qui vous le partagez.
3. Vous pouvez apporter des modifications au plan à tout moment, à mesure que vous en apprenez davantage sur vous-même et sur votre fonctionnement.

Vous pouvez souvent avoir l'impression que les défis auxquels vous faites face concernant votre santé mentale et votre bien-être échappent complètement à votre contrôle, et il est tentant de croire que seuls des professionnels du soin peuvent apporter des réponses. Mais, même si les professionnels de la santé mentale et de la santé en général ont mis au point des traitements et des thérapies qui peuvent être utiles, chaque personne peut devenir le véritable expert de ses propres soins personnels.

### **Mes aidants, et comment ils peuvent aider**

Il peut être utile pour les gens d'identifier d'autres personnes qui peuvent les aider à élaborer un plan de rétablissement et plus généralement les soutenir à différents moments de leur vie.

Un aidant peut être un parent, un ami, un pair aidant ou toute autre personne de confiance qui serait disposée à vous soutenir, y compris en temps de crise. Une personne peut décider qu'elle ne veut pas de soutien ou qu'elle ne souhaite du soutien que dans des circonstances spécifiques. En outre, une personne peut identifier plus d'un aidant/proche si elle le souhaite.

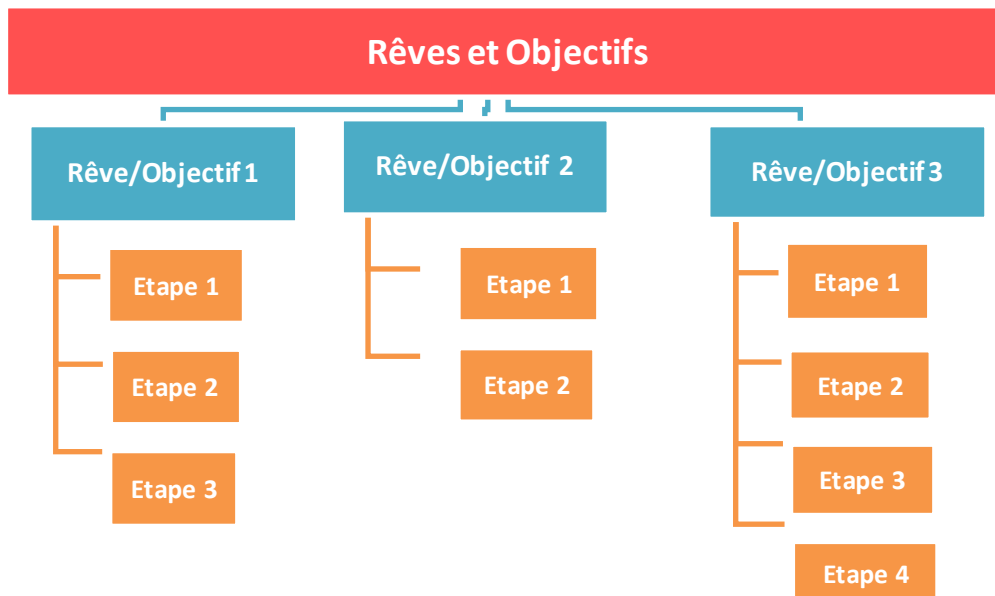
Nom	Telephone	Comment elle/il peut m'aider
<b>En cas de crise ou d'urgence</b>		

