

KEN ROSS

Ken Ross is the Assistant Deputy Minister for mental health services in New Brunswick. Prior to assuming his current role, he was the Chair / Executive Director of the Mental Health Commission of New Brunswick, which was established as a crown agency in 1990 to reform mental health service delivery in the province. He is past Chair of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health, a provincial Executive Director of the Canadian Mental Health Association in New Brunswick, and a member of the Canadian consultation team to assist Latvia with the establishments of a national mental health and service strategy. Mr. Ross has made numerous presentations across Canada on reforming mental health systems.

THE EMEREGENCE OF STAKEHOLDER CONTRIBUTIONS

In my experience with community non-governmental organizations, and the public service sector, and as I look over the last one hundred years in the field of mental health, I believe the most significant development which has occurred has been the emergence of stakeholder contributions in the planning, delivery, and evaluations of mental health services. In this discussion, I include consumers/survivors, family members, community organizations and agencies, and mental health workers as stakeholders. The conceptual model which best captures this important resource base was developed by the Canadian Mental Health Association in the mid-eighties and is called *A Framework for Support for People with Severe Disabilities* (Trainor & Church, 1984). This model places the person at the centre, supported by the stakeholders, who work in partnership with one another. The model was revised in 1993 to include the dimension of education, work, housing, and income – the key determinants of healthy people and a healthy society.

Goss (1988) describes community activities for the mentally ill in New Brunswick at the beginning of the 20th century as “allowing convalescing patients to leave the grounds [of the provincial asylum] to walk to churches...with attendants...and there had been no disagreeable incidents during these outings” (p.55) Today as we enter the 21st century, **22 consumer-run activity centres throughout the province of New Brunswick provide social support and community activism to assist vulnerable people.** This approach is radically different; **it represents a dramatic shift in how we view and treat people who experience mental health problems.**

By the mid-20th century in New Brunswick, Centracare, the oldest psychiatric hospital in New Brunswick, reached a resident populations of 1, 697. At that time, the first community mental health clinics were created. A provincial Division of the Canadian Mental Health Association was established, and branches in a number of New Brunswick communities soon followed.

The 1960s and 1970s saw an expansion of the mental health clinic system in the province, and new medications fostered the first attempts at community-based treatments.

In the 1980s and 1990s, New Brunswick, like many other jurisdictions, initiated mental health reforms which were based on best practice evidence, and built upon the experience of other jurisdictions. With a shift in care from in-patients to community and with a 10 year plan to reallocate resources from the institutions sector, the resident population of the psychiatric hospitals decreased. Centracare now has a patient population of 50.

Now, at the end of the 20th century, we can log at the various experiences we have had and the changes we have undergone, and identify some of the advances which have had a major impact on mental health and mental illness. These include developments in assertive community treatment, new mental health legislation, the placement of psychiatric units in regional hospitals which provide in-patient care closer to an individual's home community, first-break treatment programs, and a new generation of medications. As well the inclusion of consumer and family initiatives and the expansion of mental health care beyond the formal mental health system to include housing/accommodations, vocational, income issues, social and community networks have resulted in a more community driven approach to services for this at-risk population.

Of all these developments, the collective resource base reflecting stakeholder contributions has the most powerful implications for the future, two dimensions of which have particular importance for community mental health: (a) making mental health a possible job, and (b) developing social capital.

In *Impossible Jobs in Public Management* Hardgrave and Glidwell (1990) identify four dimensions of public-sector jobs which make it impossible to ensure good outcomes for people: (a) client legitimacy, (b) conflict among constituencies, (c) public confidence in the profession, and (d) the strength of the kinds of myths surrounding the issues.

The implied message is that if we, the stakeholders in the field of mental health, do not work together to positively affect these dimensions, it will be impossible to engage public support to our cause, to influence the political agenda, and to get the sustained collective will to make the right changes. Our challenge is to make mental health a possible job.

