Mental Health Commission of Canada

Commission de la santé mentale du Canada

Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens

PAR

Penny MacCourt, Ph. D., M.S.S., Université de Victoria.

Kimberley Wilson, Ph. D. (c), M.S.S., Coalition Canadienne pour la Sante Mentale des Aines.

Marie-France Tourigny-Rivard MD, FRCPC, présidente du Comité consultatif sur les aînés de la Commission de la santé mentale du Canada.

À l'intention du Comité consultatif sur les aînés
Commission de la santé mentale du Canada
Octobre 2011

LES LIGNES DIRECTRICES SONT INTERACTIVES ET COMPORTENT DES HYPER-LIENS MENANT VERS DES RESSOURCES ADDITIONNELLES. ON PEUT LES CONSULTER AU WWW.LIGNESDIRECTRICES-CSMC.CA

MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF SUR LES AÎNÉS (AVRIL 2011)

Marie-France Tourigny-Rivard MD (présidente)

Scott Dudgeon MBA

Beth Floyd RN

Ken Hahlweg MD

Eric Hong MSW

Ken Le Clair MD

Sharon Moore PhD

Nona Moscovitz MSW

Penny MacCourt PhD

Kimberley Wilson MSW

COMITÉ CONSULTATIF DU PROJET

Ken Le Clair MD

David Conn MD

Roger Bland MD

Beth Floyd RN

Nona Moscovitz MSW

Barbara Neuwelt PhD

Sophie Sapergia MSW

REMERCIEMENTS

Le présent rapport a été rédigé par Marie-France Tourigny-Rivard, Penny MacCourt, et Kimberly Wilson avec l'aide financière de la Commission de la santé mentale du Canada.

INFORMATION DE CITATION

MACCOURT, P., K. WILSON et M.-F. TOURIGNY-RIVARD. *Lignes directrices relatives à la planification et à la prestation de services complets de santé mentale pour les aînés canadiens.* Calgary (Alberta), Commission de la santé mentale du Canada, 2011. Sur Internet : http://www.commissionsantementale.ca

DROITS D'AUTEUR

© 2011 Commission de la santé mentale du Canada

10301 Southport Lane SO, Bureau 800, Calgary, AB, T2W 1S7

Les opinions exprimées aux présentes sont celles de la Commission de la santé mentale du Canada.
La production de ce document a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada.

Table des matières

Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé

Avant-propos 7

Organisation du document 11

Introduction 13

Objectif des lignes directrices 14

Élaboration des lignes directrices 17

Contexte 17

La maladie mentale après l'âge de 65 ans 18

La philosophie du rétablissement au cœur des services de santé mentale destinéspour les aînés 23

Résumé des recommandations 24

PARTIE I : Définir le contexte 27

Valeurs et principes directeurs 29

Principes et valeurs d'ordre personnel 29

Principes et valeurs d'ordre systémique 30

Déterminants de la santé mentale chez les aînés 32

Parcours de vie et déterminants de la santé 34

Promotion de la santé mentale 34

Élaborer des politiques publiques saines 37

Créer des milieux favorables 38

Renforcer l'action communautaire 39

Acquérir des aptitudes personnelles 39

Réorienter les services de santé 40

Prévention et dépistage précoce des problèmes de santé mentale 41

Prévenir les problèmes de santé mentale 41

Dépistage précoce des maladies mentales 42

Prévenir la dépression et l'anxiété 42

Prévenir le suicide 44

Réduire la consommation de substances intoxicantes 45

Prévenir la démence 46

Prévenir le délirium 47

PARTIE II : Modèle de services intégrés pour les services de santé mentale pour les aînés 49

Modèles utilisés pour la prestation des services 50
- Le modèle du foyer médical 50
- Modèles de soins pour les services spécialisés de santé mentale 51
- Modèles de soins communautaires intégrés 52

Modèle proposé pour la prestation de services de santé mentale pour les aînés du Canada 52

Principales composantes d'un système de prestation de services de santé mentale intégrés pour les aînés 56
- Programmes et services communautaires 57
- Services généraux de santé mentale 62
- Services de gérontopsychiatrie 65

Jalons de dotation en personnel et cibles pour les services de gérontopsychiatrie 72
- Appliquer les jalons et les cibles 77

PARTIE III : Autres facteurs de réussite d'un système de prestation de services complets de santé mentale 79

Établissements d'enseignement 80

Sécurité culturelle 81

Diversité 83
- Les aidants : des partenaires de soins essentiels 85
- Soutien aux pourvoyeurs de services 89

Collaborations intersectorielles 93
- Soins partagés 94

Outils technologiques 96
- Dossiers de santé électronique 96
- Soins infirmiers à distance 96
- Télépsychiatrie 96
- Intervenants pivots 97

Application des connaissances et des données probantes 97

Conclusion 99

Notices Bibliographiques 100

Avant-propos

Marie-France Tourigny-Rivard, FRCPC, présidente du Comité consultatif sur les aînés de la Commission de la santé mentale du Canada

La population canadienne vit actuellement une transformation fondamentale. En effet, au cours des vingt-cinq prochaines années, tous les membres de la génération du baby-boom, laquelle a débuté en 1946, passeront le cap des 65 ans. Par conséquent, en 2036, le groupe des 65 ans et plus aura presque doublé. Près d'un Canadien sur quatre fera partie du groupe des aînés qui surpassera en nombre celui des enfants pour la première fois au Canada[1]. Si les Canadiens vivent plus vieux et en meilleure santé, c'est en partie grâce aux progrès réalisés en matière de soins de santé, phénomène observé dans d'autres régions du monde[2].

Toutefois, ce changement démographique a et aura de grandes répercussions sur le système de soins de santé canadien et sur celui des services de santé mentale, lequel est particulièrement vulnérable. En 2006, le Sénat du Canada a publié le rapport final de son étude sur l'état de la santé mentale et des maladies mentales au Canada, menée par son Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Le rapport, intitulé *De l'ombre à la lumière – la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada,* a révélé un système de santé mentale fragmenté, caractérisé par un manque de services essentiels et une stigmatisation répandue envers les personnes requérant ces services. Des deux mille témoignages soumis au Comité par des Canadiens touchés par la maladie mentale, bon nombre provenaient d'aînés, de leurs proches et de pourvoyeurs de services de santé mentale pour les aînés. Le rapport soulignait également que les personnes âgées ayant un problème de santé mentale sont souvent victimes d'une double stigmatisation : celle d'appartenir au groupe des aînés et celle d'avoir une maladie mentale. De plus, le document indiquait que les problèmes de santé mentale des aînés sont souvent complexes, résultant d'une interaction entre maladies mentales (tels dépression ou troubles anxieux), troubles cognitifs (tels ceux associés à la démence) et maladies physiques chroniques associées au vieillissement et nécessitant l'expertise de services spécialisés en gérontopsychiatrie.

En réponse à l'une des principales recommandations du rapport *De l'ombre à la lumière,* la Commission de la santé mentale du Canada a été créée afin de soutenir la transformation du système de santé mentale pour répondre aux besoins des Canadiens de tout âge. Les lignes directrices présentées ici ont été développées afin de servir de guide pour les pourvoyeurs de services de santé mentale aux aînés, les planificateurs et les groupes d'intervention – soit tous ceux qui se consacrent à trouver des solutions pour surmonter les défis associés à la maladie mentale et au vieillissement dans le contexte d'une population qui vieillit rapidement. Les membres du Comité consultatif sur les aînés de la Commission, lequel a supervisé l'élaboration de ces lignes directrices, comprend divers professionnels de la santé venant des quatre coins du pays et choisis pour leur expérience en ce qui a trait aux problèmes de santé mentale des aînés en tant que pourvoyeur de service ou membre d'organismes qui s'intéressent particulièrement à la santé mentale des aînés. Les présentes lignes directrices s'inspirent des *Lignes directrices pour des services complets aux personnes agees qui ont des maladies psychiatriques*[3], document qui a servi de référence sur ce sujet au cours des vingt ans qui ont suivi sa publication. Elles s'inspirent également de l'expérience d'aînés, d'aidants familiaux ainsi que de planificateurs et de pourvoyeurs de services de santé mentale qui ont participé à des groupes de discussion et partagé leurs documents de planification et autres renseignements concernant les services offerts dans leur région.

---

1 Statistique Canada, *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires,* 2010.

2 D. Butler-Jones, *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2010 – Vieillir – Ajouter de la vie aux années,* 2010.

3 Santé et Bien-être Canada, *Lignes directrices pour la prestation de services complets aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux,* 1988.

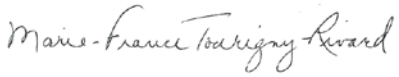
Les lecteurs trouveront dans les pages qui suivent des recommandations relatives à un modèle de prestation de services de santé mentale pour les aînés, fondé sur les données probantes actuelles et élaboré à partir des valeurs et des principes directeurs chers aux aînés canadiens (p. ex. le respect et la dignité, l'autodétermination, l'autonomie et liberté de choix). Ce modèle intègre les concepts de rétablissement et bien-être, tels que décrits dans la Stratégie Nationale de la Commission de la Santé Mentale du Canada ainsi que des au recommandations sujet de la promotion de la santé mentale et de la prévention des maladies mentales. Le modèle intègre également une vaste gamme de services et d'approches pour répondre aux divers besoins des personnes âgées qui vivent avec une maladie mentale ou qui sont à risque d'en développer une. Des points de référence en matière de services fourniront des cibles précises à prendre en considération par les planificateurs au moment d'analyser les ressources en place, les besoins de la population à desservir et les facteurs contextuels propres à chaque région (p. ex. populations urbaines, rurales ou éloignées).

Nous encourageons les planificateurs et les pourvoyeurs de services à utiliser les recommandations et le modèle comme point de référence pour déterminer et combler les lacunes au cours de l'analyse et/ou de la conception de services. Toutefois, il est clair qu'il sera impossible d'atteindre complètement les cibles et l'éventail des services proposés compte tenu des ressources limitées propres aux administrations. Par conséquent, les recommandations et le modèle doivent plutôt servir à orienter la transformation du système à partir des atouts existants, des partenariats établis et des efforts de planification en cours afin que soient offerts, en définitive, des services de santé mentale complets et plus accessibles pour les aînés. Aussi, les recommandations devraient idéalement aider à l'élaboration de stratégies fondées sur la collaboration des partenaires dans les soins (y compris des aidants familiaux) pour les services déjà en place comme dans le développement de nouveaux services.

Nous vous invitons à consulter le site de la Commission de la santé mentale du Canada (www.lignesdirectrices-csmc.ca), pour accéder à la version interactive des lignes directrices dotée d'hyperliens permettant aux visiteurs d'en apprendre davantage sur les thèmes ou services spécifiques qui les intéressent. Les lignes directrices seront mises à jour au fur et à mesure que de nouvelles données seront produites.

Nous vous remercions de l'intérêt porté aux *Lignes directrices relatives la planification et à la prestation de services complets de santé mentale pour les aînés canadiens.* Nous espérons qu'elles aideront tous ceux qui tenteront de surmonter les défis associés au vieillissement de la population, permettant ainsi à nos aînés de continuer leurs multiples contributions (p. ex. aide à la famille, bénévolat) pour maintenir la santé de nos communautés.

Marie-France Tourigny-Rivard, FRCPC,



Présidente du Comité consultatif sur les aînés de la Commission de la santé mentale du Canada

Organisation du document

Le présent document comprend une introduction, laquelle résume l'objectif et la préparation des présentes lignes directrices, ainsi que trois parties dont la description figure dans les lignes suivantes.

La Partie I établit le contexte et explore les principaux facteurs à considérer au moment de planifier un système de services de santé mentale pour aînés. Elle présente les valeurs et les principes directeurs qui sous-tendent l'ensemble des recommandations et le contenu des lignes directrices, puis formule des recommandations à propos des déterminants de la santé mentale, de la promotion de la santé mentale et de la prévention des maladies mentales incluant le dépistage précoce des problèmes de santé mentale.

La Partie II met l'accent sur les services requis pour aider les aînés à maintenir ou recouvrer leur santé. Elle décrit divers services de santé mentale pour les aînés ainsi que les fonctions associées à chacune des ressources. Cette section fournit aussi des points de référence ou cibles pour certains services, en particulier pour les services de gérontopsychiatrie et propose leur application dans l'évaluation ou la planification des services.

Enfin, la Partie III présente des mécanismes visant à assurer le bon fonctionnement d'un système de prestation de services complets de santé mentale. Elle comprend des recommandations relatives à l'éducation, à la sécurité culturelle, à la diversité, au soutien des aidants et des pourvoyeurs de services ainsi que des recommandations quant aux outils qui facilitent la collaboration et l'accès aux services.

Introduction

OBJECTIF DES LIGNES DIRECTRICES

Les présentes lignes directrices ont été conçues à l'intention des planificateurs de systèmes, gouvernements, décideurs et gestionnaires de programmes pour les aider à planifier, concevoir et appliquer un système de santé mentale pour les aînés qui soit complet, intégré ainsi que fondé sur des principes et des données probantes. Un tel système est en effet plus susceptible de pouvoir répondre aux besoins variés des personnes âgées, d'être plus efficace et de réduire tant les lacunes que les chevauchements sur le plan des services.

Ce document porte uniquement sur les services destinés aux personnes de 65 ans et plus, même si certains adultes de 50 à 65 ans peuvent également bénéficier de l'expertise des services de gérontopsychiatrie en raison d'un vieillissement prématuré dû à des problèmes de santé complexes, multiples et chroniques (comme c'est le cas chez les personnes ayant connu des épisodes d'itinérance), ou de l'apparition précoce de la maladie d'Alzheimer (avec certaines maladies neurologiques ou troubles du développement intellectuel). Étant donnés les besoins particuliers de ces groupes d'adultes, et le fait que le système de prestation de services actuellement offert ou prévu pour les aînés ne peut répondre adéquatement à ces besoins, nous espérons que les planificateurs de services prévoirons aussi des services appropriés pour ces adultes qui vieillissent prématurément.

D'autre part, même si les présentes lignes directrices peuvent servir de ressource aux pourvoyeurs de services souhaitant innover dans leur pratique personnelle ou s'engager dans la transformation du système de santé, elles ne constituent pas un guide de soins cliniques. Quant aux recommandations formulées, elles sont conformes aux normes d'Agrément Canada en matière de santé mentale.

Par ailleurs, le modèle détaillé et intégré proposé ici vise à répondre aux besoins des aînés ayant un problème de santé mentale ainsi qu'à ceux qui sont à risque d'en développer un. Dans ce document, les maladies mentales incluent la maladie d'Alzheimer et les autres démences associées au vieillissement, les maladies mentales graves et persistantes aggravées par le vieillissement ainsi que les maladies mentales qui apparaissent pour la première fois après l'âge de 65 ans.

Les lignes directrices ont été conçues pour appuyer l'élaboration de la Stratégie en matière de santé mentale de la Commission de la santé mentale du Canada et sont en harmonie avec les objectifs de cette dernière afin que tous les Canadiens puissent atteindre le meilleur état de santé mentale et de bien-être possible. Voici ces objectifs tels qu'ils sont décrits dans le document *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada* publié en 2009 :

- Les personnes de tout âge vivant avec des troubles mentaux ou une maladie mentale sont activement engagées et appuyées dans leur processus de rétablissement et d'atteinte du bien-être.
- La promotion de la santé mentale est favorisée et les troubles mentaux ainsi que les maladies mentales sont évités lorsque c'est possible.
- Le système de santé mentale répond aux besoins variés de toutes les personnes qui vivent au Canada.
- Le rôle des familles dans la promotion du bien-être et la prestation de soins est reconnu, et leurs besoins sont pris en compte.
- Les personnes ont un accès équitable et opportun à des programmes, des services, des traitements et des formes de soutien appropriés, efficaces et véritablement intégrés qui tiennent compte de leurs besoins.
- Les mesures prises sont fondées sur diverses sources de connaissances et de données probantes, les résultats sont mesurés et la recherche progresse.
- Les personnes vivant avec des troubles mentaux ou une maladie mentale sont entièrement intégrées à titre de membres de la société.

Ces objectifs ont été établis par l'entremise d'une vaste consultation menée auprès de Canadiens ayant un vécu de la maladie mentale, de leurs familles et de leurs aidants ainsi que de pourvoyeurs de services et de planificateurs.

On estime que, chaque année, environ un Canadien sur cinq vivra l'expérience d'une maladie mentale ou de troubles mentaux pouvant être diagnostiqués. Ils peuvent survenir à n'importe quel moment de la vie des nourrissons, des jeunes, des adultes et des aînés. Personne n'est à l'abri, peu importe le lieu de résidence, l'âge ou la profession. Cela signifie que presque toutes les familles du pays sont directement touchées, dans une certaine mesure, par les conséquences de la maladie mentale.

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des technologies et des sciences, De l'ombre à la lumière - La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada, 2006, p. 11.

ÉLABORATION DES LIGNES DIRECTRICES

L'élaboration des présentes lignes directrices a été supervisée par des représentants du Comité consultatif sur les aînés, du Comité consultatif sur les sciences et des employés de la Commission. De juin 2009 à janvier 2011, l'équipe du projet a sollicité la participation de partenaires de toutes les régions du Canada (aînés ayant un vécu de la maladie mentale, aidants, pourvoyeurs de services, planificateurs de programmes, décideurs et éducateurs) afin de mettre au clair les changements requis pour obtenir un système de prestation de services de santé mentale complet, capable de soutenir les aînés et les aidants dans leur cheminement vers le rétablissement et le bien-être. De plus, un examen de la documentation scientifique et gouvernementale (à l'échelle internationale, nationale et provinciale) a mené à la création d'un modèle de prestation de services de santé mentale qui répond aux besoins des aînés. Enfin, des recommandations ont été formulées afin d'ancrer ce modèle dans les systèmes actuels de santé et de santé mentale.

Pour déterminer les points de référence en ce qui a trait aux ressources nécessaires pour répondre aux besoins des aînés, nous avons analysé les documents de planification canadiens et étrangers qui se sont déjà penchés sur cette question. Des partenaires clés de toutes les régions du Canada ont ensuite évalué la pertinence des points de référence répertoriés. La version électronique fournit de plus amples renseignements sur la méthodologie utilisée pour élaborer les lignes directrices et ces points de référence.

CONTEXTE

Le vieillissement de la population canadienne est le résultat direct du vieillissement de la génération des baby-boomers. Le phénomène est également influencé par une hausse de l'espérance de vie et une baisse de la fertilité[1]. La croissance du groupe des aînés s'accompagne d'un nombre accru de personnes âgées à risque de développer des problèmes de santé mentale. Si aucune mesure n'est prise, le vieillissement de la population aura des répercussions sociales, économiques et politiques de grande envergure. Les présentes lignes directrices offrent une bonne occasion d'aborder du point de vue des aînés les préoccupations entourant le système actuel de santé et de santé mentale et fournissent des recommandations afin de mettre en place un système de santé mentale capable de soutenir les aînés dans leur cheminement vers le rétablissement et le bien-être.

1 S. Carstairs et WJK Keon, *Rapport final du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Le vieillissement de la population : un phénomène à valoriser,* 2009.

LA MALADIE MENTALE APRÈS L'ÂGE DE 65 ANS

Tel qu'il est mentionné dans le document *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada* publié par la Commission de la santé mentale en 2009, la maladie mentale ne fait aucune discrimination : personne n'est à l'abri d'en développer une à un moment ou un autre de sa vie. Certains facteurs uniques influencent toutefois les chiffres sur la prévalence de la maladie mentale chez les aînés. En effet, il existe différents groupes d'aînés qui sont atteints de maladie mentale en vieillissant :

i) Les personnes qui, durant l'âge adulte, avaient une maladie mentale récurrente, persistante ou chronique.

ii) Les personnes dont la maladie mentale apparaît tardivement.

iii) Les personnes qui présentent des symptômes comportementaux et psychologiques associés à la maladie d'Alzheimer et autres démences connexes.

iv) Les personnes qui vivent avec des problèmes de santé chroniques aux liens établis avec la maladie mentale (tels que la maladie de Parkinson, les maladies cérébrales vasculaires, la maladie pulmonaire obstructive chronique, etc.)

Bon nombre d'aînés cumulent plusieurs problèmes de santé chroniques[2]. Le phénomène de comorbidité est donc plus fréquent dans ce groupe d'âge. Et de nombreuses maladies chroniques communes aux aînés ont des liens établis avec la maladie mentale. Par exemple, environ 40 % des victimes d'AVC aigu développent une dépression majeure[3]. Les comorbidités rendent le diagnostic de maladie mentale beaucoup plus difficile : il peut en effet être très difficile d'établir si certains symptômes et changements dans l'état de santé sont causés par une maladie physique ou une maladie mentale comme la dépression. S'ils n'ont pas reçu une formation adéquate et s'ils ne portent pas une attention particulière, les pourvoyeurs de soins peuvent – et c'est souvent le cas - ne pas déceler une maladie mentale. D'autre part, quand un proche (ami ou parent) s'occupe d'un aîné vivant avec une dépression ou des problèmes cognitifs, il éprouvera probablement des symptômes de détresse psychologique importants qui peuvent nuire à sa santé[4].

Prévalence des maladies mentales chez les aînés

Les maladies mentales les plus communes chez les 65 ans et plus sont les troubles de l'humeur et les problèmes d'anxiété, les problèmes cognitifs tels la démence et le delirium), les problèmes reliés à la consommation d'alcool et de certains médicaments d'ordonnance) et les troubles psychotiques. Les données fournies par les médecins de famille suggèrent également qu'un nombre croissant d'aînés consulte pour des problèmes de santé mentale au cours d'une année et que, toute proportion gardée, le groupe des 65 ans et plus consulte davantage que ceux des adultes et des enfants. Toutefois, malgré leur prévalence élevée chez les aînés, aucune des maladies décrites dans les paragraphes qui suivent ne devrait être considérée comme la conséquence typique ou inévitable du vieillissement.

La dépression clinique se manifeste généralement par des changements de l'humeur (sentiments persistant de tristesse et pessimisme pouvant aller jusqu'au désespoir) et/ou par la perte d'intérêt

2 M. Rotermann, *Seniors' health care use*, 2005.

3 RG Robinson et G. Spalletta, *Poststroke depression: a review*, 2010.

4 Institut canadien d'information sur la santé, *Le soutien aux aidants naturels au cœur des services à domicile*, 2010.

ou d'agrément dans les activités que l'on aimait poursuivre auparavant. Elle entraîne également des changements cognitifs et physiques, comme des troubles de la concentration, lesquels peuvent à leur tour causer des problèmes de mémoire, des troubles du sommeil, une baisse d'énergie ou une fatigue extrême ainsi qu'une perte d'appétit. Il ne s'agit pas simplement d'une «humeur passagère» ni d'une réaction normale à un triste événement; ces changements durent au moins deux semaines[5]. La dépression représente le problème de santé mentale le plus fréquent chez les aînés[6], et environ 15 % de ceux qui vivent dans la collectivité présentent des symptômes importants de dépression[7]. La prévalence grimpe dans les établissements de soins de longue durée, où 44 % des résidents ont reçu un diagnostic de dépression ou en présentent au moins trois symptômes dépressifs[8].

La maladie bipolaire, trouble spécifique de l'humeur, est caractérisé par une alternance d'épisodes maniaques (ou hypomaniaques) et dépressifs. Même si ce trouble affecte probablement moins de 1 % des aînés, la plupart d'entre eux connaissent de manière récurrente des épisodes de dépression sévère à ce stade avancé de leur vie, lesquels requièrent des soins spécialisés[9]. La maladie bipolaire apparaît généralement plus tôt dans la vie d'une personne, mais certains aînés reçoivent leur premier diagnostic après 65 ans alors que l'aspect cyclique de leurs épisodes de dépression devient plus manifeste ou qu'ils vivent des épisodes évidents de manie ou d'hypomanie.

La mort par suicide représente la complication la plus tragique des troubles de l'humeur. Même si les recherches démontrent que les hommes de 65 ans et plus affichent un taux de suicide élevé au Canada[10], on croit que les taux publiés à ce sujet sous-estiment le nombre total de décès par suicide chez les personnes âgées, notamment en raison de la stigmatisation entourant le phénomène[11]. Actuellement, ce sont les hommes âgés de 80 ans et plus qui affichent le taux de suicide le plus élevé au Canada[12].

Les troubles anxieux qui apparaissent à l'âge adulte tendent à persister avec le vieillissement. Lorsqu'une personne âgée présente de nouveaux symptômes d'anxiété, ces derniers sont souvent liés à l'apparition de nouveaux troubles cognitifs ou de l'humeur. La prévalence de l'anxiété dans les échantillons communautaires varie de 1,2 % à 15 %[13]. Bien que moins étudiés que la dépression ou la démence, des recherches récentes ont révélé qu'au moins 5 à 10 % des aînés vivent avec un trouble de l'anxiété[14]. Parmi les nombreux troubles de l'anxiété qui existent (trouble obsessif-compulsif, trouble de panique, trouble de stress post-traumatique, etc.), le trouble d'anxiété généralisée demeure le plus commun[15]. La peur de faire une chute a été décrit récemment comme étant

5 Coalition canadienne pour la santé mentale des aînés *Lignes directrices nationales de la CCSMA sur la santé mentale des aînés – Évaluation et prise en charge de la dépression,* 2006.

6 *Ibid.*

7 *Ibid.*

8 Institut canadien d'information sur la santé, *La dépression chez les personnes âgées dans les établissements de soins en hébergement,* 2010.

9 Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, *op. cit.*

10 Société pour les troubles de l'humeur du Canada, *Quelques faits : Maladie mentale et toxicomanie au Canada,* 2009.

11 Coalition canadienne pour la santé mentale des aînés *Lignes directrices nationales de la CCSMA sur la santé mentale des aînés – Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide,* 2006.

12 Société pour les troubles de l'humeur du Canada, *op. cit.*

13 C. Bryant, h. Jackson et D. Ames, *The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature,* 2008.

14 *Ibid.*

15 *Ibid.*

un trouble anxieux qui affecte plus spécifiquement les aînés. Même s'il n'a pas encore été clairement défini, ce trouble affecterait entre 29 % à 54 % des personnes vivant dans la communauté[16]. Les personnes de 65 ans et plus ont le plus haut taux d'hospitalisation pour des troubles anxieux[17]. Une proportion importante d'aînés vivant avec des troubles anxieux ont été traités sur une longue période de temps à l'aide de tranquillisants nommés benzodiazépines et, en vieillissant, ces personnes présentent un risque accru de souffrir de complications physiques et cognitives (pertes de mémoire, pertes d'équilibre, accidents, chutes) causées par ces médicaments. Les aînés qui ont des troubles anxieux graves et persistants ont donc besoin des services de santé mentale pour effectuer une transition vers des traitements plus appropriés et moins dommageables pour leur santé.

La démence est une maladie dégénérative du cerveau qui se développe progressivement. Elle se manifeste notamment par une perte de mémoire, un jugement déficient et une perte des capacités de raisonnement, ainsi que par des changements sur le plan de l'humeur et du comportement. Il existe de nombreux types de démence, comme la démence vasculaire, la démence à corps de Lewy et la démence fronto-temporale, mais la plus fréquente demeure la démence de type Alzheimer. Elle compterait en effet pour 64 % des cas de démence au Canada[18]. De plus, le risque de développer une démence croît avec l'âge : il s'établit à de 7 % à 60 ans, à 20 % à 80 ans et à 33 % à 85 ans (chez les hommes) et à 46 % (chez les femmes)[19]. Le nombre de Canadiens atteints de démence devrait donc connaître une hausse importante dans les prochaines années lorsque les baby-boomers dépasseront le cap des 75 ans. La Société canadienne d'Alzheimer estime d'ailleurs qu'« en 2038, le nombre de Canadiens [...] atteints de démence sera 2,3 fois plus élevé qu'en 2008 (et qu'il sera de) 1,1 million de personnes »[20]. Dans les premières phases de la maladie, l'accent est généralement mis sur l'établissement d'un diagnostic précis, processus qui requiert souvent la collaboration de plusieurs disciplines dont la neurologie, la médecine gériatrique et la géroto-psychiatrie pour démêler les manifestations complexes de la maladie. Toutefois, ce sont les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence qui sont les plus problématiques pour les patients et leurs aidants. Ces symptômes, qui comprennent la psychose, la dépression, l'agressivité, l'agitation et la désinhibition[21] touchent près de 90 % des personnes atteintes de démence au cours de leur maladie. Des services de santé mentale doivent donc être disponibles pour faciliter la gestion de ces symptômes ainsi que pour distinguer les déficits cognitifs légers d'un début de démence et ceux de la dépression.

La démence est souvent exacerbée par des épisodes de delirium ou états confusionnels aigus qui perturbent les perceptions, l'attention, l'orientation, les émotions et le niveau de conscience. En effet, les personnes qui en sont atteintes éprouvent généralement de la difficulté à comprendre leur environnement[22], deviennent agités et peuvent être victimes d'hallucinations. Contrairement à la dépression et la démence dont l'évolution est graduelle, le délirium se développe rapidement, sur une période de quelques heures à quelques jours, souvent en raison d'une maladie physique ou de la prise de certains médicaments[23]. Près de la moitié des patients admis dans les

16 *Ibid. (Arkfen et coll., Tinetti et coll.)*

17 Société pour les troubles de l'humeur du Canada, *Quelques faits : Maladie mentale et toxicomanie au Canada,* 2009.

18 Société canadienne de l'Alzheimer, *Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada,* 2010.

19 *Ibid.*

20 Société canadienne de Alzheimer, *Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada,* 2010, p. 17.

21 H. Brodaty, BM Draper et LF Low, *Behavioural and psychological symptoms of dementia: A seven-tiered model of service delivery,* 2003.

22 CCSMA, *Le délire chez les personnes âgées – un guide pour les aînés et leur famille,* 2009.

23 D. Conn, *An Overview of Common Mental Disorders among Seniors - Writings in Gerontology,* 2002.

hôpitaux de soins de courte durée connaissent un épisode de délirium[24]. Généralement réversible, le délirium doit toutefois être rapidement identifié et traité car il peut entraîner la mort. Des professionnels de la santé mentale peuvent également être appelés en renfort pour gérer l'agitation et les problèmes comportementaux associés au delirium.

La consommation de substances intoxicantes (surtout d'alcool mais également de substances illicites) ainsi que les complications découlant de la prise de médicaments (d'ordonnance ou en vente libre) affectent la santé mentale de plusieurs aînés. Entre 6 % et 10 % des aînés ont un problème de consommation d'alcool[25]. Toutefois, compte tenu des changements physiques associés au vieillissement, les aînés sont beaucoup plus vulnérables que le reste de la population aux effets de l'alcool sur les facultés cognitives, les émotions et la santé physique en général. La consommation de substances intoxicantes cause des troubles cognitifs aigus et prolongés, de la dépression et de l'anxiété, tout en contribuant de manière importante aux chutes, aux accidents et aux fractures. Les services de santé mentale peuvent participer à l'élaboration de stratégies d'intervention utiles, en partenariat avec des professionnels spécialisés en toxicomanies, et les équipes de soins primaires et de courte durée. Ils peuvent également offrir des occasions de rétablissement aux aînés qui veulent prévenir les complications associées à ces substances.

Environ 1 à 2 % des aînés vivent et vieillissent avec des troubles psychotiques persistants, y compris la schizophrénie et les troubles délirants et un faible pourcentage d'aînés aura leur première expérience de trouble psychotique après 65 ans. . Par contre, de 40 à 60 % des personnes atteintes de schizophrénie ont un problème de consommation d'alcool ou de drogues à un moment ou un autre de leur existence et 90 % sont dépendants de la nicotine[26]. Si la prévalence globale des troubles psychotiques persistants peut sembler assez faible, en revanche les personnes qui en sont atteintes requièrent souvent un soutien considérable de la part des services de santé mentale.

Il existe des options de traitement qui ont fait leur preuve ainsi que des stratégies pour promouvoir le rétablissement et le bien-être pour tous les troubles précédemment cités, même si certains tendent à progresser (p. ex., la démence), à réapparaître ou à se maintenir dans le temps (comme les troubles d'anxiété et de l'humeur) et que d'autres demeurent incurables (comme la maladie d'Alzheimer). De plus, des stratégies de prévention primaire, secondaire et tertiaire peuvent être employées afin de réduire la prévalence et la gravité des symptômes de ces maladies ainsi que leurs complications médicales. Par ailleurs, un rapport récent de l'ICIS[27] suggère que les résidents des établissements de soins de longue durée qui ont reçu un diagnostic de dépression et qui sont traités pour cette maladie affichent de meilleurs résultats de santé que ceux qui ne le sont pas. De plus, les évaluations de résultats obtenus par les équipes mobiles de gérontopsychiatrie dans les établissements de soins de longue durée commencent à démontrer la rentabilité de ces services ainsi que leur potentiel dans la réduction des admissions en milieu hospitalier[28].