## Partie 1 : Plan pour poursuivre ses rêves et ses objectifs

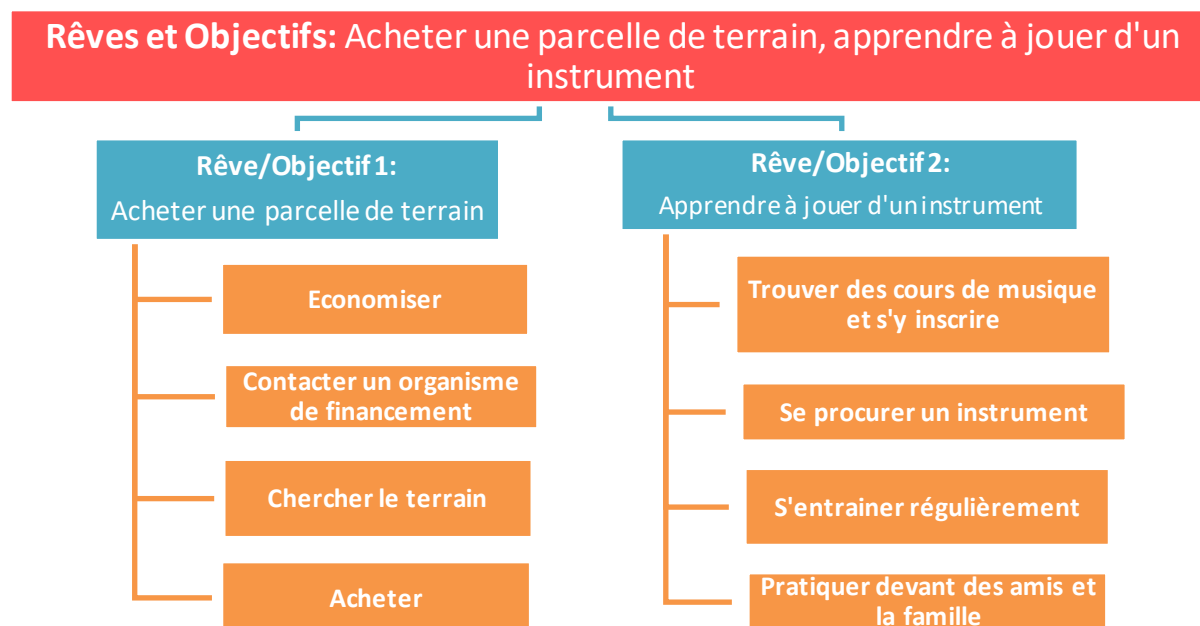
**Le rétablissement consiste à tirer le meilleur parti de vos compétences et capacités pour construire la vie que vous voulez vivre.**

Si vous avez reçu un diagnostic, il peut être très facile de se concentrer uniquement sur le diagnostic et de perdre de vue vos compétences, atouts, forces, intérêts et capacités. Une partie très importante de votre plan de rétablissement consiste donc à réfléchir à la manière dont vous utiliserez vos atouts et vos forces, ainsi que les possibilités qui s'offrent à vous, pour apporter des changements positifs dans votre vie.

À ce stade de l'élaboration de votre plan de rétablissement, vous pouvez identifier les rêves et les objectifs que vous souhaitez atteindre. Les rêves et les objectifs peuvent être ce que vous voulez réaliser dans un avenir proche ou lointain, comme apprendre à jouer d'un instrument, acheter un terrain, devenir enseignant, accéder à un logement décent, aider des enfants à avoir accès à l'éducation, ou bien encore simplement voyager. Les rêves et les objectifs peuvent également concerner des choses spécifiques que vous souhaitez réaliser, comme obtenir un emploi à temps partiel ou à temps plein, faire du bénévolat dans une organisation dont les activités vous sont chères, trouver un ami avec qui partager vos passe-temps ou terminer un livre qui vous avez toujours voulu lire. Chaque objectif peut ensuite être décomposé en étapes. Ces étapes sont, par essence, des objectifs plus petits que vous pouvez atteindre un à un. Voir ci-dessous pour une illustration visuelle de ce processus.



Voici ci-dessous un exemple :



La première étape est de penser à vos rêves et objectifs.

Dans la case ci-dessous, écrivez ou dessinez vos rêves et objectifs.

**Mes rêves et objectifs**

Parmi ces rêves et buts, choisissez-en UN que vous souhaiteriez réaliser maintenant.



Parmi les étapes listées à la page précédente, sélectionnez celles qui sont les plus pertinentes et faisables. Listez les ci-dessous.

**Les ETAPES que je dois réaliser pour atteindre mon rêve/objectif :**

	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>



Pour planifier les ÉTAPES de vos autres rêves/objectifs, faites des copies supplémentaires des formulaires.

Dans l'espace ci-dessous, vous pouvez prendre des notes pour recueillir toute information ou assistance dont vous pourriez avoir besoin pour réaliser les ÉTAPES que vous avez décrites.

**Informations dont j'aurai besoin pour réaliser les différentes ÉTAPES, et où je pourrais les obtenir :**

Informations nécessaires : Ou vais-je trouver l'information ?

Soutien ou aide dont j'aurai besoin ; de qui vais-je obtenir du soutien ?



