

Promouvoir le bien-être des aînés :

l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés

Un outil pratique fondé sur des faits pour l'élaboration d'une politique, de lois, de programmes et de services servant à promouvoir et à favoriser le mieux-être et la santé mentale de tous les aînés.



*P. MacCourt, Ph. D., pour la
B.C. Psychogeriatric Association*

REMERCIEMENTS

Nous remercions le grand nombre d'aînés, de praticiens, de décideurs et de chercheurs qui nous ont fait part de leurs idées et de leur point de vue au cours de l'élaboration, de l'évaluation et du peaufinage de l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés.

Cet outil n'aurait pas pu être réalisé sans le dévouement, l'enthousiasme et le soutien du groupe consultatif du projet.

- Gerda Kaegi, Corporation canadienne des retraités intéressés, Congrès des organismes nationaux d'aînés
- Nona Moscovitz, CLSC René Cassin/Institut universitaire de gérontologie sociale
- Darlene Henry, Manitoba Network of Psychogeriatric Program Specialists
- Holly Tuokko, Centre on Aging, Université de Victoria
- Dawn Hemingway, B.C. Psychogeriatric Association
- Karen Parent, Université Queens
- Julia Baxter, Ontario Psychogeriatric Association
- Faith Malach/Kim Wilson, Canadian Coalition for Seniors Mental Health
- Simone Powell, Division du vieillissement et des aînés, Agence de la santé publique du Canada

L'élaboration et l'évaluation de l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés ont été financées par le Fonds pour la santé de la population ainsi que par l'Agence de la santé publique du Canada par voie d'un octroi à la British Columbia Psychogeriatric Association.

Déclaration

Rien n'a été ménagé afin d'assurer l'exactitude des renseignements fournis. Ces renseignements étaient corrects au moment de mettre sous presse. Les opinions exprimées dans les présentes ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

Référence et citation

Lorsque vous citez le présent document, nous vous suggérons de le faire comme suit :

MacCourt, P. (2008), 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.

Il est possible de télécharger des copies du présent document à www.bcpqa.bc.ca ou à www.seniorsmentalhealth.ca

Pour plus de renseignements, communiquez avec Penny MacCourt à PennyMacCourt@shaw.ca ou au 250-755-6180.

Tous droits réservés : Penny MacCourt, octobre 2008

INTRODUCTION

Selon la définition établie par l'Organisation mondiale de la santé, la **santé mentale** est « un état de **bien-être** dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté » (OMS, 2002).

Peu importe où une personne se situe dans le continuum des soins, on peut promouvoir et soutenir sa santé mentale (comme on peut la miner et la négliger). Une bonne santé mentale permet aux aînés de réaliser leur plein potentiel et de faire face aux transitions et aux principaux événements de la vie, tandis qu'une mauvaise santé mentale a l'effet contraire.

Bien que la santé mentale constitue une ressource individuelle, elle subit l'influence réciproque complexe de caractéristiques individuelles et de circonstances culturelles, sociales, économiques et familiales, tant au niveau macro (société) que micro (communauté et famille) (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2007). Toutes ces influences forment le contexte social dans lequel vit la personne âgée.

Ce même contexte est façonné en partie par les **politiques**, c'est-à-dire les lignes directrices, règlements ou paramètres qui régissent la vie sociale et qui déterminent quelles ressources et quels biens et services sont distribués et à qui. Les politiques ont trait aux services (p. ex., listes d'attente des établissements de soins prolongés), aux programmes (p. ex., critères d'admissibilité aux services de soins à domicile), aux organisations (p. ex., stratégies de l'administration responsable de la santé en matière de démence) et à la législation gouvernementale (p. ex., sur la sécurité du revenu) touchant les aînés.

Objet

L'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés a été conçu afin de promouvoir et de soutenir la santé mentale et le bien-être de toutes les personnes âgées.

- Il comporte une série de questions visant à cerner (ou à prédire) toute répercussion négative, directe ou indirecte, des politiques, programmes et services de santé mentale (déjà en place ou proposés) à l'intention des aînés.
- Il appuie l'élaboration ou l'analyse de toute politique ou de tout programme pertinent pour les aînés, y compris de ceux qui ne ciblent pas directement ces derniers ou qui ne traitent pas précisément de la santé mentale.
- Son application est considérée comme une pratique exemplaire dans l'élaboration de politiques à l'appui de la santé mentale des aînés.

Qui devrait utiliser l'Outil?

L'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés peut être utilisé par les responsables de l'élaboration et de l'analyse des politiques, les gestionnaires de programmes, les évaluateurs, les fournisseurs de services, les organismes d'aînés et les défenseurs des droits des aînés ainsi que par les chercheurs et les éducateurs.

Quand utiliser l’Outil?

L’Outil peut être appliqué à diverses fins aux politiques et aux programmes qui touchent les aînés directement ou indirectement :

- pour guider l’élaboration des nouveaux programmes et des nouvelles politiques;
- pour examiner les politiques et les programmes en vue d’en cerner les possibles effets négatifs non intentionnels;
- pour cerner les lacunes dans les politiques et les programmes en vigueur;
- pour évaluer les politiques et les programmes en fonction des valeurs et des besoins des aînés;
- pour guider la réponse à un besoin ou la résolution d’un problème;
- pour éduquer et sensibiliser davantage à l’influence qu’ont les politiques et les programmes sur la santé mentale des aînés;
- pour établir une compréhension commune des valeurs et des préoccupations des aînés ainsi que des facteurs pouvant avoir une influence sur leur santé mentale.

Organisation de la présente trousse

La trousse compte cinq parties. La première expose les motifs pour lesquels un tel outil d’évaluation est nécessaire. La deuxième traite de l’élaboration de l’Outil d’évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés et de son évaluation. La troisième contient une description de l’Outil et des directives entourant son application. La quatrième renferme un guide d’interprétation des questions de l’Outil qui comporte également des exemples de son application dans divers secteurs. La cinquième est constituée des annexes, qui contiennent : (1) les commentaires et les conseils d’utilisateurs sur l’application de l’Outil; (2) une description des valeurs, principes et concepts clés sur lesquels reposent les questions de l’Outil.

Justification de l’élaboration de l’Outil

Plusieurs préoccupations ont conduit à la nécessité de concevoir un outil pour évaluer les politiques du point de vue de la santé mentale des aînés, et toutes peuvent être réglées grâce à l’Outil d’évaluation.

Population vieillissante

Les personnes âgées vivent sur les plans physique, psychologique et social des changements uniques qui, individuellement et globalement, peuvent ébranler leur santé mentale et, dans certains cas, donner lieu à une maladie mentale. On estime qu’une personne sur cinq âgée de 65 ans et plus éprouve un problème de santé mentale (Jeste, Alexopoulos, Bartels, Cummings, Gallo, Gottlieb et al., 1999). Comme on prévoit que le pourcentage de la population des 65 ans et plus au Canada passera de 13 à 22 % entre 2006 et 2026 (Trucotte et Schellenberg, 2007), le nombre d’aînés ayant des problèmes de santé mentale ou à risque d’en avoir augmentera également (Sullivan, Kessler, LeClair, Stolee et Whitney, 2004).

L'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés a pour objet de faciliter la création d'environnements sociaux (y compris de services de santé) qui encouragent et soutiennent la santé mentale des aînés, réduisant ainsi la probabilité qu'ils éprouvent des problèmes sur ce plan.

Manque de participation des aînés à l'élaboration des politiques et des programmes qui les touchent

La plupart des politiques qui façonnent la vie des aînés directement ou indirectement ont été élaborées sans la participation de ces derniers et souvent sans tenir compte de leurs besoins particuliers. Il est donc peu probable qu'elles reflètent les priorités et les valeurs des personnes de ce groupe d'âge. La santé mentale des aînés est marginalisée lorsque sont prises des décisions visant à (1) réduire les mécanismes de soutien que les aînés jugent importants pour maintenir leur santé mentale et à (2) réorienter les services d'une manière qui ne favorise pas une bonne santé mentale en limitant, par exemple, l'accès aux services (Association canadienne pour la santé mentale, 2002). L'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés intègre les valeurs de ces derniers et leurs points de vue au sujet des défis – décrits aux présentes et dans le cadre d'autres projets – que pose le vieillissement sur le plan de la santé mentale. Il a pour but de faire en sorte que les politiques et les programmes soient évalués en fonction des valeurs et des priorités que les aînés considèrent comme étant importants pour leur santé mentale.

L'Outil d'évaluation vise à donner une voix aux aînés, à mettre en lumière leurs points forts, à encourager leur inclusion sociale et à promouvoir leur santé mentale.

Marginalisation et stigmatisation

Les stéréotypes négatifs à l'endroit des aînés encouragent la discrimination fondée sur l'âge et perpétuent les attitudes âgistes. L'âgisme peut influencer la priorité accordée aux besoins des aînés (y compris la façon de définir ces priorités et d'y répondre) par ceux qui financent, conçoivent et offrent les services sociaux et de santé (Estes, 2001).

Les aînés qui appartiennent à d'autres groupes marginalisés risquent par ailleurs d'être exposés à plus d'un stigmat. Ainsi, un membre âgé des Premières nations qui est homosexuel risque de subir les conséquences de l'homophobie et du racisme en plus de celles de l'âgisme. En outre, un important stigmat est associé à la maladie mentale et peut même entraîner une détérioration de la santé mentale. Ce stigmat apparaît clairement dans l'affectation inéquitable des ressources médicales et non médicales aux aînés qui ont une maladie mentale par rapport à ce qui est le cas pour d'autres maladies comme le diabète ou le cancer.

Le fait de ne pas reconnaître les biais dans les politiques peut donner lieu à une planification et à une conception inadéquates des lois, programmes, services et interventions, ce qui est coûteux aussi bien en termes économiques que sur le plan humain.

L'Outil d'évaluation vise à cerner dans les politiques les biais risquant d'avoir des retombées négatives sur la santé mentale des aînés, y compris ceux qui appartiennent à des groupes marginalisés.

Cadre biomédical de la santé mentale des aînés

Les politiques actuelles en matière de santé mentale des aînés (ainsi que leur financement) s'inscrivent en général à l'intérieur d'un modèle biomédical qui met l'accent sur la pathologie individuelle, de sorte que les services et les programmes offerts sont axés avant tout sur le diagnostic et le traitement de la maladie. Bien que les besoins de nombreux aînés soient chroniques et souvent reliés à une incapacité ou à une faille de leur système ou leur cadre de soutien social, on met avant tout l'accent sur la guérison et les soins aigus. Assez peu d'efforts (ou de fonds) ont été consacrés aux interventions non médicales ou aux services communautaires de promotion ou de soutien de la santé mentale des aînés, comme les programmes visant à réduire l'isolement ou à appuyer les fournisseurs de soins. La nouvelle Commission de la santé mentale du Canada (2008) prône l'adoption vis-à-vis de la santé et de la maladie mentales d'une approche globale prévoyant la réorientation du système de santé mentale vers un modèle de recouvrement axé sur les soins à la personne, respectueux des droits individuels et mettant l'accent sur les forces et les capacités des personnes concernées. En appliquant l'Outil d'évaluation aux politiques et aux programmes en matière de santé (p. ex., les politiques de sortie de l'hôpital à la suite de soins aigus, les services de soutien à domicile), on met l'accent sur les facteurs non biomédicaux qui contribuent à la santé mentale des aînés et on peut les aborder.