---

24 CCSMA, *op. cit.*

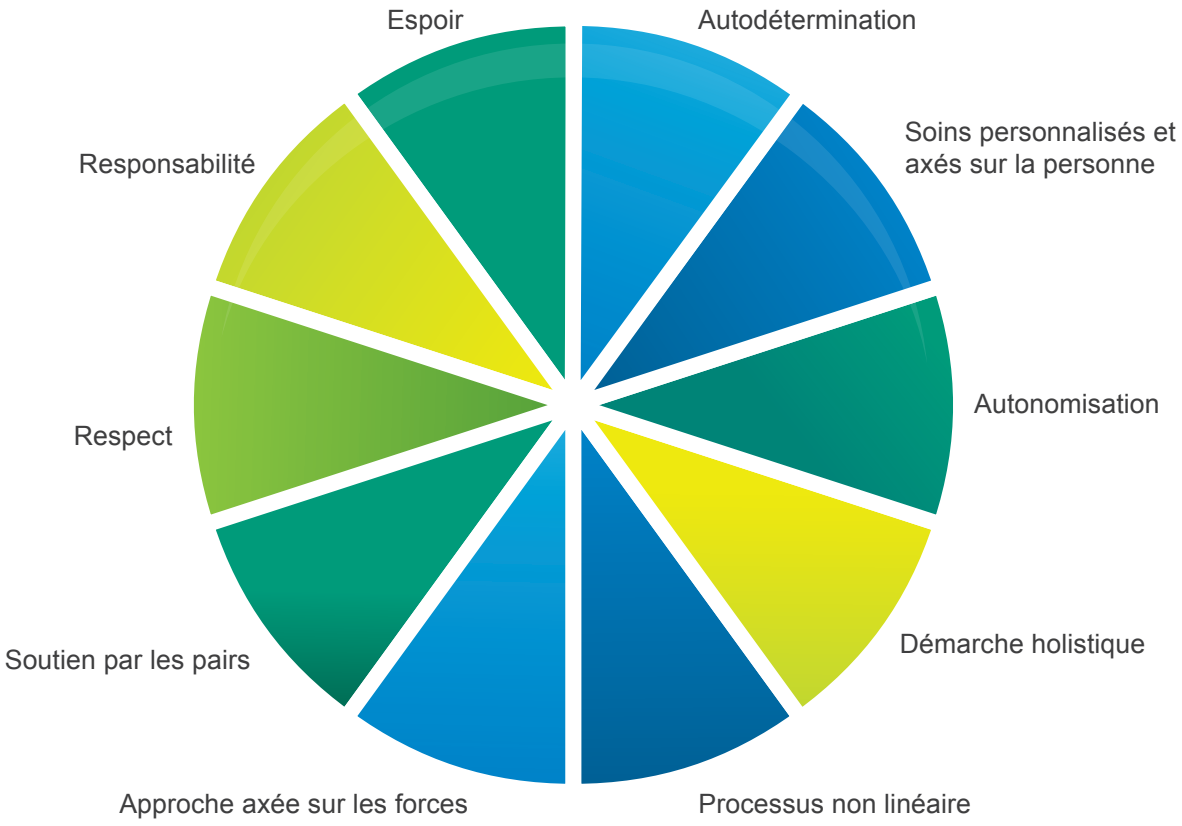
25 « Seeking Solutions », 2004, in Centre de toxicomanie et de santé mentale (The Healthy Aging Project), *Responding to Older Adults with Substance Use, Mental Health and Gambling Challenges: A Guide for Workers and Volunteers,* 2006.

26 Société canadienne de la schizophérnie, *Information for Service: Providers: Schizophrenia and Substance Use (en ligne)* (s. d.)

27 ICIS, *La dépression chez les personnes âgées dans les établissements de soins en hébergement,* 2010.

28 Wiens, Ward et Tourigny-Rivard, *Geriatric outreach liaison services to long term care homes: A cost effective service that reduces inpatient admissions,* 2009.

CARACTÉRISTIQUES DU RÉTABLISSEMENT



"Lignes directrices relatives à la planification et à la prestation de services complets de santé mentale pour les aînés canadiens de la CSMC, « Consensus statement on mental health recovery, Department of Health and Human Services (États-Unis) www.samhsa.org.

LA PHILOSOPHIE DU RÉTABLISSEMENT AU CŒUR DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE DESTINÉS AUX AÎNÉS

Le futur système de santé mentale sera guidé par la philosophie du rétablissement. À certains moments, les pourvoyeurs de services aux aînés ont éprouvé un malaise avec la terminologie associée à la philosophie du rétablissement. Il est important de comprendre que, si le terme rétablissement est souvent associé à celui de cure, il n'en est pas synonyme. La philosophie du rétablissement et du bien-être mise plutôt sur le parcours de santé et de transformation qui peut permettre à une personne ayant un problème de santé mentale de vivre une vie significative dans sa collectivité tout en tentant d'atteindre son plein potentiel[29]. Et même si le concept de rétablissement a souvent inspiré un certain scepticisme lorsqu'il était associé à un trouble dégénératif et progressif comme la démence qui peut parfois limiter la participation, des études récentes soulignent le lien qui existe entre la philosophie du rétablissement et les philosophies axées sur la personne qui sont au cœur des soins recommandés pour ceux qui ont une démence[30]. Encore une fois, il importe de rappeler que le concept de rétablissement repose sur des valeurs comme la liberté de choix, l'espoir, le respect et l'appropriation du pouvoir d'agir ainsi que sur des philosophies de soins personnalisés, axés sur la personne[31]. Ces principes sous-tendent également l'ensemble du présent document ainsi que les recommandations formulées afin d'obtenir un système de services de santé mentale transformé et complet.

Le traitement d'une maladie mentale doit donc prendre place dans le contexte d'un système axé sur le rétablissement, peu importe l'âge de la personne qui en est atteinte. La majorité des aînés ayant des troubles de santé mentale, y compris les troubles dégénératifs et progressifs comme la démence, obtiennent des résultats positifs aux traitements qui leur sont offerts, dont une réduction voire une élimination des symptômes psychologiques et une amélioration de leur qualité de vie. Il existe des données probantes qui démontrent que les modèles mettant l'accent sur le rétablissement et le bien-être sont efficaces chez les aînés[32].

En plus d'adopter une philosophie du rétablissement, le futur système de santé mentale doit comprendre des initiatives axées sur la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales et prendre en considération les déterminants de la santé mentale. De plus, ce système doit faire preuve de réceptivité et d'adaptabilité pour répondre aux besoins variés des aînés qui requièrent du soutien et des services de santé mentale tout en soutenant leurs aidants dans la prestation de soins. Les sections suivantes résument les données probantes provenant de la littérature, de l'expérience pratique et de diverses expériences personnelles et offrent des recommandations pour un système de santé transformé capable de répondre aux besoins des aînés comme à ceux des gens qui en prennent soin.

---

29 Department of Health and Human Resources (États-Unis), *National Consensus Statement on Mental Health Recovery*, 2006.

30 Hill, Roberts, Wildgoose et Hahn, *Recovery in person-centred care in dementia: common purpose, common practice?*, 2010.

31 Department of Health and Human Resources (États-Unis), *op. cit.*

32 Age Concern, *Improving services and support for older people with mental Health*, 2003.

Résumé des recommandations

Ce document contient des recommandations détaillées, assorties de données à l'appui.

Voici un court résumé des recommandations les plus importantes.

1. Les planificateurs du futur système de santé mentale doivent reconnaître la diversité caractéristique du groupe des aînés et bien comprendre le contexte et les ressources locales. Ils doivent également être prêts à envisager la nécessité de modifier les pratiques et les relations établies afin d'obtenir un système transformé.
2. Les politiques qui touchent les aines, presentes et futures, devraient etre analysees a l'aide de *l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés*[33] pour determiner jusqu'a quel point elles supportent et font la promotion de la santé mentale des aines.
3. La promotion de la santé mentale, laquelle englobe les stratégies de lutte à la stigmatisation, la sensibilisation du public, l'éducation et la formation, devrait être enchâssée dans chaque politique, programme ou service destiné aux aînés (y compris ceux qui ont une maladie mentale) et à leurs aidants.
4. Les aînés, les aidants, les pourvoyeurs de services et le public devraient être renseignés sur l'importance d'un dépistage précoce des symptômes d'une maladie mentale, des stratégies de prévention et de la possibilité, pour les personnes ayant un trouble de santé mentale, de se rétablir et de se sentir bien à nouveau.
5. Un bon système de santé mentale est axé sur le rétablissement, il soutient les aidants et fournit des renseignements au public ainsi qu'aux pourvoyeurs de services sur le cheminement vers le rétablissement (espoir, liberté de choix, autonomisation) et le bien-être que peuvent entreprendre les aînés ayant une maladie mentale.
6. Les composantes propres à un système de santé mentale intégré pour les aînés peuvent varier selon les contextes et les ressources disponibles à l'échelle locale. Toutefois, chaque système devrait offrir aux aînés qu'il dessert l'ensemble des services suivants : du soutien communautaire, des services de soins primaires ainsi que

33 P. Maccourt, *Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés*, 2008.

des services généraux et spécialisés de santé mentale (y compris des équipes mobiles de gérontopsychiatrie œuvrant dans la communauté et les établissements de soins de longue durée ainsi que des services spécialisés en psychiatrie gériatrique pour les personnes hospitalisées). Plus important encore, des mécanismes clairs devraient être mis en place afin de faciliter la collaboration entre ces services et leur accès de manière à offrir un système complet, efficace et intégré qui soit plus réceptif aux besoins des aînés et qui mise sur le rétablissement, le bien-être et la liberté de choix pour ces derniers et leurs aidants.

7. Des cibles ou points de référence devraient être utilisés pour évaluer les services et les niveaux de dotation actuels ainsi que pour guider l'attribution et le déploiement futurs des ressources. Ces tâches doivent également prendre en considération la taille de la population, les lacunes en matière de services, les goulots d'étranglement et les priorités communautaires.
8. Pour faciliter l'instauration d'un système de santé mentale complet, la diversité et la sécurité culturelle doivent être intégrées dans les structures, les programmes, les politiques et services.
9. Les aidants naturels doivent être considérés comme des partenaires actifs dans le cheminement des aînés vers le rétablissement et le bien-être. Ils doivent donc être soutenus et valorisés dans les programmes, les politiques et les services offerts.
10. Pour transformer le système de santé mentale, il faut former, éduquer et soutenir les aidants et les pourvoyeurs de services afin d'augmenter la capacité de ces derniers à répondre aux besoins des aînés en matière de santé mentale.

PARTIE I : Définir le contexte

Principaux facteurs à prendre en considération dans la planification d'un système de santé mentale intégré pour les aînés

La santé mentale est l'affaire de tous[1] et les présentes lignes directrices, conçues pour orienter la conception d'un système de santé mentale intégré et complet, concernent tous les secteurs de la société. Elles visent également à présenter un modèle idéal de système capable de répondre aux besoins de tous les aînés en matière de santé mentale, y compris ceux qui ont une maladie mentale ou qui sont à risque d'en développer une; leur mise en place exige donc des collaborations entre des partenaires provenant de secteurs variés qui dépassent le cadre du système de santé actuel.

Pour appliquer avec succès les recommandations et les principes décrits dans le présent document, les experts locaux doivent tenir compte du contexte provincial ou régional et prendre en considération la diversité des personnes âgées ainsi que les conditions, les capacités et les priorités locales.

» Veiller à ce que les planificateurs reconnaissent la diversité de leur population cible et qu'ils incluent les groupes marginalisés. S'assurer que les communications, l'accessibilité, la conception et la prestation des programmes et des services s'appuient sur les caractéristiques, les forces et les besoins propres aux différents groupes desservis.

Et si le groupe des aînés est caractérisé par la diversité, leurs besoins le sont tout autant. En effet, tout au long de l'existence, les facteurs de risque s'accumulent et s'enchevêtrent, ce qui fait en sorte que certains groupes d'aînés sont plus vulnérables que d'autres. Il importe donc de reconnaître cette diversité et d'en tenir compte dans les communications, l'accessibilité, la conception et la prestation des programmes ou des services offerts. Pour cela, il faut connaître et comprendre les caractéristiques propres aux groupes d'aînés à desservir (p. ex. la culture, la littératie, le statut socio-économique, la langue, les difficultés motrices, visuelles et auditives, etc.).

» Veiller à ce que l'emplacement géographique et les caractéristiques d'une collectivité ainsi que ses ressources, ses capacités, ses priorités et le mode d'organisation de ses services soient pris en considération dans la planification.

Toutes les provinces et leurs régions ont des priorités différentes; les ressources humaines et les services offerts pour combler les besoins des aînés ainsi que le mode d'organisation de ces services diffèrent donc d'un coin à l'autre du pays. Ces variations, jumelées à la capacité communautaire globale et à d'autres conditions locales, détermineront les mesures à prendre ainsi que la manière d'élaborer le système de santé mentale proposé ici.

» Réagir au besoin de modifier les pratiques et les relations établies en vue d'obtenir un système de santé mentale accessible, intégré, uniforme et complet qui convient aux conditions locales et qui offre toutes les fonctions et services essentiels.

Les efforts visant à implanter un système de santé mentale complet peuvent être déployés progressivement. Une telle implantation peut requérir la modification des mécanismes de prestation, des pratiques cliniques et des structures administratives en place. Il peut également s'avérer nécessaire d'instaurer, en plus des partenariats, de nouveaux rôles et des systèmes novateurs pour s'assurer que les fonctions et les services essentiels soient offerts, et pour faciliter la coordination requise pour obtenir un système accessible, uniforme et intégré. Si la planification est guidée par les faits et les principes exposés dans le présent document, les recommandations peuvent être adaptées aux circonstances locales sans que leur intégrité ne soit atteinte.

1 Commission de la santé mentale du Canada, *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada, site de la CSMC,* 2009.

VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS

Un système de santé mentale complet sous-tend les valeurs et les principes que partagent les Canadiens. Les valeurs et les principes décrits ci-après visent à orienter l'élaboration de politiques, de programmes et de services qui favorisent la santé mentale chez les aînés et qui en font la promotion, ainsi que de programmes et de services destinés aux personnes ayant des problèmes de santé mentale. Chaque principe peut être traduit en mesure concrète.

Les *principes et les valeurs d'ordre personnel* se fondent sur l'expérience vécue par divers aînés canadiens ainsi que sur les principes et les valeurs répertoriés dans le Cadre national sur le vieillissement[2]. Ils ont appuyé l'élaboration de l'*Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés*[3] et ont été validés par des aînés ayant contribué à la conception des présentes lignes directrices. Quant aux principes et aux valeurs d'ordre systémique, ils s'appuient sur des données probantes provenant d'une revue de la littérature ainsi que de consultations menées auprès d'aînés et de membres de leur famille, de pourvoyeurs de services, d'éducateurs, de gestionnaires de programmes, de planificateurs et de décideurs de partout au pays. Ces deux ensembles de principes et de valeurs doivent être considérés conjointement puisqu'ils participent tous deux à la promotion de la santé mentale et du bien-être des aînés.

PRINCIPES ET VALEURS D'ORDRE PERSONNEL

Respect et dignité

Les aînés accordent beaucoup d'importance au fait d'être traités avec respect et de maintenir une certaine estime de soi. Autrement dit, il est important pour eux d'être acceptés comme ils sont, peu importe leur âge ou leur statut socioéconomique, par exemple. De plus, ils souhaitent que les accomplissements de leur vie soient reconnus, tout comme la contribution qu'ils apportent à leur famille, leurs amis, leur collectivité et la société dans son ensemble. En somme, ils veulent être traités comme des êtres importants et des membres à part entière de la société.

Autodétermination, autonomie et liberté de choix

Les aînés jugent important d'avoir la maîtrise de leur existence, de prendre soin d'eux et de faire leurs propres choix, c'est-à-dire de prendre des décisions par rapport aux affaires quotidiennes, avoir, dans la mesure du possible et d'un point de vue pratique, la responsabilité des choses qui les touchent, être libres de prendre des décisions sur leur mode de vie et se donner le droit de vivre avec un certain niveau de risque. Pour qu'ils puissent jouir de cette liberté de choix et de cette autodétermination, les aînés ont accès à un système de soutien ainsi qu'à un environnement qui leur fournit les renseignements, les options et les services de soutien nécessaires à la prise de décision selon leurs capacités, ce qui accroît leur autonomie et leur autodétermination.

Participation, relations et intégration sociale

Il importe que les aînés prennent part à la collectivité; ces derniers aiment d'ailleurs qu'on les consulte et que leur point de vue soit pris en considération. Il est également important qu'ils demeurent actifs sur tous les plans (social, économique et politique) et qu'ils jouent un rôle significatif; qu'ils puissent jouir de ce que leur offre la vie, créer des liens et participer aux programmes et aux services offerts; qu'ils s'intègrent et participent à toutes les activités de la vie quotidienne et pas seulement à celles qui visent les aînés. La participation sociale et les relations avec autrui sont donc favorisées.

---

2 Division du vieillissement et des aînés de Santé Canada, *Les principes du cadre national sur le vieillissement : Guide d'analyse des politiques,* 1998.

3 P. Maccourt, *Promouvoir le bien-être des aînés: l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés,* 2008.

Justice et équité

Les besoins réels des aînés, aussi diversifiés soient-ils, sont pris en considération au même titre que ceux des autres Canadiens. Autrement dit, les aînés bénéficient d'un accès équitable (sur les plans social, économique et politique) aux ressources offertes. De plus, il n'y a pas de discrimination fondée sur l'âge et l'intégration sociale des aînés est favorisée.

Sécurité

Les aînés accordent beaucoup d'importance à la sécurité financière, physique et psychologique. Ils ont besoin d'un revenu suffisant et doivent pouvoir compter sur un milieu de vie sécuritaire qui les soutient. Entre autres, leur état financier doit leur permettre de combler leurs besoins quotidiens. Ils doivent aussi sentir qu'ils évoluent en sécurité dans un environnement qui leur insuffle un sentiment de protection contre les agressions. Ils doivent avoir accès à leur famille et leurs amis. Enfin, le fait de savoir que de l'aide est disponible au besoin et d'être capable de planifier leur avenir contribue au sentiment de sécurité des aînés.

PRINCIPES ET VALEURS D'ORDRE SYSTÉMIQUE

Accessibilité

Les aînés ont un accès équitable et opportun à des programmes, des services, des traitements et des mécanismes de soutien qui sont appropriés et efficaces. De plus, tout obstacle à l'accessibilité aux programmes, qu'il soit social, éducatif, culturel, économique ou physique, est supprimé de manière à ce que les aînés connaissent ces programmes et qu'ils puissent choisir d'y avoir recours. Par des renseignements, des communications et des adaptations adéquates, les politiques ou les programmes qui touchent les aînés seront plus accessibles, permettant ainsi aux personnes âgées d'exploiter pleinement leurs capacités.

Services axés sur les personnes et les relations interpersonnelles

Pour offrir des services personnalisés et axés sur l'individu, il faut comprendre le contexte social et économique dans lequel une personne âgée évolue. Le respect des valeurs personnelles et la promotion de la dignité constituent des caractéristiques fondamentales de ce type de services. Les politiques, les programmes et les services doivent donc faciliter la prestation de tels soins dans tous les établissements à l'aide d'un environnement physique approprié et surtout d'un effectif adéquat composé d'employés bien formés.

Services axés sur le rétablissement et le bien-être

Il faut soutenir les aînés ayant un problème de santé mentale dans leur cheminement vers le rétablissement et le bien-être. Plus précisément, des mesures doivent être prises pour donner un sens à l'existence, améliorer la qualité de vie, nourrir l'espoir et renforcer la résilience. Les politiques, les programmes et les services doivent adopter et refléter une philosophie axée sur le rétablissement, laquelle doit être intégrée dans le traitement et les services, ainsi que dans les efforts de prévention et promotion de la santé. .

Soutien de la famille et des aidants

Il importe que les politiques, les programmes et les services reconnaissent le rôle des familles et des amis dans la promotion du bien-être et dans la prestation des soins, et que les besoins de ces derniers soient comblés grâce à un soutien pratique et émotionnel, ainsi qu'en donnant accès à des ressources éducationnelles. Les connaissances et l'expérience des aidants naturels, considérés comme des partenaires actifs, devraient être valorisées. La Partie III fournit des

renseignements et des données probantes sur la nécessité de soutenir les aidants, des exemples de programmes et des recommandations.

Éducation et soutien des pourvoyeurs de services

Les pourvoyeurs de services, actuels et futurs, doivent être formés à propos des besoins particuliers des aînés ayant une maladie mentale ou qui sont à risque d'en développer une. De plus, il est essentiel de les soutenir dans leurs fonctions à l'aide de consultations cliniques et éthiques, d'activités de mentorat, d'une supervision adéquate, d'un milieu de travail sain et de ressources suffisantes (humaines et autres). La Partie III fournit des renseignements et des données probantes sur la nécessité de soutenir les pourvoyeurs de services, des exemples de programmes et des recommandations.

Diversité et sécurité culturelle

La diversité et la sécurité culturelle doivent être au cœur des programmes et des pratiques, lesquels doivent être promus, conçus et soutenus pour favoriser l'inclusion. La Partie III fournit des renseignements et des données probantes sur les divers groupes d'aînés et la sécurité culturelle ainsi que des recommandations.

Exhaustivité

Un système complet tire parti d'une multitude de professionnels, de ressources et de personnel de soutien. De plus, il crée des partenariats intersectoriels afin de promouvoir et de soutenir la santé mentale chez les aînés et de fournir à ces derniers une gamme complète de services dans les établissements et entre ces derniers en vue de prévenir et de traiter les problèmes de santé mentale.

Intégration et flexibilité

Les programmes, les services, les traitements et les mécanismes de soutien doivent être uniformément intégrés et les renseignements relatifs aux besoins des aînés et de leurs familles ou de leurs aidants, échangés de manière appropriée. On doit tenir compte des besoins et des forces propres à chaque groupe d'aînés et coordonner les politiques et les programmes de manière à répondre aux besoins des aînés. Autrement dit, chaque composante du système doit pouvoir aiguiller une personne, quelle qu'elle soit, vers le service qui lui convient et les services appropriés doivent être disponibles au bon moment et au bon endroit. Il importe donc d'instaurer des mécanismes officiels pour permettre une bonne collaboration ainsi que des communications et des consultations efficaces entre les secteurs et les établissements de soins.

Promotion de la santé mentale

La promotion de la santé mentale vise à renforcer la capacité des personnes à maîtriser leur existence et à améliorer leur santé mentale[4]. Elle cherche également à hausser l'estime de soi, les habiletés d'adaptation et les aptitudes ainsi que le soutien familial et communautaire. De plus, elle a pour objectif de modifier les environnements socio-économiques plus vastes qui peuvent avoir une influence sur la santé mentale[5]. Toutes les composantes du système de santé mentale destiné

---

4 La santé mentale ne correspond pas à la simple absence de maladie mentale. En fait, la santé mentale et la maladie mentale sont associées à deux continuums distincts. Selon Keyes, celui de la maladie mentale va de la maladie grave à l'absence de maladie, alors que celui de la santé mentale évolue de « languissant» à « florissant». La santé mentale peut être promue et soutenue (ou négligée et minée) peu importe où se situe une personne sur ces deux continuums. Une personne vivant avec une maladie mentale peut présenter un état florissant ou languissant tout comme une personne n'ayant pas de problème de santé mentale comme tel.

5 OMS, *Prevention and Promotion in Mental Health,* 2002.

aux aînés, y compris celles portant sur les services et les traitements, doivent comprendre des stratégies visant à promouvoir la santé mentale.

Mesures fondées sur des données probantes

Toutes les mesures doivent s'appuyer sur les données les plus probantes issues de plusieurs sources de connaissances, dont l'expérience des aînés et de leurs aidants, l'expérience pratique ainsi que les recherches cliniques et les études sur la santé des populations. De plus, il faut mesurer les résultats et poursuivre les recherches.

- Soumettre les politiques, les programmes et les services qui touchent les personnes âgées à l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés afin de s'assurer que les principales valeurs partagées par les aînés canadiens ainsi que les principes d'ordre systémique sont respectés.
- Concevoir, offrir et soutenir tous les services de santé mentale destinés aux aînés de manière à ce qu'ils adoptent une philosophie axée sur le rétablissement.

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ MENTALE CHEZ LES AÎNÉS

Les recommandations formulées dans les présentes lignes directrices se fondent sur la reconnaissance des répercussions que peuvent avoir les déterminants de la santé tout au long de la vie. En effet, même si la santé mentale constitue une ressource personnelle, elle résulte et évolue, à l'instar des problèmes qui peuvent y être associés, par suite d'un jeu complexe entre les facteurs intrinsèques et les circonstances culturelles, économiques, sociales et familiales qui peuvent survenir à l'échelle microscopique (soit de la famille et de la collectivité) et macroscopique (de la société)[6]. Les déterminants de la santé mentale comprennent le revenu, le statut social, l'éducation, la santé physique, la situation d'emploi, le logement, le transport et les conditions de travail ainsi que l'accès à des services de santé appropriés. À l'échelle de la collectivité, ces déterminants incluent la conception architecturale et le niveau de participation sociale et civique. Même si la responsabilité entourant ces enjeux dépasse largement les limites du système de soins en santé mentale et du système de santé en général, il demeure pertinent de se sensibiliser à leurs effets et de collaborer avec des partenaires pour promouvoir l'amélioration de ces déterminants de la santé.

De nature cumulative, les déterminants de la santé sont inter-reliés et peuvent avoir une incidence les uns sur les autres. Voici des exemples :

- Pour les aînés, la pauvreté limite les occasions de participer à des activités sociales, de se nourrir sainement, de se loger adéquatement, de payer les frais liés à des soins de santé non assurés et de conserver une estime de soi. Tous ces éléments peuvent détériorer la santé physique d'une personne, ce qui, en retour, peut avoir une incidence sur sa santé mentale et sur sa capacité de maintenir des relations et de participer à des activités significatives.

6 Center for Mental Health and Addictions, *Best practice guidelines for mental health promotion programs: Older adults 55+*, 2010.

- Les lieux physiques qui sont inaccessibles, que ce soit sur le plan matériel, économique ou psychologique, limitent la capacité des aînés à participer à des activités sociales et civiques. Une telle situation peut entraîner l'exclusion d'une personne des milieux de travail ou de loisirs, perturbant ainsi son niveau de vie, de sécurité et de santé ainsi que son estime d'elle-même, ses réseaux sociaux, sa raison d'être et, par extension, sa santé mentale. D'autre part, la discrimination fondée sur l'âge limite pour les aînés les occasions qu'ils ont de participer à des activités qui pourraient améliorer leur santé physique, multiplier leurs contacts sociaux ou hausser leur revenu d'emploi. La stigmatisation associée à l'âge vient donc s'ajouter à la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale.
- Les lieux physiques et sociaux non-adaptés aux besoins physiques des aînées ou qui dévalorisent les aînés contribuent à l'isolement social des personnes âgées et portent atteinte à leur santé mentale par la même occasion. De plus, les facteurs individuels suivants peuvent contribuer à l'exclusion sociale : faible revenu, faible littératie (y compris littératie de la santé), des compétences inadéquates en anglais ou en français et l'absence d'un réseau de soutien social. La santé et les aptitudes physiques ont également été citées comme des facteurs pouvant favoriser ou miner la capacité des aînés à accéder aux ressources d'un environnement physique ou social.
- La capacité de déplacement d'une personne âgée a également une incidence sur sa participation sociale, sa sécurité, son autonomie, sa santé et son bien-être général[7]. Elle est un élément clé de leur accès à la collectivité et à ses ressources sanitaires, sociales, récréatives et civiques. De plus, l'emplacement du lieu de résidence, y compris la perception de sécurité qu'il inspire et sa proximité de la famille, des services et des moyens de transport, est un important déterminant d'interaction sociale, laquelle est essentielle à la qualité de vie des aînés[8].

La responsabilité de considérer les déterminants de la santé mentale n'incombe pas à un seul secteur et de nouvelles approches doivent être envisagées pour l'élaboration des politiques et des programmes afin de refléter cette réalité. Des liens et des partenariats peuvent être créés avec des initiatives actuellement menées au Canada en dehors du système de santé mentale (comme les projets des collectivités-amies des aînés ou les initiatives sur l'intégration sociale, la promotion de la santé mentale« Vieillir actif et en santé », et autres stratégies de prévention), afin d'y contribuer et de tirer profit du soutien qu'ils apportent aux aînés ayant une maladie mentale ou qui sont à risque d'en développer une.

» Établir des partenariats avec les aînés, leurs aidants et leurs familles, et les différents paliers de gouvernement, incluant les ministères de la Santé et ceux responsables du logement, des loisirs et du transport, ainsi qu'avec les organismes non gouvernementaux, le secteur bénévole, celui des services de santé ainsi que le secteur privé pour améliorer les conditions qui influencent la santé mentale.

7 OMS, *Vieillir en restant actif – Cadre d'orientation,* 2002.

8 *Ibid.* et Migita, Yanagi et Tomura, *Factors affecting the mental health of residents in a communal-housing project for seniors in Japan,* 2005.

» En collaboration avec les différents ordres de gouvernement ainsi que les ministères ou organismes gouvernementaux, s'assurer que les politiques et les programmes qui ciblent les premières années de vie reconnaissent l'incidence que peuvent avoir les déterminants de la santé mentale à un âge avancé.

PARCOURS DE VIE ET DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Une mauvaise santé se définit à la fois comme la cause et la conséquence d'inégalités et d'exclusion et ses effets sont cumulatifs[9]. Les recherches démontrent que les principaux points de transition de l'existence, comme l'entrée à la maternelle, à l'école primaire et à l'école secondaire, un nouvel emploi, un licenciement, le départ à la retraite et les deuils, influencent et sont influencés par le développement social, émotionnel et cognitif d'une personne[10]. Il a été établi que certains parcours types, jalonnés d'inégalités dès la conception et tout au long de l'enfance et de l'adolescence, entraînent souvent une mauvaise santé à l'âge adulte[11]. Selon une étude britannique, les aînés ayant connu dans leur vie une crise financière importante étaient trois plus susceptibles de développer un problème de santé mentale que les autres (29 % par rapport à 9 %). Cette étude révélait également que le risque de développer une maladie mentale doublait chez les personnes âgées ayant été victimes d'une maladie grave, de blessures ou d'une agression (14 % par rapport à 7 %) ou si elles avaient connu un divorce ou une séparation (18 % contre 9 %)[12].

PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE

Les aînés représentent une ressource importante pour leur famille et leur collectivité : près de 69 % d'entre eux fournissent une aide, sous quelque forme que ce soit, à leurs proches, leurs amis ou leurs voisins[13]; plus de la moitié des aînés offrent leur temps bénévolement et, en 2001, plus de 300 000 aînés canadiens travaillaient encore[14].

Par ailleurs, les aînés qui participent à la vie sociale et citoyenne acquièrent des aptitudes personnelles qui leur procurent bien-être et satisfaction[15]. Ils démontrent également une meilleure santé physique et mentale[16]. De plus, leur réseau de soutien social s'élargit et leur statut social augmente, tout comme leurs connaissances et leurs capacités personnelles[17]. Enfin, la Société canadienne d'Alzheimer

9 OMS, *Mental health, resilience and inequalities,* 2009.

10 OMS, *Mental health, resilience and inequalities,* 2009, p. 25.

11 Graham et Power, 2004, in OMS, *op. cit.*

12 Mentality, *Literature and Policy Review for the Joint Inquiry for Mental Health and Well-Being in Later Life,* 2004.

13 Colombie-Britannique, ministère de la Santé, *Healthy aging through healthy living: Towards a comprehensive policy and planning framework for seniors in BC: A discussion paper,* 2006.

14 Comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires (Aînés), *Le vieillissement en santé au Canada : une nouvelle vision, un investissement vital; Des faits aux gestes — Un document d'information,* 2006.

15 Y. Hao, *Productive Activities and Psychological Well-Being Among Older Adults,* 2008.

16 Kaskie, Imhof, *Cavanaugh et Culp, Civic engagement as a retirement role for aging Americans,* 2008.

17 Hinterlong et Williamson, *The effects of civic engagement of current and future cohorts of older adults,* 2006.

recommande aux aînés de prendre part à des activités sociales et intellectuelles afin de maintenir une bonne santé cérébrale[18].