## Partie 2 : Mon plan de bien-être

Routines pour rester en forme :

Avoir une routine régulière et des choses à faire peut-être utile pour maintenir le bien-être. Cela peut équilibrer votre vie et vous donner une structure sur laquelle bâtir. Pensez aux choses que vous devez faire au quotidien pour rester en forme. Cela peut être des choses que vous faites déjà ou des choses que vous voulez faire parce qu'elles vous aideraient à vous sentir mieux.

La plupart des routines sont assez simples - par exemple, des choses comme :

- Préparer et manger des repas sains à des heures régulières
- Faire une promenade et profiter de la nature
- Travailler dans un jardin
- Aller au travail ou à l'université
- Lire un livre, un journal ou un magazine.

Dans les cases suivantes, sélectionnez et listez les choses que vous pouvez faire TOUS LES JOURS et QUELQUES JOURS de la semaine pour rester en forme.

Dans l'encadré ci-dessous, notez les choses que vous pouvez faire TOUS LES JOURS pour rester en forme.

Choses à faire TOUS LES JOURS pour rester en forme





Vous pouvez placer les "choses à faire pour rester en forme" dans ce semainier pour créer un calendrier de bien-être. Vous pouvez apporter des modifications au calendrier à mesure que vous découvrez ce qui fonctionne le mieux pour vous.

**Mon SEMAINIER pour ETRE BIEN**

	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim
Matin							
Après-midi							
Soir							

### Partie 3 : Plan pour faire face aux moments difficiles

Un autre élément du plan de rétablissement est de planifier comment gérer les moments difficiles de la vie.

Il peut être utile d'indiquer dans le plan de rétablissement comment vous vous décririez de façon générale. Cela peut aider les aidant à identifier quand vous vous comportez différemment et à vérifier avec vous si vous avez besoin de soutien. Cela peut également vous aider à vous rappeler que vous êtes bien plus que des limitations perçues, un diagnostic ou un ensemble de problèmes.

#### Qu'est ce qui me définit généralement ?

Sociable	Extraverti.e	Impulsi.f.ve	Sur.e de soi
Solitaire	Bavard.e	Calme	Enthousiaste
Précautionneux/se	Introverti.e	Energetique	Opiniatre
Athletique	Extraverti.e	Qui apprend vite	Optimiste
Heureux/se	Refléchi.e	Pessimiste	Travailleur.se
Encourageant.e	Responsable	Aidant.e	Curieux.se
Aventureux.se	Serieux.se	Facile à vivre	Franc.he
Travailleur.se	Amical.e	Passionné.e	Indépendant.e
Plein.e d'humour	_____	_____	_____
Joueur.se	_____	_____	_____

Pour gérer les moments difficiles, il peut être utile de mettre en place un système de feux tricolores afin de suivre sa propre humeur.

### Le système de feux de signalisation **vert-orange- rouge**

Lorsque vous essayez de gérer les moments difficiles de votre vie, il peut être utile d'utiliser le système de feux de signalisation suivant. Voir ci-dessous ce que chaque couleur indique.

**VERT** = Vous vous sentez bien. Vous pouvez parfois ressentir un stress qui peut être géré grâce à des compétences d'adaptation et à des stratégies de résolution de problèmes.

**ROUGE-ORANGÉ** = Vous remarquez des signes de détresse émotionnelle. Il serait utile de mieux prendre soin de votre santé mentale et physique et d'obtenir le soutien d'amis, de famille, de professionnels de santé mentale ou d'autres praticiens.

Vous pouvez utiliser ce système pour surveiller et gérer les moments difficiles de la vie :

1. Utilisez le tableau des enregistrements quotidiens pour suivre comment vous vous sentez
2. Listez vos :
  - Sensibilités
  - Signaux de détresse
  - Mesures à prendre pour diminuer les sensibilités et pour réduire les sensations de détresse

Conseil : lorsque vous remplissez votre tableau des enregistrements quotidiens, essayez d'observer ce qui s'est passé juste avant que votre humeur monte ou diminue afin de mieux comprendre ce qui a tendance à provoquer des changements dans votre humeur.

3. Utilisez les informations que vous avez écrites sur les « choses à faire pour rester en forme » pour rester au niveau **VERT** et pour revenir au **VERT** lorsque vous atteignez **ROUGE-ORANGÉ** sur le graphique d'enregistrement quotidien.