L'Outil d'évaluation vise à favoriser un changement de paradigme dans la façon de définir, d'offrir et de financer les services sociaux et de santé, afin que ceux-ci mettent davantage l'accent sur la promotion de la santé mentale et la prévention des problèmes de santé mentale.

Élaboration et évaluation de l'Outil

Élaboration

L'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés a été conçu dans le cadre d'un projet national intitulé *Psychosocial Approaches to the Mental Health Challenges of Late Life* (approches psychosociales vis-à-vis des problèmes de santé mentale en fin de vie) confié à la British Columbia Psychogeriatric Association par le Fonds pour la santé de la population (Santé Canada, 2004).

Il a été conçu de manière à refléter les valeurs et les perspectives des aînés et à faciliter leur inclusion dans les processus de conception et d'analyse des politiques. Pour réunir cette information, on a tenu douze groupes de discussion avec des aînés de diverses régions du Canada (en anglais, en français et en chinois), à qui on a demandé quels défis posait le vieillissement pour leur bien-être et leur santé mentale, comment ils relevaient ces défis et ce qui leur était utile ou inutile à cette fin. On a de plus étudié les conclusions d'autres études canadiennes pertinentes afin d'y relever les opinions des aînés au sujet des facteurs influant sur leur santé mentale et leur bien-être affectif. L'élaboration de l'Outil d'évaluation a en outre tenu compte des déterminants de la santé de la population, des principes entourant la promotion de la santé mentale, des politiques sur le vieillissement en santé ainsi que des valeurs et principes clés contenus dans les *Guidelines for Elderly Mental Health Care Planning for Best Practices for Health Authorities* (B.C. Ministry of Health, 2002), le *Cadre national sur le vieillissement : Guide d'analyse des politiques* (Santé Canada, 1998) et le cadre pour la stratégie canadienne en matière de santé mentale (Commission de la santé mentale du Canada, 2008). Il est question de chacun de ces éléments à l'annexe 2.

Évaluation

On a évalué la mise en œuvre de l'Outil dans 15 emplacements de divers secteurs au Canada (gouvernement, organismes d'aînés, programmes et services de soins et d'information en matière de santé pour les aînés). Ces études pilotes ont montré qu'il s'agit d'un outil pratique, utile et pertinent pour concevoir des politiques, cerner les lacunes dans les politiques en vigueur, informer les futurs professionnels de la santé, guider l'élaboration des nouveaux programmes et évaluer la prestation des services en fonction des valeurs des aînés. L'Outil d'évaluation repose sur des principes et il encourage l'inclusion des aînés et des défenseurs de leurs droits dans les processus de conception et d'examen des programmes et des politiques qui les touchent. Il se veut un outil de traitement et s'est révélé très utile pour aider des intervenants ayant des points de vue et des intérêts divergents en ce qui a trait au bien-être des aînés à s'entendre de façon à travailler efficacement. On a noté que l'application de l'Outil permet d'accroître la sensibilisation aux facteurs qui influent sur le bien-être et la santé mentale des aînés.

À partir des expériences vécues dans les emplacements pilotes aux chapitres de la promotion et de la mise en œuvre de l'Outil, on a pu en faire une pratique exemplaire pour la conception de politiques et de programmes. L'annexe 1 contient les commentaires des membres des groupes pilotes au sujet des points forts et des points faibles de l'Outil. La trousse a en outre été présentée lors d'un certain nombre de conférences, où d'autres commentaires ont été recueillis. Par la suite, un symposium a permis de discuter des expériences d'application de l'Outil et de déterminer les avantages et les défis que cela comporte. Cette information a servi à améliorer l'Outil et à concevoir des documents qui facilitent son utilisation dans divers contextes et à diverses fins; tous ces documents font partie de la présente trousse. Le *Guide d'application de l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés* contient des exemples d'utilisation et l'annexe 1 renferme des commentaires et des conseils formulés par ceux qui l'ont utilisé.

OUTIL D'ÉVALUATION DES POLITIQUES EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE DES ÂÎNÉS

INSTRUCTIONS

Vous pouvez consulter le *Guide d'application de l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés*, dans la partie qui suit, pour obtenir des explications au sujet des questions ou des exemples de la manière dont il a déjà été utilisé.

PRÉPARATION

Description de la politique ou du programme

Indiquez le but et l'objectif de la politique ou du programme examiné au moyen de l'Outil d'évaluation.

Examen de la population du troisième âge susceptible d'être touchée par la politique ou le programme
Quels sont les aînés qui pourraient être le plus touchés par la politique, le programme ou la pratique?

Ayez ces personnes à l'esprit lorsque vous répondez aux questions de l'Outil d'évaluation.

APPLICATION DE L'OUTIL D'ÉVALUATION DES POLITIQUES EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE DES AÎNÉS

Pour chaque question de l'Outil, cochez *Oui*, *Non*, *Ne sait pas* ou *S/O* (sans objet), selon ce que vous pensez de votre politique.

Durant l'application de l'Outil, prenez en note les domaines dans lesquels vous avez besoin de plus de renseignements ainsi que la manière dont vous comptez vous y prendre pour les obtenir.

I. Facteurs liés au processus

1. Participation des aînés

- Quel rôle les aînés, les défenseurs de leurs droits et les organismes qui les représentent jouent-ils dans l'application de l'Outil d'évaluation?

Participation des aînés	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
Les aînés visés par la politique ou le programme participent-ils à son analyse et à son élaboration?				
Les organismes d'aînés et les groupes de défense des droits ont-ils été consultés? Participent-ils au processus?				
Des mécanismes sont-ils en place pour assurer la consultation et la participation active des aînés à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et des programmes qui les touchent?				

- Qui doit participer au processus?

Notes

Participation des parties concernées	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
La politique a-t-elle été élaborée avec la collaboration des parties concernées?				
La politique ou le programme met-il l'accent sur le partenariat et la collaboration?				
Les ministères et organismes pertinents (des secteurs gouvernemental, non gouvernemental, bénévole et privé) participent-ils au processus?				

Notes

2. Collaboration

- Les principaux organismes, ministères, groupes d'intérêts ou particuliers concernés prennent-ils part à l'application de l'Outil?

Données probantes	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
La politique reflète-t-elle la situation ou le contexte actuel?				
La politique ou le programme met-il l'accent sur le partenariat et la collaboration?				
Le processus et les résultats peuvent-ils être évalués?				

- Qui devrait participer au processus?

Notes

II. Évaluation du contenu de la politique ou du programme

1. Diversité et marginalisation

- Déterminez si des personnes âgées sont susceptibles d'être victimes d'injustices ou de subir des répercussions négatives en raison de leur affiliation à des groupes marginalisés.

La politique ou le programme permet-il d'éviter les effets négatifs pour les aînés qui appartiennent aux groupes suivants?	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
Homosexuels, lesbiennes ou transgenre				
Minorité ethnoculturelle, linguistique, religieuse ou raciale				
Femmes				
Hommes				
Personnes à faible revenu				
Personnes ayant une maladie mentale				
Personnes ayant une déficience intellectuelle				
Autochtones				
Personnes handicapées (p. ex., problème de mobilité, déficience visuelle ou auditive)				
Personnes ayant une maladie chronique				
Personnes vivant en établissement				
Personnes ayant un retard de développement				
Personnes ayant une dépendance				
Personnes immigrées (en tant qu'aînés)				
Personnes ayant un emploi (rémunéré ou bénévole)				
Personnes de plus de 85 ans				
Autres				

Notes

2. Difficultés liées aux transitions

- Déterminez si l'un ou l'autre des facteurs suivants pourrait affecter les aînés risquant d'être touchés par la politique ou le programme. Si c'est le cas, demandez-vous si les répercussions négatives éventuelles sont prises en considération ou abordées.

La politique ou le programme tient-il compte des répercussions négatives que pourraient avoir les facteurs suivants sur la santé mentale des aînés?	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
Deuil				
Déménagement				
Isolement (social ou géographique)				
Mauvais état de santé				
Déficiences auditive ou visuelle grave				
Situation familiale (personne seule, sans enfant)				
Réseaux de soutien social (faibles, dysfonctionnels)				
Environnement social (inadéquat, dangereux, conflictuel)				
Prestation de soins à une autre personne				
Conditions de vie (personnes sans abri, vivant seules, hospitalisées, dans un établissement de soins prolongés)				
Âgisme				
Autres				

Notes

3. Accessibilité

- La politique ou le programme permet-il d'éliminer des handicaps et prévoit-il des mesures pour répondre aux besoins des aînés et assurer leur participation?

Facilité d'accès – Accessibilité	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
Y a-t-il suffisamment de personnel et de bénévoles pour assurer l'accessibilité?				
Les renseignements pertinents sur l'accès et l'admissibilité sont-ils présentés de façon claire et simple?				
Les renseignements qui concernent les aînés visés par le programme sont-ils faciles d'accès (compte tenu du niveau d'alphabétisation, des connaissances en matière de santé, des déficiences visuelles ou auditives, de la langue, de la culture)?				
À-t-on éliminé les obstacles physiques pour les personnes âgées ayant une déficience (problème de mobilité, déficience visuelle ou auditive)?				
Les mesures prises sont-elles abordables?				
Des ressources suffisantes seront-elles disponibles en temps opportun?				
Des moyens de transport sont-ils rapidement et facilement utilisables?				

Notes

4. Participation et contacts sociaux

- La politique ou le programme favorise-t-il les contacts sociaux et la participation sociale des aînés?

La politique ou le programme :	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
élimine-t-il les obstacles (p. ex., financiers, technologiques, institutionnels, liés à l'attitude, etc.) qui entravent la participation sociale et communautaire des aînés?				
facilite-t-il l'accès à leur réseau social composé de membres de la famille et d'amis?				
facilite-t-il l'accès à leur communauté (culturelle ou géographique)?				
favorise-t-il l'inclusion des aînés dans la société?				
réduit-t-il la solitude ainsi que l'isolement social et spirituel?				
favorise-t-il ou soutient-il le sentiment d'appartenance ou d'importance individuelle?				

Notes

5. *Autodétermination et autonomie*

La politique ou le programme favorise-t-il l'autodétermination et l'autonomie des aînés?

La politique ou le programme :	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
donne-t-il la possibilité de faire des choix?				
donne-t-il aux aînés les renseignements et le temps requis pour faire des choix éclairés au sujet des risques qu'ils sont prêts à prendre et des conséquences qui s'y rattachent?				
offre-t-il le soutien (encouragement, ressources) nécessaire pour faciliter ces choix?				
encourage-t-il le développement des forces et de la capacité d'adaptation des aînés?				
renforce-t-il la capacité des aînés de s'adapter à des situations différentes?				
permet-il aux aînés d'utiliser au maximum leurs capacités? (en les aidant à surmonter les problèmes de mobilité, les pertes sensorielles, etc.)				
respecte-t-il les valeurs des aînés?				
soutient-il les options qui s'offrent aux aînés et les choix éclairés qu'ils font dans tous les domaines de leur vie? (une gamme complète d'options est-elle offerte?)				
favorise-t-il la capacité d'adaptation?				
encourage-t-il le rétablissement et l'espoir?				