D'autre part, les aînés actifs sur le plan social et civique contribuent à la création de milieux favorables et au renforcement de l'action communautaire, deux stratégies de promotion de la santé mentale. En effet, l'engagement civique est un élément clé du maintien de collectivités saines et où il fait bon vivre. Une communauté dotée d'un important capital social, lequel se mesure à partir de normes telles que la confiance, la réciprocité et la participation, offre plusieurs bienfaits pour la santé mentale de ses membres. Ces facteurs ont d'ailleurs été perçus comme des indicateurs de la santé mentale ou du bien-être d'une collectivité[19].

Selon l'OMS[20], la promotion de la santé mentale cherche, à l'aide d'interventions plurisectorielles menées à différentes échelles, à réduire les facteurs de risque de maladie mentale, comme les antécédents familiaux de troubles psychiatriques ou de violence, la négligence infantile, l'éclatement de la famille et le chômage[21], et à renforcer les facteurs de protection de la santé mentale[22], c'est-à-dire des facteurs qui permettent de maintenir une bonne santé mentale et de développer une certaine résilience[23].

Ainsi la promotion de la santé mentale mise sur la capacité des gens à atteindre leur plein potentiel et à faire face aux événements majeurs de la vie[24] en leur permettant de tirer profit de leur communauté et d'y contribuer.

> [traduction] (La promotion de la santé mentale) se matérialise dans les mesures communautaires concrètes menées sur le plan de l'établissement des priorités, de la prise de décisions, de la planification des stratégies et de l'implantation

18 Société canadienne d'Alzheimer, *Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada,* 2010.

19 OMS, *Mental health, resilience and inequalities,* 2009.

20 OMS, *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report et Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report,* 2004.

21 Mentality, *Literature and Policy Review for the Joint Inquiry for Mental Health and Well-Being in Later Life,* 2004.

22 L'ASPC définit une bonne santé mentale comme étant « la capacité de chaque personne de ressentir les choses, de réfléchir et d'agir de manière à mieux jouir de la vie, à mieux faire face aux défis. (...) Elle habilite les individus et les collectivités à avoir avec leur environnement une interaction qui les rendra plus forts sur les plans émotionnel et spirituel (...) et passe nécessairement par le respect de la culture, l'équité, la justice sociale, les interconnexions et la dignité personnelle » (http://www.phac-aspc.gc.ca/canada/les-regions/atlantique/Publications/Analyse_du_contexte_sante_mentale/1-fra.php).

23 OMS, *Mental health, resilience and inequalities,* 2009.

24 OMS, *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report,* 2004.

de celles-ci en vue d'améliorer la santé mentale des aînés. Et l'autonomisation des collectivités ainsi que la prise de contrôle par ces dernières de leurs efforts et de leur destinée sont au cœur de ce processus[25].

» Créer des partenariats pour concevoir des stratégies destinées à réduire les facteurs de risque des maladies mentales et accroître les facteurs de protection de la santé mentale pour les personnes âgées.

Considérée comme une avenue possible pour aborder les déterminants de la santé mentale, la promotion de la santé mentale peut être appliquée à tous les aînés, dont ceux qui ont une maladie mentale ou qui sont à risque d'en développer une. Selon l'OMS[26], elle peut protéger les personnes des maladies mentales et ainsi réduire l'incidence de ces dernières, améliorer l'état des aînés ayant une maladie mentale et lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées aux problèmes de santé mentale. Les stratégies de promotion de la santé mentale devraient d'ailleurs inclure des mesures contre l'âgisme et la stigmatisation. En effet, une récente étude de l'université Yale démontre que les aînés ayant assimilé des stéréotypes négatifs liés à l'âge étaient plus susceptibles d'éprouver des problèmes cardiaques que ceux qui entretenaient une image positive du vieillissement, ce qui donne à penser que les conceptions intériorisées en début de vie peuvent avoir des répercussions profondes sur la santé[27].

Dans son rapport intitulé De l'ombre à la lumière, le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et des technologiques recommandait d'intégrer la promotion de la santé mentale aux politiques et aux pratiques liées à la santé mentale ainsi qu'aux politiques générales de santé publique du Canada. Il suggérait aussi de solliciter la participation des collectivités à cet égard, de miser sur leurs forces et de répondre à leurs besoins. Voici certaines des interventions stratégiques proposées dans ce rapport :

- Fournir des logements avec services abordables et stables.
- Améliorer le soutien communautaire.
- Implanter des services communautaires qui favorisent les relations interpersonnelles.
- Assurer un revenu garanti.
- Offrir un soutien psychologique adapté à la diversité culturelle des aînés.
- Soutenir les proches aidants.

» Concevoir des stratégies de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies mentales grâce à des partenariats entre les secteurs et les ministères ainsi qu'entre les décideurs, les cliniciens et les chercheurs.

» Créer des stratégies pour l'application des connaissances et la diffusion de renseignements à propos de la promotion de la santé mentale et de la prévention des maladies mentales chez les aînés.

L'OMS lance un appel à l'action collective afin que soient mis en place des politiques et des programmes dans les secteurs

25 B. Pape et J. P. Galipeault, *Promotion de la santé mentale auprès des personnes atteintes d'une maladie mentale*, 2002, p. 19.

26 OMS, *Mental health, resilience and inequalities*, 2009.

27 Levy, Zonderman, *Slade et Ferrucci, Age stereotypes held earlier in life predict cardiovascular events in later life*, 2009.

gouvernementaux et d'affaires, comme l'éducation, le travail, la justice, le transport, l'environnement, le logement et l'assistance sociale, ainsi que des activités spécifiques dans le domaine de la santé pour prévenir et traiter les maladies mentales[28]. Pour ce faire, des partenariats peuvent être établis afin de tirer profit des activités en place dans les différents secteurs, établissements et organismes. Il serait également utile d'établir des partenariats différents pour combler des besoins divers et à des échelons variés. Enfin, une collaboration horizontale entre les ministères et les organismes gouvernementaux ainsi qu'entre les décideurs, les cliniciens et les chercheurs, serait efficace[29].

La Charte d'Ottawa pour la santé mentale[30], document qui sert encore aujourd'hui de guide pour la promotion de la santé mentale à l'échelle de la population, misait sur les politiques favorisant la santé, les environnements supportés par des services et la prise en charge des problèmes de santé par les individus eux-mêmes dans tous les cadres de la vie quotidienne. Voici les principales stratégies proposées par cette charte : élaborer des politiques favorisant la santé publique, créer des environnements supportés par des services, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles et réorienter les services de santé.

ÉLABORER DES POLITIQUES PUBLIQUES SAINES

D'après la Charte d'Ottawa, la plupart des mesures et des structures sociales ont une incidence sur la santé. Par conséquent, toutes les politiques publiques doivent promouvoir la santé mentale et pas seulement celles concernant la maladie mentale ou les aînés.

Au Canada, plusieurs politiques sont actuellement mises en place pour favoriser un vieillissement sain et actif, dont des initiatives pour réduire l'isolement social, une alimentation saine, l'activité physique, l'abandon du tabagisme et la prévention des chutes. Ces dernières constituent des occasions idéales de promouvoir la santé mentale.

D'autre part, les organismes et les différents ordres de gouvernement peuvent soumettre leurs programmes et leurs politiques à l'*Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés* afin d'y déceler tout effet défavorable involontaire sur la santé mentale des aînés. Cet outil, appuyé par les valeurs et le vécu d'aînés, peut également guider l'élaboration d'initiatives destinées à promouvoir et à soutenir la santé mentale des aînés, y compris ceux qui ont une maladie mentale.

» En collaboration avec des initiatives appropriées (notamment celles axées sur un vieillissement sain et actif, des collectivités en santé, etc.) et le secteur de la santé mentale, rédiger des messages de promotion de la santé qui peuvent rejoindre tous les aînés en tiennent compte de leur diversité culturelle et linguistique, de leur littératie et autres obstacles potentiels à la communication. .

» Soumettre les programmes et les politiques, actuelles et futures, à l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés afin d'y déceler des effets négatifs imprévus.

28 OMS, *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report,* 2004.

29 *Ibid.*, p. 57.

30 *OMS, The Ottawa Charter for Health Promotion, 1986.*

CRÉER DES MILIEUX FAVORABLES

Les aînés sont plus susceptibles de participer à la vie communautaire s'ils jugent que leur environnement social est inclusif, respectueux et sans danger et si un soutien social leur est offert. À l'inverse, l'âgisme peut contribuer à leur exclusion sociale. Selon la New York Academy of Medicine[31], cette forme de discrimination fondée sur l'âge est, contrairement au racisme et au sexisme par exemple, largement répandue et acceptée dans les sociétés occidentales, y compris dans les lieux de travail, les milieux de soins et les médias. D'autres suggèrent qu'elle favoriserait les mauvais traitements aux aînés[32]. Les aînés ayant un problème de santé mentale peuvent donc être victimes d'une stigmatisation double, liée à l'âge et à la maladie mentale. D'où l'importance de lancer des campagnes contre l'âgisme pour sensibiliser le grand public et les aînés et d'intégrer aux programmes, aux politiques et aux services offerts à ces derniers des stratégies pour réduire la stigmatisation et la discrimination fondées sur l'âge, la maladie mentale ou toute autre caractéristique (orientation sexuelle, sexe, race, statut socio-économique, etc.).

- Les politiques, les programmes et les services, tout comme les renseignements s'y rattachant qui sont communiqués à leurs bénéficiaires et au public, doivent refléter une image positive des aînés et l'issue heureuse que peut avoir une maladie mentale (tel le rétablissement et la capacité de contribuer positivement à leur communauté).
- Créer un système ou une culture de milieu de travail qui reconnaît et exploite les forces des aînés et qui ne tolère pas l'âgisme.
- S'associer aux programmes et aux établissements scolaires afin que les cours véhiculent une image positive des aînés et l'importance de ces derniers pour la société.
- Présenter une image positive des aînés, du vieillissement et des interactions thérapeutiques avec les personnes âgées dans les activités d'orientation du personnel infirmier, de perfectionnement professionnel et de formation continue.

- Faciliter les partenariats entre les gouvernements locaux, le secteur de la santé mentale chez les aînés ainsi que d'autres intervenants dont le mandat n'est pas lié à la santé afin que les organismes et les collectivités intègrent les principes des villes-amies des aînés.

Sur le plan communautaire, l'implantation du modèle des collectivités-amies des aînés peut faciliter la création de milieux favorables pour les aînés. D'après ce modèle, fondé sur des principes de longévité et de vieillissement actif, l'environnement social et physique ainsi que les déterminants économiques dans lesquels évoluent les personnes, les familles et les peuples ont une incidence sur le vieillissement. L'ensemble de ces facteurs et leur mode d'interaction

31 New York Academy of Medicine, *Age-friendly New York City,* 2009.

32 Quinn et Zielke, *Elder abuse, neglect, and exploitation: Policy issues,* 2005.

constituent d'ailleurs les principales caractéristiques des villes-amies des aînés[33].

RENFORCER L'ACTION COMMUNAUTAIRE

Plusieurs bienfaits découlent de la réunion des efforts des membres d'une communauté dans l'atteinte d'un but commun : un capital social accru, un sentiment d'autonomisation et un renforcement de la résilience et des capacités collectives. Il importe donc de renforcer l'action communautaire en faisant appel au plus grand nombre de secteurs possibles. Ainsi les aînés seront-ils plus en mesure de jouir d'une bonne santé mentale dans les différentes sphères de leur vie (personnelle, familiale, sociale, communautaire, services de santé, etc.)[34].

- Fournir aux aînés, à leur famille et leurs amis ainsi qu'aux pourvoyeurs de services les renseignements nécessaires pour inciter les personnes âgées à adopter des comportements sains.
- Implanter les infrastructures et les services communautaires nécessaires pour encourager la participation sociale et civique des aînés.
- Veiller à ce que les pourvoyeurs de soins de santé et les services soient orientés vers la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales.
- Soutenir les activités de sensibilisation du public pour réduire la stigmatisation liée à l'âge et à la maladie mentale.

Il est possible de réduire la solitude et l'isolement social chez les aînés en implantant des structures sociales et physiques dans la communauté. Les mesures prises à l'échelle communautaire pour favoriser le bien-être des aînés assument également une double fonction de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies mentales auprès de ceux qui sont susceptibles de développer des problèmes de santé mentale[35].

- Travailler en collaboration ou en partenariat avec les aînés, les familles, les différents paliers de gouvernement, les organismes communautaires et les groupes d'intérêt pertinents pour soutenir et accroître l'engagement communautaire.

ACQUÉRIR DES APTITUDES PERSONNELLES

Pour que la population comprenne mieux les enjeux liés à la santé mentale, il est essentiel de bien l'informer. En effet, les gens croient à tort que les maladies mentales, les problèmes cognitifs et les toxicomanies sont les conséquences normales du vieillissement ou qu'elles sont intraitables. Dans un tel contexte, les personnes ayant un problème de santé mentale sont moins susceptibles de chercher de l'aide. Pour contrer ce phénomène et promouvoir la santé mentale,

- Produire et communiquer des renseignements à l'intention du public pour accroître la littératie en santé mentale, plus particulièrement pour briser les mythes entourant la maladie mentale et le vieillissement et mettre l'accent sur la possibilité de rétablissement.

33 OMS, *Guide mondial des villes-amies des aînés*, 2007.

34 OMS, *Guide mondial des villes-amies des aînés*, 2007.

35 *Ibid.*

il est possible de suivre les concepts de la littératie en santé, selon lesquels il faut adapter l'information, l'éducation et l'application des connaissances à la diversité des aînés (en matière de langue, de littératie, de culture ou de capacités visuelles).

- Faire des aînés des acteurs du changement en les intégrant aux différents processus décisionnels.
- Encourager les organismes de bénévolat, de services ou autres ainsi que les municipalités (notamment les services responsables des loisirs) à inclure les aînés dans la conception de programmes visant l'adoption de comportements sains, l'acquisition de compétences personnelles, le soutien mutuel et la participation sociale.

À l'échelle individuelle, la plupart des approches visant à améliorer la santé mentale des aînés misent sur la participation, l'interdépendance, le soutien et l'encouragement[36]. Ainsi, les mesures de soutien social, d'autonomisation communautaire et de promotion d'un mode de vie sain sont jugées fructueuses[37]. Certaines interventions ciblées ont également fait leur preuve dans l'amélioration de la santé mentale d'aînés présentant une vulnérabilité pour la dépression, le suicide ou d'autres problèmes de santé mentale, comme l'intégration d'une éducation relative aux maladies chroniques[38] et l'évaluation périodique de la capacité auditive lors de l'accès aux soins primaires (par ex. visite médicale annuelle).

RÉORIENTER LES SERVICES DE SANTÉ

- Orienter les services de soins de santé vers une plus grande promotion de la santé mentale et de la prévention des maladies mentales.

Dans la sphère publique, les services en santé mentale pour les aînés sont surtout orientés par le modèle biomédical qui met l'emphase sur la pathologie, le diagnostic et le traitement médical[39]. Le recours à des ressources extérieures au contexte médical pour mitiger les effets négatifs des déterminants de la santé ou pour favoriser la santé mentale des aînés, comme des programmes communautaires contre l'isolement social, demeure limité. La Commission de la santé mentale du Canada[40] recommande donc de réorienter le système de santé mentale vers un modèle de rétablissement qui met plus d'emphase sur les forces et les capacités des personnes et de leur système de soutien.

---

36 Moodie et Jenkins, *I'm from the government and you want me to invest in mental health promotion. Well, why should I?,* 2005.

37 Jané-Llopis, Hosman et Copeland, 2004.

38 Hosman & Jane-Llopis, *Evidence of effective interventions of mental health promotion,* 2005.

39 MacCourt, Tuokko et Tierney, *Canadian Association on Gerontology policy statement on issues in the delivery of mental health services to older adults,* 2002.

40 Commission de la santé mentale du Canada, *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada site de la CSMC,* 2009.

PRÉVENTION ET DÉPISTAGE PRÉCOCE DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

PRÉVENIR LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Comme il a été mentionné précédemment, une mauvaise santé peut être la cause et la conséquence d'inégalités sociales, économiques et environnementales. Pour prévenir les maladies mentales, des stratégies visant à accroître les facteurs de protection et à réduire les facteurs de risque pour la santé mentale peuvent être combinées à la prise en considération des déterminants de la santé mentale.

En effet, on reconnaît de plus en plus à travers le monde que les inégalités socioéconomiques entre les personnes et les grandes communautés sont une cause importante des disparités actuelles sur le plan de la santé mentale[41]. On peut éviter ces disparités qui sont injustes et inutiles. Voici les trois dimensions établies par la Victoria Health Promotion Foundation[42] en matière d'inégalité :

- Inégalité liée à l'accessibilité : Obstacles aux services de santé et de bien-être, qu'ils soient liés aux coûts, à l'impossibilité d'accéder physiquement aux services et au fait que les services ne soient pas appropriés sur le plan culturel.
- Inégalité des chances : Obstacles aux ressources sociales, géographiques et économiques essentielles à l'atteinte et au maintien d'une bonne santé, comme l'éducation, l'emploi, le revenu ou un lieu de résidence sûr.
- Inégalité des résultats : Différences observées en matière de santé entre différents groupes (taux de mortalité et de maladies, état de santé autodéclaré, etc.).

Ainsi certaines populations défavorisées développent-elles une plus grande vulnérabilité que les autres aux problèmes de santé mentale. Selon Balfour, la vulnérabilité se définit comme le résultat net d'un jeu complexe de plusieurs facteurs individuels (biologiques compris) et sociaux. Des facteurs culturels, démographiques, économiques, juridiques ou politiques, comme des rapports inégaux de pouvoir dans les relations personnelles ou des inégalités sociales importantes, peuvent exacerber cette vulnérabilité, laquelle limite la capacité des gens à prendre des décisions éclairées à propos de leur santé, leur sécurité et leur bien-être[43].

Les efforts de prévention doivent reconnaître les populations vulnérables qui présentent un plus grand risque de développer des problèmes de santé mentale et qui ont de la difficulté à accéder aux services de soutien offerts, comme les aînés itinérants, les personnes à faible revenu et les membres des Premières nations. Le paragraphe axé sur la diversité de la section III traite de certains de ces groupes.

De plus, puisque les troubles mentaux ont une comorbidité élevée et qu'ils ont un lien avec les problèmes physiques et sociaux, surtout chez les aînés, l'OMS recommande que les stratégies de prévention des maladies mentales ciblent aussi les problèmes connexes, les déterminants communs et identifie les situations qui mènent à des problèmes ou risques multiples pour des populations spécifiques[44].

---

41 OMS, *Mental health, resilience and inequalities,* 2009.

42 Id., *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report,* 2004, p. 1.

43 Balfour, Evidence Review: *Mental Health Promotion,* 2007, p. 11.

44 OMS, *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report,* 2004.

» Informer les aînés, leurs familles, les organismes desservant les aînés, le public général et les pourvoyeurs de services sur les signes et les symptômes de la maladie mentale, de l'importance d'un dépistage précoce et sur l'efficacité des traitements chez les aînés.

» Intégrer une évaluation de la santé mentale aux soins de routine prodigués aux aînés qui présentent un risque élevé de développer une maladie mentale, y compris ceux qui prennent soin d'une personne atteinte de démence, ceux qui vivent avec certaines maladies chroniques, etc.

DÉPISTAGE PRÉCOCE DES MALADIES MENTALES

La prévention de la maladie mentale vise essentiellement à réduire les symptômes des troubles mentaux et, en définitive, les troubles eux-mêmes[45]. Le dépistage précoce peut, quant à lui, ralentir le déclin fonctionnel associé à certaines maladies comme la démence et prévenir l'apparition de troubles tels que le délirium. La détection rapide de la dépression, par exemple, peut en atténuer la gravité et améliorer la réponse au traitement et les espoirs de rétablissement. Il est donc important d'éduquer les aînés, le grand public ainsi que les pourvoyeurs de soins de santé et de services sociaux sur les signes et les symptômes des maladies mentales et sur l'importance du dépistage précoce. Il faut également éduquer les gens pour briser certains mythes, dont celui qui veut que les oublis soient simplement dus au vieillissement. Les pourvoyeurs de services doivent quant à eux être informés du lien qui existe entre malades mentales et certains problèmes de santé chroniques communs chez les aînés, comme les maladies cardiovasculaires, les cancers, etc. et utiliser des outils de dépistage appropriés lors des visites ou examens périodiques.

Les paragraphes suivants proposent des stratégies de prévention efficaces pour certaines maladies mentales communes chez les aînés.

PRÉVENIR LA DÉPRESSION ET L'ANXIÉTÉ

La dépression et l'anxiété ne font pas nécessairement partie intégrante du vieillissement mais certains facteurs, fréquemment associés à l'âge avancé augmentent le risque de développer un trouble de l'humeur, en particulier une mauvaise santé physique, la douleur chronique, et les invalidités. En fait, la dépression serait plutôt causée par les limites imposées par ces problèmes de santé quant à la capacité des aînés de prendre part aux activités de la vie[46]. Godfrey et ses collègues ont cité les éléments suivants comme des facteurs de risque importants de dépression : la perte d'un partenaire de vie (surtout si elle est combinée à des facteurs profonds de vulnérabilité comme des antécédents personnels et familiaux); des événements majeurs et soudains (être victime de brimades, d'un grave problème de santé); des difficultés liées à la perte d'autonomie ou à une invalidité croissante. De plus, la crainte de voir sa santé se détériorer ou de perdre de ses capacités d'adaptation peut causer de l'anxiété. Enfin, les personnes qui prennent soin d'un proche atteint de démence présentent un risque élevé de développer une maladie mentale,

45 Saxena, Jané-Llopis et Hosman, *Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice,* 2006, p. 6.

46 Godfrey, Townsend, Surr, Boyle et Brooker, *Prevention and Service Provision: Mental Health Problems in Later Life: Final Report,* 2005.

surtout la dépression. La Société canadienne d'Alzheimer estime que ce risque touche de 40 à 75 % des aidants naturels[47].

Les problèmes de santé et les symptômes dépressifs diminuent la capacité des aînés à prendre part aux activités de la vie quotidienne, ce qui limite la participation aux activités sociales et peut, en soi, aggraver les symptômes dépressifs. Pour briser cette spirale descendante, il faut donc instaurer des stratégies de prévention primaire. D'après Godfrey, les personnes ayant des problèmes de santé et de motricité devraient prendre part à des groupes de réadaptation, de gestion de la douleur et d'exercice. De plus, des activités permettant la libre expression, le maintien et la création de liens sociaux et qui offrent un soutien pour s'adapter aux différents changements de la vie seraient requis.

- Informer les pourvoyeurs de services et les organismes communautaires de l'importance de soutenir la santé mentale et de prévenir la dépression, notamment en offrant aux personnes ayant des maladies ou des problèmes de motricité l'accès à des groupes de réadaptation, de gestion de la douleur et d'exercice.
- En partenariat avec les municipalités, des organismes de bénévolat et des groupes communautaires, créer pour les aînés des programmes récréatifs leur permettant de s'exprimer, de créer des liens et de se découvrir de nouveaux champs d'intérêt.
- Avec les organismes communautaires, offrir aux aînés un soutien pratique, social et émotionnel afin qu'ils acceptent les changements de la vie et s'y adaptent (comme des troubles cognitifs ou la perte d'un conjoint) et qu'ils gèrent leurs facteurs de stress, financier ou autre.

D'après Godfrey, il faut soutenir, agir et lancer des stratégies de prévention primaire afin d'instaurer des communautés qui, premièrement, soient sûres sur le plan psychologique et physique et où les déplacements sont simples, qui, deuxièmement, offrent des occasions de participation sociale aux aînés ayant des difficultés et des champs d'intérêt divers et qui, troisièmement, font des aînés des acteurs du changement en les intégrant aux structures et systèmes décisionnels.

Très souvent, les soins primaires aux aînés n'incluent pas une évaluation appropriée des symptômes de dépression et d'anxiété. Ainsi perd-on une bonne occasion de dépister rapidement une maladie et de la traiter avant l'établissement des symptômes. De plus, l'accès à des professionnels spécialisés dans le traitement de maladies

- Renseigner les personnes âgées, leur famille, les organismes dédiés aux aînés, les pourvoyeurs de services et le public sur l'importance de détecter rapidement une dépression, sur les signes à observer et sur l'efficacité des traitements offerts aux aînés.
- Éduquer les aînés, leur famille et le public à propos des changements de vie associés au vieillissement (changements physiques, veuvage, prise en charge d'un proche, déménagements, etc.) afin qu'ils planifient leur avenir, notamment en rédigeant des directives précises.

47 Schneider, Murray, Banerjee et Mann, *A cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I – Factors associated with carer burden*, 1999.

mentales installées depuis longtemps semble difficile pour bon nombre d'aînés[48].

Dans son document *Évaluation et prise en charge de la dépression,* Coalition canadienne pour la santé mentale des aînés présente des lignes directrices fondées sur des données probantes de plusieurs disciplines ainsi que les recommandations suivantes par rapport à l'éducation, la prévention et le dépistage précoce entourant la dépression à un âge avancé[49] :

- Tous les programmes d'études et de perfectionnement dans les sciences de la santé devraient inclure des volets portant sur l'évaluation et le traitement de la dépression chez la personne âgée.
- Une formation spécialisée en santé mentale de la personne âgée devrait être offerte aux pourvoyeurs de soins œuvrant auprès de personnes âgées souffrant de dépression.
- En tenant compte des atouts et de la vulnérabilité des aînés, les professionnels de la santé devraient offrir à ces derniers des renseignements sur la nature biologique et sociale de la dépression, sur les stratégies d'adaptation efficaces et sur les modifications à apporter à leur mode de vie pour favoriser le rétablissement.
- Il faut informer la famille d'un aîné souffrant de dépression sur les signes et les symptômes de la maladie, les stratégies d'adaptation ainsi que les options thérapeutiques disponibles et les bienfaits du traitement.
- Les campagnes d'éducation publique devraient insister sur la prévention de la dépression et du suicide chez la personne âgée.

PRÉVENIR LE SUICIDE

D'après Conwell, peu de gens réalisent que les symptômes de dépression et les idées suicidaires ne font pas partie du vieillissement normal mais sont plutôt la manifestation d'une maladie qui peut être traitée avec succès[50].

Les aînés isolés et sans soutien social sont particulièrement vulnérables au suicide, surtout s'ils cumulent d'autres facteurs de risque[51].

La documentation portant sur les interventions spécifiquement conçues pour prévenir le suicide chez les aînés est limitée. Les données probantes qui lient la dépression au suicide suggèrent que

- Sensibiliser le public et les pourvoyeurs de service à propos des mythes et des réalités de la dépression et du suicide chez les aînés.
- Instaurer des stratégies pour combattre la stigmatisation fondée sur l'âge et celle reliée aux maladies mentales.

- Mettre au point des interventions ciblées pour réduire l'isolement et offrir des occasions d'interaction sociale pour les aînés.

48 Godfrey, Townsend, Surr, Boyle et Brooker, *Prevention and Service Provision: Mental Health Problems in Later Life: Final Report,* 2005.

49 *Lignes directrices nationales de la CCSMA sur la santé mentale des aînés – Évaluation et prise en charge de la dépression,* 2006, p. 41-42.

50 Conwell, *Suicide,* 2004.

51 *Ibid.*

le traitement précoce et approprié de la dépression pourrait prévenir le suicide. Pourtant, bon nombre d'aînés morts par suicide consultaient régulièrement un pourvoyeur de soins primaires et manifestaient des symptômes évidents de dépression, lesquels semblent donc avoir été sous-estimés ou mal traités[52]. Grâce à cette observation, les contextes permettant de reconnaître, diagnostiquer et traiter la dépression chez les aînés à risque ont fait l'objet d'une attention plus soutenue et il a été établi que le dépistage précoce et le traitement de la dépression constituent le moyen de prévention du suicide le plus efficace[53].

L'une des stratégies prometteuses pour prévenir le suicide consiste à combiner les services téléphoniques d'aide pour les aînés et les services à domicile. Une étude italienne ayant suivi 18 641 aînés pendant onze ans a démontré que cette approche réduisait le taux de suicide de 71 %[54].

Voici les recommandations formulées par la Coalition canadienne pour la Santé Mentale des Aînés en ce qui a trait à l'éducation et la prévention entourant le suicide chez les aînés[55] :

- Des programmes d'éducation et de formation adaptés sur le plan culturel concernant l'évaluation et la prévention du suicide devraient être offerts aux professionnels de la santé qui œuvrent dans divers milieux de soins.
- Les professionnels de la santé devraient informer les aînés, leurs familles et leurs aidants en ce qui a trait au suicide, à la stigmatisation, incluant les options thérapeutiques et les stratégies de prise en charge.
- Des campagnes d'information provinciales et nationales sur la prévention du suicide, la stigmatisation et la promotion de la santé mentale des personnes âgées sont aussi indiquées.

RÉDUIRE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES INTOXICANTES

Des études ont démontré que de brèves interventions menées par un pourvoyeur de services et la participation à des groupes d'entraide

- Développer des partenariats entre les services de santé mentale pour les aînés et les services téléphoniques d'aide et autres services communautaires pour que leur personnel soit adéquatement formé en ce qui a trait au dépistage et aiguillage des aînés qui sont à risque de se suicider.
- Éliminer les facteurs qui entravent le dépistage, le diagnostic et le traitement opportuns de la dépression chez les aînés.
- Renseigner les pourvoyeurs de soins de santé sur les facteurs de risque du suicide et sur l'importance d'intégrer des outils de dépistage de la dépression lors des visites et évaluations périodiques pour les aînés qui sont à risque.
- Avec les ministères provinciaux responsables du bien-être des aînés (qui s'intéressent aux problèmes de consommation d'alcool), les Alcooliques Anonymes et autres groupes d'entraide, rédiger des messages adaptés aux aînés et qui sont plus susceptibles de rejoindre ceux qui sont le plus à risque de développer des problèmes de santé mentale avec la consommation excessive d'alcool.

52 Coalition canadienne pour la santé mentale des aînés, *Lignes directrices nationales de la CCSMA sur la santé mentale des aînés – Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide,* 2006.

53 *Ibid.*

54 DeLeo, Dello Buono et Dwyer, *Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy,* 2002.

55 Coalition canadienne pour la santé mentale des aînés, L*ignes directrices nationales de la CCSMA sur la santé mentale des aînés – Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide,* 2006, p. 23.

en compagnie de pairs peuvent réduire la consommation excessive d'alcool et les risques qui y sont associés chez les aînés[56].

PRÉVENIR LA DÉMENCE

Dans son rapport intitulé Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada, la Société canadienne d'Alzheimer a examiné l'incidence potentielle de la démence au cours des prochaines années et présenté les résultats d'une revue exhaustive de la littérature portant sur les stratégies de réduction des risques de développer la maladie d'Alzheimer ou visant à en ralentir la progression. Voici les principales stratégies répertoriées :

- Adopter une saine alimentation fondée sur la diète méditerranéenne
- Bouger
- Entretenir une vie sociale active
- Inclure des activités qui stimulent les capacités intellectuelles
- Protéger sa tête

» Informer les pourvoyeurs de soins de santé et le public de l'importance d'éviter à tout âge les traumatismes crâniens (en portant un casque protecteur à vélo, en prévenant les chutes, etc.).

» Renseigner les pourvoyeurs de services et le public sur le dépistage, la prévention et l'importance du traitement précoce des maladies vasculaires, et des troubles cognitifs reconnaissant le lien entre maladies vasculaires et démences.

Deux stratégies ont fait leur preuve pour prévenir la démence ou en retarder l'apparition. La première consiste à prévenir tout au long de l'existence les traumatismes crâniens, notamment grâce aux limites de vitesse, à l'usage de casques protecteurs et de ceintures de sécurité ainsi qu'aux législations entourant l'ivresse au volant et l'émission des permis de conduire. La seconde concerne la prévention et le traitement des maladies vasculaires, lesquelles constituent un facteur de risque important pour ce qui est de la démence, incluant la maladie d'Alzheimer[57].

» Grâce à des partenariats avec les sociétés d'Alzheimer et d'autres groupes, veiller à offrir aux personnes ayant récemment reçu un diagnostic de démence et à leurs aidants un accès à des groupes de soutien par les pairs, des renseignements sur la maladie et les services disponibles ainsi que des occasions d'acquérir des habiletés d'adaptation.

Les aînés ayant récemment reçu un diagnostic de démence et leurs aidants affirment avoir bénéficié d'une participation aux activités suivantes offertes par la Société Alzheimer ou autres organismes : groupes de soutien et d'information; clubs de la mémoire qui permettent aux personnes atteintes de démence et leurs aidants d'échanger, et groupes de soutien pour les personnes qui en sont au premier stade de la maladie[58]. Si ces groupes connaissent un tel succès, c'est qu'ils informent les personnes atteintes de démence et leurs aidants de la maladie, des stratégies d'adaptation ainsi que des types de services offerts et qu'ils leur permettent de se confier à des personnes qui comprennent leur situation[59].