## Mes signes de détresse

Les signes de détresse sont des changements dans vos sentiments, vos pensées ou votre comportement qui suggèrent qu'une crise peut se développer. Les signes de détresse sont importants, car si vous les reconnaissez et agissez tôt, vous pourrez peut-être empêcher une crise de se produire. Énumérez vos signaux de détresse dans la case ci-dessous. N'oubliez pas qu'il ne s'agit pas d'une liste exhaustive.

Exemples de points d'attention courants :

- Se sentir anxieux ou craintif
- Se sentir déprimé
- Ne pas dormir suffisamment ou se réveiller trop tôt

Mes signaux de détresse	Actions à prendre pour diminuer cette détresse émotionnelle

Vous pouvez faire des copies de ce **tableau de suivi quotidien de l'humeur**. Il est également utile de noter tout **événement** qui a provoqué un changement d'humeur - qu'il soit bon ou

mauvais - pour mieux comprendre vos fragilités et renforcer l'utilisation de vos capacités de rétablissement.

## Tableau de suivi

zzz

Mois : \_\_\_\_\_

Année : \_\_\_\_\_

				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Notes: (Tout événement ayant provoqué un changement d'humeur)

## Partie 4 : Plan de réponse à une crise

Même si les plans de rétablissement encouragent les personnes à prendre des mesures pour éviter les crises lorsqu'elles ressentent des niveaux élevés de détresse émotionnelle, il peut tout de même y avoir des moments où des crises se produisent - des moments où, malgré les efforts d'une personne, les choses continuent à empirer.

Il est utile d'indiquer par écrit vos préférences pour les traitements et les prises en charge que vous aimeriez recevoir pendant ces périodes difficiles, ainsi que des informations sur le traitement, le soutien et les services que vous recevez actuellement. Ceci afin que votre aidant ou votre proche et les autres personnes autour de vous puissent mieux vous aider lorsque vous vivez une crise émotionnelle ou de santé mentale. C'est aussi le moment d'écrire spécifiquement ce que vous ne voulez PAS en termes de traitements, de prise en charge et d'accompagnement.

Il est souvent difficile de coordonner l'aide que l'on souhaite de manière personnalisée pendant une période de crise, il est donc recommandé de planifier à l'avance en remplissant ce document au cas où cette situation surviendrait.

En remplissant vos directives anticipées en psychiatrie (DAP), vous serez en mesure de fournir des instructions et des informations sur quand, comment, où et de qui vous souhaitez recevoir du soutien et des soins.

Dans certains pays, les gens peuvent rendre leur volonté et leurs préférences juridiquement contraignantes dans certaines situations. Il peut être intéressant de vérifier si la législation de votre pays autorise cette possibilité.

## À propos de moi - Quand je traverse une crise

Cette section de vos DAP peut être difficile à finaliser et peut prendre un certain temps. L'objectif est que vous y décriviez les signes qui pourraient indiquer que vous souhaiteriez recevoir davantage de soutien. Ceci afin que les autres puissent vous aider à rester en sécurité et à prendre des décisions.

Vous avez déjà énuméré les facteurs qui indiquent que vous ne vous sentez pas bien et qu'une crise se profile, dans la partie 3 de ce plan de rétablissement "Gérer les moments difficiles". Il pourrait être utile de regarder en arrière et de vous demander "Que se passe-t-il ensuite?" "Comment suis-je lorsque je traverse une crise?"

Il peut souvent être utile de demander à vos aidants, à votre famille, à vos pairs, à des professionnels de santé mentale ou à d'autres praticiens ou amis ce qu'ils remarquent à votre sujet lorsque vous traversez une crise, une période difficile en matière de santé mentale.

N'oubliez pas que vous devez écrire ce que les autres pourraient remarquer, car d'autres personnes pourraient également trouver ces DAP pour vous aider. Par exemple, "je néglige mon hygiène personnelle", "je pense que je suis quelqu'un que je ne suis pas" et "je ne sors plus du tout de mon lit". Essayez d'être aussi précis que possible pour que les gens sachent exactement ce qu'il faut rechercher.

Il est très important de continuer à mettre à jour ce document au fur et à mesure que vous apprenez sur vous-même car vos besoins et la façon dont vous réagissez aux situations évoluent également.

Signes montrant que je suis en crise et que j'aimerais bénéficier de l'aide d'autres personnes pour ma prise en charge, ma sécurité, et pour m'aider à prendre des décisions.