Notes

6. Respect et dignité

La politique ou le programme favorise-t-il le respect des aînés et leur dignité?

La politique ou le programme :	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
favorise-t-il l'estime de soi?				
soutient-il la dignité des aînés?				
respecte-t-il la vie privée et la confidentialité?				
est-il respectueux des aînés?				
reconnait-il le caractère unique de chaque personne?				
projette-t-il une image positive des aînés?				
respecte-t-il leurs valeurs?				

Notes

7. Justice et équité

La politique ou le programme est-il juste envers les aînés dans le contexte du bien public?

La politique ou le programme :	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
est-il juste envers ceux qu'il touche?				
comporte-t-il des procédures et des critères qui sont justes et raisonnables?				
tient-il compte des besoins individuels par rapport aux besoins collectifs?				
tient-il compte de l'ensemble des coûts et des avantages liés au soutien des aspirations des aînés?				

Notes

8. Sécurité

- La politique ou le programme favorise-t-il la sécurité psychologique, physique et économique des aînés?

La politique ou le programme :	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
procure-t-il aux aînés la sécurité requise pour faire des plans d'avenir (p. ex., logement, services adéquats, décès)?				
donne-t-il un sentiment de sécurité?				
donne-t-il sentiment d'appartenance?				
diminue-t-il les risques liés à la criminalité, à la maladie ou aux blessures?				
favorise-t-il la sécurité physique?				
favorise-t-il la sécurité économique?				

Notes

9. Protection et gestion du risque

- La politique ou le programme donne-t-il aux aînés l'assurance que de l'aide est disponible au besoin?

La politique ou le programme :	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
permet-il d'intervenir pour protéger les aînés lorsque la situation le requiert?				
permet-il la gestion et la communication efficaces et opportunes des risques?				
permet-il d'atténuer les risques pour la santé, la sécurité et le bien-être des aînés?				
préconise-t-il l'application des mesures les moins radicales possibles (compte tenu des risques)?				
tient-t-il compte des préférences des aînés dans la mesure du possible?				
respecte-t-il et protège-t-il les droits juridiques des aînés?				

Notes

10. *Données probantes*

La politique ou le programme repose-t-il sur des données probantes?

La politique ou le programme :	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
repose-t-il sur des données actuelles et des pratiques exemplaires?				
permet-il une évaluation du processus et des résultats?				

Notes

III. ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION

1. *Additionnez les colonnes. Où nous situons-nous? Quelles améliorations pouvons-nous apporter?*

OUI > NON? Votre politique ou votre programme est sur la bonne voie mais vous cherchez tout de même à l'améliorer. Réexaminez le tout et déterminez s'il est possible d'apporter des changements qui pourraient faire augmenter le nombre de OUI dans vos réponses.

NON > OUI? Vous devriez réexaminer le contenu et l'intention générale de votre politique ou de votre programme. Beaucoup de besoins, de souhaits et de préoccupations des aînés ne sont pas pris en considération. La meilleure chose à faire serait de demander l'avis des aînés eux-mêmes.

NE SAIT PAS > OUI ou NON Il vous faut réunir davantage de renseignements avant de mettre en oeuvre votre politique ou votre programme. De cette manière, vous vous assurerez qu'il est plus complet et holistique.

SANS OBJET > OUI ou NON Revenez sur votre politique, votre programme ou votre pratique et examinez-la d'un œil critique. Y a-t-il vraiment beaucoup de questions qui ne s'y appliquent pas? Ou est-ce qu'une grande partie de votre politique, de votre programme ou de votre pratique ne répond pas aux besoins, aux souhaits et aux préoccupations de ceux à qui elle s'adresse?

2. *Examinez vos notes et vos discussions. Relevez les points forts de la politique ou du programme.*

3. *Déterminez les domaines où des améliorations pourraient être apportées et trouvez des façons d'éliminer ou de contrebalancer les effets négatifs possibles. Indiquez qui doit participer à ce processus et quels renseignements il faut obtenir. Fixez des dates cibles. Faites une recommandation.*

Problèmes repérés	Renseignements requis ou mesures à prendre	Qui doit participer	Date butoir

4. Faites une recommandation.

Indiquez si la politique doit ou non être acceptée ou acceptée avec les modifications indiquées, si des renseignements supplémentaires sont requis ou si des révisions sont nécessaires.

Recommandation	Oui	Non
Politique acceptée		
Politique acceptée avec les modifications indiquées		
Renseignements supplémentaires nécessaires pour la prise de décisions		
Révisions nécessaires		

5. Modifiez la politique, puis servez-vous à nouveau de l'Outil d'évaluation, en reprenant l'exercice au début. Recommencez ainsi jusqu'à ce que la politique (modifiée) soit prête à être acceptée.

ANNEXE 1

Guide d'application de l'outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés

Dans cette partie, vous trouverez des explications pour chaque volet de l'Outil d'évaluation. Afin d'en illustrer toute la portée et la polyvalence, nous fournissons des exemples d'utilisations qui en ont été faites dans divers contextes, à différentes fins et par un éventail d'utilisateurs. Ces exemples sont présentés en italique.

Préparation

Description de la politique

Examinez le but et l'objectif de la politique ou du programme auquel l'Outil d'évaluation est appliqué. Dans certains cas, vous devrez accorder plus ou moins de poids à certaines sections particulières lorsque vous ferez vos calculs et formulerez vos recommandations. Les questions de l'Outil sont structurées de manière à ce que cela puisse être fait sans en compromettre l'intégrité.

L'Outil d'évaluation a été utilisé pour la mise en place d'un programme communautaire de nutrition ayant pour but de maximiser l'autonomie des aînés en leur assurant une alimentation saine sans avoir à vivre dans un cadre institutionnel. Dans ce cas précis, comme l'autonomie était l'objectif premier, les questions et réponses liées à celle-ci ont fait l'objet d'une attention toute particulière.

Examinez la population touchée par la politique ou le programme.

Avant de se servir de l'Outil, il est important de bien connaître la population d'aînés la plus susceptible d'être touchée par la politique ou le programme évalué. Ce faisant, on s'assure que la politique ou le programme sera adapté aux besoins des personnes à qui il s'adresse.

I. Facteurs liés au processus

Même si les questions de l'Outil sont présentées sous forme de liste de vérification, elles visent à stimuler la réflexion et la discussion. L'application de l'Outil est encore plus utile lorsqu'elle se fait en collaboration avec les personnes touchées.

La participation des aînés et d'autres intervenants pertinents ajoute beaucoup de valeur à l'Outil parce que cela :

- permet de tenir compte des points de vue de tous les intervenants concernés, particulièrement les aînés;
- permet aux participants de mieux comprendre le point de vue des autres;
- aide à trouver un terrain d'entente;
- favorise le sentiment d'appartenance et l'appui de tout changement ou initiative qui en découle;
- donne de la crédibilité dans différents secteurs de la communauté;
- aide à s'assurer que les résultats sont accessibles et qu'ils satisfont les personnes concernées.

1. Participation des aînés

La participation des aînés aux décisions qui les touchent est un principe fondamental de l'Outil d'évaluation. Les personnes âgées ont une riche expérience à partager et sont expertes des questions qui touchent leur vie. Leurs suggestions et leurs commentaires sont essentiels pour s'assurer que les programmes et services offerts aux aînés reflètent leurs besoins et leurs valeurs.

- Comment s'assure-t-on que les aînés, les défenseurs de leurs droits et les organismes qui les représentent participent à l'application de l'Outil?

Participation des aînés	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
Les aînés visés par la politique ou le programme participent-ils à son analyse et à son élaboration?				
Les organismes d'aînés et les groupes de défense des droits ont-ils été consultés? Participent-ils au processus?				
Des mécanismes sont-ils en place pour assurer la consultation et la participation active des aînés à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et des programmes qui les touchent?				

La coordonnatrice d'un centre municipal de loisirs s'est servie de l'Outil d'évaluation pour examiner les programmes offerts et a déterminé qu'il y avait lieu de les rendre plus accessibles aux personnes âgées, particulièrement à celles étant plus isolées en raison de problèmes de transport. Afin de définir une stratégie pour régler ce problème d'accessibilité, elle a invité les organismes d'aînés, les entreprises locales, les organisations bénévoles et la société municipale de transport en commun à une rencontre qui a donné lieu à l'adoption de diverses subventions et de nouveaux services adaptés aux besoins individuels. Des aînés ont ensuite pris part à l'évaluation des nouvelles approches.

2. Collaboration

Compte tenu de la complexité des facteurs interreliés susceptibles d'affecter la santé mentale et le bien-être des aînés (p. ex., l'isolement social), les organismes d'aînés, les défenseurs des droits des aînés, les divers ordres de gouvernement ainsi que les ministères et organismes non gouvernementaux devraient probablement tous prendre part à l'élaboration et à l'analyse des politiques.

- Les principaux organismes, ministères, groupes d'intérêt ou particuliers concernés prennent-ils part à l'application de l'Outil?

Participation des intervenants	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
La politique a-t-elle été élaborée avec la collaboration des parties concernées?				
La politique ou le programme met-il l'accent sur le partenariat et la collaboration?				
Les ministères et organismes pertinents (des secteurs gouvernemental, non gouvernemental, bénévole et privé) participent-ils au processus?				

Un ministère provincial de la Santé a eu recours à l’Outil d’évaluation pour élaborer ses stratégies en matière de gestion et de prévention de la douleur chronique et de la maladie chronique; celles-ci ont établi d’importantes directives et stratégies générales pour guider l’élaboration et le financement des politiques, programmes et services et pour assurer une collaboration multisectorielle. À la suite de cette expérience avec l’Outil d’évaluation, les représentants du ministère ont réévalué le fonctionnement de leurs groupes de consultation et y ont ajouté des représentants d’organismes d’aînés et d’organismes communautaires en plus d’apporter d’importants changements au niveau du contenu. Ils ont également intégré l’Outil d’évaluation au plan provincial de mise en œuvre des stratégies relatives aux aînés.

II. Évaluation du contenu de la politique ou du programme

1. Diversité et marginalisation

La population âgée est hétérogène et comporte de nombreux groupes distincts; certains sont formés de personnes marginalisées ou vulnérables, et tous présentent des situations, des aspirations et des besoins différents. Les aînés appartiennent souvent à plus d’un groupe.

- Si la politique, le programme ou la pratique s’adresse à l’ensemble des aînés, examinez de quelle manière les déterminants de la santé les touchent en règle générale ainsi que leurs points de vue sur les problèmes de santé mentale liés au vieillissement. (Voir le cadre conceptuel à l’annexe 2.)
- Si la population d’aînés touchée regroupe, par exemple, des Autochtones, des résidents de maisons de soins infirmiers ou des membres d’autres groupes vulnérables, il pourra être nécessaire d’effectuer davantage de recherches pour déterminer à quelles inégalités, problèmes ou défis particuliers ces personnes sont confrontées.
- Déterminez si des aînés risquent d’être victimes d’injustices ou de subir des conséquences négatives en raison de leur appartenance à certains groupes marginalisés.