---

56 Santé Canada, *Meilleures pratiques - Traitement et réadaptation des personnes aînées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues,* 2002.

57 Cooper, *Thinking preventively about dementia,* 2002.

58 Godfrey, Townsend, Surr, Boyle et Brooker, *Prevention and Service Provision: Mental Health Problems in Later Life: Final Report,* 2005.

59 Ibid.

Dans un autre ordre d'idées, Godfrey souligne que le fait de déménager peut avoir, pour une personne âgée atteinte de démence, des répercussions négatives sur son fonctionnement et son bien-être. En effet, les recherches démontrent que la qualité de vie des résidents d'un établissement de soins qui sont atteints de démence peut décliner s'ils sont déplacés d'un service à un autre. Ce résultat n'est pas surprenant étant donné que l'incapacité à accueillir et à retenir de nouvelles informations constitue l'une des principales caractéristiques de cette maladie. De tels déplacements augmentent également le taux de mortalité et de dépression. Cela dit, ces effets négatifs sont toutefois moindres, voire nuls, si le transfert touche un groupe complet de résidents et le personnel qui lui est rattaché.

» Les politiques et les programmes doivent tenir compte des effets négatifs associés au déménagement d'un aîné atteint de démence et lui offrir de l'aide si la mesure est inévitable.

» Il faut instaurer des politiques, des programmes et des services pour aider les aînés à demeurer dans leur lieu de résidence aussi longtemps qu'ils le désirent et qu'ils en sont capables.

Il a été prouvé, en ce qui concerne les établissements de soins, qu'il est possible l'améliorer l'humeur des gens atteints de démence et de réduire la confusion et la détérioration de leurs facultés cognitives en combinant une planification personnalisée des soins à une supervision clinique générale[60]. Wells et ses collègues ont découvert quant à eux que des soins orientés vers les capacités d'une personne atteinte de démence peuvent être bénéfiques tant pour cette dernière que pour ses aidants. En janvier 2011, la Société canadienne d'Alzheimer recommandait également d'améliorer la qualité des soins offerts aux résidents de maisons de soins atteints de démence par la mise en place des soins plus personnalisés qui tiennent compte des capacités de leurs résidents. La Commission de la santé mentale du Canada fournit sur son site Web d'autres informations sur ce sujet ainsi que des liens pour accéder aux ressources mentionnées[61].

» Il faut personnaliser les soins offerts aux aînés qui ont des troubles cognitifs et démences, tenant compte de leurs capacités.

» Les maisons de santé et les établissements de soins pour aînés atteints de démence doivent consulter et appliquer les lignes directrices les plus récentes en matière de prévention, d'évaluation et de traitement de la démence.

PRÉVENIR LE DÉLIRIUM

Les interventions visant à prévenir le délirium n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation approfondie, même si la prévention primaire de ce trouble est cruciale compte tenu de la morbidité qui lui est associée et de sa fréquence[62]. La CCSMA, après avoir analysé des études portant sur ce type d'intervention et les meilleures données probantes disponibles, a répertorié les facteurs de risque du délirium chez les aînés hospitalisés et proposé des interventions systémiques pour prévenir ce trouble, dont les suivantes[63]:

» On recommande des programmes d'éducation continue sur le délirium et sa prévention à l'intention des professionnels de la santé qui travaillent dans les hôpitaux.

» Tous les travailleurs de la santé doivent connaître les éléments importants de l'évaluation de l'état mental et être en mesure de déceler et communiquer la présence de changements au niveau du comportement, de l'affect et de la cognition qui permettent de dépister le delirium de façon précoce.

60 Göran Holst, Edberg et Hallberg, *Nurses' narrations and reflections about caring for patients with severe dementia as revealed in systematic clinical supervision sessions,* 2000.

61 http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/default.aspx

62 Coalition canadienne pour la santé mentale des aînés, *Lignes directrices nationales de la CCSMA sur la santé mentale Des interventions éducatives sur le délirium et sa prévention à l'intention des professionnels de la santé de l'hôpital sont indiquées.des aînés – Évaluation et prise en charge du délirium,* 2006.

63 *Ibid.*

PARTIE II : Modèle de services intégrés pour les services de santé mentale aux aînés

Cette partie du document présente une gamme de modèles utilisés pour la prestation de services, puis propose un modèle, fondé sur des données probantes, pour l'organisation et le développement de services complets en santé mentale pour les aînés du Canada.

MODÈLES UTILISÉS POUR LA PRESTATION DES SERVICES

De nombreux modèles canadiens et étrangers ayant fait l'objet d'une évaluation ont démontré leur efficacité à soutenir les personnes âgées ayant des maladies mentales. Les paragraphes suivants présentent un résumé de différents modèles novateurs qui pourraient être utilisés pour améliorer le système de santé mentale pour les aînés du Canada. La version électronique des présentes lignes directrices fournit des renseignements supplémentaires à leur sujet.

LE MODÈLE DU FOYER MÉDICAL

Le Collège des médecins de famille du Canada recommande d'intégrer le concept de foyer médical aux différentes initiatives de soins primaires actuellement mises en place au Canada afin d'axer les soins sur le patient, d'augmenter leur accessibilité et de produire de meilleurs résultats de santé. Si ce modèle convient à tous les aînés, le Collège affirme qu'il est particulièrement approprié pour les personnes âgées ayant des besoins complexes puisque ce modèle permet d'offrir et de coordonner en un seul lieu l'ensemble des services médicaux[1].

Un foyer médical est un établissement de soins médicaux centrés sur les patients et doté des caractéristiques suivantes :

1. les patients ont un médecin de famille personnel qui dispense et dirige leurs soins médicaux;
2. les soins s'adressent à l'entité globale du patient;
3. les soins sont coordonnés, continus et complets, les patients ayant accès à une équipe interprofessionnelle;
4. l'accès aux rendez-vous est accru;
5. la pratique comprend une technologie de l'information bien soutenue, dont des dossiers médicaux électroniques;
6. la rémunération soutient ce modèle de soins;
7. l'amélioration de la qualité et la sécurité des patients sont les principaux objectifs.

Voici les avantages associés à ce modèle d'après les conclusions de recherches rapportées par le Collège des médecins de famille du Canada : une accessibilité accrue aux soins, une hausse des examens de dépistage, une gestion améliorée des maladies chroniques, de meilleurs résultats de santé, une réduction des inégalités entre les différents groupes sociaux, une qualité supérieure des soins offerts, une expérience plus favorable pour le patient et une coordination accrue des soins.

Selon une évaluation récente d'un projet pilote de foyer médical mené pendant deux ans aux États-Unis, le nombre de visites à l'urgence par les patients du foyer médical était de 29 % inférieur à celui des patients d'autres cliniques de santé et le nombre d'hospitalisations, de 6 % inférieur, soit une économie mensuelle d'environ 10,30 $ par personne. Les résultats démontraient également une baisse du taux d'épuisement professionnel chez les cliniciens[2].

---

1 Collège des médecins de famille du Canada, *Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada : Concept du Medical Home - Document de travail,* 2009.

2 Reid, Coleman, Johnson, Fishman, Hsu et coll. *The Group Health Medical Home At Year Two: Cost Savings, Higher Patient Satisfaction, And Less Burnout For Providers,* 2010.

MODÈLES DE SOINS POUR LES SERVICES SPÉCIALISÉS DE SANTÉ MENTALE

En tenant compte des conditions et des ressources locales, il existe une multitude de façons d'organiser et d'offrir les services de santé mentale destinés aux aînés. Voici les conclusions que l'on peut tirer des données probantes destinées à appuyer la prise de décision et qui sont répertoriées dans un résumé des évaluations portant sur différents modèles de prestation des services de gérontopsychiatrie, produit pour le compte du Réseau des bases factuelles en santé de l'OMS[3]:

- Des données de grande qualité appuient l'efficacité des équipes communautaires pluridisciplinaires.
- Des données de qualité appuient les éléments suivants :
  - La gestion de cas dans les établissements communautaires
  - La collaboration entre les soins primaires et spécialisés pour traiter la dépression chez les aînés
  - Les équipes mobiles qui offrent des services dans les établissements de soins (résidences pour personnes âgées et centres de soins de longue durée).
  - Les services intégrés de santé mentale pour offrir un suivi après une hospitalisation afin de prévenir le délirium (résultats toutefois modestes).
- Des données limitées soutiennent les consultations pour le délirium dans les établissements de soins de longue durée ou les services médicaux (malgré des résultats modestes).
- Des données de moindre qualité mais toutes positives appuient l'efficacité des soins hospitaliers de courte durée.
- Des données de qualité inférieure soutiennent les hôpitaux de jour, les services généraux de santé mentale pour adultes, les services de santé mentale pour aînés ou une combinaison des services de santé mentale pour aînés et des services gériatriques.
- Il a été établi que l'intégration des soins hospitaliers de courte durée et des soins communautaires permet d'améliorer les résultats obtenus après le départ de l'hôpital.
- Les services de gérontopsychiatrie sont plus efficaces que les services médicaux gériatriques et les services de santé mentale pour adultes.
- Il faut mener des essais contrôlés pour déterminer l'efficacité d'autres formes de soins communautaires ou de soins hospitaliers de courte durée.
- Les résidences communautaires offrant des soins de longue durée semblent offrir de meilleurs soins que les hôpitaux.
- Il n'est pas possible de déterminer avec certitude si certains patients requièrent une hospitalisation de longue durée en gérontopsychiatrie car les données produites à cet égard sont de qualité inférieure et portent sur des patients moins dépendants.
- Aucun bienfait n'a été associé aux soins médicaux gériatriques offerts après un congé d'hôpital.

À l'instar de la position adoptée tant par l'Association mondiale de psychiatrie et l'OMS par rapport à l'organisation des soins en psychiatrie gériatrique, Draper et Low affirment que la prestation de services pluridisciplinaires, complets et intégrés dans une circonscription hospitalière donnée représente le modèle de prestation des services faisant l'objet du plus grand consensus. Ainsi formulent-ils les recommandations suivantes à partir des données probantes les plus solides : former des équipes communautaires multidisciplinaires (en santé mentale gériatrique) et créer des partenariats avec les consommateurs, les organisations non gouvernementales, les pourvoyeurs de soins primaires, les services sociaux, les pourvoyeurs de soins de longue durée et les autres services médicaux.

3 Draper & Low, *A tiered model of psychogeriatric service delivery: an evidence-based approach,* 2004, p 4-5.

Les chercheurs ont toutefois souligné que l'absence ou la quantité limitée de données ne démontre pas l'inefficacité d'un modèle donné, mais signifie simplement qu'il n'y a pas suffisamment d'études pour tirer des conclusions nettes. Les recherches axées sur l'évaluation des services cliniques et des modèles de soins adoptés dans les établissements canadiens pourraient donc contribuer de manière importante à la littérature internationale, tout en offrant les meilleures données disponibles aux planificateurs qui considèrent investir des sommes importantes dans les services de santé mentale destinés aux aînés.

MODÈLES DE SOINS COMMUNAUTAIRES INTÉGRÉS

Après avoir analysé la littérature américaine et canadienne portant sur le sujet, Hollander et ses collègues ont proposé en 2009 un modèle de soins intégrés pour les aînés. Les auteurs vantaient particulièrement les mérites du Programme pour l'autonomie des anciens combattants, administré par Anciens Combattants Canada, modèle de soins intégrés qui produit d'excellents résultats chez les aînés. Dans le cadre d'un autre projet, Hollander, Chappell, Prince et Shapiro examinaient des programmes intégrés du Québec, comme le Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) et le Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie (PRISMA). Voici les principales caractéristiques de ces modèles : des systèmes d'accès unique, une gestion de cas, une bonne coordination au sein des différents secteurs et entre ces derniers ainsi qu'une évaluation gériatrique personnalisée[4]. En intégrant les services de santé mentale et en tirant profit des données probantes et du succès obtenus par ces modèles, il pourrait être possible de concevoir un autre modèle de soins. La version électronique des présentes lignes directrices fournit des ressources supplémentaires à ce sujet.

MODÈLE PROPOSÉ POUR LA PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE AUX AÎNÉS DU CANADA

Pour maintenir en santé des aînés qui nécessitent des traitements et du soutien pour gérer leurs problèmes de santé mentale, il est essentiel de leur offrir un accès à un système de services sociaux et de santé qui est bien établi sur des principes fondamentaux et orienté vers le rétablissement. Ce système de services pour les aînés doit s'harmoniser au système global de santé mentale (lequel promeut la santé mentale, prévient les maladies mentales et s'intéresse aux déterminants de la santé mentale), lequel, à son tour, s'harmonise au système de soins de santé général. La responsabilité de mettre en place un système de services intégrés n'incombe pas uniquement aux pourvoyeurs de services. Les aînés, les aidants, les décideurs et les autres intervenants (comme les différents ordres de gouvernement, les organismes de bénévolat, etc.) doivent absolument prendre part à cette transformation pour faciliter la mise en place du système. De plus, le renforcement de facteurs favorables à un système de services de santé mentale permettra des économies et un accès opportun à ces services pour les aînés et leurs aidants.

4 Hollander, Chappell, Prince et Shaprio, *Providing care and support for an aging population: Briefing notes on key policy issues,* 2007.

Le modèle proposé ici s'appuie au départ sur le concept de continuum. Un continuum de soins est un système de soins intégrés qui suit les personnes dans le temps à travers une gamme complète de services sociaux, de santé et de santé mentale d'intensité variable. Il comprend à la fois des services et des mécanismes d'intégration. Son objectif est de répondre aux besoins des aînés et de leurs aidants en leur offrant des services intégrés adéquats, au bon endroit et au bon moment. Le modèle présenté ici se distingue toutefois du continuum par son format non linéaire. Sa forme circulaire permet ainsi de placer les aînés (ou les bénéficiaires de soins) et leurs réseaux de soins informels au centre du système. Ayant une visée holistique, ce modèle est davantage axé sur les fonctions essentielles et les résultats que sur les systèmes. Il permet aux patients et à leurs aidants de sortir du système et d'y rentrer à divers points du cercle, selon leurs besoins et les décisions éclairées qu'ils prennent.

Le modèle reflète la croyance qui veut que la promotion de la santé mentale devrait se retrouver dans tous les aspects du continuum et les services orientés vers le rétablissement.

Le modèle proposé intègre en effet une philosophie axée sur le rétablissement et le bien-être. Il contribue à déterminer les fonctions nécessaires au soutien de personnes ayant des maladies mentales, à la prévention de ces dernières et à la promotion d'une bonne santé mentale.

Tous les services devraient être guidés par les valeurs et les principes énoncés dans les présentes lignes directrices, lesquelles permettent une interprétation flexible des recommandations formulées pourvu que leur essence soit respectée. Le modèle prend également en considération le fait que les déterminants sociaux de la santé puissent avoir une incidence sur les besoins en matière de services et sur leur accessibilité. Il souligne également la nécessité d'éduquer et de soutenir l'ensemble des acteurs du continuum (les aînés, les familles, les aidants naturels ainsi que les pourvoyeurs de soins de santé et d'autres services).

Le modèle reconnaît les différences fondamentales qui existent entre les communautés canadiennes sur le plan des ressources et des services. Ainsi décrit-il un continuum de services requis par les aînés sans préciser la façon de les offrir ni les personnes qui doivent en être responsables. Les services énumérés dans le modèle circulaire ne sont pas associés à une étiquette à proprement parler (soins primaires, secondaires et tertiaires) mais leur position dans le cercle reflète cette catégorisation. Par exemple, les soins primaires englobent généralement les soins personnels et familiaux, les médecins de famille et les soins à domicile, des services regroupés dans le quart supérieur droit du modèle proposé. La sélection des types de services à inclure s'est inspirée du continuum de services créé en 2003 par le comité consultatif du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et des consultations que nous avons menées. La terminologie peut cependant varier d'une région à l'autre du pays.

Modèle de services intégrés en santé pour les aînés

VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS

D'ORDRE INDIVIDUEL

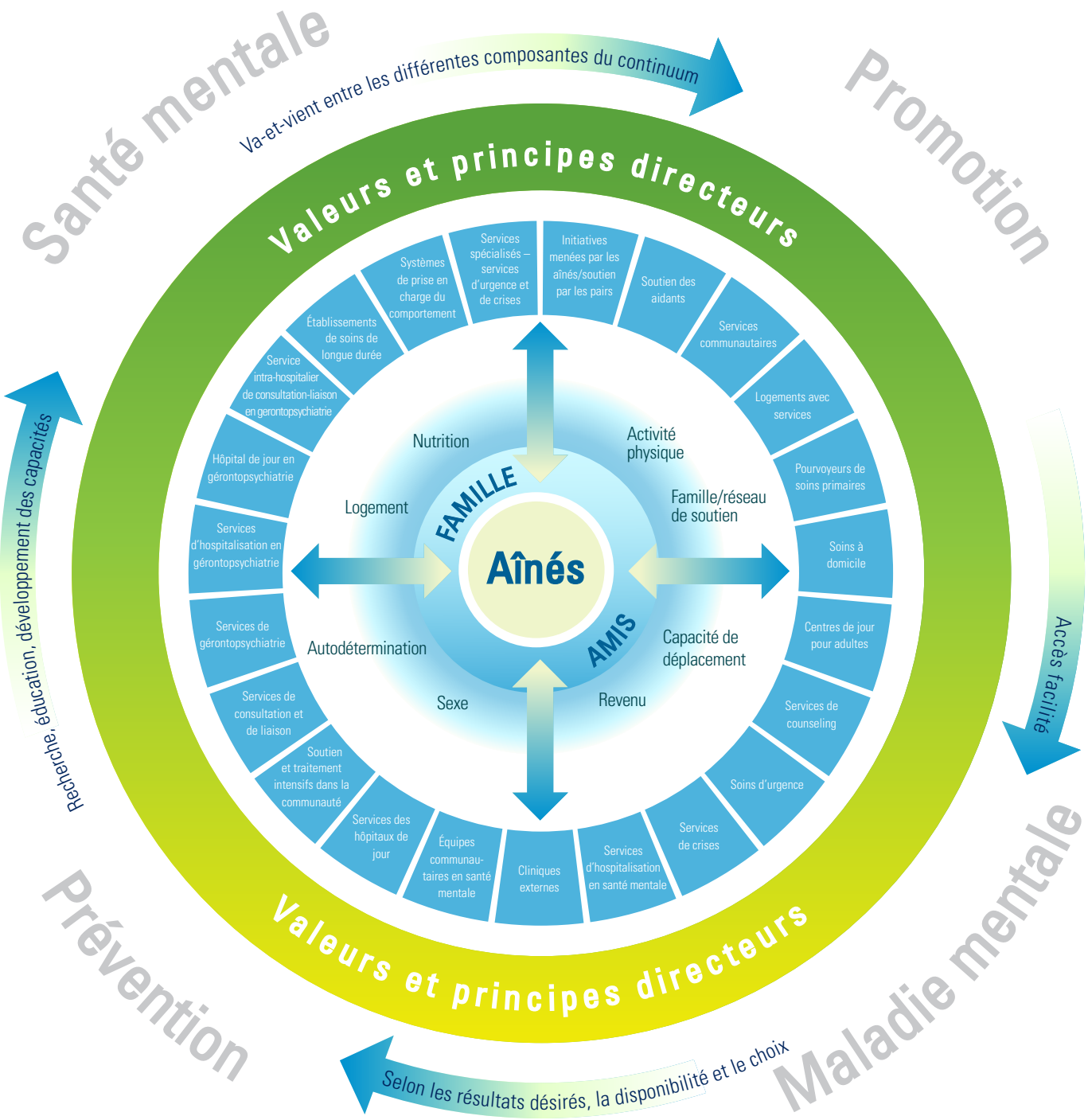
- Respect et dignité
- Autodétermination, autonomie et liberté de choix
- Participation, relations et intégration sociale
- Justice et équité
- Sécurité

D'ORDRE SYSTÉMIQUE

- Accessibilité
- Soins axés sur la personne et sur les relations interpersonnelles
- Traitement orienté vers le rétablissement
- Soutien pour la famille et les aidants
- Éducation et soutien pour les pourvoyeurs de services
- Diversité et sécurité culturelle
- Exhaustif
- Intégration, flexibilité et uniformité
- Promotion de la santé mentale
- Fondé sur des données probantes

FACTEURS DE RÉUSSITE D'UN SYSTÈME COMPLET

- Établissements d'enseignement
- Sécurité culturelle
- Diversité
- Reconnaissance du rôle des aidants dans la prestation des soins
- Soutien pour les pourvoyeurs de services
- Modèles de prestation des services
- Collaborations intersectorielles
- Outils technologiques
- Application des connaissances et des données probantes


Santé mentale
Promotion
Va-et-vient entre les différentes composantes du continuum
Valeurs et principes directeurs
Recherche, éducation, développement des capacités
Accès facilité
Prévention
Maladie mentale
Selon les résultats désirés, la disponibilité et le choix
Valeurs et principes directeurs
Aînés
FAMILLE
AMIS
Nutrition
Activité physique
Logement
Famille/réseau de soutien
Autodétermination
Capacité de déplacement
Sexe
Revenu
Systèmes de prise en charge du comportement
Services spécialisés – services d'urgence et de crises
Initiatives menées par les aînés/soutien par les pairs
Soutien des aidants
Services communautaires
Logements avec services
Pourvoyeurs de soins primaires
Soins à domicile
Centres de jour pour adultes
Services de counseling
Soins d'urgence
Services de crises
Services d'hospitalisation en santé mentale
Cliniques externes
Équipes communautaires en santé mentale
Services des hôpitaux de jour
Soutien et traitement intensifs dans la communauté
Services de consultation et de liaison
Services de gérontopsychiatrie
Services d'hospitalisation en gérontopsychiatrie
Hôpital de jour en gérontopsychiatrie
Service intra-hospitalier de consultation-liaison en gerontopsychiatrie
Établissements de soins de longue durée

PRINCIPALES COMPOSANTES D'UN SYSTÈME DE PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE INTÉGRÉS POUR LES AÎNÉS

La présente section décrit les services requis par adultes de 65 ans et plus qui ont une maladie mentale ou qui sont à risque d'en développer une. Bon nombre de ces services sont offerts par les services sociaux et de santé traditionnels. Toutefois, les aînés obtiennent également une bonne part de leurs soins et de leur soutien auprès de leur famille et d'aidants naturels. Les services dits « officiels » doivent donc soutenir ces aidants et les inclure aux processus décisionnels, tant à l'échelle individuelle que systémique. La connaissance des capacités et des ressources locales ainsi que des fonctions et des services manquants est cruciale pour établir des priorités et pour élaborer des politiques et des services destinés à y répondre.

Mais un système de soins ne repose pas uniquement sur les secteurs de services qui le composent. Des partenariats officiels doivent être mis en place au sein de ces secteurs et entre ces derniers, tout comme des mécanismes clairs pour leur donner accès aux programmes, aux services et aux compétences respectives de ces partenaires. Par exemple, les pourvoyeurs de services de première ligne s'occupent de la majorité des aînés qui vivent dans la collectivité avec un problème de santé mentale. C'est d'ailleurs auprès de ces pourvoyeurs ou de leur médecin de famille que les aînés entament généralement leur cheminement vers le rétablissement et le bien-être. Le personnel de première ligne doit donc avoir la capacité de détecter rapidement une maladie mentale associée au vieillissement, dont la démence. Mais il ne peut répondre seul à l'ensemble des problèmes de santé mentale qui affectent les aînés; il doit pouvoir compter sur des pourvoyeurs de soins du système de santé mentale et du système de santé général. Et pour accroître les capacités du système de soins primaires à prendre les aînés en charge et qu'il gagne de l'assurance à cet égard, il faut offrir des services d'éducation et de consultation avec des psychiatres et des cliniciens spécialisés en santé mentale.

Un faible pourcentage d'aînés a des problèmes tellement complexes et multiples qu'ils requièrent des services spécialisés en gérontopsychiatrie. Ces services spécialisés viennent soutenir les soins primaires, les services généraux de santé mentale et les services de gériatrie en offrant une évaluation et une période de traitement pour ces aînés. Utilisant des approches fondées sur la consultation et les soins en collaboration, les services spécialisés augmentent donc la capacité des services de santé mentale offerts dans différents établissements, dont les foyers pour personnes âgées qui comptent plusieurs résidents avec des problèmes de santé mentale complexes, ainsi que dans les régions rurales et éloignées à l'aide d'équipes mobiles souvent soutenues par la technologie vidéo.

Draper, Brodaty et Low[5] ont proposé un modèle à trois niveaux pour la prestation de services de gérontopsychiatrie en soulignant l'importance de mener des interventions préventives auprès de toutes les personnes âgées et de soutenir celles qui vivent avec un problème de santé mentale en les traitant et en les prenant en charge. Leur modèle suggère de planifier les soins en fonction de la sévérité et de la complexité des besoins, reconnaissant que seule une faible proportion des aînés ont des troubles mentaux tellement sévères et complexes qu'ils requièrent le niveau de soins le plus élevé. Même si leur modèle s'éloigne d'une structure hiérarchique de prestation des services, la gamme de services qui composent ce modèle s'étend des services de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies mentales pour la population générale à des services de gérontopsychiatrie, ce qui correspond au modèle intégré que nous proposons. Il faut toutefois souligner que des activités de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies devraient être prévues dans chacun des niveaux de services du système.

5 Draper, Brodaty et Low, *A tiered model of psychogeriatric service delivery: an evidence-based approach,* 2006.

Ci-après figure une brève description des composantes requises dans un système complet de santé mentale pour les aînés.

PROGRAMMES ET SERVICES COMMUNAUTAIRES

Ce type de service trouve une pertinence dans chacun des éléments d'un système complet de santé mentale (soins primaires, services généraux et spécialisés de santé mentale). Il importe donc de les adapter afin de soutenir les aînés dans leur cheminement vers le rétablissement ainsi que leurs pourvoyeurs de soins.

Initiatives façonnées par les aînés

Ces initiatives, lesquelles peuvent prendre la forme de programmes, de modèles ou de stratégies, visent la santé et le bien-être des aînés en augmentant leurs connaissances, leur compréhension et leur capacité à faire des choix de vie positifs et à se prendre en charge[6]. Les groupes d'entraide composés d'aînés ayant un vécu similaire (une perte de vision, un deuil ou un diagnostic récent de démence) comptent parmi les programmes communautaires les plus courants. Souvent associés à un organisme, ces groupes peuvent être menés par les participants eux-mêmes ou par une personne extérieure, âgée ou non. Ces groupes visent à favoriser la santé mentale de leurs membres en leur permettant de se confier, d'échanger sur des stratégies d'adaptation et de se soutenir émotionnellement les uns les autres. Les programmes de soutien par les pairs, quant à eux, réunissent des aînés qui connaissent des problèmes avec d'autres aînés ayant vécu des difficultés semblables (un cancer, un stade précoce de démence) ou qui peuvent offrir leur soutien. Ces programmes représentent des instruments importants, car ils permettent aux aînés de prendre en charge leurs propres problèmes de santé mentale[7]. Souvent, les pairs-conseillers et les groupes d'entraide consultent les services de gérontopsychiatrie afin d'être mieux informés sur des sujets tels les caractéristiques du vieillissement normal ou le deuil. Une telle éducation peut accroître leur capacité à détecter rapidement une maladie chez un congénère, comme la dépression, et à l'aiguiller vers une évaluation appropriée.

Soutien des aidants

Les aidants et les familles qui s'occupent d'une personne âgée malade risquent de développer eux-mêmes un problème de santé mentale. Il importe donc de les soutenir dans leur rôle de soignant en augmentant leur compréhension de la maladie mentale et leurs capacités à prendre soin d'un proche. Des services sont généralement accessibles par l'entremise du système de soins de santé de première ligne (p. ex. soutien et éducation de la Société d'Alzheimer) et, au besoin, des services plus spécialisés en santé mentale (consultation, counseling personnel, éducation, acquisition de compétences, etc.). Ils englobent les services d'éducation, de groupes de soutien ou de groupes psychoéducatifs ainsi que les soins de relève.

Ces derniers offrent aux aidants une pause de quelques heures ou de quelques jours, que ce soit en leur apportant une aide à domicile ou en plaçant momentanément la personne malade dans un établissement de soins de longue durée[8]. Ces services sont offerts par l'entremise de bénévo-

---

6 Comité consultatif du ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée, *Continuum of Health and Long-Term Care Services for Seniors with Mental Health Needs and their Carers/Caregivers,* 2003.

7 Kates et Mach, *Chronic disease management for depression in primary Care: A summary of the current literature and implications for practice,* 2007.

8 Comité consultatif du ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée, *Continuum of Health and Long-Term Care Services for Seniors with Mental Health Needs and their Carers/Caregivers,* 2003.

les, du système de soins primaires (pour les services à domicile notamment) et de services plus spécialisés (comme des établissements de soins de longue durée).

Il existe peu de programmes de soutien destinés aux aidants qui s'occupent d'aînés atteints de maladies mentales graves et persistantes ou de toxicomanies. D'autres recherches doivent être menées à ce sujet. Bien entendu, ces aidants peuvent obtenir des services d'éducation et de consultation auprès de cliniciens spécialisés dans la santé mentale des aînés et de pairs. Toutefois, les données démontrant la manière de les soutenir à long terme sont limitées. Pour l'instant, il faudrait à tout le moins encourager les cliniciens à questionner les aidants à propos de leurs besoins dans le cadre de la prestation des soins. De plus amples renseignements sur les aidants sont fournis à la Partie III.

Services de soutien dans la communauté

Ce type de service englobe notamment les programmes sociaux récréatifs, les visites à domicile, les services de transport, les services de repas (une popote roulante, des dîners – sorties) et les centres de jour pour aînés. En fait, la gamme des services offerts dans la collectivité est souvent déterminée par le contexte local et peut être adaptée en vue de répondre aux besoins des différents groupes en présence et d'exploiter leurs forces.

Certains aînés ayant des symptômes apparents de maladie mentale peuvent éprouver de la difficulté à y accéder en raison de la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale. L'éducation de la population peut contribuer à supprimer ces obstacles. Il faut également offrir au personnel qui travaille dans ces services des ressources et des occasions pour augmenter leur littératie en santé mentale afin d'aider a aiguiller les aines qui developpent des symptomes. À ce titre, une augmentation de la communication et de l'entraide entre les services communautaires et les soins de première ligne facilitera la transformation graduelle du système de santé mentale.

Logement avec services de soutien

De tels logements sont regroupés dans des établissements qui offrent un accès continu à des services de soutien afin d'instaurer pour les aînés un milieu de vie stable et favorable qui leur permet une autonomie maximale. En général les aînés qui y résident ont les capacités fonctionnelles pour mener les activités essentielles de la vie quotidienne mais ont besoin d'aide pour certaines activités instrumentales, comme la prise de médicaments ou la préparation des repas. Des services de soutien personnel et professionnel sont également fournis pour maintenir une personne le plus longtemps possible dans son environnement ou pour lui offrir une transition sans heurts vers un établissement de soins de longue durée .

Services cliniques

Les sections suivantes abordent de manière détaillée les différents services cliniques requis dans un système de services intégrés de santé mentale pour les aînés. Il importe de souligner que si les présentes lignes directrices portent essentiellement sur ce type de service, elles reconnaissent également que les aînés ont d'autres besoins qui dépassent le cadre clinique (financiers, juridiques et d'aide au domicile, notamment). Des outils permettant de répondre à ces derniers sont essentiels au rétablissement et au bien-être des aînés et pour l'instant souvent offerts par des organismes de bénévolat. Il faut maintenant créer des liens entre ces organismes et les services cliniques pour soutenir les aînés de manière uniforme et coordonner les services qui leur sont offerts. La présence d'intervenants pivots, une pratique prometteuse décrite à la Partie III, peut favoriser ces relations.

Soins primaires : Services de première ligne pour les aînés

La prestation de soins primaires aux aînés peut inclure la participation des médecins de famille, des infirmières praticiennes, spécialisées dans les soins à domicile ou de la santé publique, des ergothérapeutes, des pharmaciens, des travailleurs sociaux, des aides de maintien à domicile, des préposés aux services de soutien à la personne et des bénévoles de divers milieux. Parmi eux comptent les équipes de santé familiale, les centres de santé publique et communautaire, les services de soutien à domicile, les centres de jour pour aînés et les établissements de soins généraux de longue durée. Ces services constituent souvent le point d'entrée des aînés à l'univers des soins de santé mentale, que ce soit pour des services généraux ou spécialisés.