## Aidants

Dans l'encadré ci-dessous, vous pouvez écrire 1) qui sont vos aidants, 2) votre ou vos interlocuteurs préférés en cas d'urgence. Vos aidants peuvent être des membres de votre famille, des pairs, des amis ou d'autres personnes en qui vous avez confiance - comme des voisins ou des membres de votre communauté religieuse.

Il est également important de discuter à l'avance avec les aidants que vous souhaitez lister ici pour vous assurer qu'ils sont prêts à vous aider en temps de crise.

### 1. Personne à contacter en cas d'urgence ou de crise

Personne(s) à contacter en cas d'urgence		
Nom	Leur type de lien avec moi	Telephone et/ou email

### 2. Aidants

Nom	Lien avec moi (ex : ami, famille, travailleur social)	Telephone et/ou email



## Comment mes aidants peuvent m'aider ?

Lorsque vous traversez une période de crise, il peut y avoir plusieurs choses dont s'occuper assez rapidement, telles que demander un arrêt de travail, nourrir vos animaux, payer vos factures, informer des proches de votre choix que vous allez mal, annuler des rendez-vous, etc. Dans l'encadré ci-dessous, listez les personnes qui pourraient vous aider dans des tâches spécifiques quand vous n'allez pas bien.

Tâches/actions que j'aimerais que mes aidants prennent en main quand lors que je suis en situation de crise	
Nom	Tâche/action que j'aimerais que cette personne prenne en main

## Qu'est-ce que les gens peuvent faire pour m'aider quand je suis en crise ?

Lorsque vous vivez une crise, les gens peuvent faire certaines choses qui vous font vous sentir mieux et d'autres qui vous font vous sentir plus mal. Il peut être utile de repenser aux personnes que vous avez trouvées aidantes lorsque vous avez vécu une crise dans le passé : qu'avaient-elles fait que vous aviez trouvé utile ?

Peut-être qu'ils :

- Ont juste passé du temps avec moi sans parler du tout, ou bien sans me parler de ma crise, de mon état du moment
- Sont restés avec moi quand j'avais peur ou que je me sentais seul



Ce que les gens peuvent faire pour M'AIDER lorsque je vis une situation de crise

**Qu'est-ce que les gens pourraient vouloir faire qui ne serait PAS aidant ?**

Vous pourriez également dire ce que les gens peuvent faire qui ne vous aide pas, et pourquoi. Par exemple :

- Vous ne trouveriez peut-être pas utile que des amis essaient de vous encourager à gérer votre détresse en buvant de l'alcool.
- Ou vous ne trouveriez peut-être pas utile que des membres de votre famille vous disent que vous devez "essayer de vous détendre" car cela vous bouleverse davantage et vous préféreriez que les gens soient simplement avec vous pendant ces moments difficiles, sans vous donner ce type de conseil.
- Ou vous n'aimeriez peut-être pas le fait que des professionnels de santé mentale ou d'autres praticiens vous proposent un nouveau traitement médicamenteux avant de chercher d'autres types de moyens de soulager votre détresse.

Remplissez votre propre liste ci-dessous :

Ce que je ne trouve PAS aidant	Pourquoi ça ne l'est pas


### Services, prises en charges et soutiens qui peuvent vous être utiles

Dans l'encadré de la page suivante, vous pouvez lister les services et soutiens que vous trouvez utiles. Tel que :

1. **Services ou soutiens que vous recevez actuellement** comme la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), le counseling, la psychothérapie et les groupes de soutien par les pairs.
2. **Services ou soutiens qui vous ont aidé lorsque vous avez été en crise dans le passé**, comme une thérapie de groupe, la pleine conscience, aller à la gym, gérer l'anxiété, faire une promenade ou recevoir la visite d'un ami.
3. **Services ou soutiens dont vous ne voulez pas et pourquoi vous préféreriez les éviter**. Par exemple, vous pourriez noter "ECT (thérapie électro-convulsive) en raison de ses effets négatifs potentiels", "thérapie de groupe parce que cela me rend nerveux de parler publiquement" ou "voir ma sœur parce que nous ne nous entendons pas".
4. **Services ou soutiens pour faire face aux problèmes familiaux ou à d'autres situations critiques** dans votre vie sociale, travail, vie amicale ou changements de vie.