La politique ou le programme permet-il d’éviter les effets négatifs pour les aînés qui appartiennent aux groupes suivants?	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
Homosexuels, lesbiennes ou transgenre				
Minorité ethnoculturelle, linguistique, religieuse ou raciale				
Femmes				
Hommes				
Personnes à faible revenu				
Personnes ayant une maladie mentale				
Personnes ayant une déficience intellectuelle				
Autochtones				
Personnes handicapées (p. ex., problème de mobilité, déficience visuelle ou auditive)				
Personnes ayant une maladie chronique				
Personnes vivant en établissement				
Personnes ayant un retard de développement				
Personnes ayant une dépendance				
Personnes immigrées (en tant qu’aînés)				
Personnes ayant un emploi (rémunéré ou bénévole)				
Personnes de plus de 85 ans				
Autres				

L'Outil a servi à encadrer la recherche sur les besoins des personnes qui dispensent des soins à des aînés aux prises avec une maladie mentale et des toxicomanies persistantes. Les fournisseurs de soins et de services ont indiqué que les aînés toxicomanes sont marginalisés, qu'ils sont souvent pauvres, qu'ils souffrent de problèmes de santé chroniques et qu'ils sont victimes de discrimination lorsqu'ils essaient d'accéder à des services, des soins ou des logements offerts aux aînés. Les fournisseurs de soins et de services entretiennent également des préjugés face aux toxicomanes. Les résultats de ces recherches ont été présentés aux autorités sanitaires, qui doivent faire des recommandations dans le but d'éliminer les inégalités.

La santé mentale des gens est influencée par l'interaction de facteurs personnels, environnementaux et sociaux : les déterminants de la santé (sexe, revenu et statut social, réseaux de soutien social, hygiène de vie, capacité d'adaptation, environnement physique et social, accès aux services de santé) qui s'accumulent dans leur vie gens au fil du temps.

Un organisme autochtone s'est servi de l'Outil d'évaluation pour élaborer un programme visant à promouvoir la santé des personnes vieillissantes. L'Outil a confirmé qu'il y avait une forte prévalence de diabète, de dépendance à l'alcool et aux drogues, de faibles revenus et d'environnements physiques de mauvaise qualité chez les Autochtones que chez les autres Canadiens. Il a en outre permis de reconnaître que l'importance et le caractère unique des pratiques culturelles des Premières Nations (y compris les préférences alimentaires, le respect envers les aînés, les traditions orales et les pratiques spirituelles) les distinguent de la tendance dominante. Tous ces facteurs ont été pris en considération au moment d'élaborer un programme de promotion de la santé mentale mettant en valeur les forces des aînés et éliminant les obstacles à leur participation.

2. Difficultés liées aux transitions

Les événements normatifs, les passages critiques et d'autres événements liés à l'âge peuvent aussi engendrer des problèmes de santé mentale chez les aînés. L'Outil peut servir à sensibiliser les gens à ce sujet et à orienter les services vers les personnes âgées qui en ont besoin. Voici deux exemples.

Une femme qui habite en région rurale et qui garde à la maison son mari souffrant de démence est très vulnérable à la détérioration de sa propre santé (physique et mentale) et à l'isolement social, deux facteurs qui peuvent être aggravés par un manque de répit et de ressources. Si par ailleurs son revenu est faible, elle n'est peut-être pas en mesure d'assumer les coûts des services offerts par le secteur privé.

Un homme qui perd sa conjointe et qui n'entretient pas de liens étroits avec ses enfants (ou qui n'a pas d'enfant) peut devenir socialement isolé et être plus porté au suicide.

- Déterminez si l'un ou l'autre des facteurs suivants pourrait affecter les aînés susceptibles d'être touchés par la politique ou le programme. Si c'est le cas, demandez-vous si les répercussions négatives éventuelles sont prises en considération ou abordées.

La politique ou le programme tient-il compte des répercussions négatives que pourraient avoir les facteurs suivants sur la santé mentale des aînés?	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
Deuil				
Déménagement				
Isolement (social ou géographique)				
Mauvais état de santé				
Déficiences auditive ou visuelle grave				
Situation familiale (personne seule, sans enfant)				
Réseaux de soutien social (faibles, dysfonctionnels)				
Environnement social (inadéquat, dangereux, conflictuel)				
Prestation de soins à une autre personne				
Conditions de vie (personnes sans abri, vivant seules, hospitalisées, dans un établissement de soins prolongés)				
Âgisme				
Autres				

Un hôpital général s'est servi de l'Outil d'évaluation pour examiner ses politiques en matière de congé après qu'un homme âgé, veuf depuis peu, qui avait été traité pour des problèmes cardiovasculaires et obtenu son congé soit retourné sur sa ferme où il vivait seul et se soit enlevé la vie. L'examen a révélé que les conditions sociales dans lesquelles vivait cet homme n'avaient pas été prises en considération au moment de le renvoyer chez lui. Une politique a donc été mise en place pour que les aînés présentant des facteurs de risque (comme ceux mentionnés précédemment) ne quittent pas l'hôpital sans qu'un plan de soutien ait été conçu par un travailleur social.

3. Accessibilité

L'accessibilité suppose l'élimination de tous les obstacles sociaux, culturels, économiques et physiques aux programmes et aux politiques, afin que les aînés puissent en prendre connaissance et choisir de les utiliser. L'information, les communications et les mesures adaptées aux aînés susceptibles d'être touchés par une politique ou un programme en facilitent l'accès et permettent à ceux-ci de tirer le maximum de leurs capacités.

- Lancez des idées afin de déterminer de quelle façon la politique ou le programme pourrait involontairement restreindre l'accès des aînés – faites preuve d'imagination.

Un groupe a reconnu que son système de réponse vocale décourageait certains aînés de le contacter pour bénéficier de son programme et a donc décidé de s'en départir. Un autre s'est rendu compte que les endroits où il annonçait son programme ne lui permettaient pas de rejoindre une grande partie des aînés admissibles aux services offerts. De même, un centre de loisirs a reconnu que le piètre éclairage des lieux constituait un obstacle pour les aînés ayant une vision réduite.

- La politique ou le programme permet-il d'éliminer les handicaps et prévoit-il des mesures pour répondre aux besoins des aînés et permettre leur participation?

Facilité d'accès – Accessibilité	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
Y a-t-il suffisamment de personnel et de bénévoles pour assurer l'accessibilité?				
Les renseignements pertinents sur l'accès et l'admissibilité sont-ils présentés de façon claire et simple?				
Les renseignements qui concernent les aînés visés par le programme sont-ils faciles d'accès (compte tenu du niveau d'alphabétisation, des connaissances en matière de santé, des déficiences visuelles ou auditives, de la langue, de la culture)?				
A-t-on éliminé les obstacles physiques pour les personnes âgées ayant une déficience (problème de mobilité, déficience visuelle ou auditive)?				
Les mesures prises sont-elles abordables?				
Des ressources suffisantes seront-elles disponibles en temps opportun?				
Des moyens de transport sont-ils rapidement et facilement utilisables?				

Les responsables d'un centre pour personnes âgées, inquiets du faible nombre de participants, se sont servis de l'Outil pour évaluer leur programme. Ils ont découvert que les renseignements concernant le programme (fournis dans les dépliants) n'atteignaient pas les aînés de la communauté appartenant aux minorités ethnoculturelles, peu alphabétisés ou ayant des problèmes de vision. Ils ont réglé le problème en fournissant de l'information dans différentes langues et en imprimant les documents en caractères

de plus grande taille. Ils ont également travaillé de concert avec différents groupes ethnoculturels pour s'assurer que leur matériel de promotion ainsi que les activités et les repas offerts soient adaptés à la culture et pour que les gens fassent la promotion du programme dans leur collectivité. Ensemble, ces mesures ont accru la participation aux activités du centre.

L'utilisation de l'Outil d'évaluation a permis à une municipalité rurale de prendre conscience des risques d'isolement social et des risques connexes pour la santé mentale associés à l'absence de moyens de transport abordables et adéquats, risques que l'éloignement géographique et les conditions météorologiques ne font qu'aggraver. À la suite de cette prise de conscience, une réunion de divers intervenants a été organisée afin d'élaborer un programme de subventions pour la recherche de solutions novatrices aux problèmes de transport.

4. Participation et contacts sociaux

Les aînés valorisent la participation, de même que le fait de demeurer actifs dans tous les domaines (socialement, économiquement, politiquement), de jouer un rôle significatif dans le déroulement de leurs affaires quotidiennes, de profiter de ce qu'offre la vie, de tirer parti des programmes et services disponibles et de participer pleinement aux activités de la vie quotidienne ainsi qu'aux décisions et initiatives dans tous les secteurs et non uniquement à celles qui touchent directement les aînés.

La politique ou le programme favorise-t-il les contacts sociaux et la participation sociale des aînés?

La politique ou le programme :	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
élimine-t-il les obstacles (p. ex., financiers, technologiques, institutionnels, liés à l'attitude, etc.) qui entravent la participation sociale et communautaire des aînés?				
facilite-t-il l'accès à leur réseau social composé de membres de la famille et d'amis?				
facilite-t-il l'accès à leur communauté (culturelle ou géographique)?				
favorise-t-il l'inclusion des aînés dans la société?				
réduit-t-il la solitude ainsi que l'isolement social et spirituel?				
favorise-t-il ou soutient-il le sentiment d'appartenance ou d'importance individuelle?				

Les responsables d'un centre pour personnes âgées qui se sont servis de l'Outil d'évaluation ont découvert que leur environnement physique (p. ex., la piètre qualité de l'éclairage, le bruit) ainsi que l'absence de comité responsable de l'accueil des nouveaux membres avaient un effet dissuasif sur certains aînés (ayant une déficience visuelle ou auditive ou se sentant timides ou mal à l'aise) et les empêchait de prendre part aux activités au centre. Des améliorations ont donc été apportées aux locaux et des bénévoles ont été recrutés pour accueillir les nouveaux membres. De plus, le centre offre maintenant le thé aux familles ainsi qu'un service de lecture et de rédaction de lettres.

5. Autodétermination et autonomie

Les aînés aiment être en contrôle de leur vie, en faire le plus possible par eux-mêmes et faire leurs propres choix (p. ex., prendre des décisions relatives à leurs activités quotidiennes, être responsables dans la mesure du possible des choses qui les touchent, avoir la liberté de décider comment ils souhaitent vivre leur vie). L'interdépendance (jouir de l'accès à un réseau de soutien) est également importante pour la liberté de choix et l'autodétermination. La création d'un environnement dans lequel les aînés ont accès aux renseignements, aux options et au soutien nécessaires pour effectuer de véritables choix favorise l'autonomie et l'autodétermination.

La politique ou le programme favorise-t-il l'autodétermination et l'autonomie des aînés?