Pourvoyeurs de soins primaires

De manière générale, les personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale se tournent d'abord vers leur médecin de famille, lequel établit des liens avec les ressources nécessaires pour les traiter et pour soutenir les aidants familiaux.

Ainsi, les pourvoyeurs de soins de santé primaires, y compris les médecins de famille et les centres hospitaliers de soins primaires, préviennent, diagnostiquent et traitent les maladies mentales, souvent en collaboration avec des professionnels en cabinet privé, des cliniques de santé mentale, des groupes de soutien communautaire et des services de counseling. En régions éloignées, où il y a moins de services de santé mentale, il est particulièrement important d'offrir aux médecins de famille et aux équipes de santé familiale des programmes de formation sur la santé mentale des aînés afin qu'ils puissent offrir certains services spécifiques tels que la psychothérapie ou les groupes de soutien qui ne seraient autrement pas disponibles. Ces professionnels devraient également être dotés d'outils technologiques pour contrecarrer la distance et leur permettre de consulter et d'adopter une approche de soins partagés avec les équipes de services spécialisées pour les cas plus complexes.

Tous les pourvoyeurs de soins primaires doivent pouvoir détecter les symptômes associés aux différentes maladies mentales qui touchent les aînés, dont la démence, et soutenir ces derniers dans leur rétablissement dans les limites de leurs fonctions et en collaboration avec les services de santé mentale offerts localement.

Soins à domicile

Les soins à domicile sont offerts aux personnes qui vivent avec une maladie mentale ou qui sont à risque d'en développer une, dont la démence, dans leur lieu de résidence. Plus précisément, ils visent à aider le bénéficiaire dans l'exécution des activités de la vie quotidienne, tant essentielles (le bain, les transferts, etc.) qu'instrumentales (la cuisine, les courses, etc.). La préparation de repas adaptés aux aînés ayant des problèmes de vision et le fait d'encourager à manger ceux qui ont une démence facilitent grandement le maintien à domicile. L'évaluation périodique et la gestion des cas font partie de ces services. Les soins à domicile sont habituellement conçus pour les personnes ayant des problèmes physiques. Ces services peuvent cependant favoriser la santé mentale des bénéficiaires ainsi que leur rétablissement et leur bien-être. Ils servent aussi à faire la promotion de la santé mentale et offrent un répit aux proches aidants. Le personnel qui assure ces services contribue souvent à l'identification précoce des problèmes de santé mentale.

Dans la plupart des administrations, ces services peuvent également servir à superviser des personnes atteintes de démence qui ont de bonnes aptitudes physiques mais qui sont incapables de planifier et d'exécuter les diverses activités de la vie quotidienne. Le personnel soignant qui se

Le centre de jour est parfait. Sans lui, je survivrais pas et je devrais chercher une place dans un centre d'hébergement de longue durée. Grâce au centre de jour, j'ai le temps de sortir, de faire mes courses et d'entretenir la maison sans avoir à constamment le surveiller.

Aidant naturel

déplace à domicile est tout désigné pour aider les proches aidants et pour leur offrir un répit. Ils doivent donc être soutenus dans cette tâche, par l'intégration de cette fonction dans leur description de poste et l'accès à des informations qui leur permettent de bien remplir ce rôle. La mise en place d'un lien de confiance positif avec les aînés et leur famille est assurée par la continuité de la dotation du personnel et par la réduction du nombre de personnes différentes qui se rendent à domicile. Certaines administrations refusent toutefois d'offrir des services aux aînés jugés physiquement aptes, même si leurs problèmes de santé mentale les empêchent de se charger de leurs soins personnels ou de mener d'autres activités de la vie quotidienne. De plus, les aînés qui fument, qui consomment trop d'alcool ou qui ont des comportements dérangeants se voient souvent refuser l'accès à ces services compte tenu des risques qu'ils posent pour leur sécurité et pour celle des pourvoyeurs.

Pour faciliter la prestation de services complets à domicile, il importe d'établir des partenariats solides et permanents entre les organismes qui en sont responsables et les services spécialisés en santé mentale. Plusieurs stratégies peuvent également être implantées pour améliorer la capacité des services à domicile à desservir les aînés ayant des maladies mentales, dont les suivantes : former les intervenants afin qu'ils détectent rapidement un problème de santé mentale et qu'ils aiguillent la personne vers des services de diagnostic et de traitement appropriés; planifier les soins de manière concertée et mener des consultations de cas, surtout pour les situations délicates d'un point de vue éthique.

Centres de jour pour adultes

Les aînés ayant un problème de santé mentale peuvent obtenir des services des centres de jour pour adultes (qui peuvent consulter les équipes mobiles de gérontopsychiatrie) ou des centres de jour spécialisés en santé mentale. Les besoins locaux, les ressources disponibles et le profil démographique des clients détermineront la gamme des services à offrir. Bon nombre de collectivités considèrent ces centres comme une ressource communautaire additionnelle pour les services suivants :

- Activités d'éducation et de promotion en matière de santé, de vérification et rassurance téléphonique; programmes de nutrition et d'aide au bain, de défense des intérêts et de counseling, de soutien aux aidants (groupes de soutien, programmes d'information et d'éducation, etc.); ainsi qu'ateliers destinés à la prise de la pression artérielle ou aux soins podiatriques, etc.

Certaines collectivités de grande taille ont des centres de jour qui peuvent répondre aux besoins cognitifs, sociaux et physiques des aînés atteints de démence.

Services de counseling

Les services de counseling sont généralement offerts par un professionnel de la santé mentale autorisé (un psychologue, une infirmière spécialisée en santé mentale, un travailleur social ou un ergothérapeute, par exemple). Tous emploient des approches différentes et offrent des services uniques, dont une évaluation cognitive ou fonctionnelle détaillée; l'application de formes spécifiques de psychothérapie ou la formulation de conseils généraux. Offerts au public comme au privé, ces services peuvent s'adresser à des individus, des familles ou des groupes.

Soins d'urgence

Ces soins, offerts dans les salles d'urgence d'hôpitaux, ne devraient être utilisés que lorsqu'une aide psychiatrique immédiate est requise, comme dans le cas d'un aîné qui présente un risque

imminent de se suicider. En moyenne, la moitié des personnes qui se présentent à l'urgence sont des aînés[9]. Pour répondre au nombre élevé d'aînés ayant besoin d'une aide d'urgence, bon nombre d'hôpitaux ont créé, en collaboration avec les services de gériatrie, des postes d'infirmières spécialisées dans la gestion des urgences en gériatrie. Ces dernières reçoivent une formation spécifique pour évaluer et trier de manière appropriée les aînés qui se présentent à l'urgence. La plupart des programmes de formation en gestion des urgences en gériatrie comptent un volet sur les maladies mentales les plus communes chez les aînés ainsi que des renseignements sur les services de santé mentale susceptibles d'aider les patients. Certains programmes, à Ottawa notamment, se sont également associés de manière officielle à des programmes gérontopsychiatriques pour faciliter l'éducation et l'aiguillage.

SERVICES GÉNÉRAUX DE SANTÉ MENTALE

Les aines requerant des soins en sante mentale plus intensifs ou specifiques que ceux qui sont offerts offert par les ressources de soins primaires sont généralement aiguillés vers le système de santé mentale. Les pourvoyeurs de services généraux de santé mentale destinés aux adultes devraient avoir les connaissances et les capacités requises pour soigner les aînés, sauf les cas complexes qui nécessiteraient des soins plus spécialisés. Pour bon nombre d'aînés qui ont vieilli avec une maladie mentale grave apparue à l'âge adulte, le fait de continuer à recevoir des soins par l'entremise des services généraux de santé mentale est rassurant et permet une prise en charge continue de leur maladie. Certaines adaptations peuvent toutefois être nécessaires : faire des visites à domicile, s'assurer que le logement d'une personne à mobilité réduite et les bureaux où elle doit se rendre sont accessibles; modifier les renseignements ou les interventions selon les capacités visuelles ou auditives d'un aîné, etc. L'utilisation des services de gérontopsychiatrie pour fournir des services de consultation et d'éducation et ainsi augmenter la capacité des pourvoyeurs de services généraux de santé mentale permettra l'obtention d'un système de services de santé mentale mieux intégré et plus convivial pour les aînés.

En plus d'éprouver des besoins cliniques, certains aînés peuvent avoir des problèmes dûs aux effets cumulatifs d'une maladie mentale chronique (comme l'accès et le maintien d'un lieu de résidence stable, l'itinérance, des problèmes financiers et juridiques, des difficultés à maintenir un bon niveau d'activité, etc.) et être affecté par des pertes qui accompagnent souvent le vieillissement (p. ex. le deuil, une dégradation des capacités physiques, etc.). Pour favoriser le rétablissement de ces personnes, les services généraux de santé mentale doivent être prêts à aider ces aînés à gérer ces problèmes et, au besoin, faciliter le contact avec des services appropriés.

Services d'intervention de crise

Les services d'intervention de crise sont une composante essentielle d'un système de services de santé mentale intégrés, puisque les situations d'urgence requièrent un soutien accessible et coordonné ainsi qu'une offre continue de services. Ces services procèdent d'abord à l'analyse des besoins immédiats d'une personne et des risques qu'elle pose. Puis, ils déterminent les étapes subséquentes pour obtenir le soutien requis. Cela peut signifier de déterminer, en collaboration avec le patient et ses aidants, les services qui sont les plus appropriés et de les soutenir dans les mesures de suivi et d'aiguillage nécessaires[10]. Le taux de suicide étant très élevé chez les aînés, les

9 Regional Geriatric Programs of Ontario, *Geriatric Emergency Management: Providing Quality Geriatric Patient Care in the Emergency Department,* 2000.

10 Comité consultatif du ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée, *Continuum of Health and Long-Term Care Services for Seniors with Mental Health Needs and their Carers/Caregivers,* 2003.

pourvoyeurs de ce type de services doivent bien connaître les caractéristiques d'un vieillissement normal et les problèmes de santé mentale les plus fréquents chez les aînés. Ils doivent également pouvoir évaluer les risques de suicide et faire de la prévention à cet égard. De plus, on peut augmenter la convivialité de ces services en adaptant les informations fournies et les interventions en tenant compte des difficultés auditives ou visuelles, ainsi que des ralentissements cognitifs et problèmes de motricité qui sont fréquents chez les aînés.

La forte prévalence de comorbidités médicales et psychiatriques chez les aînés impose l'établissement de liens étroits avec les services d'évaluation médicale en cas de crise. Idéalement, le médecin de famille devrait prendre part à toutes les évaluations. Cela dit, tous les pourvoyeurs de services d'intervention de crise doivent savoir que les maladies mentales ont des manifestations cliniques différentes chez les personnes âgées. De plus, ils doivent pouvoir identifier les symptômes du délirium et autres problèmes médicaux qui peuvent entraîner une urgence psychiatrique chez les aînés et obtenir rapidement un examen médical approprié. Les services de crises peuvent éviter des hospitalisations qui ne sont pas absolument nécessaires. Toutefois, les collectivités doivent collaborer avec les hôpitaux afin de s'assurer que des services d'hospitalisation soient disponibles pour les aînés qui se présentent à l'urgence et qu'ils ne peuvent être traités de façon sécuritaire à moins qu'ils soient hospitalisés.

Services intrahospitaliers

Certains aînés doivent parfois être hospitalisés pour obtenir une évaluation détaillée, un bilan diagnostic ou une prise en charge de courte durée de leur traitement et de leur médication afin de diminuer les risques imminents qu'ils posent pour leur propre sécurité ou pour celle des autres[11]. Dans de tels cas, les services hospitaliers attentifs aux besoins des aînés doivent collaborer avec les partenaires communautaires pour planifier le congé de l'hôpital et coordonner les services qui assureront au patient un retour sans heurts à la maison (y compris un logement avec services de soutien ou un établissement de soins de longue durée).

Les services intrahospitaliers pour adultes conviennent à la majorité des aînés qui doivent être hospitalisés et les services gérontopsychiatriques devraient être réservés aux quelques aînés qui présentent des troubles mentaux particulièrement graves ou complexes[12]. Dans certains établissements canadiens (notamment en Colombie-Britannique, en Ontario et en Nouvelle-Écosse) des gérontopsychiatres offrent des services de consultation, à des fins de soutien ou d'éducation. Certains centres incluent directement un tel spécialiste dans leur équipe de soins et réservent des lits pour les aînés. L'intégration de gérontopsychiatres dans les services d'hospitalisation de courte durée, comme consultants ou comme membre de l'équipe traitante peut minimiser les besoins en ce qui a trait aux services intrahospitaliers gérontopsychiatriques et permettre aux aînés des régions éloignées d'être soignés plus près de leur domicile car les services spécialisés ne sont souvent offerts que dans les grands centres urbains ou dans les villes universitaires.

---

11 Comité consultatif du ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée, *Continuum of Health and Long-Term Care*

12 Brodaty et coll., *Behavioural and psychological symptoms of dementia: A seven-tiered model of service delivery,* 2006.

Services de consultation externe

De façon générale, les services de consultation externe offrent sur rendez-vous des services de soutien personnel, de consultation et de traitement pour les personnes qui vieillissent avec une maladie mentale persistante. Ces services conviennent également aux aînés ayant des troubles mentaux sans complications, mais une consultation gérontopsychiatrie peut être requise quand les problèmes cognitifs ou autres problèmes associés au vieillissement viennent se surajouter[13].

Équipes de santé mentale communautaires

Les équipes communautaires multidisciplinaires offrent une gamme de services de soutien, de traitement et de suivi aux membres de la collectivité, y compris les aînés. Les cliniciens qui forment ces équipes offrent une évaluation continue, des liens avec d'autres services, un soutien émotionnel et pratique ainsi que des services de counseling, de défense des intérêts et de surveillance. Ils contribuent également à la bonne coordination des services sociaux, de santé et de santé mentale.

Services hospitaliers de jour

Les hôpitaux de jour, même s'ils ciblent davantage les adultes que les aînés, offrent un soutien plus intensif que les services de consultations externes. Ils regroupent généralement des professionnels de plusieurs disciplines et fournissent du soutien individuel et du soutien de groupe.

De tels centres visent souvent à éviter des hospitalisations dans les services de psychiatrie ou à en réduire la durée. Il existe des centres de jour dédiés aux aînés, généralement dans les grands centres universitaires, mais la plupart offrent des services généraux. C'est pourquoi il leur faudrait collaborer avec des équipes de gérontopsychiatrie pour accroître leur capacité à soutenir tous les adultes, y compris des aînés, dans leur cheminement vers le rétablissement et le bien-être.

Services intensifs de soutien et de traitement dans la collectivité

Cette catégorie regroupe des services de traitement, de soutien et de suivi destinés aux membres de la collectivité qui ont des maladies mentales sévères et persistantes, y compris les aînés. Les cliniciens de ces équipes multidisciplinaires offrent une évaluation continue, des liens avec d'autres services, un soutien émotionnel et pratique ainsi que des services de counseling, de défense des intérêts et de surveillance. Ils facilitent et coordonnent l'accès aux services sociaux et aux services de santé dont la personne a besoin[14]. Pour répondre aux besoins des aînés ayant une maladie mentale grave ou persistante, ces équipes doivent collaborer avec les médecins offrant des soins primaires et recevoir une formation appropriée pour aider leurs clients à prendre en charge les problèmes médicaux qui touchent communément les aînés. Le ratio de clients par employé est beaucoup plus faible pour ce type de service intensif que pour d'autres services communautaires, puisqu'ils sont réservés aux personnes présentant les problèmes de santé mentale les plus complexes qui ne peuvent être pris en charge de manière sécuritaire par d'autres services moins intensifs.

---

13 *Ibid.*

14 *Comité consultatif du ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée, Continuum of Health and Long-Term Care Services for Seniors with Mental Health Needs and their Carers/Caregivers,* 2003.

Services de consultation et de liaison dans les hôpitaux, incluant ceux qui offrent des soins continus complexes

Des services de consultation psychiatrique et de liaison sont généralement disponibles dans les hôpitaux qui offrent des soins de courte durée pour les patients qui ont des problèmes concomitants de santé mentale venant compliquer leurs soins médicaux. La consultation est généralement menée dans le service où le patient est hospitalisé (par ex. orthopédie, cardiologie). Il arrive toutefois que des transferts vers l'unité de soins psychiatrique soient requis. Des équipes composées d'infirmières, de travailleurs sociaux et de médecins psychiatres peuvent être créées pour offrir ces services. Ces équipes participent à la formation continue du personnel pour renforcer leur capacité à détecter des maladies mentales et à prendre en charge certains comportements problématiques. Comme une proportion considérable de patients qui sont examinés par les services de consultation-liaison sont des personnes âgées, les cliniciens de ces équipes ont généralement reçu une formation spécifique en ce qui a trait aux problèmes associés au vieillissement ou ils ont accès à des gérontopsychiatres.

SERVICES DE GÉRONTOPSYCHIATRIE[15]

Les services de gérontopsychiatrie peuvent être définis comme une ressource spécialisée qui offre des soins partagés ou en collaboration pour soutenir les partenaires communautaires, l'apprentissage et le développement ainsi que l'amélioration des services. De manière générale, de 12 à 15 % des aînés ayant reçu un diagnostic de maladie mentale, soit environ 3 % du groupe des aînés, ont besoin de services de gérontopsychiatrie. Étant donné que ces services spécialisés ne voient qu'un faible pourcentage de la population âgée, une part importante de leurs fonctions consiste à développer les capacités des professionnels de première ligne et des services de santé mentale afin qu'ils puissent répondre aux besoins en santé mentale des aînés. En effet, les équipes de soins primaires doivent continuer leur prise en charge des soins et les services de première ligne doivent continuer à offrir des services de soutien aux aînés. Il importe également de maintenir de bons services de consultation et de liaison entre les pourvoyeurs de services spécialisés et généraux afin de pouvoir intégrer les pratiques exemplaires dans les soins quotidiens et de participer à la transformation du système pour les personnes âgées ayant des troubles complexes. Les services de gérontopsychiatrie peuvent appuyer ces efforts grâce à des soins partagés, des activités de consultation, de collaboration et de formation continue, facilitant l'application des nouvelles connaissances qui deviennent disponibles grâce à la recherche.

Les services de gérontopsychiatrie doivent également offrir un soutien direct et des services cliniques au petit groupe d'aînés ayant des troubles de santé mentale graves et complexes et à leurs familles ainsi qu'aux pourvoyeurs de services communautaires et aux établissements de soins de longue durée.

Services communautaires et équipes mobiles de gérontopsychiatrie

Partageant certaines des caractéristiques des équipes mobiles de gériatrie, ces équipes sont spécifiquement formées pour traiter les enjeux associés à la santé mentale dûs aînés. Elles visent à renforcer la capacité de l'ensemble du système de services pour que les aînés reçoivent des soins de santé mentale appropriés, particulièrement dans les régions rurales et éloignées, lesquelles

15 Cette section s'appuie sur des consultations menées auprès de partenaires canaidiens et sur les documents suivants : Lamperson, *Elderly service benchmarks for the province of British Columbia,* 1994; Ministère de la Santé de la Colombie Britannique, *Guidelines for Elderly Mental Health Care Planning for Best Practices for Health Authorities,* 2002; Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, *Continuum of Health and Long-Term Care Services for Seniors with Mental Health Needs and their Carers/Caregivers,* 2003.

reposent essentiellement sur le système de soins primaires. Pour ce faire, elles offrent des services de consultation, d'éducation et de soutien aux organismes communautaires, aux médecins de famille, aux établissements de soins de longue durée, aux services généraux de santé mentale (y compris leurs équipes communautaires) et aux membres des familles, le tout de manière collaborative et dans une perspective de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies mentales.

En plus de leur rôle de consultation, ces équipes assument, à l'aide d'un modèle de soins partagés, une fonction importante de traitement et de suivi auprès des personnes ayant des maladies mentales graves, complexes ou persistantes qui, autrement, nécessiteraient sans doute des soins hospitaliers. Bien que les traitements offerts soient généralement d'une durée limitée (quelques mois en moyenne), le ressourcement de ces équipes doit prendre en considération cette fonction importante. D'après un document publié en 2006[16] par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, ces services constituent une composante essentielle du système de santé mentale spécialisé pour les aînés. Ces équipes mobiles font des visites à domicile (y compris les établissements de soins de longue durée et les foyers ou résidences pour personnes âgées) afin de pouvoir évaluer la personne référée dans son milieu social et obtenir des renseignements auprès des employés et des aidants qui la côtoient régulièrement pour en prendre soin.

Ces services aident également les pourvoyeurs de soins primaires à concevoir des plans de soins ou de traitement et, grâce à de la formation et de l'éducation, à accroître leur capacité à fournir un traitement et un soutien appropriés. Ils contribuent également à renforcer la capacité du système de santé en général afin qu'il offre des soins adaptés aux besoins des aînés.

Voici les fonctions attribuées à ce type de services telles qu'elles sont décrites dans les documents de planification de l'Ontario et de la Colombie-Britannique :

- Évaluation (y compris la collecte de renseignements additionnels)
- Recommandations et formulation d'un plan de soins
- Prestation de soins directs (traitement, gestion de cas, suivi)
- Prestation de soins indirects (consultation auprès d'autres pourvoyeurs)
- Évaluation de la capacité décisionnelle, financière ou autre, particulièrement dans les situations à risque élevé.
- Consultation relative à la conception de programmes ou à l'adoption d'approches environnementales pour faciliter les soins
- Éducation et formation pour les pourvoyeurs de services, les familles et d'autres aidants naturels
- Recherche et évaluation

16 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, *Specialized Geriatric Mental Health Outreach Teams Program Policy and Accountability Framework*, 2006.

Les équipes qui offrent de tels services requièrent l'expertise des personnes suivantes :

- Des médecins, préférablement des gérontopsychiatres formés pour soigner les aînés[17]
- Des infirmières et des infirmières spécialisées en psychiatrie
- Des travailleurs sociaux
- Des spécialistes en réadaptation (ergothérapeutes, physiothérapeutes)
- Des psychologues
- Des employés de soutien administratif (secrétaires, réceptionnistes, etc.)

Dans les collectivités dotées de ressources adéquates, ces équipes peuvent regrouper des représentants de chacun des groupes mentionnés précédemment. Dans les collectivités plus petites ou éloignées par contre, ces équipes peuvent compter seulement deux de ces professionnels (par exemple un médecin et une infirmière), lesquels collaborent étroitement avec les services de gérontopsychiatrie de la région à l'aide d'outils technologiques (comme la télésanté).

À l'occasion, ces équipes auront besoin de consulter d'autres professionnels dont des pharmaciens, des neurologues, des gériatres ou des diététiciens Ces équipes devraient également avoir accès à des avocats, des consultants spécialisés dans les questions éthiques et aux employés du Bureau du tuteur et curateur public, au besoin.

Il importe de souligner que le médecin de famille d'un aîné et tous les professionnels de la santé qu'il consulte doivent continuer leur prise en charge. De plus, les questions entourant la gestion de cas (c'est-à-dire celles qui concernent la responsabilité et l'imputabilité) devraient être clairement résolues et connues de l'ensemble des professionnels qui traitent une personne.

Services indirects

Les équipes mobiles de gérontopsychiatrie sont bien placées pour défendre les besoins des usagers et de leurs aidants et peuvent améliorer le système de soins communautaires par l'établissement de liens avec d'autres services de tous les secteurs. De plus, leur expertise en matière d'application des connaissances, de soins partagés et de pratique collaborative est essentielle au renforcement des capacités d'un système intégré de santé mentale.

- Voici des moyens d'améliorer les ressources communautaires :
- Établir et maintenir des collaborations avec l'usager, sa famille et ses pourvoyeurs de soins.
- Avoir recours à de nouvelles technologies (téléconférence, vidéoconférence) pour atteindre le plus de gens possible.
- Promouvoir des pratiques fondées sur les données probantes et les données de recherche.
- Participer conjointement aux activités de développement de programmes et de perfectionnement professionnel.
- Planifier de manière concertée pour améliorer les services, promouvoir une meilleure coordination et collaboration ainsi que faciliter l'évaluation des services et programmes.

17 Les normes ontariennes en matière de services psychogériatriques exigent que ces équipes comptent un psychiatre. En Colombie Britannique, ces équipes doivent comprendre, à défaut d'avoir un psychiatre, un médecin ayant un intérêt en psychogériatrie ou ayant reçu une formation supplémentaire.

Services directs

Une évaluation complète, interdisciplinaire et multidimensionnelle fournit la base d'un plan de soins. En effet, elle permet de déterminer le traitement et le soutien qui conviennent au patient grâce à un examen des facteurs physiques, psychologiques, émotionnels et sociaux qui concourent à ses problèmes de santé, tout en ciblant les capacités fonctionnelles, les facteurs environnementaux et les ressources qui contribuent à le maintenir en santé. L'évaluation aborde également la nécessité de soutenir les aidants et les autres cliniciens du réseau de soins d'une personne.

De préférence élaboré avec le patient et ses aidants, un tel plan doit décrire les besoins de la personne en matière de soins et de soutien, ainsi que justifier les recommandations en ce qui a trait au traitement. Des buts et des objectifs précis doivent y être définis, d'après les choix éclairés de la personne ou de ses aidants, On doit aussi clairement identifier les responsables de l'application et de la surveillance du plan de soins. Des stratégies de soutien en cas de crise devraient également être prévues. Enfin, il est essentiel d'informer régulièrement les services primaires et autres de l'état de la personne afin de bien coordonner ses soins.

Dans certaines administrations, les équipes mobiles de gérontopsychiatrie peuvent également être appelées à offrir un soutien et une période de traitement plus intensif dans la communauté pour les aînés ayant des maladies mentales graves et persistantes ou pour ceux qui transfèrent d'un hôpital psychiatrique provincial vers un établissement de soins plus près de leur famille. Les populations desservies par ces programmes s'apparentent parfois à celles qui sont desservies par les équipes de gestion intensive dans le milieu. Elles sont toutefois plus complexes en raison de leurs problèmes de santé souvent multiples. On doit noter que l'intensité de ces services exige des niveaux de dotation en personnel bien supérieurs aux cibles fixées pour les équipes communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie.

Plusieurs équipes mobiles n'ont pas les ressources humaines nécessaires pour assumer l'ensemble des rôles et des services décrits précédemment. Toutefois, il est possible de concevoir des modèles de prestation des services dotés de soins plus directs ou plus indirects selon les ressources et les besoins d'une collectivité donnée, en prenant bien soin de coordonner les programmes qui desservent les aînés et éviter les chevauchement de services. La capacité communautaire locale servira à déterminer le modèle le plus approprié tout en s'assurant que l'ensemble des ressources communautaires locales remplissent les fonctions qui sont jugées essentielles.

Services intrahospitaliers de gérontopsychiatrie

Ces services sont également considérés comme une composante essentielle d'un système de santé mentale intégré pour les aînés. Le nombre de places requises pour les hospitalisations à moyen terme dans ce type de service est relativement petit (voir la section sur les cibles). Toutefois, ces places sont essentielles au fonctionnement général du système. Sans elles, une pression incroyable s'exercerait sur le système de première ligne ainsi que des services généraux de santé mentale et des patients pourraient se retrouver dans des services d'hospitalisation plus coûteux qui ne répondent pas nécessairement à leurs besoins (par exemple, dans un lit d'un autre niveau de soins dans un centre de soins de courte durée).

Ces services s'adressent à des personnes dont les comportements ou les troubles complexes dépassent la capacité des services généraux de santé mentale et exigent donc des programmes et des professionnels hautement spécialisés. Les patients y sont aiguillés par un autre service

d'hospitalisation d'un centre de soin de courte durée ou par une équipe communautaire ou mobile de gérontopsychiatrie.

Les patients peuvent être admis pour une hospitalisation à moyen terme (c'est-à-dire moins de 90 jours) ou à long terme. Les patients admis pour une hospitalisation à moyen terme ont des besoins complexes et peuvent nécessiter des traitements hautement spécialisés comme la sismothérapie. La plupart sont capables de retourner à leur domicile (ou leur centre d'hébergement) après le traitement[18]. Comme il a été mentionné précédemment, ces lits constituent une ressource essentielle pour les équipes communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie qui desservent les centres de soins de longue durée et les personnes de la collectivité qui ont les problèmes les plus complexes. Ces dernières peuvent y recevoir un traitement efficace pour leurs maladies psychiatriques et une stabilisation des problèmes comportementaux, ce qui leur permet en retour d'être maintenus à domicile plutôt que d'être dirigés vers un établissement de soins de longue durée. Au Canada, ces soins sont offerts dans les établissements qui comptent une équipe de gérontopsychiatrie et qui réservent des lits pour l'hospitalisation d'aînés ayant des problèmes de santé mentale, que ce soit dans un service d'hospitalisation de gériatrie ou un établissement de soins de santé pour aînés (comme le Baycrest, à Toronto), un service d'hospitalisation de psychiatrie générale (comme le Sunnybrook, à Toronto, ou le Mount St Joseph à Vancouver) ou une unité d'hospitalisation de psychiatrie gériatrique dans un centre de santé mentale (comme le Centre de santé mentale Royal Ottawa).

Les hospitalisations à long terme, qui peuvent durer de six mois à plus d'un an, servent à traiter l'ensemble des maladies mentales. De manière générale, les personnes qui occupent ces lits réservés à la réadaptation cumulent plusieurs maladies mentales ainsi que des troubles physiques qui n'ont pas répondu adéquatement au traitement lors d'hospitalisation à moyen terme. Ces lits, généralement situés dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux, constituent une ressource provinciale ou régionale.

Hôpitaux de jour de gérontopsychiatrie

Bien qu'ils ne se retrouvent que dans les grandes villes universitaires, les hôpitaux de jour de gérontopsychiatrie peuvent offrir une solution de rechange utile pour ceux qui auraient autrement besoin d'une hospitalisation ou contribuer à maximiser l'efficacité des services intrahospitaliers de gérontopsychiatrie en aidant les personnes ayant récemment quitté l'hôpital à poursuivre leur cheminement vers un rétablissement complet. Plus précisément, ces centres permettent un accès à des services de réadaptation ambulatoires lorsque les services communautaires ou de consultations externes n'ont pas le complément de professionnels nécessaire pour une réadaptation efficace. Cela permet également à un nombre plus grand d'aînés d'avoir accès aux services d'hospitalisation spécialisés, généralement très limités, en réduisant la durée moyenne de séjour dans cette unité tout en offrant la possibilité à chaque patient de se rétablir pleinement[19] Ainsi les centres hospitaliers qui offrent des soins intrahospitaliers de gérontopsychiatrie et qui sont situés dans les grands centres urbains devraient considérer le développement d'un service d'hôpital de jour afin d'augmenter l'accès aux services. Dans certains centres, il serait également possible d'ajouter une programmation en santé mentale au sein d'un hôpital de jour de gériatrie.

---

18 Tourigny-Rivard et Potoczny, *Acute Care Inpatient and Day Hospital Treatment*, 1996.

19 Tourigny-Rivard et Potoczny, *Acute Care Inpatient and Day Hospital Treatment*, 1996.

Services intrahospitaliers de consultation et de liaison en gérontopsychiatrie

Dans les hôpitaux, l'équipe responsable des services de consultation et de liaison en psychiatrie peut soit inclure un gérontopsychiatre ou obtenir une consultation auprès de l'équipe de gérontopsychiatrie pour certains aînés ayant des besoins plus complexes. Compte tenu du nombre limité de gérontopsychiatres au Canada, ces consultations spécialisées ne sont disponibles que pour une très petite minorité d'aînés qui sont évalués d'abord par les services de consultation-liaison en psychiatrie.

Les services de consultation et de liaison en gérontopsychiatrie peuvent être offerts de manière indirecte, c'est-à-dire à des fins d'éducation ou de développement des capacités du personnel dans le dépistage de maladies mentales dont les symptômes peuvent se manifester différemment chez les aînés ainsi que dans l'évaluation et la gestion des comportements à problèmes.