<b>Services et soutiens que vous recevez actuellement</b>
<b>Services ou soutiens qui vous ont aidés quand vous avez été en crise dans le passé</b>
<b>Services ou soutiens que vous ne voudriez PAS et pourquoi vous préféreriez les éviter</b>
<b>Services ou soutiens pour faire face aux problèmes familiaux ou autres situations critiques</b>

### Médication/traitements

Sur la page suivante, indiquez toute information sur vos médicaments qui serait utile à vos aidants, aux professionnels de santé mentale et aux autres praticiens en cas de crise. Ceci afin qu'ils puissent vous aider de la meilleure façon possible (par exemple en évitant les médicaments qui ne vous ont pas été utiles dans le passé).

Dans les tableaux ci-dessous, indiquez les types de traitements que vous prenez actuellement (y compris les médicaments non liés à votre santé mentale). Vous / votre aidant pouvez demander conseil à votre médecin ou à un autre praticien si vous n'êtes pas sûr du nom de votre médicament et de votre posologie.

<b>Traitements en cours</b> (Lister tous les médicaments que vous prenez pour vos problèmes de santé)	
Nom du traitement	Dosage (mg)


### Préférences médicamenteuses et allergies

Dans le tableau ci-dessous, notez vos préférences en matière de médicaments et toute allergie à certains médicaments pour que tout le monde en ait connaissance.

Tout traitement que vous préféreriez prendre en temps de crise	
Type de traitement	Raisons pour lesquelles vous préférez les prendre

Médicaments que vous ne prendrez PAS	
Type de traitement	Raisons pour lesquelles vous préférez ne pas les prendre
Médicaments auxquels vous êtes ALLERGIQUES	

### Où je voudrais être quand je suis en crise

Lorsque vous traversez une crise, il peut être utile de rester là où l'aide et le soutien qui vous conviennent sont disponibles de la part de la famille, des amis, des aidants, des professionnels de la santé mentale ou d'autres praticiens, jusqu'à ce que vous vous sentiez à nouveau bien, au lieu de rester seul. Dans le tableau ci-dessous, indiquez vos préférences concernant l'endroit où vous aimeriez être en cas de crise. Des exemples sont : rester avec mes parents, se faire admettre à l'hôpital, rester à la maison avec le soutien d'une équipe de soins à domicile (par exemple, unité mobile de crise, si ce type de service est disponible localement) aller dans une maison de repos, rester à domicile avec des visites aux services ambulatoires.

<b>1<sup>er</sup> choix</b>
<b>2<sup>ième</sup> choix (si le premier choix n'est pas possible)</b>
<b>3<sup>ième</sup> choix (si le deuxième choix n'est pas possible)</b>

Parfois vous pourriez vouloir aller, volontairement, dans un hôpital spécifique ou un service de soins d'urgence spécifique. Cependant, il pourrait y avoir d'autres endroits où vous souhaiteriez ne pas aller. C'est important de se rappeler que ce choix n'est peut-être pas toujours possible.

<b>Je PRÉFÈRE aller</b>	
<b>Nom de l'hôpital/pôle/service</b>	<b>Pourquoi je préférerais y aller</b>
<b>Je préfère ne PAS aller</b>	
<b>Nom de l'hôpital/pôle/service</b>	<b>Pourquoi je préfère ne pas y aller</b>

### Besoins spécifiques

Sur cette page, listez tous vos besoins spécifiques et personnels dont il faudrait que les autres personnes soient informées.

<b>Santé</b>

<b>Besoins spirituels, religieux et culturels</b>
<b>Besoins alimentaires et diététiques, incluant les allergies alimentaires</b>
<b>Choses que je voudrais avoir avec moi si je suis admis.e à l'hôpital (par exemple : lunettes, téléphone)</b>
<b>Choses que je n'aime pas</b>
<b>Autres choses que les gens doivent savoir à propos de moi</b>
<b>Autres besoins spécifiques</b>

### **Actions et situations susceptibles d'aggraver une crise**

Parfois, des actions spécifiques de la part d'autres personnes peuvent aggraver une situation lorsque les gens éprouvent déjà une détresse émotionnelle.

Quelques exemples ci-dessous (liste non exhaustive):

- L'impression de ne pas être écouté
- Le manque d'intimité
- Se sentir regardé
- Entendre des bruits forts





<b>Si je fais des choses dangereuses pour moi, j'aimerais que mes aidants :</b>
<b>Si je fais des choses dangereuses pour moi, je ne VEUX PAS que mes aidants :</b>

**Rappelez-vous de :**

1. Confier à vos aidant et les professionnels de santé mentale ou autres praticiens et autres soutiens (comme des membres de votre famille, des amis, etc.) une copie de ce document de directives anticipées en psychiatrie afin qu'ils sachent qu'il existe et ce qu'il indique.
2. Imprimer une copie de ce document pour vous-même afin que, en cas de période de crise, vous puissiez le montrer aux professionnels du soin que vous rencontrerez.