La politique ou le programme :	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
donne-t-il la possibilité de faire des choix?				
donne-t-il aux aînés les renseignements et le temps requis pour faire des choix éclairés au sujet des risques qu'ils sont prêts à prendre et des conséquences qui s'y rattachent?				
offre-t-il le soutien (encouragement, ressources) nécessaire pour faciliter ces choix?				
encourage-t-il le développement des forces et de la capacité d'adaptation des aînés?				
renforce-t-il la capacité des aînés de s'adapter à des situations différentes?				
permet-il aux aînés d'utiliser au maximum leurs capacités? (en les aidant à surmonter les problèmes de mobilité, les pertes sensorielles, etc.)				
respecte-t-il les valeurs des aînés?				
soutient-il les options qui s'offrent aux aînés et les choix éclairés qu'ils font dans tous les domaines de leur vie? (une gamme complète d'options est-elle offerte?)				
favorise-t-il la capacité d'adaptation?				
encourage-t-il le rétablissement et l'espoir?				

L'évaluation d'un service de santé mentale en gériatrie au moyen de l'Outil a engendré des discussions sur la manière dont les professionnels de la santé, malgré leurs bonnes intentions, « prescrivent » les soins et les traitements appropriés. Cela a mené à l'ajout de questions au sujet des forces et de la capacité d'adaptation dans l'évaluation et dans le plan de traitement.

6. Respect et dignité

Pour les personnes âgées, il est important d'être traité avec respect, peu importe la situation, et d'avoir un sentiment d'estime personnelle (p. ex., d'avoir confiance en soi, d'être accepté tel que l'on est sans égard à son âge, à son état de santé, etc., d'être apprécié pour les réalisations effectuées au cours de sa vie, d'être respecté pour son rôle et ses contributions au niveau de la famille, des amis, de la communauté et de la société ainsi que d'être traité comme un être humain digne et un membre à part entière de la société).

- La politique ou le programme favorise-t-il le respect des aînés et leur dignité?

La politique ou le programme :	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
favorise-t-il l'estime de soi?				
soutient-il la dignité des aînés?				
respecte-t-il la vie privée et la confidentialité?				
est-il respectueux des aînés?				
reconnait-il le caractère unique de chaque personne?				
projette-t-il une image positive des aînés?				
respecte-t-il leurs valeurs?				

Un établissement de soins complexes s'est servi de l'Outil d'évaluation pour élaborer un programme de formation à l'intention de son personnel. Ce programme est axé sur le respect de la personne, sur la manière de repérer et de promouvoir les forces et la capacité d'adaptation des résidents ainsi que sur l'établissement de relations.

Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a approuvé deux initiatives qui correspondent aux valeurs et aux principes intégrés dans l'Outil d'évaluation. Des fonctionnaires ont travaillé de concert avec des organismes pour personnes âgées et d'autres partenaires dans le but de trouver des moyens de mettre les aînés à l'avant-plan au cours des Jeux olympiques et paralympiques de 2010. Cette initiative a pour objet de sensibiliser les aînés et de les encourager à devenir bénévoles, de même que de promouvoir les bienfaits pour la santé associés à une meilleure intégration sociale et à un sens accru de sa propre valeur au sein de la société. Le Premier's Council on Aging (le conseil sur le vieillissement parrainé par le premier ministre de la province), composé de personnes âgées, est un autre exemple de projet qui vise à encourager la participation des aînés à l'élaboration des politiques et des programmes qui les touchent.

Lors de l'examen des soins offerts aux aînés dans un hôpital général, l'Outil a révélé qu'un certain nombre des pratiques utilisées portaient atteinte à la dignité des résidents, notamment le partage des chambres entre personnes de sexe opposé, la manière dont le personnel s'adressait aux aînés (en les appelant par leur prénom sans leur avoir demandé la permission) et le fait de ne pas répondre assez rapidement à leurs besoins d'hygiène élémentaires. Une politique a été élaborée afin de régler ces problèmes.

7. Justice et équité

Les personnes âgées sont éprises de justice et d'équité. Elles désirent que leurs besoins soient considérés au même titre que ceux des autres Canadiens (p. ex., avoir un accès équitable aux ressources et aux services disponibles sur le plan social, économique et politique, ne pas être victimes de discrimination fondée sur l'âge et être traitées d'une manière qui favorise au maximum leur inclusion à la société).

La politique ou le programme est-il juste envers les aînés dans le contexte du bien public?

La politique ou le programme :	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
est-il juste envers ceux qu'il touche?				
comporte-t-il des procédures et des critères qui sont justes et raisonnables?				
tient-il compte des besoins individuels par rapport aux besoins collectifs?				
tient-il compte de l'ensemble des coûts et des avantages liés au soutien des aspirations des aînés?				

De façon générale, les aînés souhaitent demeurer le plus longtemps possible chez eux mais certains facteurs comme un revenu insuffisant, des problèmes physiques et cognitifs ou des difficultés d'accès à la communauté peuvent les en empêcher. Les personnes âgées qui demeurent chez elles sont plus susceptibles de conserver leur réseau de soutien social et d'être actives au sein de leur communauté, deux facteurs qui favorisent la santé mentale. On a utilisé l'Outil pour examiner les programmes fédéraux destinés aux aînés et on a constaté que trois programmes ou politiques (Logements adaptés : aînés autonomes (LAAA), Programme d'aide à la remise en état des logements (PARL) et Programme pour l'autonomie des anciens combattants) soutenaient le premier choix des aînés, qui est de demeurer dans leur propre logement.

Lors de l'examen des politiques pour maisons de soins infirmiers, on a observé qu'aucune ne tenait compte à la fois des besoins des aînés dont les comportements agités dérangent les autres et de l'impact négatif de tels comportements sur la santé mentale des autres résidents et du personnel. Une ligne directrice fondée sur des données recueillies en pratique clinique a été élaborée afin que l'on procède à des interventions minimales (p. ex., une modification de l'environnement social et physique) avant d'envisager un déménagement. Au même moment, des mesures visant à évaluer de façon continue le niveau de perturbation des autres résidents et du personnel ont été mises en place et les résultats ont été pris en considération au moment d'élaborer des lignes directrices.

8. Sécurité

Les personnes âgées valorisent le sentiment de sécurité que procure le fait d'avoir un revenu suffisant en fin de vie et d'avoir accès à un environnement sûr où elles se sentent appuyées (p. ex., la sécurité financière qui leur permet de subvenir à leurs besoins quotidiens, la sécurité physique – conditions de vie, sentiment d'être protégé contre la criminalité, etc. – l'accès à la famille et aux amis, l'entretien de liens étroits au niveau personnel et social et le maintien d'un réseau de soutien).

Une personne âgée qui réside dans un environnement urbain en déclin peut avoir peur de s'aventurer à l'extérieur de chez elle, ce qui augmente le risque d'isolement social. Les aînés qui ont déjà été victimes de discrimination (attribuable au racisme ou à l'homophobie, par exemple), qui sont fragiles ou dont la mobilité est réduite peuvent se sentir particulièrement menacés.

- La politique ou le programme favorise-il la sécurité psychologique, physique et économique des aînés?

La politique ou le programme :	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
procure-t-il aux aînés la sécurité requise pour faire des plans d'avenir (p. ex., logement, services adéquats, décès)?				
donne-t-il un sentiment de sécurité?				
donne-t-il sentiment d'appartenance?				
diminue-t-il les risques liés à la criminalité, à la maladie ou aux blessures?				
favorise-t-il la sécurité physique?				
favorise-t-il la sécurité économique?				

Un groupe d'intervention a soutenu que la manière dont les aînés sont dépeints dans les médias et par les politiciens (qui disent, par exemple, qu'ils privent les jeunes parce qu'ils touchent une pension, qu'ils sont un fardeau pour le système de soins de santé et qu'ils monopolisent des lits dans les établissements) est méprisante et constitue de la discrimination fondée sur l'âge. En se servant de l'Outil comme guide, le groupe a élaboré une stratégie axée sur la participation des aînés dans le cadre d'une campagne qui visait à renseigner les annonceurs, le gouvernement et les élus sur l'impact qu'ont les stéréotypes négatifs sur la santé mentale et le bien-être des personnes âgées.

9. Protection et gestion du risque

Même si l'autodétermination est un facteur important pour les personnes âgées, le fait de savoir que de l'aide est disponible au besoin est une sécurité.

- La politique ou le programme donne-t-il aux aînés l'assurance que de l'aide est disponible au besoin?

La politique ou le programme :	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
permet-il d'intervenir pour protéger les aînés lorsque la situation le requiert?				
permet-il la gestion et la communication efficaces et opportunes des risques?				
permet-il d'atténuer les risques pour la santé, la sécurité et le bien-être des aînés?				
préconise-t-il l'application des mesures les moins radicales possibles (compte tenu des risques)?				
tient-t-il compte des préférences des aînés dans la mesure du possible?				
respecte-t-il et protège-t-il les droits juridiques des aînés?				

Dans le cadre d'un programme de santé mentale destiné aux aînés, on s'est servi de l'Outil d'évaluation pour examiner les politiques en matière d'admissibilité, d'accueil et d'aiguillage. On a constaté que les listes d'attente et les délais entre l'évaluation initiale et la transmission des résultats aux autres professionnels de la santé étaient trop longs et qu'ils contribuaient à augmenter les risques pour certains clients lorsque les interventions ou les ressources n'étaient pas fournies assez rapidement. On a donc rationalisé les processus, trouvé une solution professionnelle aux problèmes d'accueil et de triage et aux situations de crise et proposé l'ajout de personnel.

10. Données probantes

Il serait important que des cadres réglementaires et juridiques, des normes, des lignes directrices, des pratiques « exemplaires » et des résultats de recherche pertinents éclairent l'élaboration des politiques et des programmes. L'Outil n'est que l'une des formes d'analyse permettant d'évaluer une politique; d'autres sources de renseignements et outils d'analyse doivent également être pris en considération lorsque l'Outil d'évaluation des politiques est utilisé et que vient le temps d'analyser les résultats.

La politique ou le programme repose-t-il sur des données probantes?

La politique ou le programme :	Oui	Non	Ne sait pas	S/O
repose-t-il sur des données actuelles et des pratiques exemplaires?				
permet-il une évaluation du processus et des résultats?				

Au cours d'un examen des politiques de location de logements supervisés, on a constaté que les politiques provinciales en matière de location immobilière et les normes relatives aux soins en établissement ne s'appliquaient pas, de sorte qu'il existait un vide juridique en ce qui a trait aux expulsions.

Un organisme de soutien à domicile s'est servi de l'Outil pour examiner les critères d'admission et de sortie applicables aux logements avec services de soutien. Il a établi qu'il lui fallait d'abord examiner les exigences juridiques en matière de logement supervisé puis en tenir compte au moment d'analyser ses politiques.