Établissements de soins de longue durée

Les établissements de soins de longue durée, aussi appelés « centres d'hébergement de soins de longue durée », fournissent un accès continu à du soutien et à des soins infirmiers professionnels. Ils visent à offrir un milieu stable et favorable afin de maximiser l'autonomie des aînés[20]. La plupart de ces établissements sont orientés vers les aînés et vers leurs besoins physiques; ils n'ont pas été conçus pour soutenir ceux qui ont une maladie mentale ou qui manifestent des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Pourtant, au Canada, la majorité des résidents de ces établissements souffrent, en plus de leurs problèmes médicaux, d'un trouble psychiatrique, un trouble cognitif ou, le plus souvent, d'une combinaison des deux. Avec la réduction du nombre de lits disponibles pour les soins psychiatriques dans les hôpitaux et avec la fermeture complète d'hôpitaux psychiatriques dans certaines administrations, les établissements de soins de longue durée sont devenus, de facto, des établissements de soins de santé mentale de longue durée. Des services de gérontopsychiatrie doivent donc y être offerts et des mesures de soutien doivent être mises en place pour les employés de ces centres qui n'ont souvent pas été formés pour soigner la maladie mentale. Ces équipes peuvent effectivement diminuer le taux d'hospitalisation psychiatrique des résidents de soins de longue durée en plus de faciliter la provision de soins exemplaires pour les milliers de canadiens qui demeurent dans ces centres. Une étude canadienne a démontré qu'une équipe composée d'un gérontopsychiatre et d'une infirmière diminue le taux d'admission de 3 à 1 admission par 100 lits de soins de longue durée par année, , ce qui représente une baisse considérable[21].

Certains de ces établissements se sont dotés d'une unité de traitement et de stabilisation à long terme ou d'unités spéciales conçues pour gérer des comportements agressifs ou problématiques manifestés par des aînés atteints de maladie mentale. Cette innovation est susceptible d'aider des personnes qui auraient autrement dû être admises dans un hôpital psychiatrique provincial. Avec l'augmentation considérable de la population âgée vivant avec une maladie mentale au cours des 25 prochaines années, le besoin pour ce type de services continuera de croître. Dans un système idéal de soins, l'accès à de telles unités de soutien comportemental serait offert dans au moins un établissement de soins de longue durée d'une région donnée, c'est-à-dire dans la collectivité du

---

20 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, *Geriatric outreach liaison services to long term care homes: A cost effective service that reduces inpatient admissions,* 2003.

21 Wiens et coll. *Geriatric outreach liaison services to long term care homes: A cost effective service that reduces inpatient admissions,* 2009.

patient ou dans une ville voisine, permettant ainsi à sa famille et à ses amis de participer adéquatement à leurs soins.

Conçues comme des services de transition, ces unités gardent les résidents tant et aussi longtemps qu'ils font des progrès dans l'atteinte de leurs objectifs comportementaux[22]. La durée des séjours est donc flexible. Les unités de gestion du comportement offrent des occasions d'améliorer la sécurité des résidents et du personnel des centres de soins de longue durée et d'éviter des visites à l'urgence.

Systèmes de prise en charge du comportement

Ces systèmes sont des réseaux intégrés de personnes et de programmes, présents dans l'ensemble du continuum de soins et qui offrent des services de qualité aux gens qui ont des comportements associés à des problèmes de santé mentale, à la démence ou à d'autres conditions neurologiques[23]. L'organisme CDRAKE (Canadian Dementia Resource and Knowledge Exchange, groupe d'échange de connaissances et de ressources sur les démences au Canada) mène actuellement une initiative nationale afin de déterminer les principes directeurs et les composantes qui sous-tendent un tel système. Ce dernier devrait être intégré au système de santé mentale pour les aînés afin qu'ils collaborent à soutenir ceux d'entre eux qui ont des déficiences cognitives et des symptômes comportementaux.

Services de soutien spécialisés pour les crises et les situations d'urgence

Le rôle des équipes de gérontopsychiatrie n'est pas d'intervenir directement dans les situations de crise, mais plutôt de soutenir et d'établir des liens avec les services d'intervention de crise en santé mentale afin d'être réceptifs aux demandes de consultation et d'éducation émises par ces équipes qui relèvent des départements de psychiatrie générale. .

- Chaque composante d'un système de services de santé mentale doit prévoir des activités de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies mentales.
- Toutes les composantes d'un système de services de santé mentale intégrés doivent collaborer les unes avec les autres afin d'aider les aînés à se rétablir et de soutenir les aidants.
- Des mécanismes clairs doivent être instaurés entre les composantes d'un système de santé mentale afin qu'elles puissent accéder aux programmes, aux services ou aux compétences des autres.
- Les services à la collectivité, les services de première ligne pour aînés, les services généraux de santé mentale et les services spécialisés de gérontopsychiatrie sont des composantes essentielles d'un système de services de santé mentale intégrés pour les aînés.
- Les pourvoyeurs de services doivent avoir les compétences nécessaires pour détecter rapidement une maladie mentale, dont la démence, pour la traiter ou aiguiller le patient vers les services appropriés.

Les services de gérontopsychiatrie devraient à tout le moins être dotés d'une équipe communautaire et mobile, être outillés pour soutenir les établissements de soins de longue durée et être munis d'un service d'hospitalisation de moyenne ou de longue durée.

22 Coordinated System of Care for Seniors with Behavioural Issues Workgroup, (Southwestern Ontario), *Building a Better System: Caring for Older Individuals with Aggressive Behaviours in Long-Term Care Homes,* 2007.

23 http://dementiaknowledgebroker.ca/

Les services de gérontopsychiatrie devraient également avoir les ressources nécessaires pour soutenir efficacement une vaste gamme de services de santé mentale pour adultes par l'entremise de services de consultation et d'éducation. Le fait d'offrir des soins directs dans la collectivité (c'est-à-dire de prendre la responsabilité de fournir des soins psychiatriques continus) exige des ressources supplémentaires importantes bien au delà de celles qui sont suggérées ci-après pour les équipes communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie. Les grands centres régionaux ou provinciaux devraient envisager la mise en place d'un hôpital de jour de gérontopsychiatrie pour offrir un service de réadaptation ambulatoire comme solution de rechange à la réadaptation en milieu hospitalier.

JALONS DE DOTATION EN PERSONNEL ET CIBLES POUR LES SERVICES DE GÉRONTOPSYCHIATRIE

Voici la définition des cibles relatives aux services de santé mentale destinés aux aînés d'après Lamperson : « [traduction] Lignes directrices à adapter aux besoins locaux pour une capacité optimale et pour une bonne planification »[24]. La Mental Health Commission de la Nouvelle-Zélande abonde dans ce sens en les définissant comme des lignes directrices relatives aux ressources requises par les services spécialisés en santé mentale[25]. Plus généralement, en santé mentale, l'établissement de repères pour les leaders du domaine promeut des pratiques exemplaires et une amélioration continue des services[26].

Les jalons présentés ici s'appuient sur un examen des cibles proposées par certaines administrations publiques étrangères et canadiennes qui financent des services spécialisés de santé mentale pour les personnes de 65 ans et plus[27].

Nos recherches ont trouvé es 5 documents de planification qui incluent de tels jalons pour les services de gérontopsychiatrie: ceux des Nouvelles-Galles du Sud en Australie, la Nouvelle-Zélande, la Colombie-Britannique et deux venant de l'Ontario. Les cibles recommandées en Ontario ne touchaient que les équipes communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie, sans référence à un continuum de soins. Le rapport complet, lequel résume le contexte des services de l'ensemble de ces administrations ainsi que leurs jalons, est offert sur le site de la Commission de la santé mentale du Canada (www. lignesdirectrices-csmc.ca), tout comme les documents qui s'y rattachent. Les paragraphes suivants proposent une analyse des conclusions tirées de ces documents de planifications, suivie des jalons ou cibles proposés pour le Canada.

Tel qu'il est mentionné dans le document de Finlayson et Durbin, on estime que la proportion de personnes qui auraient besoin de services spécialisés de gérontopsychiatrie se situe entre 1,9 à 2,5 % de la population âgée, sauf pour les documents de la Colombie-Britannique qui estime un taux de 5 %. Les cibles établies portent essentiellement sur les services communautaires et les services d'hospitalisation. La Nouvelle-Zélande offre toutefois des jalons pour les centres de jour alors que l'Australie présente des cibles pour des lits réservés en établissements de soins de longue durée pour ceux qui ont besoin de traitement et stabilisation pour des problèmes de comportement sévères et persistant.

24 Lamperson, *Elderly service benchmarks for the province of British Columbia,* 1994.

25 Mental Health Commission de la Nouvelle-Zélande, *Blueprint for mental health services in New Zealand: How things need to be,* 1998.

26 Bayney, *Benchmarking in mental health: An introduction for psychiatrists,* 2005.

27 Finlayson & Durbin, *Selected Jurisdictional Review of Capacity Benchmarks for Specialist Mental Health Services for Seniors,* 2010.

Services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie

La Nouvelle-Zélande et les Nouvelles-Galles du Sud ont toutes deux établi que les équipes communautaires de gérontopsychiatrie devaient compter de dix à douze professionnels de la santé en équivalent temps plein (ETP) par tranche de 10 000 aînés, ce qui est supérieur aux recommandations de la Colombie Britannique et de l'Ontario (5 et 5,5 ETP respectivement)[28]. Il importe toutefois de souligner que la Nouvelle-Zélande inclut clairement à ces services une fonction de soutien et de traitement communautaires intensifs, laquelle pourrait en partie être assumée au Canada par les équipes de gestion intensive dans le milieu qui admettent l'ensemble des adultes, y compris des aînés dans une proportion égale à celle des 65 ans et plus par rapport au reste de la population. Au Canada, cette fonction n'est pas inscrite dans la description de travail des équipes communautaires de gérontopsychiatrie et les recommandations émises en Ontario pour leur dotation en personnel ne prévoyaient pas qu'elles offrent des services de gestion intensive dans le milieu pour les aînés qui sortent des hôpitaux psychiatriques provinciaux. Certaines régions tentent toutefois de mettre en place ce type de services. Par exemple, le Southlake Regional Health Centre a notamment formé une équipe de suivi gérontopsychiatrique intensif afin d'atteindre les objectifs suivants[29]:

- Réduire ou éliminer les symptômes invalidants des maladies mentales ou prévenir la récurrence des épisodes de certaines maladies.
- Répondre aux besoins fondamentaux des usagers et améliorer leur qualité de vie.
- Réduire le fardeau associé à la prestation des soins qui pèse sur la famille.
- Diminuer le nombre de visites à l'hôpital, de visites à l'urgence et de recours aux services de crises.
- Améliorer les capacités fonctionnelles dans les activités sociales destinées aux aînés.

Desservant la région ontarienne de York, laquelle combine des milieux ruraux et urbains, la circonscription du Southlake Regional Health Centre compte environ 34 000 aînés (les limites floues des circonscriptions hospitalières empêchant un décompte précis[30]) et leur équipe comprend 7,2 professionnels de la santé ETP (dont 0,2 médecin) et 2,0 ETP pour la gestion et le soutien administratif. Cette équipe fournit des services à 52 patients, chaque ETP traitant un groupe relativement petit de patients (moins de 10), compte tenu de l'intensité des services requis[31].

En comparaison, chaque professionnel de la santé à temps plein d'une équipe communautaire et mobile de gérontopsychiatrie offre généralement des services à 40 ou 45 personnes à la fois et peut en évaluer plus de cent par années. Ces services sont moins intensifs et souvent limités dans le temps. De plus, ils ont recours à une approche fondée sur des soins partagés avec les services de soins primaires et les ressources communautaires en place.

Il importe de souligner que la Nouvelle-Zélande et les Nouvelles-Galles du Sud attribuent respectivement 1,1 ETP et 5 ETP par tranche de 10 000 aînés pour les établissements de soins de longue durée, reconnaissant ainsi qu'il s'agit là d'un rôle important des services communautaires de gérontopsychiatrie[32]. Un document stratégique de l'Ontario portant sur les équipes de gérontop-

28 *Ibid.*

29 http://www.southlakeregional.org/mentalhealth.adult.html

30 Réseau local d'intégration des services de santé du Centre, *Health Service Needs Assessment and Gap Analysis*, 2008.

31 Paul Cappuccio, propos personnels, avril 2011.

32 Finlayson et Durbin, *Selected Jurisdictional Review of Capacity Benchmarks for Specialist Mental Health Services for Seniors*, 2010.

sychiatrie mentionne également cette fonction importante, sans toutefois l'associer à des jalons précis. Cependant, d'après l'expérience acquise par la région de Champlain, de 25 à 40 % des résidents d'établissements de soins de longue durée auraient besoin des services de l'équipe de gérontopsychiatrie à chaque année. On a démontré que ces services, offerts par l'entremise de visites régulières (au moins tous les mois), diminue le nombre de visites à l'hôpital[33]. Ce constat reflète le fait que ces établissements sont devenus, dans ces deux pays et dans plusieurs provinces canadiennes, les nouveaux centres de santé mentale pour les gens qui ont des troubles mentaux et comportementaux persistants.

Services intrahospitaliers de gérontopsychiatrie

Les jalons pour les services d'hospitalisation devraient couvrir les services d'admission de courte durée (pour prendre en charge une crise ou clarifier un diagnostic), ceux de moyenne durée (pour traiter des maladies graves et atteindre un bon niveau de rétablissement) et ceux de longue durée (pour la réadaptation de personnes ayant des maladies mentales graves et persistantes). Ainsi le système de soins de santé peut offrir une durée optimale d'admission quand celle-ci est nécessaire. Les Nouvelles-Galles du Sud fixent à moins d'un mois la durée moyenne des hospitalisations de courte durée et pour soins aigus et suggèrent de réserver 2,6 lits par tranche de 10 000 aînés alors que la Nouvelle-Zélande, où la durée de ces soins est limitée dans le temps mais non définie, recommande d'en réserver 4,5. Ni l'une ni l'autre ne fournit d'indication précise pour les patients qui ne se rétablissent pas suffisamment dans le délai accordé pour retourner à leur demeure. . La Colombie-Britannique suggère de quatre à six lits pour les évaluations et les traitements de courte durée (ici définie entre quatre et six semaines), mais reconnaît la nécessité de réserver des lits de soins tertiaires (à plus long terme)[34]. Les recommandations formulées en Nouvelles-Galles du Sud et en Nouvelle-Zélande sont toutefois plus récentes que celles de la Colombie-Britannique. De plus, en Australie, il est possible de recevoir un traitement de longue durée dans les établissements résidentiels de soins.

En ce qui concerne les services d'hospitalisation à moyen terme, nous avons observé qu'un certain nombre de centres canadiens offrent ce type de services spécialisés (ou tertiaires) (pour une période de six à douze semaines) depuis plusieurs années déjà (dont Sunnybrook, Baycrest, Hôpital Royal Ottawa, Mount St Joseph à Vancouver). D'après l'expérience acquise dans la région de Champlain (aux limites bien définies), le fait de réserver trois ou quatre lits pour des séjours à moyen terme par tranche de 10 000 aînés permet d'offrir un bon accès à ces soins spécialisés et de diminuer considérablement les admissions à long terme à l'hôpital psychiatrique provincial qui dessert la région[35]. Cette ressource permet également de soutenir les équipes communautaires mobiles de gérontopsychiatrie, les établissements de soins de longue durée et les services généraux de santé mentale pour adultes (voir la section consacrée aux services spécialisés). Cette cible est conforme à celle de la Colombie-Britannique, qui recommande de réserver trois lits de soins tertiaires (pour une période de quatre à six mois) par tranche de 10 000 aînés[36]. Cette cible présume toutefois qu'un vaste éventail de services de gérontopsychiatrie est offert et bien coordonné, y compris des options pour les personnes requérant des services spécialisés à plus long terme.

---

33 Wiens et coll. *Geriatric outreach liaison services to long term care homes: A cost effective service that reduces inpatient admissions,* 2009.

34 Finlayson et Durbin, *op. cit.*

35 Tourigny-Rivard, propos personnels.

36 Lamperson, *Elderly service benchmarks for the province of British Columbia,* 1994.

Pour les soins de réadaptation ou les soins à long terme en centre hospitalier, la littérature actuelle ne fournit pas de jalons ni de cibles claires. Au Canada, ce type de soins est généralement offert par les hôpitaux psychiatriques provinciaux, lesquels sont souvent situés loin du lieu de résidence du patient et, par conséquent, de sa famille. Si les experts s'accordent pour dire que ce type de soins est nécessaire, ils s'entendent également sur la nécessité d'explorer d'autres solutions, comme la création d'unités de prise en charge des comportements dans les établissements de soins de longue durée, pour les rapprocher de leur famille et de leur collectivité. Par conséquent, il pourrait être utile d'adopter l'objectif australien en matière de lits dans les établissements de soins de longue durée mentionné ci-après.

Places offertes dans les établissements de soins de longue durée pour les aînés ayant des maladies persistantes et des problèmes de comportements.

D'après notre compréhension des choses, le concept de lits réservés dans les établissements de soins de longue durée des Nouvelles-Galles du Sud, mis en place lors de la fermeture des hôpitaux qui offraient des soins psychiatriques à long terme, s'apparente à la notion canadienne d'unité de prise en charge du comportement. La recommandation australienne de 5,1 lits par tranche de 10 000 aînés pourrait donc être utilisée par les administrations mettant actuellement en place de telles unités dans le cadre de leur système de prise en charge du comportement. En Colombie-Britannnique, le jalon suggéré était de dix lits par tranche de 10 000 aînés.

Centres de jour de gérontopsychiatrie

Un document néo-zélandais proposant des jalons pour les centres de jour décrit ces derniers comme des services de traitement et de soutien offerts durant le jour à des aînés ayant des maladies mentales invalidantes et chroniques. Ces services sont offerts hors du domicile de la personne, souvent dans un hôpital ou un établissement communautaire. La Nouvelle-Zélande suggère de réserver quatre places par tranche de 100 000 habitants, ou 3,8 lits pour 10 000 aînés.

Il est toutefois difficile de déterminer si ces services incluent ce qui est considéré au Canada comme le programme « A day away » ou les hôpitaux de jour de gérontopsychiatrie, lesquels offrent des traitements plus intensifs afin de prévenir une hospitalisation ou, si elle est inévitable, d'en réduire la durée. Dans la région ontarienne de Champlain, les 45 places de l'hôpital de jour de gérontopsychiatrie desservent les 108 000 personnes âgées de la population urbaine d'Ottawa, soit un ratio de 4,1 places par tranche de 10 000 aînés.

Jalons en matière de ressources humaines professionnelles

Les jalons relatifs à la composition des équipes communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie recommandent qu'il y ait un médecin en ETP par tranche de 10 000 aînés et 5 professionnels de la santé sans spécifier la discipline spécifique de ces professionnels. La plupart des équipes canadiennes comptent majoritairement des infirmières.

De même, il n'y a pas encore de jalons clairement définis pour les ressources humaines nécessaires à la prestation des services intrahospitaliers en gérontopsychiatrie. Toutefois, le site Web de la Commission de la santé mentale du Canada offrira sous peu des exemples de services canadiens a (comme les services d'hospitalisation à moyen terme, les hôpitaux de jour) et donnera une description plus détaillée de leurs caractéristiques opérationnelles, incluant leur dotation en personnel et la clientèle qu'ils desservent.

Jalons suggérés pour le Canada

Service	Recommandation par tranche de 10 000 aînés	Notes/Description
Équipes communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie*	5,5 professionnels de la santé en ETP	Assument les fonctions décrites dans un document stratégique de 2004 du ministère ontarien de la Santé, y compris les services de consultation et de liaison aux établissements de soins de longue durée, les soins partagés avec les médecins de famille et dans les établissements communautaires et des activités pour l'amélioration des capacités du système de santé. Ces équipes peuvent uniquement offrir des services de soins directs pour un temps limité.
Services de traitement et de soutien communautaires intensifs	5,25 professionnels de la santé en ETP	Équipe gérontopsychiatrique de suivi dans le milieu pour les transitions (tel qu'il en existe en Ontario) ou de suivi intensif dans le milieu pour les aînés ayant des maladies mentales graves et persistantes.
Places dans les services intrahospitaliers de psychiatrie à court terme	3 lits	Généralement incluses dans un service d'hospitalisation de courte durée en psychiatrie générale, lequel est idéalement jumelé à un gérontopsychiatre pour des services de consultation et de liaison. Durée moyenne du séjour : un mois.
Places dans les services intrahospitaliers de gérontopsychiatrie (séjour de durée moyenne) à des fins d'évaluation et de traitement*	3,3 lits	Lits pour les aînés ayant besoin d'un traitement intensif et de l'expertise d'une équipe de gérontopsychiatrie intra-hospitalière. Durée moyenne du séjour : moins de 90 jours.
Places dans les établissements de soins de longue durée (autres que les centres hospitaliers) pour stabiliser certaines maladies chroniques.	7,5 lits	Places réservées dans une unité spéciale d'un établissement de soins de longue durée pour le traitement et la stabilisation à long terme de patients ayant des symptômes comportementaux et psychologiques graves et persistants associés à la démence.
Places dans les hôpitaux à des fins de réadaptation à plus long terme	**	Exemple : lit de soins chroniques et de réadaptation dans un hôpital psychiatrique (ou dans un établissement offrant des services de soutien) pour les personnes ayant des troubles psychotiques graves et persistants.

* Service principal

** Les premières recommandations de la Colombie-Britannique suggéraient de réserver trois lits par tranche de 10 000 aînés; ce ratio pourrait toutefois être réduit à un lit par 10 000 personnes âgées si, comme il a été mentionné précédemment, des établissements de soins de longue durée réservent des places à cette fin.

APPLIQUER LES JALONS ET LES CIBLES

Différents secteurs fournissent d'autres services qui viennent compléter et appuyer les services spécialisés offerts aux aînés, particulièrement les services de gériatrie et les services généraux de santé mentale. L'établissement des jalons n'a toutefois pas nécessairement tenu compte de ces derniers ni des services qui assument des fonctions similaires à celles des services spécialisés mais qui sont financés ou administrés dans un cadre extérieur à celui de la santé mentale. Il importe donc de prendre en considération les ressources qui existent à l'échelle locale au moment d'évaluer l'applicabilité des jalons à des secteurs de services donnés et à des groupes d'aînés précis. De plus, il faut tenir compte des lignes directrices sur les ressources et des circonstances locales qui peuvent perturber l'applicabilité d'un jalon donné, y compris la géographie (les milieux urbain et rural), la composition culturelle de la population ainsi que les changements démographiques en cours (p. ex. une hausse de la population, surtout chez les 85 ans et plus, lesquels ont généralement des besoins supérieurs à ceux des 65 à 75 ans en matière de santé mentale). Il faut de plus considérer les priorités locales déjà établies ainsi que l'organisation et le financement des services qui sont déjà en place afin de déterminer le meilleur mode d'application des jalons ainsi que leur incidence potentielle sur la distribution des services et l'équité en matière d'accès.

Un sondage a récemment été mené auprès des planificateurs canadiens à propos de la faisabilité et de la pertinence, pour leur région, des jalons proposés en matière de services. D'après les répondants, les objectifs fixés sont raisonnables, même s'ils n'ont pas encore été atteints. Certains ont indiqué que des jalons inférieurs pourraient être envisagés en ce qui concerne les lits réservés pour les soins intrahospitaliers de gérontopsychiatrie à long terme ou dans les unités de prise en charge du comportement d'établissements de soins de longue durée si les services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie sont dotés des ressources suffisantes pour offrir un soutien adéquat aux établissements de soins de longue durée et si il y a un bon accès aux services intrahospitaliers de gérontopsychiatrie. D'après les répondants, aucune des régions administratives de santé canadiennes n'offre actuellement la gamme complète des services suggérée et aucune n'a atteint les jalons proposés. La plupart en offrent toutefois les principaux éléments, lesquels peuvent être renforcés et complétés de manière graduelle et progressive.

- Au moment d'allouer les ressources, consulter les jalons décrits dans les présentes lignes directrices à propos des services de gérontopsychiatrie, tout en tenant compte de la taille de la population (nombre de personnes de 65 ans et plus), de la gamme des services déjà offerts, des lacunes et des goulots d'étranglement ainsi que des priorités de la collectivité.
- Utiliser les jalons de dotation en personnel des présentes lignes directrices pour évaluer le niveau de dotation relatif actuel pour les services spécialisés et pour l'attribution future de ressources.

PARTIE III : Autres facteurs de réussite d'un système de prestation de services complets de santé mentale

ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT

» Analyser régulièrement les ressources ainsi que le contenu des cours des établissements d'enseignement collégial et universitaire afin de s'assurer que les besoins des aînés en matière de santé mentale soient abordés de manière adéquate autant dans les programmes d'éducation pour les futurs professionnels de la santé que dans les programmes de formation continue.

L'éducation est un instrument clé dans l'élaboration des composantes d'un système complet de santé mentale. Grâce au contenu des cours offerts aux futurs professionnels de la santé ainsi qu'à l'expérience clinique supervisée qu'ils offrent dans les centres hospitaliers universitaires, les établissements d'enseignement jouent un rôle important dans le renforcement des capacités de tous les secteurs de services. Les universités offrent également aux professionnels de la santé qui sont déjà sur le marché du travail des activités de formation continue et d'échange de connaissances provenant des activités de recherche, ce qui leur permet d'améliorer les soins qu'ils prodiguent aux aînés canadiens. Les établissements d'enseignement ont la responsabilité de s'assurer que les professionnels de la santé qu'ils forment pour le marché du travail comprennent bien les enjeux de santé mentale qui touchent les aînés puisque la majorité d'entre eux seront appelés à soigner des personnes âgées à un moment ou un autre de leur carrière. Pour satisfaire cette responsabilité, les établissements d'enseignement doivent prendre l'initiative de recruter et de retenir des experts de diverses disciplines spécialisés dans la santé mentale des aînés. D'autre part, les établissements d'enseignement doivent considérer les exigences en matière de ressources humaines pour les services de santé (voir le tableau précédent) et tenter d'y répondre par leurs programmes de formation. Enfin, pour que les professionnels travaillant dans les collectivités rurales et éloignées puissent avoir accès à ces activités de formation continue, les outils technologiques sont de plus en plus utilisés, dont la télésanté, instrument conçu pour les consultations cliniques et qui fournit également des occasions d'apprentissage fondées sur l'étude de cas pour les professionnels de la santé.

SÉCURITÉ CULTURELLE

Le concept de sécurité culturelle est apparu dans les années 1980 chez les Maoris de la Nouvelle-Zélande. Cette notion peut contribuer à la conception de politiques, à la planification des services et à la pratique destinées à des populations variées et marginalisées. La sécurité culturelle a été adoptée au Canada, particulièrement en ce qui concerne la santé des Autochtones. Voici la définition que donne l'Organisation nationale de la santé des Autochtones (ONSA) de cette notion :

> La sécurité culturelle dans un contexte indigène exige une communication efficace et compétente par les éducateurs/praticiens, professionnels, autochtones ou non autochtones, avec le patient dans le contexte social, politique, linguistique, économique et spirituel propre au patient. (...) La sécurité culturelle exige de la part des professionnels de la santé le respect de la nationalité, de la culture, de l'âge, du sexe, des convictions politiques, religieuses et de l'orientation sexuelle. (...) La sécurité culturelle implique un échange réciproque en vertu duquel le prestateur des soins investit ses propres valeurs culturelles et attitudes dans la qualité de la relation[1].

Pour mettre sur pied un système de santé mentale sûr et compétent sur le plan culturel, le groupe Alianait Inuit-specific Mental Wellness Task[2] suggère d'engager les aînés des collectivités des Premières nations, d'Inuits et de Métis afin qu'ils transmettent leur savoir sur les méthodes traditionnelles de soins et qu'ils participent à la planification ainsi qu'à la prestation des services de santé mentale. L'université d'Alberta et la Alberta Health and Wellness[3] associent plusieurs bienfaits à l'instauration d'un système de santé mentale sûr et compétent sur le plan culturel : une utilisation accrue des services de santé mentale par les Autochtones, une plus grande sensibilisation à la maladie mentale et une réduction de la stigmatisation qui lui est associée ainsi qu'une plus grande compréhension des enjeux culturels et de santé propres aux Autochtones chez les pourvoyeurs de services en santé mentale.

Le concept de sécurité culturelle de l'ONSA peut sans conteste être appliqué à d'autres populations que les groupes autochtones et indigènes. En fait, la définition qu'elle adopte de la notion est suffisamment vaste pour pouvoir être appliquée à tout le monde. D'ailleurs, le concept cadre bien avec le principe des soins axés sur la personne sur lequel reposent les présentes lignes directrices.

---

1 ONSA, Compétence et sécurité culturelles : *Guide à l'usage des administrateurs, fournisseurs et éducateurs en santé,* 2008, p. 4.

2 Alianait Inuit-specific Mental Wellness Task, *Alianait Inuit Mental Wellness Action Plan,* 2007.

3 Université d'Alberta et le Alberta Health and Wellness, *First nations in Alberta: A focus on health service use,* 2004.

Le fait d'intégrer la sécurité culturelle dans la pratique, les politiques et la conception du système constitue un engagement en soi. Pour le respecter, il importe de détenir des compétences diverses et de mener une sensibilisation sur tous les fronts. Les recommandations suivantes ont été formulées pour faciliter l'intégration de la sécurité culturelle au système de santé mentale :

» Recruter des travailleurs de la santé mentale issus de milieux ethnoculturels différents et former les pourvoyeurs de services de manière à ce que la sensibilité et la réaction à la diversité des besoins deviennent une habitude[1].

» Inciter les organismes d'agrément et les organisations professionnelles à explicitement adopter des normes obligeant des pratiques culturellement sécuritaires et compétentes[2].

» Intégrer de manière active et significative les aînés issus de divers groupes de la population dans l'élaboration, la mise en place, l'évaluation et la révision des politiques[3].

» Inciter les pourvoyeurs de services à recevoir la formation requise pour devenir plus compétents sur le plan culturel lorsqu'ils offrent des services aux aînés des Premières nations, des Inuits et des Métis du Canada[4].

1 Sadavoy, Meier et Ong, Barriers to access to mental health services for ethnic seniors: The Toronto study, 2004; Commission de la santé mentale du Canada, Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada site de la CSMC, 2009.

2 Ibid.

3 Seniors Psychosocial Interest Group, Literature scan related to Psychosocial Approaches to Mental Health Challenges of Late Life, 2004.

4 Alberta, Advancing the mental health agenda: A provincial mental health plan for Alberta, 2004.

Il importe de souligner que la sécurité culturelle, souvent considérée comme une cible mouvante, est un processus. Il n'existe pas de formule miraculeuse pour mettre en place des normes et des processus qui soient culturellement sûrs étant donné que ce qui est considéré comme tel peut varier d'une personne à l'autre en ce qui concerne les soins de santé mentale. Ainsi, pour transformer le système de santé mentale et le rendre sûr sur le plan culturel pour l'ensemble des aînés, il importe de mener des activités de réflexion, de sensibilisation et d'éducation.

DIVERSITÉ

Les aînés canadiens forment une population hétérogène. Chacun des groupes qui la composent (par exemple, Premières nations, les retraités et ceux encore sur le marché du travail, gais/lesbiennes/bisexuels/transgenres (GLBT)) a des besoins, des forces, des contextes et des aspirations différents. En outre, chaque province accueille des immigrants, des réfugiés et divers groupes ethnoculturels marginalisés en raison de la race, et parmi lesquels on retrouve une diversité intrinsèque liée à l'âge, l'orientation sexuelle et au genre[4]. D'autre part, les variations et les différences qui existent sur le plan de l'éducation, de la littératie, des compétences linguistiques, de la santé et du revenu peuvent augmenter les risques de marginalisation. Voici ce que mentionne l'Agence de la santé publique à ce sujet :

> Certaines personnes et certains groupes peuvent faire face à des risques additionnels pour leur santé à cause d'un milieu socio-économique déterminé dans une large mesure par des valeurs culturelles dominantes contribuant à perpétuer certaines conditions comme la marginalisation, la stigmatisation, la perte ou la dévaluation de la langue et de la culture et le manque d'accès à des soins et services de santé adaptés à la culture du patient[5].

Bien que de 30 % à 60 % des personnes ayant une déficience intellectuelle modérée ou grave ont aussi un trouble mental, l'établissement d'un diagnostic et d'un traitement précis demeure difficile compte tenu du chevauchement de symptômes dû à des comorbidités, aux problèmes de communication et de la rareté de l'expertise tant en déficience intellectuelle qu'en gérontopsychiatrie[6]. Un rapport du Conseil consultatif sur le troisième âge, publié en 2004, relève un certain nombre de facteurs qui contribuent à la marginalisation des aînés ayant des déficiences intellectuelles, dont les suivants :

> La perception et la réalité de leurs « différences » les amènent souvent à vivre à l'écart de la société. Par conséquent, ils risquent de ne pas recevoir l'information destinée à prévenir la maladie. Ce problème est aussi aggravé par la rareté des spécialistes qui connaissent bien la problématique du vieillissement et des handicaps de développement, ainsi que par les difficultés de communication. Ces facteurs peuvent contribuer à l'apparition de conditions qui auraient pu être évitées ou traitées si elles avaient été diagnostiquées. L'accès aux soins appropriés et aux services de santé physique ou mentale en est aussi affecté. Par ailleurs, les soutiens social et financier sont essentiels au bien-être des aînés ayant un handicap[7].