The *Framework for Support* model of stakeholders contributions provides a forum to positively affect these four dimensions through the promotion of knowledge and experience transfer among consumers/survivors, families, community organizations, and mental health professionals. **We have learned from our experience with this model that consumers/survivors and family members will no longer accept being passive partners in their provision of care, and will insist on more involvement in, and control over, treatment and other issues which affect them.**

We have learned from practice that, when experiential and scientific knowledge are brought to a forum to address what works or doesn't work in mental health - or what's missing and needs to be addressed collectively - ideas, plans and suggestions which are put on the table always get improved upon because not one of us is as smart as all of us. We have also learned that, while perfect solutions are hard to come by in this world, participants generally come away from such a process with a better sense of, or at least a better appreciation of, other points of view. As partners participating around the table, collective wisdom is one of the great advantages that we will all gain.

In the past, policy-makers looked to professional groups almost exclusively for advice on policy and program direction. Today, we have witnessed a shift in this pattern. Stories, observations, and descriptions of life situations from people who receive public services now elicit equal or greater response from policy - and decision-makers. **David Rochefort (1998) in a discussion on the role of anecdotes in regulating managed care, describes how anecdotes can make valuable contributions. He described how "their relative brevity, the qualitative information they provide, and their illustrated poignancy invoke special interest or emotions" (p.142), and how successful politicians understand the human interest value of anecdotes.**

The involvement of consumers/survivors, families communities, and mental health workers as equal partners in the field of mental health represents, I believe, one of the real opportunities for making mental health everyone's business in the years to come. However, we have not worked hard enough to establish the trust and reciprocity that are necessary among the stakeholders of the *Framework for Support* model. When we achieve this trust and reciprocity, mental health will become a possible job.

A second dimension of stakeholder contributions, the development of social capital, has significant implications for the new millennium. If we use strategies such as the *Framework for Support* model to generate and build social capital, we will create some of the best opportunities available to us today to promote a healthy (including mentally healthy) society.

Judith Maxwell (1996), in her address through the Eric John Hanson Memorial Lecture Series talks about the importance of social capital and developing a resilient society. She defines social capital to include "institution patterns and behaviour, and the trust and reciprocity that enables citizens to solve problems adapt, and grow." (p.13) She further suggests that social capital is eroded when people are marginalized by unemployment and poverty in our displays from family and neighborhood connections.

In *Making Democracy Work*, a study of democracy in Italy over many years, Robert Putman (1990) concludes that the regions of the country where social capital was present

fared far better in terms of health, economic prosperity, law abidingness, and satisfaction with government than did their regions of Italy where social capital was not present. He describes the elements of social capital as a process where mutual trust is established, resulting in reciprocity developing among people. Buy-ins are created and people help one another because, as a relationship develops there is a growing commitment to the "if you help me, I'll help you" philosophy.

Social capital is not easy to develop because it is value-driven. It takes time and works through many stages, and immediate results are not evident. **Over the longest term, social capital provides a sound basis for investing in human potential.** Social capital provides forums where stakeholders collaborate and cooperate for mutual benefits, which makes good business sense. People get supports and services in a desired manner, and governments get good outcome for people at reasonable costs. Over time the establishments of trust leads to actions of reciprocity between people and government. Duplications and inefficiencies in mental health services are reduced because people are focused on mutual success. Coercive enforcement, which is expensive and less efficient is not required.

An example of developing social capital is the support consumer/survivor run initiatives. Investment directing enabling people to do things for themselves leads to less dependence on the mental health system, and provides opportunities for a formerly disenfranchised groups of citizens to contribute to the overall mental health of the community. Empowered people feel more in control of their lives, are confident about what does and does not work for them, and tend to have a greater insight into the challenges of their illness.

An abundance of social capital breaks down the elements of clientelism. Putnam (1990) described clientelism as "the product of a disorganized society and tends to preserve social fragmentation and disorganization" (p. 144) Clientelism has the state doing things for people and create products of dependency.

Social capital looks at open systems, open boundaries, contributions of experiential and scientific knowledge and issues of power, control and capacity. If we could look more on how we do our business and ask the question, "Is what I am doing today helping develop a little bit of social capital?" we would go a long way towards addressing the issues which will confront community mental health in the next century.