ANNEXE 2

Aide pour l'utilisation de l'outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentales des aînés

1. Points forts de l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés

Les personnes ayant utilisé l'Outil d'évaluation en ont dégagé les points forts suivants :

- Il est axé sur la personne, le client.
- Il est axé sur le bien-être.
- Il donne une perspective globale des programmes et des politiques axés sur le bien-être physique, mental, social et spirituel.
- Il est facile à utiliser.
- Il peut être utilisé comme outil d'évaluation rapide par les particuliers.
- L'information qu'il contient sur les valeurs et les concepts clés est éducative en elle-même.
- Il représente les aînés de manière positive. La présentation sémantique a beaucoup d'impact sur la façon de positionner et de dépeindre ces derniers et d'interpréter la politique.
- Il est lié à un processus qui n'est pas menaçant et qui favorise la discussion.
- Il donne une occasion de réfléchir de façon systématique.
- Il peut faciliter l'intégration des points de vue divergents de multiples intervenants.
- Il peut donner de l'uniformité et de la rigueur au processus entourant l'examen de politiques selon différents points de vue et faciliter l'établissement d'une vision commune. Ainsi, il peut faciliter la discussion entre les groupes de défense des droits et les analystes des politiques au sujet d'une politique qui se répercute sur les aînés.
- Il peut fournir à divers intervenants un cadre de référence et un contexte communs pour guider leurs discussions (p. ex., en cas de réunion d'un conseil des résidents et familles ou d'un conseil de gestion visant à définir et à évaluer des buts communs).
- Il soutient concrètement la discussion au sujet de philosophies et de buts abstraits, fondés sur les valeurs.
- Sa portée est adaptable; on peut l'appliquer à l'échelle d'une région ou d'une administration de la santé, d'une municipalité, d'une province ou d'un pays tout aussi bien qu'à l'évaluation d'un organisme, d'une politique ou d'un programme précis.
- Il peut être utilisé à toute étape de la planification, de l'élaboration, de l'examen ou de l'évaluation d'une politique ou d'un programme.
- Il s'intègre bien à d'autres processus courants comme l'homologation, l'évaluation, l'assurance de la qualité ou les soins autodirigés.

- Il permet d'accroître la reddition de comptes lorsque différents groupes utilisent le même cadre de référence.
- Son utilisation ajoute de la transparence au processus d'élaboration des politiques et facilite la comparaison des buts, des répercussions possibles, etc.
- Il peut servir au moment d'élaborer des stratégies, de réorganiser des services ou à d'autres occasions où l'on modifie la façon habituelle de faire les choses.
- Il peut servir à examiner dans quelle mesure les politiques et les procédures normalisées permettent, par exemple, d'améliorer les soins et les services axés sur la personne et le client.
- Il peut servir à évaluer les progrès.
- Il fournit un mécanisme de reddition de comptes pour s'assurer que quelque chose est fait lorsqu'un besoin est défini.
- Il fait valoir le renforcement de la capacité et la consultation au sein du système de soins de santé qui dessert les aînés.

2. Exemples d'application de l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés

Voici une liste d'exemples d'applications antérieures illustrant la portée de l'Outil. On peut, à partir du Seniors Mental Health Website – à l'adresse <http://www.seniorsmentalhealth.ca/Best%20Practices.htm> – visionner des présentations en PowerPoint sur la plupart de ces applications.

- Élaborer une proposition en vue de la mise sur pied d'un service provincial d'évaluation des comportements difficiles en milieu de soins prolongés.
- Commenter les ébauches de stratégies provinciales.
- Guider l'élaboration d'un outil d'évaluation des mauvais traitements infligés aux aînés qui examine les politiques en vigueur pour la prévention et la détection des mauvais traitements.
- Guider l'élaboration de politiques sur les services juridiques à l'intention des aînés.
- Examiner les services dans un centre sans but lucratif de défense des droits des aînés.
- Favoriser le développement communautaire en évaluant les services offerts aux aînés dans la communauté (logement, soutien à domicile, santé mentale) pour y intégrer une perspective axée sur la santé mentale.
- Inclure la santé mentale dans une demande de subvention visant à financer des programmes à l'intention des aînés.
- Enseigner dans le cadre de programmes postsecondaires.
- Évaluer l'incidence que pourrait avoir sur la santé mentale des aînés une politique provinciale de « la première place disponible » (selon laquelle une personne dont le premier choix de placement n'est pas disponible devrait accepter un autre placement jusqu'à ce qu'une place se libère dans l'établissement de son choix)
- Examiner un plan local de préparation à une vague de chaleur visant à répondre aux besoins de la communauté.

- Guider la mise sur pied d'un programme axé sur le bien-être des aînés.
- Examiner l'élaboration d'un programme.
- Guider ou structurer la mise sur pied à l'échelle régionale d'un nouveau système réorganisé et intégré reposant sur les meilleures pratiques en santé mentale gériatrique.
- Guider la restructuration d'un programme régional de santé mentale gériatrique visant à passer des services aux hospitalisés aux services communautaires et à un modèle biopsychosocial de soins.
- Guider la discussion entourant un programme et son élaboration, de manière à ce que cliniciens et gestionnaires puissent partager leurs points de vue au sujet de la conception du programme.

3. Conseils pour l'application de l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés

Voici des conseils relatifs à l'application de l'Outil provenant de ceux qui l'ont utilisé.

Planification préalable

- Au moment de décider qui prendra part au processus, ayez une vision d'ensemble tout en étant stratégique—le processus est une occasion d'exercer de l'influence auprès de personnes clés et de créer de nouveaux partenariats.
- L'application de l'Outil exige un maximum de réflexion et prend du temps—planifiez en conséquence.
- Évaluez et prévoyez le temps dont vous aurez besoin pour appliquer l'Outil à des politiques multisectorielles de plus grande portée. Vous aurez besoin de temps pour organiser et tenir des discussions de groupe et des consultations et pour effectuer les autres tâches (p. ex., la recherche) définies au cours de l'élaboration et de l'examen des ébauches.
- Obtenez l'engagement des dirigeants avant de mettre en œuvre l'Outil d'évaluation—si vous devez engager trop de niveaux de bureaucratie dans le processus d'application, cela risque de vous faire perdre l'intention première de la démarche.

Application

- Pour appliquer efficacement l'Outil, vous devez absolument savoir qui sont—ou qui seront—les aînés touchés par la politique ou le programme évalué.
- Arrêtez-vous un moment et réfléchissez à toute opinion biaisée que vous pourriez amener à la discussion ou au processus. Il est essentiel que le facilitateur soit capable de créer un climat de confiance dans lequel les gens puissent divulguer leurs opinions.
- Discutez de la manière dont la discussion entourant les questions de l'Outil peut favoriser la compréhension des vues de chacun.
- Servez-vous des questions de l'Outil pour créer un contexte qui n'encourage pas les programmes individuels et qui permet de garder le cap sur les aînés visés par la politique ou le programme.
- Encouragez les intervenants à axer la présentation de leurs commentaires et de leurs perspectives sur ce qu'ils feront pour mieux répondre aux besoins de la population.

- Utilisez le processus pour accentuer le fait que tous les aînés ont droit à des soins d'un niveau qui maximise leur participation et améliore leur qualité de vie indépendamment de leurs limitations ou de leurs incapacités.
- Assurez-vous de cerner et de documenter ce qui est fait correctement, afin que le processus ne paraisse ni négatif ni accablant.

Après l'application

- Examinez la mesure dans laquelle les réponses « Ne s'applique pas » indiquent réellement que vous devez accroître votre connaissance de la population et du contexte. S'il vous manque de l'information, obtenez-la.
- Donnez suite aux réponses incertaines (« Ne sait pas ») en obtenant l'information qu'il vous faut pour pouvoir répondre « Oui » ou « Non ».
- Élaborez des plans d'action comportant un calendrier ainsi que des responsabilités bien définies pour chaque partie de l'Outil d'évaluation qui n'a pas été abordée correctement.
- Reconnaissez que pour régler les questions soulevées par l'application de l'Outil, il faudra peut-être du personnel, de la formation, un contexte, etc. appropriés. Intégrez les démarches à faire en ce sens dans le processus global; faites-en un suivi à effectuer.
- Élaborez des procédures ou un plan de communication pour le suivi à effectuer.
- Mettez en place un mécanisme de reddition de comptes pour vous assurer que quelque chose est fait lorsqu'un besoin est défini.
- Les résultats de l'application de l'Outil doivent être communiqués aux aînés qui seront touchés, de même qu'aux intervenants, d'une façon qui convient à chaque groupe.
- Étant donné que l'Outil adopte le point de vue du « monde idéal », il se peut que certains des lacunes cernées semblent trop importantes ou trop coûteuses pour être éliminées. Le fait de discuter de ce monde idéal aide à approfondir ou à élargir l'analyse le plus possible, ce qui est bon. L'étape suivante, celle des recommandations et des plans d'action, peut être abordée en tenant compte des diverses restrictions cernées en matière de financement et de ressources. En outre, les leçons apprises pourront peut-être servir plus tard lorsque l'occasion sera propice.
- Profitez de toutes les occasions d'inclure l'Outil comme mesure de suivi des stratégies relatives aux personnes âgées.

ANNEXE 3

Valeurs, principes et concepts clés

La présente annexe contient des renseignements généraux sur les valeurs, les principes et les concepts sous-jacents de l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés.

I. Valeurs et principes

L'Outil reflète les valeurs des aînés. Celles-ci, de même que leurs points de vue sur les défis liés à la santé mentale, ont été tirées d'un certain nombre d'études canadiennes au cours desquelles ils en ont fait part.

Défis liés à la santé mentale soulevés par les aînés

Dans le cadre du projet *Psychosocial Approaches to the Mental Health Challenges of Late Life* (Santé Canada, 2004) décrit précédemment, des personnes âgées de divers endroits au Canada ont énuméré les défis suivants liés à la santé mentale : se voir dépérir; conserver l'estime de soi; n'avoir aucun rôle véritable à jouer dans la société; ne pas se sentir nécessaire; perdre son statut; vivre dans une famille dysfonctionnelle; se sentir seule(e); ne pas être capable de se soulever; ne plus pouvoir faire des choses que l'on faisait auparavant; dépendre des autres; perdre son conjoint ou sa conjointe; perdre sa maison; être incapable de profiter des ressources; ne pas avoir de ressources convenables; se sentir invisible dans une société axée sur les jeunes.

En 1997, l'Organisation nationale des représentants indiens et inuit en santé communautaire (ONRIISC) et le Conseil ethnoculturel du Canada (CEC) ont tenu des dialogues avec des aînés autochtones et de groupes ethnoculturels afin de connaître les facteurs qui, selon eux, influent sur le bien-être (Ship, 1997). Les chercheurs ont rapporté que pour les participants, les défis liés au bien-être et à la santé mentale sont les suivants : perturbations sur le plan culturel; âgisme, sexisme et racisme; mauvaise santé physique; pauvreté; conditions et milieu de vie malsains; isolement social. En outre, les barrières linguistiques, les différences culturelles, le statut de minorité et les services restreints accentuent les problèmes auxquels les aînés sont confrontés.