Il serait important de mener des études pour repérer des inégalités vécues par certains groupes (p. ex. des personnes ayant des troubles du développement, des personnes itinérantes, etc.) ou des enjeux particuliers auxquels ils sont confrontés qui peuvent augmenter leur vulnérabilité et leur marginalisation ainsi que leur risque de développer une maladie mentale. De telles études sont nécessaires afin de s'assurer que les renseignements, l'éducation, les interventions, les services, les programmes et les politiques soient adaptés selon les caractéristiques et les besoins de chaque groupe.

D'autre part, les aidants du groupe des GLBT font face à des difficultés qui façonnent leur expérience de soins et influencent leur utilisation des services. Plus précisément, ces personnes

---

4 Groupe de travail sur la diversité de la Commission de la santé mentale du Canada, *Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés - Enjeux et options pour l'amélioration des services,* 2009.

5 ASPC, *Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas?,* révisée en 2003, paragraphe 30.

6 Dual Diagnosis Task Force of the Public Policy Committee, *Dual Diagnosis: People with Developmental Disabilities and Mental Illness - Falling Through the Cracks,* 1998.

7 Conseil consultatif sur le troisième âge, *Aînés en marge : vieillir avec une déficience intellectuelle,* 2004.

peuvent éprouver de la difficulté à accéder à des services compte tenu de la discrimination qu'elles vivent en raison de leur orientation sexuelle. De plus, les aînés de ce groupe sont souvent perçus comme sans famille ou sans soutien familial, même si la littérature semble indiquer le contraire. Par conséquent, une intervention à caractère religieux ou faisant appel à la famille peut être troublée si le pourvoyeur qui la prodigue entretient des croyances ou des stéréotypes à propos de ces personnes et de ce qu'il considère comme des soins « appropriés ». Selon Coon, certains aidants du groupe des GLBT hésitent à participer à des groupes de soutien qui exigeraient d'eux qu'ils révèlent leur orientation sexuelle[8]. En outre, les aînés de ce groupe peuvent éprouver plus de difficultés que les plus jeunes à dévoiler leur orientation.

La prise en compte de la diversité multidimensionnelle du Canada représente un défi constant pour les pourvoyeurs de soins de santé mentale. Le rapport De l'ombre à la lumière, lequel met l'accent sur la diversité du groupe des aînés[9], affirme que le système de santé mentale du Canada n'a pas réussi à comprendre la diversité et les particularités des besoins des aînés, causant ainsi des obstacles à l'accessibilité des services.

- Les obstacles reliés à la diversité et qui nuisent à l'accès au système de santé mentale incluent une compréhension limitée du système actuel et une capacité restreinte à négocier avec ce dernier.
- Les services qui combinent des soins ethnoculturels, gériatriques et psychiatriques ne sont pas suffisants.
- Les services d'interprétation sont inadéquats ou il n'y a pas suffisamment de documents et de services offerts dans les différentes langues parlées au pays.
- Certains aînés sont réticents à reconnaître les problèmes de santé mentale par crainte d'être stigmatisés[10].

L'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés offre un cadre pour définir la diversité des groupes d'aînés en présence ainsi que pour considérer leurs besoins.

» Utiliser l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés pour déterminer si une politique ou un programme destiné aux aînés peut créer des inégalités ou des répercussions négatives chez certaines personnes âgées compte tenu de leur appartenance à un groupe marginalisé.

Pour rejoindre les aînés de cultures différentes, il importe donc de porter attention à la question culturelle au moment de rédiger les

8 Coon, *Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) issues and family Caregiving,* 2004.

9 Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *De l'ombre à la lumière,* 2006.

10 Sadavoy, Meier et Ong, *Barriers to access to mental health services for ethnic seniors: The Toronto study, 2004; Association canadienne pour la santé mentale (Ontario), Mental Health and Addictions Issues for Older Adults: Opening the Doors to a Strategic Framework,* 2010.

documents ou de concevoir et d'offrir les services[11]. D'après une intervention prometteuse destinée aux aidantes d'origine chinoise, il est possible d'adapter les interventions selon les croyances ethnoculturelles liées à la démence. Gallagher, Thompson et Coon ont ainsi mis sur pied un programme de soutien psychoéducationnel pour la prise en charge du comportement à domicile à partir des principes théoriques de la thérapie cognitivo-comportementale[12]. Des groupes de discussion ont été tenus avant d'implanter le programme et il a été décidé de modifier l'approche originale. Ainsi, le lieu de prestation du programme s'est déplacé d'un établissement de soins vers le domicile; les documents ont été vulgarisés (en reformulant, par exemple, l'expression « entraînement à l'assertivité » par la phrase « s'exercer à communiquer efficacement avec les intervenants des services de soutien ») et certains enjeux liés au contenu ont été abordés (comme la honte perçue par rapport au fait de demander l'aide de ses enfants d'âge adulte). L'intervention a obtenu chez les aidants des résultats intéressants sur les symptômes de dépression et sur le stress occasionné par la relation d'aide.

L'orientation des valeurs en ce qui concerne la santé et la maladie en général et, plus spécifiquement, la santé mentale, varie d'une culture à une autre. De même, les attentes relatives aux rôles et aux responsabilités des aidants familiaux (comme dans la piété filiale) peuvent influencer la façon dont les aînés de divers groupes ethnoculturels et leur famille obtiennent de l'aide pour traiter des problèmes de comportement ou de santé mentale. Le système de santé mentale doit donc compter des soins appropriés sur le plan culturel ainsi que des pourvoyeurs de soins compétents en la matière pour combler les besoins en matière de santé mentale d'aînés de cultures différentes.

La notion de diversité compte de nombreuses facettes et la démonstration exhaustive de son importance dépasse le cadre des présentes lignes directrices. La version électronique fournit toutefois des analyses plus poussées de ce thème.

LES AIDANTS : DES PARTENAIRES DE SOINS ESSENTIELS

Un système complet et intégré de santé mentale pour les aînés doit absolument comprendre un volet axé sur le soutien des proches aidants. Ces derniers fournissent plus de 80 % des soins prodigués aux aînés et permettent une économie de plus de cinq milliards de

11 Sadavoy et coll., *Barriers to access to mental health services for ethnic seniors: The Toronto study,* 2004.

12 Gallagher, Thompson et Coon, *Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adult,* 2007.

dollars au système de soins de santé par année[13]. La nécessité d'offrir des soins aux familles croîtra au même rythme que le nombre d'aînés, lesquels représenteront près de 27 % de la population en 2050[14].

- Les politiques et les programmes doivent reconnaître les aidants et les considérer comme des partenaires dans la prestation des soins aux aînés.
- Les aidants et la famille des aînés ayant des problèmes de santé mentale et des maladies doivent prendre part à l'élaboration des politiques et des services.

De nombreux aidants jugent important de soigner un proche et tirent des bienfaits d'une telle expérience. Les problèmes surviennent lorsque les demandes émotionnelles et physiques ainsi que le temps requis par cette relation d'aide dépassent leurs capacités, ce qui peut mener à leur épuisement et au placement de leur bénéficiaire en établissement de soins de longue durée. En effet, les aidants naturels ne sont pas adéquatement soutenus par les services sociaux et de santé ou par les politiques publiques. En fait, la plupart des politiques publiques qui touchent directement ou indirectement les aidants (services de santé, travail, etc.) ont été conçues sans considération pour leurs besoins; elles peuvent donc avoir des répercussions négatives involontaires sur les aidants et compromettre leur capacité à fournir des soins.

- S'assurer que l'organisation et la prestation des services soient flexibles. Les services doivent être personnalisés, être réceptifs aux préoccupations et aux besoins des aidants et disponibles au moment requis.
- Mettre en place des mécanismes pour faciliter des communications efficaces entre les services et les professionnels concernés.
- Réduire le nombre de pourvoyeurs de services qui se rendent au domicile d'une personne donnée pour favoriser la création d'une relation de confiance.
- Offrir de manière adéquate, opportune et flexible des renseignements, de l'éducation ainsi qu'un soutien pratique et émotionnel aux aidants.
- Intégrer et coordonner les renseignements et les services entre les différents systèmes destinés aux aînés ayant des problèmes de santé mentale.
- Au moment de placer un aîné dans un établissement de soins, respecter les préférences de ce dernier et de ses aidants sur le plan culturel ou géographique.

La disponibilité des services appropriés pour répondre aux besoins des aînés et la façon dont ces services sont offerts ont une incidence sur la capacité de l'aidant à prodiguer des soins et sur son bien-être. Ci-après figure une liste des défis liés à l'obtention de soutien qu'ont rencontré les aidants d'aînés en général[15], d'aînés atteints de démence[16] et d'aînés ayant des maladies mentales chroniques autres que la démence[17]:

- Il y a des lacunes en matière de renseignements pertinents, par exemple sur la maladie mentale du bénéficiaire, sur le pronostic et les moyens de gérer les symptômes.
- Bien que les bénéficiaires de soins cumulent généralement plusieurs maladies et restrictions physiques, les soins et les services demeurent fragmentés et isolés les uns des autres.
- Par manque de communication entre les professionnels de la santé, les bénéficiaires de soins doivent être réévalués chaque fois qu'ils consultent un nouveau spécialiste.
- L'information à propos des ressources est difficile à trouver; l'accès aux ressources repérées l'est tout autant (complexité des

13 Hollander, Liu et Chappell, *Who cares and how much? The imputed economic contribution to the Canadian healthcare system of middle-aged and older unpaid caregivers providing care to the elderly,* 2009.

14 Butler-Jones, *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2010 : Vieillir — Ajouter de la vie aux années,* 2010.

15 McGee, Tuokko, MacCourt et Donnelly, *Factors affecting the mental health of older adults in rural and urban communities: An exploration,* 2004.

16 Dementia Service Framework Working Group, *Dementia service Framework,* 2007.

17 MacCourt et Tuokko, *Development of a Seniors' Mental Health Policy Lens: An Analytical Tool to Assess Policies and Programs from a Seniors' Mental Health Perspective,* 2005.

formulaires ou du langage utilisé, taille inadéquate des caractères et critères d'admissibilité flous).

- Les services nécessaires (de transport, de soins à domicile, de relève, de soins en établissement, etc.) sont rarement disponibles au moment voulu.
- Certains services sont trop chers pour les aînés et les familles à faible revenu.
- Les services de soutien à domicile ne sont généralement pas offerts en dehors des heures de bureau.
- Les aînés ont souvent de la difficulté à accéder aux services dans la collectivité et aux places dans les établissements de soins de longue durée, même s'ils répondent aux critères d'admissibilité, en raison des listes d'attente interminables. Une telle situation peut précipiter l'émergence de crises ou d'une dépression nerveuse pour l'aidant naturel.
- Peu de soutien est offert aux familles et aux aidants pour s'adapter à leur nouveau rôle, surtout lorsque la personne malade souffre d'une maladie mentale grave ou chronique.
- Certains services destinés aux aînés ne sont pas accessibles pour les personnes qui fument, qui consomment de l'alcool ou qui ont des comportements problématiques.
- Certaines provinces ont une politique du « prochain lit disponible », laquelle oblige les aînés, et particulièrement ceux qui sont hospitalisés dans l'attente d'être placés, à prendre le premier lit qui se libère, peu importe leur préférence culturelle ou géographique. Cette politique crée du stress pour les patients et pour les conjoints de ces derniers qui sont parfois incapables de conduire ou d'obtenir des services de transport pour visiter la personne malade.
- Certaines personnes jugent stressant de recevoir à la maison la visite de plusieurs pourvoyeurs de services différents, d'avoir à les diriger. Pour éviter qu'elles se sentent envahies, il est préférable de faire preuve de constance sur ce plan.

Les relations d'aide sont souvent associées à l'apparition de symptômes physiques (épuisement), et psychologiques (dépression, stress, sensation de fardeau, colère, culpabilité, frustration, solitude, isolement, diminution du bien-être et de la satisfaction envers la vie). Ces symptômes peuvent menacer la santé physique et mentale de l'aidant et sa capacité à fournir des soins[18]. De plus, les aidants qui s'occupent d'une personne âgée atteinte d'une maladie chronique sont plus susceptibles d'éprouver des niveaux élevés de stress et de développer une dépression[19]. On estime que 60 % des aidants vivent une crise de la santé après dix-huit mois d'aide[20]. Leurs dépenses augmentent également, que ce soit pour les services de soins à domicile[21], les frais de transport pour les rendez-vous médicaux, les médicaments, l'équipement technique ou la modification d'un domicile, ce qui peut augmenter leur niveau de tension.

Un soutien pratique peut être offert pour épauler les aidants, comme des services à domicile pour les besoins physiques du bénéficiaire ou de l'équipement et du matériel divers (piqués pour incontinents, aides à la mobilité, etc.). Pour permettre aux aidants de s'adapter à leur nouveau rôle et de gérer efficacement les soins prodigués, ils doivent être formés et développer des compétences

18 Keating, Fast, Frederick, Cranswick et Perrier, *Soins aux personnes âgées au Canada : contexte, contenu et conséquences,* 1999.

19 OMS, *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report,* 2004.

20 Senior Education Centre de l'Université de Regina, *Living for Others,* 1995.

21 Maytree, *Policy in Focus,* 2010, p.2.

relativement aux problèmes spécifiques de la personne dont elles prennent soin pour qu'ils s'adaptent à leur nouveau rôle et gérer efficacement les soins. De plus, les soins de relève, offerts à la maison ou dans un centre, et les programmes de jour pour les bénéficiaires de soins peuvent réduire le fardeau des aidants et leur permettre de reprendre des forces. Des programmes et des services abordables, accessibles en temps voulu, peuvent également réduire leur stress, tout comme les groupes de soutien psychoéducationnels. À ce propos, Sörensen, Pinquart et Duberstein ont mené une méta-analyse pour comparer les conclusions de 78 essais contrôlés portant sur des interventions destinées aux aidants et incluant six variables pouvant affecter les résultats[22]. D'après cette métaanalyse, les interventions psychoéducationnelles destinées aux aidants d'aînés permettent des améliorations significatives sur le plan du fardeau, de la dépression, du bien-être subjectif et de la satisfaction perçue par l'aidant.

» Offrir aux aidants de l'éducation ainsi qu'un soutien pratique et émotionnel afin qu'ils puissent assumer leur fonction sans mettre en péril leur propre santé et leur propre bien-être mental. Soutenir les aidants sur le plan financier grâce à des mesures fiscales provinciale et nationale.

» Permettre aux aidants familiaux ou naturels d'accéder à des programmes psychoéducationnels qui améliorent leur capacité à gérer les problèmes qui touchent les personnes dont ils prennent soin.

» Créer des occasions de soutien par les pairs afin que les aînés ayant des problèmes de santé mentale puissent rencontrer d'autres personnes ayant un vécu de la maladie mentale et connaissent les services de santé mentale offerts au pays.

» Soutenir la santé mentale et physique ainsi que le bien-être des aidants, spécialement s'ils sont âgés, le plus tôt possible après le diagnostic de la maladie.

Pour l'instant, les besoins des aidants ne sont ni reconnus, ni évalués, ni comblés de façon satisfaisante par les services sociaux et de santé de la plupart des administrations canadiennes. En fait, les pourvoyeurs de services ne disposent pas des ressources et des outils nécessaires à de telles tâches. Pourtant, un projet mené en Colombie-Britannique[23] a confirmé l'importance d'évaluer et de satisfaire les besoins des aidants le plus tôt possible et tout au long de la maladie du bénéficiaire de soins. Plusieurs bienfaits en découlent, dont le maintien d'une personne malade à son domicile.

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement a recommandé qu'une stratégie nationale pour les aidants naturels soit mise en place, laquelle résulterait dans la création d'un cadre qui permettrait à toutes les administrations et tous les secteurs de combler les besoins d'une population vieillissante et de refléter la compassion qui est au cœur des valeurs canadiennes[24]. Dans sa demande de soutien

22 Sörensen, Pinquart et Duberstein, *How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis,* 2002.

23 Antifeau, *Sustainable Caregiving Community Project,* 2009.

24 Carstairs et Keon, *Rapport final du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Le vieillissement de la population : un phénomène à valoriser,* 2009.

pour les aidants naturels formulée dans son cadre stratégique, la Commission de la santé mentale du Canada appuyait cette idée[25].

SOUTIEN AUX POURVOYEURS DE SERVICES

Le soutien aux pourvoyeurs de services doit être envisagé comme une composante essentielle d'un système de services de santé mentale intégrés pour les aînés.

La plupart des soins aux aînés, y compris ceux qui ont des problèmes de santé mentale, sont offerts dans la collectivité, que ce soit au domicile des aînés, dans un foyer pour personnes âgées ou dans les établissements de soins de longue durée. Ceux qui travaillent dans ces services, souvent des préposés ou aides infirmières, s'occupent souvent d'aînés aux besoins complexes tant sur le plan physique et cognitif que mental. Il importe donc que ces travailleurs de première ligne puissent déceler et répondre aux besoins physiques, cognitifs et mentaux des aînés. Tous les professionnels de la santé qui participent aux soins primaires, dont les médecins de famille, doivent aussi avoir des connaissances et des aptitudes similaires (quoique plus poussées).

» Les pourvoyeurs de services, actuels et futurs, qui travaillent auprès des aînés, doivent être éduqués à propos des besoins uniques des personnes âgées ayant une maladie mentale et avoir accès à des consultations cliniques et éthiques.

» Soutenir les pourvoyeurs de services du soutien dans leurs fonctions, notamment par une supervision adéquate et des services de mentorat, un milieu de travail sain et des ressources suffisantes.

L'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, en collaboration avec l'Initiative pour l'éducation et le recrutement en gériatrie, a déterminé les compétences et les connaissances de base que doivent détenir les pourvoyeurs de services aux aînés dans les trois domaines suivants :

- Le domaine de la médecine (telles qu'élaborées par la Société canadienne de gériatrie)
- Le domaine de la psychiatrie (telles qu'élaborées par l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique)
- Le domaine interprofessionnel (telles qu'élaborées par l'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées)

En plus de leurs compétences générales, les pourvoyeurs de soins de première ligne (dont les médecins de famille) qui œuvrent auprès d'aînés ayant des problèmes de santé mentale, doivent acquérir les connaissances et compétences suivantes :

» Les pourvoyeurs de soins de santé et les organismes communautaires doivent avoir les connaissances, les compétences et le temps nécessaires pour fournir aux aînés et à leurs familles une information et une éducation opportunes qui correspondent à leurs besoins.

25 Commission de la santé mentale du Canada, *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*, 2009.

- Le vieillissement normal
- Les facteurs de risque et de protection pour la santé mentale
- Les maladies propres aux aînés, les problèmes de comorbidité, les produits pharmaceutiques
- Les problèmes de santé mentale, dont la démence, la consommation excessive de substances intoxicantes et les dépendances
- L'évaluation et la gestion des problèmes de comportement
- Les mauvais traitements aux aînés
- La communication et la création de liens
- La sécurité culturelle
- La philosophie du rétablissement
- Le travail d'équipe et la collaboration

» Les pourvoyeurs de services qui travaillent avec des aînés doivent avoir accès à des cliniciens issus de diverses disciplines et qui possèdent une expertise en santé mentale pour de l'éducation et des consultations cliniques afin de remplir adéquatement leur rôle.

Des cliniciens spécialisés dans la santé mentale peuvent transmettre ce savoir par des activités d'éducation, de mentorat et de consultation à propos de situations problématiques. De plus, l'établissement de mécanismes de communication officiels entre les différentes composantes du système rendra ce type de soutien facilement accessible au moment voulu. En effet, des mécanismes comme des vidéoconférences avec les régions rurales ou des soins partagés avec les médecins de famille peuvent faciliter une prestation élargie des soins. Des méthodes exemplaires et des recommandations en matière de pratiques cliniques sont également disponibles pour une prestation fondée sur des données probantes. De plus amples renseignements sont offerts à ce sujet à la section III (Application des connaissances et des données probantes).

» Tous les pourvoyeurs du continuum des services d'un système de santé mentale intégré doivent avoir accès à des consultants en matière d'éthique.

Les situations complexes que vivent certains aînés atteints de maladie mentale, dont la démence, la consommation abusive d'alcool et les toxicomanies, peuvent représenter pour les pourvoyeurs de services des défis de taille sur le plan de la prestation des soins. Par exemple, la lutte aux mauvais traitements aux aînés ou les questions entourant le droit de vivre avec des risques exige que l'on tienne compte de plusieurs facteurs, dont la dynamique familiale, les évaluations médicales ou juridiques, les droits concurrents ainsi que le manque de ressources, pour n'en nommer que quelques-uns. Il arrive que les valeurs personnelles et professionnelles des pourvoyeurs de services soient ébranlées et que les opinions divergentes de toutes les personnes concernées soient difficiles à réconcilier. Les pourvoyeurs de services de tous les niveaux et de tous les établissements de soins et de traitements peuvent être confrontés à des dilemmes éthiques, lesquels représentent une source de stress important.

Le rendement de tout organisme de soins de santé (et l'efficacité des soins offerts) repose sur des employés motivés, cultivés et bien

outillés[26]. La nature complexe et interreliée des besoins physiques, mentaux, cognitifs, spirituels et fonctionnels que présentent bon nombre d'aînés ayant une maladie mentale, l'émergence de comportements problématiques et la détresse morale qui accompagne souvent les questions éthiques difficiles sont des facteurs qui, une fois combinés, peuvent dépasser la capacité de certains pourvoyeurs de services. D'autre part, en cas de récession ou de restructuration, les demandes accrues au sein du système de santé jumelée à une main-d'œuvre réduite, compliquent la dotation en personnel des services destinés aux aînés.

Plus de la moitié des répondants d'un sondage international mené auprès d'infirmières autorisées étaient d'avis que les ressources humaines (c'est-à-dire les infirmières autorisées et le personnel de soutien) ne satisfont pas à la demande[27]. S'ils n'ont pas le soutien et les ressources nécessaires, les pourvoyeurs de services peuvent se blesser, souffrir d'épuisement professionnel, faire preuve de présentéisme ou d'absentéisme ou développer des problèmes de santé mentale comme la dépression ou l'anxiété. Selon la commission québécoise Clair, les infirmières présentent le plus haut taux au Canada d'absentéisme pour cause de maladies ou de blessures, de détresse psychologique ou d'épuisement professionnel[28]. En plus des coûts imposés aux pourvoyeurs de services et aux personnes dont ils prennent soin, il est estimé que les pertes de productivité au travail attribuables à la dépression représentent 4,5 milliards de dollars[29]. Une recherche collaborative entre le gouvernement canadien, Santé Canada et l'ICIS indique que les infirmières qui sont exposées à plusieurs éléments de stress au travail (une tension élevée, le manque de soutien de la part des superviseurs et des collègues, l'insécurité d'emploi ou les exigences physiques excessives) rapportent plus souvent une santé mentale passable ou mauvaise que leurs collègues moins exposées[30].

Il existe également des barrières d'ordre organisationnel qui empêchent une prestation optimale des soins aux aînés ayant des problèmes de santé mentale dont les suivantes : des obstacles administratifs ou financiers, un manque de collaboration et de coordination entre les pourvoyeurs de services, les difficultés à implanter de nouvelles pratiques fondées sur des données probantes, la pénurie de personnel et les problèmes de recrutement; le manque de prévention et un dépistage inefficace ainsi que les difficultés à éduquer à nouveau le personnel[31]. Les enjeux relatifs au travail multidisciplinaire (par exemple, la distribution hiérarchique de l'expertise, la responsabilité, le leadership et les décisions cliniques) sont également pertinents[32]. Voici ce que mentionnent Koehoorn et ses collègues à ce propos :

> (...) la structure, les valeurs, les cultures et les relations de travail propres à une organisation contribuent à la qualité du travail. Des milieux de travail qui répondent aux besoins des travailleurs en leur permettant de participer et d'apporter une contribution, d'obtenir une sécurité économique et psychologique, d'avoir accès à des possibilités de perfectionnement des compétences et de parvenir à un juste équilibre entre les exigences des emplois

26 Koehoorn, Lowe, Rondeau, Schellenberg et Wagar, *Créer des milieux de travail de haute qualité dans le secteur de la santé,* 2002.

27 Aiken et coll. In Koehoorn et coll., *Créer des milieux de travail de haute qualité dans le secteur de la santé,* 2002.

28 Maioni, 2001, in Koehoorn et coll., *op. cit.*

29 Travaux publics et services gouvernementaux, *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada,* 2006.

30 Shields et Wilkins, *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005,* 2006.

31 Bartels, *Improving the system of care for older adults with mental illness in the United States. Findings and recommendations for the president's new freedom commission on mental health,* 2003.

32 Spper et Schneider, *Mental health needs of older adults and primary care: Opportunity for interdisciplinary geriatric team practice,* 2003, p. 20.

et les ressources disponibles seront plus efficaces et plus sains que des milieux qui ne possèdent pas ces caractéristiques.

» Instaurer et favoriser des milieux de travail sains pour attirer et retenir des pourvoyeurs de services et pour maximiser leur capacité à offrir des soins optimaux aux aînés.

» Implanter des mécanismes pour que les pourvoyeurs de services aient accès à des ressources suffisantes pour bien assumer leurs responsabilités.

» Soutenir les pourvoyeurs de services grâce à une supervision et des activités de mentorat.

Les points suivants, tirés d'une analyse britannique des données probantes disponibles, soulignent l'importance d'instaurer des milieux de travail favorables et adéquatement outillés pour soigner les aînés ayant une maladie mentale :

» Le personnel qui soigne les aînés doit avoir la sensibilité, les connaissances, les compétences et le soutien institutionnel nécessaires pour concevoir des plans de soins optimaux et pour les appliquer.

- Les pourvoyeurs de soins doivent avoir les connaissances et les compétences nécessaires pour concevoir et implanter des plans de soins personnalisés et axés sur la personne.
- Le fait qu'une équipe spécialisée en santé mentale forme les employés des établissements de soins et les soutienne constamment dans la conception de plans de soins permet des améliorations importantes sur la dépression et les capacités cognitives des aînés atteints de démence.
- Des pourvoyeurs de soins qui font preuve d'empathie par rapport au fait de vivre avec la démence et qui ont les capacités nécessaires pour répondre à une vaste gamme de besoins psychosociaux peuvent avoir une incidence positive sur le bien-être des aînés atteints de démence.
- Le personnel soignant a besoin d'un soutien continu et de la reconnaissance de leurs efforts.
- Les organismes et les établissements de soins doivent démontrer un engagement sincère envers la philosophie des soins axés sur la personne et soutenir le personnel de soins dans son application.

COLLABORATIONS INTERSECTORIELLES

Le fait de créer des partenariats entre le système de soins de santé et d'autres secteurs peut favoriser les conditions individuelles, sociales et environnementales qui protègent la santé mentale et peut éliminer celles qui constituent des menaces[33]. Si elles rassemblent leurs ressources, les collectivités peuvent proposer un vaste éventail d'approches et d'activités intégrées destinées à promouvoir la santé mentale.

Une collaboration intersectorielle efficace repose sur l'établissement de buts communs entre les divers partenaires ainsi que sur une planification, une élaboration et une implantation coordonnée des politiques, des programmes et des services s'y rattachant. Les partenariats ont plusieurs avantages dont les suivants : évaluer et améliorer le rendement des opérations de programme; réduire la duplication des coûts liés aux programmes; maximiser les compétences collectives; développer un sentiment de prise en charge communautaire et instaurer des modèles de comportements qui promeuvent la santé communautaire; établir une crédibilité au sein de divers secteurs et faire en sorte que les interventions soient accessibles et attrayantes, particulièrement pour les populations isolées. En définitive, les partenariats contribuent à augmenter la capacité de la collectivité à aborder la nature interdisciplinaire et multidimensionnelle de la promotion de la santé mentale et de la prise en charge des maladies chroniques ainsi qu'à promouvoir l'adoption durable et globale de modes de vie sains par ses aînés.

Dans une étude soutenue par les *Centers for Disease Control and Prevention* et portant sur les partenariats efficaces dans la promotion de la santé et le vieillissement, le National Advisory Council on Aging a déterminé en 2004 que pour des programmes efficaces de promotion de la santé, les principaux facteurs qui permettent la création et le maintien de partenariats fructueux sont les suivants :

- Établir des buts communs.
- Communiquer régulièrement pour garder les partenaires à jour et qu'ils se sentent parties prenantes du processus.
- Conclure des ententes, officielles ou non, pour clarifier le rôle des membres et pour évaluer les réussites et les problèmes des différents programmes.
- Offrir des séances d'orientation lorsque de nouveaux programmes apparaissent ou à la création de partenariats pour obtenir des programmes efficaces et rentables.
- Reconnaître les efforts des partenaires, des bénévoles et du personnel et annoncer publiquement les succès des programmes pour conserver les fonds accordés aux programmes et augmenter la sensibilisation du public à leur existence.
- Allouer du temps pour la création de partenariats ainsi que pour l'instauration d'un sentiment de confiance entre les partenaires.

» Il faut établir des collaborations entre le secteur dédié à la santé mentale des aînés, les organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux, les groupes d'intérêt (p. ex. les groupes ethnoculturels, de confession religieuse, etc.) et les organismes de bénévolat pour instaurer des collectivités qui favorisent une bonne santé mentale.

33 Hermann, *The need for mental health promotion,* 2001.

SOINS PARTAGÉS

De multiples mécanismes doivent être instaurés pour orchestrer la prestation des services de santé mentale, surtout si l'on considère le nombre d'enjeux liés aux capacités et aux ressources humaines auxquels sont confrontés les pourvoyeurs de services et les systèmes. Parmi ces mécanismes comptent les outils technologiques, les partenariats intersectoriels et interdisciplinaires, les intervenants pivots et les soins partagés.

Au Canada, les soins partagés ont gagné en popularité avec la mise en place de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM)[34]. Cette dernière, menée par douze organismes nationaux représentant les services communautaires, les usagers, leurs familles et leurs aidants, les groupes d'entraide, les diététiciens, les médecins de famille, les infirmières, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les psychiatres, les psychologues et les travailleurs sociaux, a vu le jour grâce au financement du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada. Visant à améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiens et partant du principe que, généralement, les personnes ayant des problèmes de santé mentale se tournent d'abord vers les pourvoyeurs de soins primaires, l'Initiative s'est investie à renforcer les relations et les collaborations entre ces derniers et les pourvoyeurs de soins de santé mentale ainsi qu'avec les usagers, les familles et leurs aidants. Elle a également déployé beaucoup d'efforts pour améliorer l'accès aux programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies, aux traitements et aux services de réadaptation dans les établissements de soins primaires.

Des experts du domaine ont créé une trousse d'outils pour aider les professionnels de la santé à s'orienter vers une pratique collaborative des soins de santé mentale. Une seconde trousse a été créée avec l'objectif d'encourager les pourvoyeurs de soins de santé à travailler de concert pour mieux combler les besoins uniques en matière de santé que présentent les aînés ayant des problèmes de santé mentale[35] . La version électronique des présentes lignes directrices fournit des messages clés supplémentaires ainsi que des éléments importants de la trousse dont peuvent se servir les planificateurs d'initiatives en santé mentale. La trousse complète peut être téléchargée au http://ccmhi.ca/.

---

34 Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, *Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires : Une trousse d'outils sur la planification et la mise en oeuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs,* 2006.

35 *Ibid.*

L'ICCSM a également décrit quatre points à considérer à propos des caractéristiques idéales que devraient présenter les services de santé mentale pour les aînés, dont les suivants :

1. Les soins aux aînés requièrent plus de temps compte tenu des manifestations compliquées, des comorbidités, des facteurs biologiques et psychosociaux, des déficiences fonctionnelles et des enjeux environnementaux.
   - Ce fait a des répercussions sur, notamment, la facturation, le recrutement des médecins, la capacité, etc.
2. La capacité à se déplacer constitue un enjeu important pour les aînés qui cherchent de l'aide pour leur problème de santé mentale.
   - Il faut sortir trouver des solutions qui sortent des sentiers battus, comme les consultations à domicile, les collaborations avec les services de transport public et les organismes de bénévolat.
   - Les aînés ont besoin d'un système qui leur est spécifiquement dédié et qui comprend des composantes de gestion de cas, de travail interdisciplinaire ainsi que de liens avec les services de soins à domicile et les établissements de soins de longue durée.
   - Le fait de favoriser le mouvement entre les différentes composantes du continuum de soins appuie les principes d'autonomie et de rétablissement.
3. Les soins en collaboration devraient être la norme dans les établissements de soins de longue durée.
   - Les résidents de tels établissements vivent souvent avec des maladies mentales qui requièrent des services spécialisés et du soutien qui dépassent la capacité du personnel de ces centres.