All this is really about our challenge to reconnect to one another. It's also about our commitment to break down social and constituent isolation. With the opportunities which stakeholder contributions offer in terms of trying to help people, we need to change our behaviour so that it is based not an adversarial approach but rather on the sense of mutual

obligation, where our focus on is on the needs of the individual. Whether the person is being served by hospital, public health, community mental health, housing, or social services, professional territory or the boundaries of the organization do not matter as much as people getting what they need in the right place at the right time. It would be more productive if the energies, which are put in to competing or offloading problems, were directed towards helping individuals. **I suggest that today there is far too much non value-added work, where bureaucrats and professionals use tremendous human capital in negotiating and trying to explain why (or why not) we will (or will not) do certain things.**

Change is the only constant we have in our environment today. Our capacity to thrive and survive in the 21st century will depend upon our ability as individuals, organizations, and communities to be flexible and adaptable in a seemingly chaotic environment. **Margaret Wheatly (1992) suggest that we stop focusing on building organizational structures and instead focus on core competencies, values, information, and the internal and external connections which we make in our environments. In today's context, her suggestion is indeed timely. We need to position ourselves to take whatever opportunities presented themselves to move our agenda forward, however incrementally. A vision shared among the stakeholders constituent identified in the *Framework for Support* model is, I believe the best starting point for moving forward in today's dynamic environment.**

RÉSUMÉ

Cet article décrit la contribution des intervenants et intervenantes (clients/survivants et clientes/survivantes, membres de la famille, organisme communautaire, professionnels et professionnelles en santé mentale) comme étant la percée la plus importante du dernier siècle dans le domaine de la santé mentale. Le modèle qui réussit le mieux à mettre à profit cette ressource importante, soit le modèle *Framework for Support* (Structure de soutien) a été conçu par l'Association canadienne de la santé mentale en 1984. D'une part, on vise d'abord à obtenir l'appui du public en matière de santé mentale, et ensuite à changer le programme politique pour faire de la santé mentale une priorité chez les Canadiennes et les Canadiens. D'autre part, on vise à constituer un capital social pour établir un esprit de confiance et de réciprocité entre les citoyennes et citoyens et le gouvernement. Une vision commune chez les intervenantes et les intervenants du modèle *Framework for Support*, un engagement plus solide envers les valeurs, la mise en commun des renseignements, ainsi que les rapports internes et externes que nous entretenons avec notre milieu, voilà les éléments qui nous aideront à faire progresser le dossier de la santé mentale.

REFERENCES

- Goss, D. (1998) *150 years of caring; The continuing history of Canada's oldest mental health facility*. Padova, Italy: Unipress.
- Hargrove, E.C., and Glidewell, J.C. (Eds.) (1990) *Impossible jobs in public management*, Lawrence, KS: University Press of Kansas
- Maxwell, J. (1996) *Social dimensions of economic growth* (The Eric John Hanson Memorial Lecture Series, Volume VIII) Edmonton: University of Alberta
- Putnam, R.D. (1993) *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. Princeton, NJ Princeton University Press
- Rocheftort, D. (1998) *The role of anecdotes and regulating managed care*. Health Affairs 17(6), 142-149
- Trainor, J. and Church, K. (1984) *A framework for support for people with severe mental disabilities* Toronto: Canadian Mental Health Association
- Wheatly, M. (1992) *Leadership and the new science*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers Incorporated

NOTE TO READER: The Canadian Journal of Community Mental Health did not keep an electronic version of this article. Since OUR VOICE / NOTRE VOIX has a full hard copy of edition No. 19 – it has transcribed this piece and aimed for 100% identical accuracy in format and writing style. An electronic copy of this article may be obtained by making a request to ovnvletters@nb.aibn.com

Puisque cet article n'est pas disponible en français, le OUR VOICE / NOTRE VOIX à pris l'initiative de le faire traduire.