Facteurs favorisant la santé mentale définis par les aînés

Selon les participants au projet *Psychosocial Approaches to the Mental Health Challenges of Late Life* (2004), les facteurs qui suivent sont importants pour le maintien d'une bonne santé mentale : avoir accès à de l'information permettant de prendre des décisions éclairées au sujet de l'avenir; avoir la possibilité de faire des choix; avoir un revenu suffisant pour pourvoir aux besoins fondamentaux, notamment l'achat de médicaments, le transport et la participation sociale; recevoir une aide pratique au domicile (p. ex., travaux extérieurs, réparations); savoir qu'il est possible d'obtenir de l'aide si nécessaire; ressentir un sentiment d'appartenance. Dans le cadre d'un projet de l'Association canadienne pour la santé mentale intitulé *Seniors' Mental Health and Home Care* (2002), des discussions de groupe ont réuni des aînés, des aidants naturels et des fournisseurs de soins à domicile en plusieurs endroits au Canada. Les participants à ces discussions ont défini un éventail

diversifié de facteurs qui, à leur avis, contribuent grandement à la santé mentale des personnes âgées. Voici les principaux : indépendance et contrôle de sa vie; sentiment de dignité et de finalité; santé physique; interaction sociale; spiritualité; réaction aux pertes subies; expérience de vie. Ils ont aussi énuméré un certain nombre de facteurs circonstanciels plus généraux comme : la qualité du milieu de vie; le sentiment de sécurité; l'ampleur du rôle de soignant; la sécurité financière; le transport; l'accès facile et opportun aux services (lesquels sont adaptés à la culture et à la langue); le rôle du fournisseur de soins professionnels et la souplesse de la prestation du service. Les participants au projet de l'ONRIISC et du CEC (1997) ont par ailleurs indiqué ce qu'ils considèrent comme étant les éléments essentiels d'une belle vieillesse : bien-être physique, mental-affectif, social et spirituel; capacité de prendre des décisions touchant sa propre vie; sensibilisation et accès à l'information sur les programmes et les services offerts; accès facile aux services médicaux et sociaux et aux autres services d'aide; possibilité de vivre chez soi le plus longtemps possible avec respect et dignité, en menant une vie caractérisée par l'autonomie et l'interdépendance; milieu social favorable; participation continue à la vie communautaire; sécurité financière; logement adéquat avec services de soutien; transport accessible et abordable.

Principes entourant la promotion et le soutien de la santé mentale des aînés

Le document *Les principes du cadre national sur le vieillissement : Guide d'analyse des politiques* (1998) a été rédigé par les ministres FPT responsables des aînés à la suite d'une vaste consultation auprès d'aînés, d'analystes des politiques et d'autres intervenants clés. Il renferme des principes de base décrivant les influences positives et négatives sur la santé mentale qui ont été mises en lumière par les aînés. Le projet a permis de réunir les besoins, les valeurs et les préoccupations exprimés par ces derniers et d'établir une série de principes de base que doivent respecter les programmes et les politiques visant l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie des personnes âgées, à savoir : la dignité, l'autonomie, la participation, l'équité et la sécurité. Ces principes reflètent les valeurs partagées par les aînés et ont pour but de guider les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, les planificateurs et les décideurs dans l'élaboration et l'examen des politiques et des programmes à l'appui du bien-être et de la qualité de vie des aînés (Santé Canada, 1998).

- **Dignité** : Être traité avec respect, indépendamment de la situation, et jouir de l'estime de soi—p. ex., avoir confiance en soi; se sentir accepté tel que l'on est, indépendamment de l'âge, de l'état de santé, etc.; être apprécié pour ses réalisations; être respecté pour ses contributions et son rôle auprès des proches, de la collectivité et de l'ensemble de la société; être traité comme un être humain digne de respect et un membre à part entière de la société.
- **Autonomie** : Avoir la maîtrise de sa vie; être capable de faire pour soi autant de choses que possible et de faire ses propres choix—p. ex., prendre des décisions relatives à la vie quotidienne; être responsable, quand cela est possible et pratique, des choses qui nous touchent; être libre de décider de son mode de vie; avoir accès à un système de soutien qui assure la liberté de choix et l'autodétermination.
- **Participation** : S'engager, demeurer actif et participer à la vie collective; être consulté et sentir que le gouvernement tient compte de ses opinions—p. ex. participer à toutes les facettes de la vie (sociale, économique, politique); jouer un rôle utile dans les affaires quotidiennes; profiter de ce que la vie offre; participer aux programmes et services offerts; prendre part aux activités de la vie quotidienne (décisions, initiatives dans tous les secteurs et non uniquement dans ceux qui visent les aînés).

- **Équité** : Avoir l'assurance que les besoins réels, aussi divers soient-ils, sont jugés aussi importants que ceux des autres groupes—p. ex., jouir d'un accès équitable (sur le plan social, économique, politique) aux ressources et aux services disponibles; ne pas subir de discrimination fondée sur l'âge; être traité d'une façon qui maximise l'intégration.
- **Sécurité** : Recevoir un revenu adéquat en vieillissant et avoir accès à un milieu de vie sûr et à des services de soutien—p. ex., assurance financière de pouvoir combler ses besoins quotidiens; sécurité physique (conditions de vie, sentiment d'être à l'abri de la criminalité, etc.); accès à la famille et aux amis; liens personnels et sociaux étroits; soutien.

Principes et valeurs associés aux soins en santé mentale des aînés

Les questions de l'Outil d'évaluation s'appuient sur les valeurs et les principes de base énoncés dans les *Guidelines for Elderly Mental Health Care Planning for Best Practices for Health Authorities* produites par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique en 2002. Pour définir ces valeurs et ces principes, le ministère a tenu une consultation de personnes âgées, d'aidants naturels, de bénévoles, de spécialistes en santé mentale des aînés, de décideurs, de planificateurs et de gestionnaires de programmes ainsi que d'organismes intéressés aux personnes âgées ayant (ou risquant d'avoir) des problèmes de santé mentale. Il est essentiel d'en tenir compte dans la mise sur pied de services à l'intention de ces personnes et de leur famille.

Principes entourant les soins

Les soins aux personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale devraient être :

- axés sur le client et la famille
- orientés vers un but
- accessibles et flexibles
- globaux
- spécifiques
- responsables

Valeurs et croyances

Les valeurs et les croyances qui sous-tendent les principes entourant les soins aux personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale ont été exprimés comme suit.

- On définit la santé mentale comme étant « la capacité des personnes d'interagir entre elles et avec leur milieu de façon à renforcer ou à favoriser leur sentiment de bien-être, leur sentiment de contrôler leur vie et d'avoir la capacité de choisir, l'utilisation optimale de leurs aptitudes mentales, la réalisation de leurs buts (sur le plan personnel et collectif) et leur qualité de vie. » (Anderson et Parent, 2002; adaptation d'une définition établie par Santé et Bien-être social Canada en 1988)
- Les principes de réadaptation psychosociale constituent le fondement philosophique de meilleures pratiques en santé mentale. Ils font valoir l'importance de faire participer les personnes âgées à leurs soins personnels et à leurs objectifs de vie, de même que la nécessité de leur offrir des traitements et du soutien pour les aider à gérer leurs symptômes et à se renforcer.

- La qualité de vie et sa promotion constituent un objectif très important.
- Il y aurait lieu, dans tout le continuum des soins, de s'éloigner du modèle biomédical de soins aux aînés ayant des problèmes de santé mentale pour adopter un modèle biopsychosocial.
- Le recours à une équipe interdisciplinaire faisant appel à diverses compétences dans une démarche axée sur la collaboration s'avère important pour répondre aux besoins généraux des clients.
- De l'aide ou du soutien doit être assuré au besoin dans le milieu.
- Nous devrions encourager la mise en place, dans tout le continuum des soins, d'une culture reconnaissant à la fois l'importance de mener une vie utile (plutôt que de simplement être en vie) et les besoins relationnels des gens. Une telle culture de soins préviendrait l'aliénation, l'anomie et le désespoir chez quantité de personnes âgées et favoriserait une santé mentale optimale.

Approches visant à soutenir la santé mentale des aînés

Les auteurs d'une étude réalisée en Colombie-Britannique, intitulée *Meeting the Mental Health Needs of Older British Columbians* (Tuokko, Donnelly et MacCourt, 2001), ont cerné un large éventail de facteurs psychosociaux qui favorisent la santé mentale chez les aînés. Mentionnons les suivants : pratique régulière d'une activité mentale; stimulation et interaction cognitives; socialisation, activité et compagnonnage; milieu psychosocial approprié qui facilite la vie; information, aide et soutien en périodes de transition; sentiment de contrôle de sa destinée, d'utilité et de valeur personnelle; possibilité d'apporter une contribution sociale si désiré; respect et dignité. Les participants à cette étude ont exprimé la nécessité d'élargir la portée des soins en santé mentale afin d'inclure et de mieux reconnaître l'importance des besoins psychosociaux tels les groupes de soutien, les activités sociales, le logement, le transport, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, le bien-être et les soins plus holistiques.

II. Concepts de base de l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés

Le cadre conceptuel qui a guidé l'élaboration de l'Outil repose sur un examen des déterminants de la santé de la population liés au troisième âge, à la capacité d'adaptation, aux principes de promotion de la santé mentale, à la politique publique pour un vieillissement en santé et à des soins de santé mentale axés sur le rétablissement. Il est question ci-dessous de chacun de ces déterminants.

1. Les déterminants de la santé de la population et le troisième âge

Perspective axée sur la santé de la population

On a fait appel à une perspective axée sur la santé de la population (Santé Canada, 2002) pour élaborer les questions de l'Outil, afin de s'assurer de tenir compte aussi bien des facteurs individuels que des facteurs sociaux – pris isolément ou combinés – qui se répercutent sur la santé mentale des aînés.

Du point de vue de la santé de la population, la santé est le produit d'interactions complexes entre les caractéristiques individuelles, le milieu physique et les facteurs sociaux et économiques. Une approche axée sur la santé de la population tient compte de l'état de santé des gens et des iniquités sur le plan de la santé observées chez l'ensemble de la population (et les groupes qui la forment), selon la situation géographique, l'âge, le genre, la culture ou d'autres caractéristiques déterminantes, pendant la durée de vie de celle-ci.

Une telle approche ne fait pas qu'améliorer l'état de santé de la population; elle permet aussi d'instaurer un système de santé viable et intégré, d'augmenter la croissance et la productivité à l'échelle nationale et de renforcer la cohésion sociale et l'engagement des citoyens (Agence de la santé publique du Canada, 2007).