## A propos de mes DAP

**J'ai élaboré ce plan le (date) :**

**Avec l'aide de** (lister les personnes qui vous ont aidé à élaborer ce plan s'il y en a)

**Tout plan avec une date plus récente remplace celui-ci.**

**Signature (la vôtre) :**

**Date :**

**Témoins :**

**Nom :**

**Signature :**

**Date :**

## Partie 5 : Planifier l'après-crise

### Poursuivre votre chemin après une crise

Poursuivre votre chemin après une période de crise peut être difficile. Il est toujours difficile de redémarrer des choses, ou de reprendre en main certains aspects de sa vie après une période difficile, parfois assez longue. Cela pourra prendre du temps pour que ces défis disparaissent complètement. Votre confiance a peut-être été ébranlée par votre crise ; et pendant cette période compliquée, vous n'avez peut-être pas vu plusieurs personnes importantes pour vous depuis un certain temps ; vous pouvez avoir l'impression d'avoir bouleversé certains de vos amis, parents et autres personnes qui vous sont chères, et/ou vous pouvez vous sentir très reconnaissant pour le soutien que d'autres ont fourni pendant que vous étiez en crise.

Que vous ayez été à l'hôpital ou que vous soyez resté chez vous pendant la période de crise, il est judicieux de commencer à réfléchir dès que possible à vos stratégies potentielles pour poursuivre votre chemin ensuite.

Vous n'avez pas besoin de vous sentir pleinement bien pour reprendre la responsabilité de faire certaines des choses que vous aimez et qui sont importantes pour vous. Bien que ce ne soit pas toujours facile, recommencer à reprendre vos activités habituelles peut vous aider à vous sentir mieux et à progresser dans votre rétablissement. De nombreuses personnes trouvent utile de reprendre progressivement une routine après une période difficile en terme de santé mentale.

Par exemple :

- Commencez par voir quelques amis proches à la maison, puis élargissez progressivement le cercle de personnes, et essayez de sortir avec eux.
- Commencez à retourner au travail en rencontrant votre responsable ou vos collègues. Planifiez avec eux un retour progressif au travail, puis augmentez progressivement vos heures de présence et vos tâches/actions au fil du temps.

#### À propos de cette section de document "Partie 5 : Planifier l'après-crise"

Que vous soyez à la maison, chez quelqu'un d'autre ou à l'hôpital pendant une crise, il est utile d'avoir un plan sur la façon de revenir à votre vie quotidienne et de maintenir votre bien-être. Cette partie du plan de rétablissement consiste à planifier les quelques jours et semaines juste après une crise de santé mentale afin que vous puissiez continuer votre chemin vers le rétablissement.

Ceci pourrait être la première partie de votre plan de rétablissement que vous remplissez si, par exemple, vous vous remettez juste d'une crise et n'avez pas encore fait les autres parties. Procéder ainsi est parfaitement faisable.

## **Préparatifs pour rentrer à la maison**

(Remplissez les points 1 et 2 ci-dessous uniquement si vous avez séjourné ailleurs que chez vous)

Nommez **deux personnes** qui pourraient vous aider à vous réinstaller chez vous et votre vie.

### **Premier choix**

Nom :

Informations de contact :

### **Second choix**

Nom :

Informations de contact :

**Je souhaite que la ou les personnes suivantes restent avec moi à mon retour ou m'aident à m'installer à mon retour :**

### **Premier choix**

Nom :

Informations de contact :

### **Second choix**

Nom :

Informations de contact :

## Les choses que j'ai besoin de régler

Après une crise, vous voudrez peut-être vous demander s'il y a des défis survenus pendant la crise, telles que des difficultés financières ou des problèmes médicaux qui doivent être résolus.

Dans chaque cas, il peut être judicieux de réfléchir aux choses que vous devez régler le plus tôt possible et mettre un peu à distance les choses qui peuvent attendre que vous vous sentiez davantage rétabli.