CANADIAN JOURNAL OF COMMUNITY MENTAL HEALTH

(Revue canadienne de santé mentale communautaire)

VOLUME 19 – N° 2 – AUTOMNE 2000

KEN ROSS

Ken Ross est sous-ministre adjoint des services de santé mentale au Nouveau-Brunswick. Avant d'occuper son poste actuel, il était président et directeur général de la Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick, un organisme de la Couronne créé en 1990 pour réformer la prestation des services de santé mentale dans la province. Il est ancien président du Réseau de consultation fédéral, provincial et territorial, sur la santé mentale ainsi que directeur général provincial de l'Association canadienne pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick et membre de l'équipe de consultation canadienne chargée d'aider la Lettonie à mettre en place une stratégie nationale en matière de santé mentale et de services. M. Ross a donné de nombreuses présentations à travers le Canada sur la réforme des systèmes de santé mentale.

L'ÉMERGENCE DES CONTRIBUTIONS PROVENANT DES PARTIES PRENANTES

D'après mon expérience au sein d'organismes non gouvernementaux communautaires et du secteur public, et après avoir examiné les cent dernières années dans le domaine de la santé mentale, je crois que le développement le plus important a été l'émergence de la contribution des parties prenante à la planification, à la prestation et à l'évaluation des services de santé mentale. Dans cette discussion, j'inclus les consommateurs/survivants, les membres de la famille, les organismes et les agences communautaires, ainsi que les travailleurs en santé mentale comme partie prenantes. Le modèle conceptuel qui rend le mieux compte de cette importante base de ressources a été élaboré par l'Association canadienne pour la santé mentale au milieu des années 1980 et s'intitule *A Framework for Support for People with Severe Disabilities* (Structure de soutien aux gens ayant de graves déficiences) (Trainor et Church, 1984). Ce modèle place la personne au centre, soutenue par les intervenants, qui travaillent en partenariat les uns avec les autres. Le modèle a été révisé en 1993 afin d'inclure les dimensions de l'éducation, du travail, du logement et du revenu, qui sont les déterminants clés de la santé des gens et d'une société saine.

Goss (1988) décrit les activités communautaires destinées aux personnes atteintes de troubles mentaux au Nouveau-Brunswick au début du XX^e siècle comme « permettant aux patients en convalescence de quitter l'enceinte [de l'asile provincial] pour se rendre à pied à l'église... accompagnés de préposés... et aucun incident déplorable ne s'était produit lors de ces sorties ». (p. 55). Aujourd'hui, à l'aube du XXI^e siècle, **22 centres d'activités gérés par les consommateurs dans toute la province du Nouveau-Brunswick offrent un soutien social et de l'activisme communautaires pour aider les gens vulnérables.**

KEN ROSS:

THE EMERGENCE OF STAKEHOLDER CONTRIBUTIONS (2000) P. 1-6

L'ÉMERGENCE DES CONTRIBUTION PROVENANT DES PARTIES PRENANTES (2000) P.7-12

Cette approche est radicalement différente; **elle représente un changement radical dans la façon dont nous percevons et traitons les gens qui ont des problèmes de santé mentale.**

Au milieu du XX^e siècle, au Nouveau-Brunswick, Centracare, le plus ancien hôpital psychiatrique de la province, comptait 1 697 résidents. C'est à cette époque que les premières cliniques communautaires de santé mentale ont vu le jour. Une division provinciale de l'Association canadienne pour la santé mentale a été créée, et des filiales locales ont rapidement vu le jour dans plusieurs communautés du Nouveau-Brunswick. Les années 1960 et 1970 ont été marquées par l'expansion du réseau de cliniques de santé mentale dans la province, et de nouveaux médicaments ont favorisé les premières tentatives de traitements communautaires.

Dans les années 1980 et 1990, le Nouveau-Brunswick, comme beaucoup d'autres endroits, a entrepris des réformes en matière de santé mentale fondées sur les meilleures pratiques et sur l'expérience des autres juridictions. Grâce à un transfert des soins hospitalier au communautaire et à un plan décennal de réaffectation des ressources du secteur institutionnel, la population résidant dans les hôpitaux psychiatriques a diminué. Centracare compte aujourd'hui 50 patients.