Adopter une approche de soins partagés pour renforcer les relations et les collaborations entre les pourvoyeurs de soins de santé, les usagers, leurs familles et leurs aidants.

OUTILS TECHNOLOGIQUES

Bon nombre d'aînés, compte tenu des problèmes complexes qu'ils connaissent, requièrent des services de plusieurs secteurs ainsi que la participation soutenue et simultanée de différents pourvoyeurs de soins (dont les médecins). Pour gagner du temps, éviter le chevauchement des interventions et offrir des soins appropriés, les programmes et les pourvoyeurs de services doivent communiquer les uns avec les autres, ce qui n'est pas toujours le cas actuellement, sans pour autant négliger les principes de confidentialité et de vie privée des patients. Des protocoles et des mécanismes clairs doivent donc être établis pour permettre l'échange de renseignements tout en protégeant le droit à la vie privée.

La technologie d'aujourd'hui offre de bons moyens d'intégrer les renseignements d'un patient et de les transmettre à ses différents pourvoyeurs de soins. Des outils comme la télépsychiatrie, les consultations par courriel, les guides de ressources électroniques et les programmes éducatifs visualisables sur des appareils mobiles, peuvent éliminer certaines barrières à l'intégration des renseignements et faciliter l'échange d'information et l'éducation.

DOSSIERS DE SANTÉ ÉLECTRONIQUE

Grâce au dossier de santé électronique (DSE), chaque personne n'a qu'un seul dossier, lequel est accessible à tous les professionnels de la santé. Utilisé dans l'ensemble des composantes de services, un tel dossier offre plusieurs avantages : il évite les chevauchements d'efforts et facilite la gestion des soins en général; les patients et leur famille n'ont pas à répéter leur histoire chaque fois qu'ils consultent un nouveau professionnel; les pourvoyeurs ont un accès instantané à des renseignements à jour, cohérents et exacts et surtout, les occasions d'erreurs médicales diminuent, ce qui augmente la sécurité du patient.

Selon des chercheurs américains[36], ces dossiers permettent de recueillir, de conserver, d'analyser et de distribuer les données de manière plus efficace et plus exacte que les méthodes manuelles traditionnelles. De plus, cet outil permet de mieux répondre aux attentes des patients, d'accélérer l'exécution de nombreuses tâches fastidieuses (comme la rédaction manuscrite d'ordonnances ou de notes au dossier) et de créer de nouvelles façons d'améliorer la santé des patients.

» Implanter les dossiers électroniques dans tous les secteurs de services pour favoriser un échange exact et opportun de renseignements sur les patients.

SOINS INFIRMIERS À DISTANCE

Les soins infirmiers à distance, lesquels représentent une spécialité de plus en plus importante de la pratique infirmière, permettent d'offrir des services et des conseils par téléphone. Il s'agit de l'une des stratégies implantées pour réduire la pression sur les hôpitaux, les salles d'urgence, les cliniques sans rendez-vous, les cabinets de médecins et les services à domicile . Pour cet instrument, le téléphone demeure le seul lien de communication entre le patient et l'infirmière.

TÉLÉPSYCHIATRIE

Généralement employé pour combler la distance et les pénuries de ressources humaines auxquelles sont confrontées les régions rurales et éloignées, cet outil est largement utilisé au Canada. Il existe une variété de services et de modèles de services. Des données d'évaluation de l'Ontario indiquent que les pourvoyeurs de services des régions rurales qui utilisent la télépsychiatrie à des fins d'éducation et de consultation de cas jugent cet outil utile.

36 Baron, Fabens, Schiffman et Wolf, *Electronic health records: Just around the corner? Or over the cliff?*, 2005.

» Utiliser la télépsychiatrie et les soins infirmiers à distance pour offrir de l'éducation et des consultations spécialisées de cas de santé mentale dans les régions rurales et éloignées.

INTERVENANTS PIVOTS

Les systèmes de services sociaux et de soins de santé sont souvent fragmentés et les critères ainsi que les processus pour être admis aux différents programmes offerts ne sont pas toujours clairs, ce qui limite leur accessibilité et empêche une continuité des soins pour les aînés et leur famille.

Une variété de méthodes ont été adoptées pour remédier à ce problème : des services d'information à guichet unique, qu'il s'agisse d'une ligne téléphonique ou d'un portail Web, des concepts du « chaque porte est la bonne porte » ou d'un seul point d'entrée dans le système ainsi que la création de postes d'intervenants pivots. La détermination de l'approche la plus appropriée repose sur l'évaluation des ressources locales, de la taille de la collectivité et d'autres facteurs.

» Des processus doivent être instaurés pour faciliter l'accès des aînés aux services et aux ressources, tout comme des mécanismes pour assurer le transfert des aînés et de leurs renseignements d'un service à un autre.

» Des fonctions d'intervenant pivot doivent être créées pour diriger les aînés et leurs familles tout au long de leur incursion dans le système de soins de santé.

» Les organismes de soins primaires ou de services à domicile pourraient être chargés de coordonner le réseau d'intervenants pivots pour les aînés ayant des problèmes de santé mentale et leurs familles.

APPLICATION DES CONNAISSANCES ET DES DONNÉES PROBANTES

En plus de représenter un principe d'ordre systémique pour un système intégré de santé mentale, les données probantes doivent appuyer les décisions cliniques et stratégiques. Les données probantes englobent non seulement les données produites par la recherche clinique et la recherche en santé des populations mais également le vécu des aînés et de leurs aidants ainsi que l'expérience fondée sur la pratique. Certaines initiatives récentes militent pour une définition élargie des données probantes destinées à appuyer les pratiques exemplaires.

» Les planificateurs, les éducateurs et les pourvoyeurs de services doivent avoir accès à des données probantes et aux pratiques exemplaires, aux renseignements nécessaires à des soins et des services optimaux ainsi qu'au soutien et aux ressources pour implanter ces soins et ces services.

Même si les présentes lignes directrices ne visent pas à fournir une orientation d'ordre clinique, leur version électronique[37] fournit une liste de documents qui contiennent des recommandations cliniques fondées sur des données probantes et destinées à soutenir une prestation éclairée de soins.

37 Disponible au http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/default.aspx.

Conclusion

Les présentes lignes directrices visent à soutenir la planification, l'élaboration et l'implantation d'un système de prestation de services de santé mentale capable de répondre aux besoins des aînés canadiens. L'application des valeurs et des principes directeurs ainsi que des principales recommandations, l'analyse des ressources locales à partir du modèle et des jalons proposés ici constituent des étapes clés pour transformer le système de santé mentale. Le Comité consultatif sur les aînés de la Commission de la santé mentale du Canada espère que ces lignes directrices permettront une bonne orientation tout en autorisant une certaine flexibilité sur le plan des services et des politiques. Si les différents secteurs gouvernementaux travaillent de manière consultative et si les aînés, les aidants et les pourvoyeurs de soins de santé sont consultés, il sera plus simple d'appliquer les présentes recommandations et de transformer le système. Une fois de plus, le lecteur est invité à consulter la version électronique des présentes lignes directrices sur le site Web de la Commission de la santé mentale du Canada pour obtenir des renseignements additionnels et des exemples de services.

Notices bibliographiques

AGE CONCERN. *Improving services and support for older people with mental Health* (en ligne), 2003. Sur Internet : http://www.mentalhealth.org.uk/publications

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Operational Definition of Positive Mental Health: Final Report of the Consultation and Workshop February 26-27, 2009* (en ligne), 2009. Sur Internet : http://rgapottawa.com/english/seniors_families_caregivers/outreach.asp

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas?* (en ligne), révisée en 2003. Sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php

ALIANAIT INUIT-SPECIFIC MENTAL WELLNESS TASK GROUP. *Alianait Inuit Mental Wellness Action Plan (en ligne),* 2007. Sur Internet : http://www.itk.ca/publications/alianait-inuit-mental-wellness-action-plan

ANGUS, J. et P. REEVE. « Ageism: A threat to «Aging well» in the 21st century », *Journal of Applied Gerontology,* vol. 25, no 2 (2006), p. 137-152.

ANTIFEAU, E. *Sustainable Caregiving Community Project (en ligne),* 2009. Sur Internet : http://www.interiorhealth.ca/uploadedFiles/Health_Services/Senior_and_Adult_Care/Dementia_Care/Professional_Resources/CaregiverStudyExcSummary.pdf

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE (Ontario). *Mental Health and Addictions Issues for Older Adults: Opening the Doors to a Strategic Framework* (en ligne), 2010. Sur Internet : http://www.ontario.cmha.ca/submissions.asp?cID=519019

BALFOUR, K. *Evidence Review: Mental Health Promotion (en ligne),* 2007. Sur Internet : http://seniorspolicylens.ca

BARTELS, SJ. « Improving the system of care for older adults with mental illness in the United States. Findings and recommendations for the president's new freedom commission on mental health. » *American Journal of Geriatric Psychiatry,* vol. 11 (2003), p. 486-497.

BARON, R., E. FABENS, M. SCHIFFMAN et E. WOLF. « Electronic health records: Just around the corner? Or over the cliff? » *Annals of Internal Medicine,* vol. 143, no 3 (2005), p. 222-226.

BAYNEY, R. « Benchmarking in mental health: An introduction for psychiatrists. » *Advances in Psychiatric Treatment,* vol. 11 (2005), p. 305-314.

BRODATY, H., BM DRAPER et LF LOW. « Behavioural and psychological symptoms of dementia: A seven-tiered model of service delivery. » *Australian Medical Journal,* vol. 178 (2003), p. 231-234.

BRYANT, C., H. JACKSON et D. AMES. « The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. » *Journal of Affective Disorders,* vol. 109, no 3 (2008), p. 233-250.

BUTLER, R. *Why survive?: Being old in America.* New York, Harper & Row, 1975.

BUTLER-JONES, *D. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2010 : Vieillir — Ajouter de la vie aux années.* Ottawa (Ontario), Agence de la santé publique du Canada, 2010.

CANADA. COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES TECHNOLOGIES ET DES SCIENCES. *De l'ombre à la lumière - La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada.* Ottawa (Ontario), Le Sénat, 2006.

CANADA. TRAVAUX PUBLICS ET SERVICES GOUVERNEMENTAUX. *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada* (en ligne), 2006. Sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_f.pdf

CANADA. TRAVAUX PUBLICS ET SERVICES GOUVERNEMENTAUX. CONSEIL CONSULTATIF SUR LE TROISIÈME ÂGE. *Aînés en marge : vieillir avec une déficience intellectuelle,* Canada, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 2004. Sur Internet : http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H88-5-2-2004F.pdf

CARSTAIRS, S. et WJK KEON. *Rapport final du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Le vieillissement de la population : un phénomène à valoriser,* Le Sénat, Ottawa, 2009.

CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. *Best practice guidelines for mental health promotion programs: Older adults 55+* (en ligne), 2010. Sur Internet : http://knowledgex.camh.net/policy_health/mhpromotion/mhp_older_adults/Pages/default.aspx

CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE (The Healthy Aging Project). *Responding to Older Adults with Substance Use, Mental Health and Gambling Challenges: A Guide for Workers and Volunteers.* Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2006.

CLARKE CONSULTING GROUP. *Final report: Establishing benchmarks for psychogeriatric outreach programs.* Toronto (Ontario), Clarke Consulting Group, 1996.

COALITION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE DES ÂINÉS (CCSMA). *Le délire chez les personnes âgées – un guide pour les aînés et leur famille,* Toronto (Ontario), CCSMA, 2009.

COALITION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE DES ÂINÉS (CCSMA). *Lignes directrices nationales de la CCSMA sur la santé mentale des aînés – Évaluation et prise en charge de la dépression,* Toronto (Ontario), CCSMA, 2006.

COALITION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE DES ÂINÉS (CCSMA) *Lignes directrices nationales de la CCSMA sur la santé mentale des aînés – Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide,* Toronto (Ontario), CCSMA, 2006.

COALITION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE DES ÂINÉS (CCSMA). *Lignes directrices nationales de la CCSMA sur la santé mentale des aînés – Évaluation et prise en charge du délirium,* Toronto (Ontario), CCSMA, 2006.

COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA. *Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada : Concept du Medical Home - Document de travail* (en ligne), 2009. Sur Internet : http://www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/Resource.aspx?id=890&langType=3084

COLOMBIE-BRITANNIQUE. MINISTÈRE DE LA SANTÉ. *Healthy aging through healthy living: Towards a comprehensive policy and planning framework for seniors in BC: A discussion paper* (en ligne), 2005. Sur Internet : http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2005/healthy_aging.pdf

COLOMBIE-BRITANNIQUE. MINISTÈRE DE LA SANTÉ. *Guidelines for Elderly Mental Health Care Planning for Best Practices for Health Authorities.* Victoria, (C.-B), ministère de la Santé, 2002.

COMITÉ FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL DES HAUTS FONCTIONNAIRES (AÎNÉS). *Le vieillissement en santé au Canada : une nouvelle vision, un investissement vital; Des faits aux gestes — Un document d'information* (en ligne), 2006. Sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/pro/healthy-sante/haging_newvision/vison-rpt/index-fra.php

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. *Nouvelles de la CSMC,* vol. 3, no 1 (2010). Sur Internet : http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/Newsletters/Winter%20newsletter%20FR%20January%202010.pdf

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada site de la CSMC,* Calgary, Commission de la santé mentale du Canada, 2009.

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. GROUPE DE TRAVAIL SUR LA DIVERSITÉ. *Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethno-culturels ou racialisés - Enjeux et options pour l'amélioration des services* (en ligne), 2009. Sur Internet : http://www.commissiondelasantementale.ca.

CONN, David. *An Overview of Common Mental Disorders among Seniors - Writings in Gerontology,* Ottawa (Ontario), Conseil consultatif national sur le troisième âge, 2002.

CONWELL, Y. « Suicide », in SP Roose et HA Sackeim (éditeurs), *Late life depression*, Oxford, Oxford University Press, 2004, p. 95-106.

COON, D. *Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) issues and family Caregiving,* San Francisco, Family Caregiver Alliance, National Center on Caregiving, 2004.

COOPER, B. « Thinking preventively about dementia. » *International Journal of Geriatric Psychiatry,* vol. 17 (2002), p. 895-906.

COORDINATED SYSTEM OF CARE FOR SENIORS WITH BEHAVIORAL ISSUES WORKGROUP. *Building a Better System: Caring for Older Individuals with Aggressive Behaviours in Long-Term Care Homes* (en ligne), 2007. Sur Internet : http://www.southwestlhin.on.ca/Page.aspx?id=3174

DELEO, D., M. DELLO BUONO et J. DWYER. « Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. » *The British Journal of Psychiatry,* vol. 181 (2002), p. 226-229.

DEMENTIA SERVICE FRAMEWORK WORKING GROUP. *Dementia service Framework* (en ligne), 2007. Sur Internet : http://www.alzheimerbc.org/getdoc/1f230200-0ee6-4aef-a056-1e3b9e6d4cb7/DementiaServiceFramework_PDF.aspx

DRAPER, B. H. BRODATY et LF LOW. « A tiered model of psychogeriatric service delivery: an evidence-based approach. » *International Journal of Geriatric Psychiatry,* vol. 21 (2006), p. 645-653.

DRAPER, B. et L. LOW. *What is the effectiveness of old-age mental health services?* (en ligne), 2004. Sur Internet : http://www.euro.who.int/document/E83685.pdf

DUAL DIAGNOSIS TASK FORCE OF THE PUBLIC POLICY COMMITTEE. *Dual Diagnosis: People with Developmental Disabilities and Mental Illness - Falling Through the Cracks (fiche de renseignements).* Toronto (Ontario), Association canadienne pour la santé mentale (Division de l'Ontario), 1998.

ÉTATS-UNIS. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN RESOURCES. *National Consensus Statement on Mental Health Recovery* (en ligne), 2006. Sur Internet : http://store.samhsa.gov/product/SMA05-4129

EVASHWICK, C. « Creating the continuum of care. » *Health Matrix*, vol. 7, no 1 (1989), p. 30-39.

FINLAYSON, B. et J. DURBIN. *Selected Jurisdictional Review of Capacity Benchmarks for Specialist Mental Health Services for Seniors,* Toronto (Ontario), Unité de conseil et de recherche sur les systèmes de santé, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2010.

GALLAGHER-THOMSON, D. et DW COON. « Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adult. » *Psychology & Aging,* vol. 22, no 1 (2007), p. 37-51.

GODFREY, M., J. TOWNSEND, C. SURR, G. BOYLE et D. BROOKER. *Prevention and Service Provision: Mental Health Problems in Later Life: Final Report* (en ligne), 2005. Sur Internet : http://www.leeds.ac.uk/hsphr/hsc/researchrpts.html

GÖRAN HOLST, A., K. EDBERG et I. HALLBERG. « Nurses' narrations and reflections about caring for patients with severe dementia as revealed in systematic clinical supervision sessions. » *Journal of Aging Studies,* vol. 13, no 1 (1999), p. 89-107

HAGAN, L., D. MORIN et R. LEPINE. « Evaluation of telenursing outcomes: Satisfaction, self-care practices, and cost savings. » *Public Health Nursing,* vol. 17, no 4 (2000), p. 305-313.

HAO, Y. « Productive Activities and Psychological Well-Being Among Older Adults. » *The Journals of Gerontology,* vol. 63B, no 2 (2008), p. S64.

HERMANN, H. « The need for mental health promotion. » *New Zealand Journal of Psychiatry,* vol. 35, no 6 (2001), p. 709–715.

HILL, L., G. ROBERTS, J. WILDGOOSE, R. PERKINS et S. HAHN. « Recovery in person-centred care in dementia: common purpose, common practice? » *Advances in Psychiatric Training,* vol. 16, no 4 (2010), p. 288-298.

HINTERLONG, JE et A. WILLIAMSON. « The effects of civic engagement of current and future cohorts of older adults. » *Generations-Journal of the American Society on Aging,* vol. 30, no 4 (2006), p. 10-17.

HOLLANDER, MJ, G. LIU, et NL CHAPPELL. « Who cares and how much? The imputed economic contribution to the Canadian healthcare system of middle-aged and older unpaid caregivers providing care to the elderly. » *Health Care Quarterly,* vol. 12, no 2 (2009), p. 42–49.

HOLLANDER, MJ, NL CHAPPELL, MJ PRINCE et E. SHAPIRO. « Providing care and support for an aging population: Briefing notes on key policy issues. » *Healthcare Quarterly,* vol. 10, no 3 (2007), p. 34-45.

HOLLANDER, MJ, JA MILLER, M. MACADAM, N. CHAPPEL et D. PEDLAR. « Increasing value for money in the Canadian Healthcare System: New findings and the case for integrated care for seniors. » *Healthcare Quarterly,* vol. 12, no 1 (2009), p. 38-47.

HOSMAN, C. et E. JANÉ-LLOPIS. « Evidence of effective interventions of mental health promotion. », 2005, in H. Herrman, S. Saxe et R. Moodie. (éditeurs) *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice.* Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2005, p. 169-188.

INITIATIVE CANADIENNE DE COLLABORATION EN SANTÉ MENTALE (ICCSM). *Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires : Une trousse d'outils sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs,* Mississauga (Ontario), ICCSM, 2006. Sur Internet : http://www.ccmhi.ca/fr/products/toolkits/documents/FR_Collaborationbetweenmentalhealthandprimarycareservices.pdf

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Le soutien aux aidants naturels au cœur des services à domicile.* Ottawa (Ontario), ICIS, 2010.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *La dépression chez les personnes âgées dans les établissements de soins en hébergement.* Ottawa (Ontario), ICIS, 2010.

JANÉ-LLOPIS, E., H. KATSCHNIG, D. MCDAID et coll. *Evidence base of interventions for mental health promotion and mental disorder prevention. A report of the EC Mental Health Working Party, Taskforce on Evidence.* Luxembourg, Communauté européenne, 2006.

JANÉ-LLOPIS, E., C. HOSMAN, J. COPELAND et AJ BEEKMAN. « Ageing mentally healthy », in OMS, Prevention of mental disorders – Effective interventions and Policy options, OMS, Genève, 2004.

KASKIE, B., S. IMHOF, J. CAVANAUGH et K, CULP. « Civic engagement as a retirement role for aging Americans. » *Gerontologist,* vol. 48, no 3 (2008), p. 368-377.

KATES, N. et M. MACH. « Chronic disease management for depression in primary Care: A summary of the current literature and implications for practice. » *Canadian Journal Psychiatry,* vol. 52 (2007), p. 77–85.

KEATING, N., J. FAST, J. FREDERICK, D. CRANSWICK et C. PERRIER. *Soins aux personnes âgées au Canada : contexte, contenu et conséquences* (Statistique Canada, catalogue no 89-570-XPE), Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 1999.

KEYES, C. « Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. » *American Psychologist,* vol. 62 (2007), p. 95-108.

KOEHOORN, M., G. LOWE, K. RONDEAU, G. SCHELLENBERG et T. WAGAR. *Créer des milieux de travail de haute qualité dans le secteur de la santé - Document de base préparé pour la table ronde nationale des Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques* (en ligne), 2002. Sur Internet : http://www.cprn.org/documents/8986_fr.PDF

LAMPERSON, J. *Elderly service benchmarks for the province of British Columbia,* Victoria (Colombie-Britannique), ministère de la Santé et ministère responsable des personnes âgées de la Colombie-Britannique, 1994.

LEVY, BR, AB ZONDERMAN, MD SLADE et L. FERRUCCI. « Age stereotypes held earlier in life predict cardiovascular events in later life. » *Psychological Sciences,* vol. 20, no 3 (2009), p. 296-298.

MACCOURT, P. *Promouvoir le bien-être des aînés: l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés,* Victoria (Colombie-Britannique), British Columbia Psychogeriatric Association, 2008.

MACCOURT, P. et H. TUOKKO. « Development of a Seniors' Mental Health Policy Lens: An Analytical Tool to Assess Policies and Programs from a Seniors' Mental Health Perspective. » *Canadian Journal of Community Mental Health,* vol. 24, no 2 (2005), p. 35-53.

MACCOURT, P., H. TUOKKO et M. TIERNEY. « Canadian Association on Gerontology policy statement on issues in the delivery of mental health services to older adults. » *Canadian Journal on Aging,* vol. 21, no 2 (2002), p. 165-175.

MAYTREE. *Policy in Focus* (en ligne), 2010. Sur Internet : www.maytree.com/policyinfocus

McGEE, P., H. TUOKKO, P. MACCOURT et M. DONNELLY. « Factors affecting the mental health of older adults in rural and urban communities: An exploration. » *Canadian Journal of Community Mental Health,* vol. 23, no 2 (2004), p. 117-126.

MENTAL HEALTH IMPLEMENTATION TASK FORCE DU DISTRICT DE CHAMPLAIN. *Foundations for reform, section 9.8 Aging and mental illness, enhancing capacity at all levels of the system.* Ontario, *Mental health implementation task force* du district de Champlain, 2002.

MENTAL HEALTH DRUG AND ALCOHOL OFFICE. *NSW service plan for specialist mental health services for older people* (SMHSOP) 2005-2015, North Sydney (New South Wales), NSW Department of Health, 2006.

MENTALITY. *Literature and Policy Review for the Joint Inquiry for Mental Health and Well-Being in Later Life* (en ligne), 2004. Sur Internet : http://www.seniorspolicylens.ca/Root/Materials/Litandpolicyreview-Fulltextofreport%5B1%5D.pdf

MIGITA, R., H. YANAGI et S. TOMURA. « Factors affecting the mental health of residents in a communal-housing project for seniors in Japan. » *Archives of Gerontology and Geriatrics,* vol. 41, no 1 (2005), p. 1-14.

MOODIE, R. et R. JENKINS. « I'm from the government and you want me to invest in mental health promotion. Well, why should I? » *Promotion and Education,* vol. 12, supplément 2 (2005), p. 37-41.

NEW YORK ACADEMY OF MEDICINE. *Age-friendly New York City* (en ligne), 2009. Sur Internet : http://prtl-prd-web.nyc.gov/html/om/pdf/2009/pr386-09_report.pdf

NOUVELLE-ZÉLANDE. MENTAL HEALTH COMMISSION. *Blueprint for mental health services in New Zealand: How things need to be,* Nouvelle-Zélande, Mental Health Commission, 1998.

ORGANISATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE (ONSA). *Compétence et sécurité culturelles : Guide à l'usage des administrateurs, fournisseurs et éducateurs en santé* (en ligne), 2008. Sur Internet : www.naho.ca/documents/naho/publications/culturalCompetency.pdf

ONTARIO. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE (MENTAL HEALTH AND REHABILITATION BRANCH). *Specialized Geriatric Mental Health Outreach Teams: Program, Policy, and Accountability Framework* (en ligne), 2004. Sur Internet : www.southwestlhin.on.ca

ONTARIO. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. COMITÉ CONSULTATIF. *Continuum of Health and Long-Term Care Services for Seniors with Mental Health Needs and their Carers/Caregivers* (en ligne), 2003. Sur Internet : http://www.rgpc.ca/index.cfm

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Mental health, resilience and inequalities* (en ligne), 2009. Sur Internet : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Guide mondial des villes-amies des aînés.* Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2007.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. P*romoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report* (en ligne), 2004. Sur Internet : http://www.who.int/mental_health/evidence/en/

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report* (en ligne), 2004. Sur Internet : http://www.who.int/mental_health/evidence/en/

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Prevention and Promotion in Mental Health,* Genève (Suisse), OMS, 2002.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Vieillir en restant actif – Cadre d'orientation* (en ligne), 2002. Sur Internet : http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. « The Ottawa Charter for Health Promotion. » *Health Promotion,* vol. 1, no 1 (1986), p. 1–5.

PAPE, B. et J.-P. GALIPEAULT. *Promotion de la santé mentale auprès des personnes atteintes d'une maladie mentale* (en ligne), 2002. Sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/mh-sm/mhp02-psm02/index-fra.php

PROVINCE DE L'ALBERTA. *Advancing the mental health agenda: A provincial mental health plan for Alberta* (en ligne), 2004. Sur Internet : www.assembly.ab.ca/lao/library/egovdocs/alhw/2004/149611.pdf

QUINN, K. et H. ZIELKE. « Elder abuse, neglect, and exploitation: Policy issues. » *Clinics in Geriatric Medicine,* vol. 21, no 2 (2005), p. 449.

REGIONAL GERIATRIC PROGRAMS OF ONTARIO. *Geriatric Emergency Management: Providing Quality Geriatric Patient Care in the Emergency Department* (en ligne), 2000. Sur Internet : http://rgps.on.ca/

REID, J., K. COLEMAN, EA JOHNSON, PA FISHMAN, C. HSU, MP SOMAN et coll. « The Group Health Medical Home At Year Two: Cost Savings, Higher Patient Satisfaction, And Less Burnout For Providers. » *Health Affairs,* vol. 29, no 5 (2010), p. 835–843.

RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ DU CENTRE. *Health Service Needs Assessment and Gap Analysis* (en ligne), 2008. Sur Internet : http://www.centrallhin.on.ca/page.aspx?id=8560&ekmensel=e2f22c9a_72_206_8560_10

ROBINSON, RG et G. SPALLETTA. « Poststroke depression: a review. » *Canadian Journal of Psychiatry,* vol. 55, no 6 (2010), p. 341-349.

ROTERMANN, M. « Seniors' health care use. » *Supplement to Health Reports,* vol. 16, catalogue 82-003. Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2005.

SADAVOY, J. R. MEIER et AYM ONG. « Barriers to access to mental health services for ethnic seniors: The Toronto study. » *Canadian Journal of Psychiatry,* vol. 49, no 3 (2004), p. 192-199.

SANTÉ CANADA. *Meilleures pratiques - Traitement et réadaptation des personnes aînées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues* (en ligne), 2002. Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/treat_senior-trait_ainee/index-fra.php

SANTÉ CANADA – DIVISION DU VIEILLISSEMENT ET DES AÎNÉS. *Les principes du cadre national sur le vieillissement : Guide d'analyse des politiques,* Ottawa (Ontario), ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, Canada, 1998.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE CANADA. *Lignes directrices pour la prestation de services complets aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux,* Ottawa, Santé et bien-être Canada, 1998.

SAXENA, S., E. JANÉ-LLOPIS et C. HOSMAN. « Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. » *World Psychiatry,* vol. 5, no 1 (2006), p. 5–14.

SCHNEIDER, J., J. MURRAY, S. BANERJEE et A. MANN. « EUROCARE: A cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I – Factors associated with carer burden. » *International Journal of Geriatric Psychiatry,* vol. 14 (1999), p. 651-661.

SENIOR EDUCATION CENTRE. Université de Regina. *Living for Others,* Regina (Saskatchewan), Senior Education Centre, 1995.

SENIORS PSYCHOSOCIAL INTEREST GROUP. *Literature scan related to Psychosocial Approaches to Mental Health Challenges of Late Life* (en ligne), 2004. Sur Internet : http://www.seniorsmental-health.ca/resourcemanuale.pdf

SHIELDS, M. et K. WILKINS. *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005* (en ligne), 2005. Sur Internet : http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=hhrdata_survey_work_health_nurses_f

SOCIÉTÉ CANADIENNE D'ALZHEIMER. *Lignes directrices sur les soins centrés sur la personne : Prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée qui vivent dans un foyer de soins de longue durée* (en ligne), 2011. Sur Internet : http://www.alzheimer.ca/french/care/guidelines-care-intro.htm

SOCIÉTÉ CANADIENNE D'ALZHEIMER. *Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada,* Toronto (Ontario), Agence de la santé publique du Canada, 2010.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE LA SCHIZOPHRÉNIE. *Information for Service: Providers: Schizophrenia and Substance Use* (en ligne) (s. d.) Sur Internet : http://www.schizophrenia.ca/SSC_for_service_providers.pdf

SOCIÉTÉ POUR LES TROUBLES DE L'HUMEUR DU CANADA. *Quelques faits : Maladie mentale et toxicomanie au Canada, 3e édition,* Guelph (Ontario), Société pour les troubles de l'humeur du Canada, 2009.

SÖRENSEN, S., M. PINQUART et P. DUBERSTEIN. « How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. » *The Gerontologist,* vol. 42, no 3 (2002), p. 356-372.

SPEER, DC. et MG SCHNEIDER. « Mental health needs of older adults and primary care: Opportunity for interdisciplinary geriatric team practice. » *Clinical Psychology: Science and Practice,* vol. 10 (2003), p. 85-101.

STACEY, D., A. HUSSIEN, A. FISHER, D. ROBINSON, J. JOYCE et R. PONG. *Telephone triage services: Systematic review and survey of Canadian call centre programs.* Ottawa (Ontario), Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, 2003.

STATISTIQUE CANADA. « Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires. » *Le Quotidien,* 26 mai 2010 (en ligne). Sur Internet : http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/100526/dq100526b-fra.htm

TOURIGNY-RIVARD, MF et POTOCZNY. « Acute Care Inpatient and Day Hospital Treatment. » in J. Sadavoy, LW Lazarus, LF Jarvik et GT Grossberg, *Comprehensive Review of Geriatric Psychiatry,* 2e édition, Washington, American Psychiatric Press (1996), p. 973-1002.

UNIVERSITÉ D'ALBERTA et ALBERTA HEALTH AND WELLNESS. *First nations in Alberta: A focus on health service use* (en ligne), (2004). Sur Internet : http://www.health.alberta.ca

VAN GAALEN, RP, PK WIEBEC, K LANGLOIS et E. COSTEN. « Reflections on Mental Wellness in First Nations and Inuit Communities. » in Institut canadien d'information sur la santé, *Mentally Healthy Communities: Aboriginal Perspectives,* Ottawa (Ontario), ICIS, 2009, p. 9-16.

WELLS, D., P. DAWSON, S. SIDANI et D. CRAIG. « Effects of an abilities-focused program of morning care on residents who have dementia and on caregivers. » *Journal of the American Geriatrics Society,* vol. 48, no 4 (2000), p. 442-449.

WIENS, A., C. WARD et MF TOURIGNY-RIVARD. *Geriatric outreach liaison services to long term care homes: A cost effective service that reduces inpatient admissions. Affiche présentée au cours du 14e Congrès international de l'International Psychogeriatric Association,* Montréal (Québec), 2009.

Mental Health Commission of Canada

Commission de la santé mentale du Canada

Renseignements

Commission de la santé mentale du Canada

10301 Southport Lane SO, bureau 800

Calgary (Alberta) T2W 1S7

403 255-5808

lignesdirectrices-csmc.ca