Il peut également être utile de réfléchir à quand vous ferez chaque chose, comment vous le ferez et si vous voulez que quelqu'un vous aide (par exemple, recevoir des conseils pour des difficultés financières ; obtenir le soutien émotionnel d'amis ou de la famille lorsque vous tentez de résoudre différents problèmes ; trouver un moyen de transport vers certains endroits, etc.). Vous pouvez indiquer les différents axes importants pour vous dans le tableau ci-dessous.

Ce que je dois faire	De quelle aide j'aurais besoin	Quel aidant je dois contacter	Quand je dois le contacter

## Établir une routine

Reprendre une routine régulière dès que possible peut vous aider à profiter à nouveau de votre vie, et de nombreuses routines peuvent être assez simples. Par exemple :

- Se lever à une certaine heure et se coucher à une certaine heure ;
- Préparer et manger trois repas équilibrés par jour ;
- Faire des promenades, des marches, ou tout autre forme d'exercice physique.

Choses à faire TOUS LES JOURS pour m'aider à apprécier la vie après une crise							
Choses à faire	Quand						
	Matin	Après-midi	Soir				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Choses à faire CERTAINES jours de la semaine pour m'aider à apprécier la vie après une crise (et quels jours je vais les faire)							
Choses à faire	Quand						
	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Mon emploi du temps

Certaines personnes trouvent utile d'établir un emploi du temps hebdomadaire pour se remettre dans une routine et y ajouter progressivement d'autres éléments au fur et à mesure qu'elles se sentent à la hauteur.

1. Le premier calendrier de la page suivante concerne la première semaine après une crise. Vous pouvez planifier spécifiquement jour après jour et construire progressivement votre emploi du temps tout au long de la semaine.
2. Le deuxième horaire de la page suivante concerne la période suivant la première semaine après une crise, pendant que vous stabilisez votre vie et revenez aux routines et activités quotidiennes et hebdomadaires que vous aviez planifiées dans la "Partie 2. Mon plan de bien-être" de ce document.

Utilisez ces horaires pour planifier des activités pour rester en forme :



Emploi du temps de la première semaine après une crise :

	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6	Jour 7
Matin							
Après-midi							
Soir							

Semainier pour stabiliser ma vie

	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6	Jour 7
Matin							
Après-midi							
Soir							

## Ce que j'ai appris de ma crise

Vivre une crise est une opportunité d'apprentissage. Après avoir traversé une crise, vous avez peut-être appris de nouvelles choses sur vous-même, et développé de nouvelles capacités d'adaptation.

Vous pouvez constamment apporter des modifications à votre plan de rétablissement, ainsi qu'à la partie des directives anticipées en psychiatrie du plan, pour qu'elle prenne bien compte des changements éventuels. Vous pouvez également supprimer des éléments que vous avez précédemment inscrits dans le plan de rétablissement s'ils ne font plus sens pour vous.

Section	Changement que je souhaite faire
<b>Mes objectifs (Partie 1)</b>	
<b>Mon plan de bien-être (Partie 2)</b>	
<b>Mes fragilités (Partie 3)</b>	
<b>Mes signes de détresse (Partie 3)</b>	
<b>Plan pour répondre à une crise (Partie 4)</b>	

## Références

1. Rights and recovery in mental health. SRN Briefing Paper. Glasgow: Scottish Recovery Network (SRN); 2015. ([https://scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2015/06/srn\\_connectinggrandr\\_oct15.pdf](https://scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2015/06/srn_connectinggrandr_oct15.pdf), accessed 18 January 2019).
2. Quote by Pat Deegan. Excerpt from The 10 Essential Shared Capabilities for Mental Health Practice: learning materials (page 21). Edinburgh: NHS Education for Scotland (NES); 2011. ([http://www.nes.scot.nhs.uk/media/351385/10\\_essential\\_shared\\_capabilities\\_2011.pdf](http://www.nes.scot.nhs.uk/media/351385/10_essential_shared_capabilities_2011.pdf), accessed 26 February 2017).
3. Mental Health Commission. Blueprint for Mental Health Services in New Zealand: how things need to be. Wellington: Mental Health Commission; 1998. ([http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/0E6493ACAC236A394C25678D000BEC3C/%24file/Blueprint\\_for\\_mental\\_health\\_services.pdf](http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/0E6493ACAC236A394C25678D000BEC3C/%24file/Blueprint_for_mental_health_services.pdf), accessed 18 January 2019).



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