Aujourd'hui, à la fin du XX^e siècle, nous pouvons faire le bilan des différentes expériences que nous avons vécues et des changements que nous avons connus, et mettre en évidence certaines des avancées qui ont eu une incidence majeure sur la santé mentale et la maladie mentale. Parmi celles-ci, citons les progrès réalisés dans le domaine des traitements communautaires assertifs, des nouvelles mesures législative en matière de santé mentale, le placement d'unités psychiatriques dans les hôpitaux régionaux, qui permettent de dispenser des soins hospitaliers plus près du lieu de résidence des patients, les programmes de traitement précoce et une nouvelle génération de médicaments. De même, l'intégration des initiatives des consommateurs et des familles et l'élargissement des soins de santé mentale au-delà de son système officiel pour aborder les questions de logement, des professions, du revenu, les réseaux sociaux et communautaires ont donné lieu à une approche plus communautaire des services destinés à cette population à risque.

Parmi tous ces développements, la base de ressources collectives reflétant la contribution des parties prenantes est celle qui a les implications les plus importantes pour l'avenir, dont deux dimensions revêtent une importance particulière pour la santé mentale communautaire : (a) faire de la santé mentale un métier possible et (b) développer le capital social.

Dans *Impossible Jobs in Public Management* (Emplois impossibles dans la gestion publique), Hardgrave et Glidwell (1990) recensent quatre dimensions des emplois dans le secteur public qui rendent impossible l'obtention de bons résultats pour les gens : (a) la

légitimité des clients, (b) les conflits entre les groupes d'intérêt, (c) la confiance du public dans la profession et (d) la force des mythes qui entourent les enjeux.

Le message implicite est que si nous, les acteurs du domaine de la santé mentale, ne travaillons pas ensemble pour influencer positivement ces dimensions, il sera impossible d'obtenir le soutien du public pour notre cause, d'influencer la programmation politique et d'obtenir la volonté collective durable nécessaire pour apporter les changements appropriés. Notre défi consiste à faire de la santé mentale un métier viable.

Le modèle de *Structure de soutien* pour la contribution des parties prenantes offre un forum pour influencer positivement ces quatre dimensions grâce à la promotion du transfert des connaissances et de l'expérience entre les consommateurs/survivants, les familles, les organismes communautaires et les professionnels de la santé mentale. **Notre expérience avec ce modèle nous a appris que les consommateurs/survivants et les membres de leur famille n'accepteront plus d'être des partenaires passifs dans la prestation des soins et qu'ils insisteront pour participer davantage au traitement et aux autres questions qui les touchent.**

Nous avons appris de l'expérience que, lorsque les savoirs expérientiels et scientifiques sont mis en commun dans un forum pour discuter de ce qui fonctionne ou ne fonctionne pas en santé mentale – ou de ce qui manque et doit être abordé collectivement – les idées, les plans et les suggestions qui sont proposés sont toujours améliorés, car aucun d'entre nous n'est aussi intelligent que nous tous. Nous avons également appris que, même s'il est difficile de trouver des solutions parfaites dans ce monde, les participants ressortent généralement d'un tel processus avec une meilleure compréhension, ou du moins une meilleure appréciation, des autres points de vue. En tant que partenaires participant autour de la table, la sagesse collective est l'un des grands avantages dont nous bénéficierons tous.

Dans le passé, les décideurs politiques se tournaient presque exclusivement vers les groupes professionnels pour obtenir des conseils sur l'orientation des politiques et des programmes. Aujourd'hui, nous assistons à une tournure dans cette tendance. Les récits, les observations et les descriptions de situations vécues par les gens qui bénéficient des services publics suscitent désormais une réponse égale, voire supérieure, de la part des décideurs politiques. **David Rochefort (1998), dans une discussion sur le rôle des anecdotes dans la réglementation des soins gérés, décrit comment celles-ci peuvent apporter une contribution précieuse. Il explique que « leur relative brièveté, les informations qualitatives qu'elles fournissent et leur caractère poignant illustrent suscitant un intérêt ou des émotions particuliers » (p. 142) et que les politiciens qui réussissent comprennent la valeur des anecdotes sur le plan humain.**

La participation des consommateurs/survivants, des familles, des communautés et des travailleurs en santé mentale en tant que partenaires égaux dans le domaine de la santé mentale représente, à mon avis, l'une des occasions réelles de faire de la santé mentale l'affaire de tous dans les années à venir. Cependant, nous n'avons pas travaillé assez fort pour établir la confiance et la réciprocité qui sont nécessaires parmi les acteurs de *Structure de soutien*. Lorsque nous aurons atteint cette confiance et cette réciprocité, la santé mentale deviendra un métier possible.

Une deuxième dimension de la contribution des parties prenantes, soit le développement du capital social, a des répercussions importantes pour le nouveau millénaire. Si nous utilisons des stratégies telles que le modèle de la *Structure de soutien* pour générer et renforcer le capital social, nous créerons des meilleures occasions qui s'offrent à nous aujourd'hui pour promouvoir une société plus saine.

Judith Maxwell (1996), dans son discours prononcé dans le cadre de la série de conférences commémoratives Eric John Hanson, parle de l'importance du capital social et du développement d'une société résiliente. Elle définit le capital social comme incluant « les modèles et les comportements institutionnels, ainsi que la confiance et la réciprocité qui permettent aux citoyens de résoudre les problèmes, de s'adapter et de se développer » (p. 13). Elle suggère en outre que le capital social s'érode lorsque les gens sont marginalisés par le chômage et la pauvreté dans nos sociétés par le biais des liens familiaux et communautaires.

Dans *Making Democracy Work* (faire fonctionner la démocratie), une étude sur la démocratie en Italie menée pendant de nombreuses années, Robert Putman (1990) conclut que les régions du pays où le capital social était présent s'en sortaient beaucoup mieux en termes de santé, de prospérité économique, de respect des lois et de satisfaction à l'égard du gouvernement que les régions italiennes où le capital social était absent. Il décrit les éléments du capital social comme un processus où la confiance mutuelle s'établit, ce qui entraîne le développement de la réciprocité entre les gens. Des adhésions se créent et les gens s'entraident parce que, à mesure que les relations se développent, on assiste à un engagement croissant envers la philosophie « si tu m'aides, je t'aiderai ».

Le capital social n'est pas facile à développer, car il est axé sur les valeurs. Il prend du temps et passe par plusieurs étapes, et les résultats immédiats ne sont pas évidents. **À long terme, le capital social fournit une base solide pour investir dans le potentiel humain.** Le capital social offre des forums où les parties prenantes collaborent et coopèrent pour leur bénéfice mutuel, ce qui est sensé sur le plan administratif. Les gens obtiennent le soutien et les services qu'ils souhaitent, et les gouvernements obtiennent de bons résultats pour les gens à un coût rentable. Au fil du temps, l'établissement de la confiance conduit à des actions de réciprocité entre les gens et le gouvernement. La redondance et les

inefficacités dans les services de santé mentale sont réduites car que les gens se concentrent sur la réussite mutuelle. Il n'est pas nécessaire de recourir à des mesures coercitives, qui sont coûteuses et moins efficaces.

Le soutien aux initiatives menées par les consommateurs/survivants est un exemple de développement du capital social. Investir pour permettre aux gens d'agir par eux-mêmes réduit leur dépendance à l'égard du système de santé mentale et offre à des groupes de citoyens auparavant privés de leurs droits la possibilité de contribuer à la santé mentale globale de la communauté. Les gens plus autonomes se sentent davantage maîtres de leur vie, savent mieux ce qui leur convient et ce qui ne leur convient pas, et ont tendance à mieux comprendre les défis que pose leur maladie.

Une abondance de capital social brise les éléments du clientélisme. Putnam (1990) a décrit le clientélisme comme « le produit d'une société désorganisée qui tend à préserver la fragmentation sociale et la désorganisation » (p. 144). Le clientélisme consiste pour l'État à faire des choses pour les gens et à créer des produits de dépendance.

Le capital social s'intéresse aux systèmes ouverts, aux frontières ouvertes, aux contributions des connaissances empiriques et scientifiques, ainsi qu'aux questions de pouvoir, de contrôle et de capacité. Si nous pouvions examiner davantage notre façon de faire et nous poser la question suivante : « Est-ce que ce que je fais aujourd'hui contribue à développer un peu le capital social? », nous ferions un grand pas vers la résolution des problèmes auxquels sera confrontée la santé mentale communautaire au cours du prochain siècle.

Tout cela concerne en réalité le défi que nous devons relever pour renouer les liens entre nous. Il s'agit également de notre engagement à briser l'isolement social et communautaire. Grâce aux possibilités offertes par les contributions des parties prenantes pour aider les gens, nous devons changer notre comportement afin qu'il ne repose plus sur une approche conflictuelle, mais plutôt sur le sens de l'obligation mutuelle, où nous nous concentrons sur les besoins de l'individu. Que la personne soit desservie par un hôpital, la santé publique, la santé mentale communautaire, les services de logement ou les services sociaux, le territoire professionnel ou les limites de l'organisation importent moins que le fait que les gens obtiennent ce dont ils ont besoin au bon endroit et au bon moment. Il serait plus productif que les énergies consacrées à la concurrence ou au transfert des problèmes soient orientées vers l'aide aux individus. **Je pense qu'il y a aujourd'hui beaucoup trop de travail sans valeur ajoutée, où les bureaucrates et les professionnels utilisent d'énormes ressources humaines pour négocier et essayer d'expliquer pourquoi (ou pourquoi pas) nous ferons (ou ne ferons pas) certaines choses.**

Le changement est la seule constante dans notre environnement actuel.

Notre capacité à prospérer et à survivre au XXI^e siècle dépendra de notre aptitude, en tant qu'individus, organisme et communautés, à faire preuve de souplesse et d'adaptabilité dans un environnement apparemment chaotique. **Margaret Wheatly (1992) suggère que nous cessions de nous concentrer sur la mise en place de structures organisationnelles et que nous nous concentrions plutôt sur les compétences fondamentales, les valeurs, l'information et les liens internes et externes que nous établissons dans notre environnement. Dans le contexte actuel, sa suggestion est tout à fait opportune. Nous devons nous positionner de manière à saisir toutes les occasions qui se présentent pour faire avancer notre programme, même si ce n'est que progressivement. Une vision partagée par les parties prenantes identifiées dans le modèle *Structure de soutien* est, à mon avis, le meilleur point de départ pour aller de l'avant dans l'environnement dynamique d'aujourd'hui.**

RÉFÉRENCES

Goss, D. *150 years of caring; The continuing history of Canada's oldest mental health facility*, Padova, Italy, Unipress, 1998.

Hargrove, E.C., et J.C. Glidewell (Eds.). *Impossible jobs in public management*, Lawrence (KS), University Press of Kansas, 1990.

Maxwell, J. *Social dimensions of economic growth*, « The Eric John Hanson Memorial Lecture Series, Volume VIII », Edmonton, University of Alberta, 1996.

Putnam, R.D. *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*, Princeton (NJ), Princeton University Press, 1993.

Rocheffort, D. *The role of anecdotes and regulating managed care*, « Health Affairs », vol. 17, n° 6, 1998, p. 142-149.

Trainor, J. et K. Church. *A framework for support for people with severe mental disabilities*, Toronto, Canadian Mental Health Association, 1994.

Wheatly, M. *Leadership and the new science*, San Francisco, Berrett-Koehler Publishers Incorporated, 1992.

NOTE AU LECTEUR : Le *Canadian Journal of Community Mental Health* n'a pas conservé de version électronique de cet article. Étant donné que OUR VOICE / NOTRE VOIX dispose d'une copie papier complète du numéro 19, nous avons retranscrit cet article en veillant à respecter à 100 % le format et le style rédactionnel de l'original anglais. Vous pouvez obtenir une copie électronique de cet article en soumettant une demande à ovnvletters@nb.aibn.com.