Déterminants de la santé

Les déterminants de la santé (Santé Canada, 2002) sont :

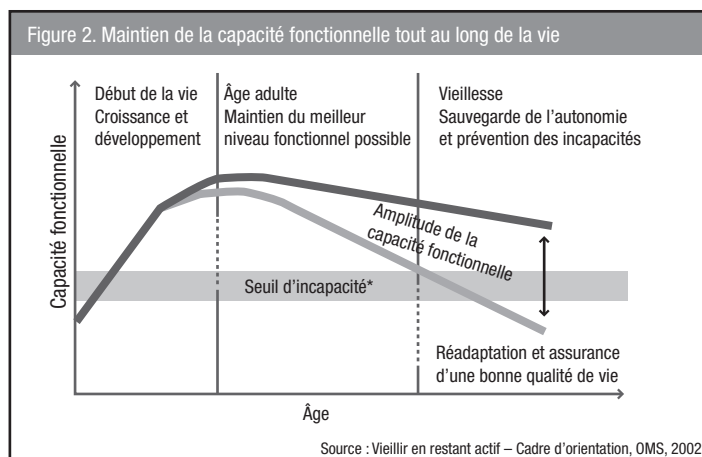
- **le patrimoine biologique et génétique** – La composition biologique et organique de base du corps humain est un déterminant fondamental de la santé. Le bagage génétique peut prédisposer certaines personnes à des maladies ou à des problèmes de santé particuliers.
- **le genre** – Le genre renvoie aux divers rôles, attitudes, comportements, valeurs et influences qui, aux yeux de la société, caractérisent l'homme et la femme. Les rôles et concepts liés au genre, de même que le statut social, peuvent causer un grand nombre de problèmes de santé.
- **l'éducation** – L'éducation peut accroître les chances d'avoir accès à de l'information et à des services qui permettent de rester en santé; elle confère les compétences nécessaires pour cerner et résoudre les problèmes, elle augmente les choix et les possibilités et elle accroît la satisfaction au travail, la sécurité d'emploi et la sécurité financière. L'état de santé s'améliore avec le niveau de scolarité.
- **l'environnement physique** – L'environnement physique englobe aussi bien le milieu naturel (l'air, l'eau et la terre) que celui créé par l'homme (logement, sécurité du milieu communautaire, transport). On associe la bonne santé à des milieux naturel et humain de qualité.
- **l'emploi et les conditions de travail** – Le chômage et le sous-emploi sont associés à une moins bonne santé. Les gens qui contrôlent mieux leurs conditions de travail sont en meilleure santé que ceux dont le poste comporte plus d'exigences stressantes.
- **le revenu et la situation sociale** – L'état de santé est directement lié au revenu et au statut social. Les personnes ayant un revenu et un statut socio-économique élevés sont plus en santé que les personnes à faible revenu dont le statut économique est moins élevé.
- **les réseaux de soutien social** – L'appui venant de la famille, des amis et de la collectivité contribue à améliorer la santé.
- **l'environnement social** – Les sociétés bienveillantes (celles qui sont stables, qui reconnaissent la diversité et qui favorisent la sécurité, les bonnes relations de travail et la cohésion) peuvent réduire ou éliminer un grand nombre de risques pour la santé.
- **la culture** – L'appartenance ethnique et la culture sont la résultante des antécédents personnels et de facteurs sociaux, politiques, géographiques et économiques plus généraux. Tout cela influe sur la façon dont les gens perçoivent la santé et la maladie, sur les relations qu'ils ont avec le système de santé, sur leur participation aux programmes de promotion de la santé et sur leurs choix en matière de style de vie.
- **le développement sain de l'enfant** – Les expériences prénatales et celles de la petite enfance peuvent avoir des effets considérables sur la santé, le bien-être et la capacité d'adaptation ultérieurs de la personne.

- **les pratiques personnelles liées à la santé et la capacité d'adaptation** – Les pratiques personnelles liées à la santé renvoient aux comportements que les gens choisissent ou non d'adopter dans leur quotidien. Quant à la capacité d'adaptation, elle a trait aux ressources internes dont ils disposent pour régler des situations ou des problèmes et pour réagir au stress et aux influences extérieures. De saines pratiques personnelles liées à la santé et une bonne capacité d'adaptation sont associées à une meilleure santé.
- **les services de santé** – Les services de santé contribuent à la santé de la population, surtout lorsqu'ils sont conçus pour rétablir, maintenir et promouvoir la santé et pour prévenir la maladie.

Bien que tous ces déterminants soient importants en eux-mêmes, c'est l'influence combinée des divers facteurs qui détermine l'état de santé des personnes âgées, des sous-groupes de la population âgée et de l'ensemble des aînés. (Pour une analyse complète de leur influence sur la santé des aînés, voir Chénier, 2002.)

PERSPECTIVE AXÉE SUR LA VIE ENTIÈRE

Il est important de situer les déterminants de la santé dans une perspective qui reconnaît que les aînés ne constituent pas un groupe homogène et que la diversité entre les personnes augmente avec l'âge. La figure qui suit de l'Organisation mondiale de la santé (2002) montre que la capacité fonctionnelle s'accroît à partir de l'enfance pour atteindre un sommet à l'âge adulte et diminuer par la suite. Le taux de diminution est déterminé en grande partie par des facteurs liés au style de vie et par des facteurs externes de nature sociale, environnementale et économique. Du point de vue de l'individu aussi bien que de la société, il importe de se rappeler qu'il est possible de ralentir et même de renverser cette baisse de la capacité, peu importe l'âge, grâce à des mesures individuelles et à des mesures d'intérêt public comme la promotion d'un cadre de vie adapté aux personnes vieillissantes (OMS, 2008).



Source : Vieillir en restant actif – Cadre d'orientation, OMS, 2002

L'incidence des déterminants de la santé au troisième âge

Une perspective axée sur la vie entière reconnaît que toutes les étapes de la vie sont marquées par des événements et des transitions qui font partie du processus normal de vieillissement et qui ont des effets différents selon les personnes. La plupart des transitions qui se produisent au cours d'une vie amènent des changements majeurs dans les attentes sociales et sur les plans de l'identité, du rôle, des relations, des capacités et des schèmes de comportement. Nous examinons ci-après l'incidence qu'ont les déterminants de la santé sur les aînés en les appliquant aux transitions critiques et aux événements normatifs susceptibles de se produire dans les dernières étapes de la vie.

En fin de vie, les problèmes de santé mentale (y compris les troubles mentaux) surviennent habituellement dans le contexte d'une maladie physique, d'une incapacité et d'un appauvrissement de la condition psychosociale. Les changements physiques (p. ex., moins grande acuité visuelle et auditive, perte de masse musculaire et de densité osseuse, risque accru de fractures et atrophie du cerveau) sont fréquents chez les aînés (Connell, 1999). Des changements cognitifs, tels une perte de mémoire ou un ralentissement de la pensée, peuvent également se produire. En outre, plusieurs problèmes de santé (comme les AVC, la cardiopathie, la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'arthrite et le cancer) sont associés au vieillissement. L'âge, l'incapacité et les états de santé chroniques sont donc reliés (Andrews, 2001), et les changements physiques ainsi que les états chroniques peuvent se répercuter grandement sur le bien-être psychologique et social des personnes âgées en diminuant, par exemple, leurs possibilités d'entretenir des relations ou de s'engager sur le plan social et de profiter des bienfaits que cela procure.

Les événements et les transitions qui font partie du processus normal de vieillissement peuvent perturber ou à tout le moins ébranler la routine et les activités habituelles d'une personne et risquent donc d'avoir une incidence sur sa santé mentale. Les pressions de l'environnement qui affectent la majorité des aînés sont la retraite, la modification du niveau de revenu et les changements dans les réseaux de soutien social (y compris la nécessité de prendre soin d'une autre personne ou le décès du (de la) conjoint(e) et des proches). Dans certains cas, cela peut déclencher une maladie mentale chez la personne pour la première fois de sa vie adulte.

La *retraite* peut être perçue de façon positive ou négative selon les circonstances qui entourent le retrait officiel de la main-d'oeuvre (Pitt, 1998). Pour la plupart, elle annonce un changement dans les rôles au sein du ménage, de la famille et de la collectivité. Les aînés en mauvaise santé et ayant des revenus insuffisants, de même que ceux qui doivent composer avec les tensions qu'occasionne, par exemple, le décès de leur conjoint ou conjointe, sont susceptibles d'avoir beaucoup de difficulté à s'adapter à la retraite (Gall, Evans et Howard, 1997). Un grand nombre de personnes âgées ayant souffert de maladie mentale toute leur vie n'ont pas de longs antécédents de travail et risquent peu de prendre une retraite et d'avoir un revenu adéquat.

De façon générale, les aînés ont des *revenus inférieurs* à ceux des jeunes (Statistique Canada, 2002). Les femmes sans attaches (à la suite d'un divorce ou du décès de leur conjoint) sont particulièrement exposées à la pauvreté (Hungerford, 2001). Les aînés qui ne peuvent se payer les choses non couverts par l'assurance que requièrent les changements liés à l'âge (p. ex., médicaments, verres correcteurs, aides auditives, obturations ou prothèses dentaires, aides à la mobilité, services de

transport, aide à domicile) risquent d'avoir une mauvaise santé (y compris mentale) et d'être isolés socialement. Il arrive souvent que des personnes ayant eu des problèmes de santé mentale à un âge moins avancé aient reçu toute leur vie des revenus très peu élevés (p. ex., prestations d'invalidité et aide sociale). Les effets cumulatifs de la pauvreté risquent donc de les marginaliser en termes de logement, de nutrition, d'accès aux biens non médicaux et de participation sociale.

Certains aînés devront quitter leur domicile en raison de changements physiques, cognitifs ou sociaux. L'incidence de ce déménagement sur leur santé mentale dépendra de la viabilité de leurs stratégies d'adaptation, de la mesure dans laquelle ils se sentent en contrôle de la situation et de la différence entre leur domicile et le nouvel endroit. Cooke (2005), dans le cadre d'une analyse documentaire, a découvert que le déménagement dans une maison de soins infirmiers comportait certains risques mais qu'il était possible de les atténuer en planifiant bien, en assurant un soutien adéquat après le déménagement, en limitant le plus possible la perturbation sociale et en veillant à ce que le nouveau lieu de résidence offre une meilleure qualité de vie et des soins de haute qualité.

Les aînés sont susceptibles de prodiguer des soins à quelqu'un d'autre à un moment ou un autre de leur vieillesse. Certains s'occupent de personnes ayant une déficience cognitive, tandis que d'autres dispensent des soins à des personnes frêles. Les aidants naturels prodiguent environ 80 % des soins reçus par les personnes atteintes de démence (Guberman, 1999) et les conjoints sont les principaux dispensateurs de soins à environ 37 % des personnes atteintes de démence qui résident dans la communauté (groupe de travail responsable de l'Étude sur la santé et le vieillissement au Canada, 1995). Ces aidants vivent un stress considérable et souffrent fréquemment de dépression clinique; en outre, ils sont plus malades et font une plus grande utilisation des ressources en santé que les aidants de personnes ayant une maladie ou une incapacité de nature physique (Livingston, Manela et Katona, 1996). En plus d'être affectés sur les plans physique et mental par le fait de prodiguer des soins à une autre personne, les conjoints qui jouent le rôle d'aidants naturels ont de bonnes chances d'être eux-mêmes âgés et d'avoir leurs propres problèmes de santé liés à l'âge.

Ces circonstances risquent d'affecter la santé mentale en encourageant l'isolement social, la solitude, la dépression et les idées suicidaires ainsi que d'avoir des conséquences pour les deux personnes concernées, selon qu'elles ont ou non accès à des ressources individuelles et sociales appropriées. Forbes (1996) a défini la solitude comme étant [traduction libre] « le sentiment désagréable de ne plus avoir de compagnie ou la sensation inconfortable d'être laissé à soi-même ». La solitude au troisième âge est problématique, car elle est étroitement liée à la dépression, qui est pour sa part étroitement liée au suicide (RaneSzostak et Herth, 1995). Les déterminants de la solitude sont : l'âge, le genre, l'état de santé, la situation économique, le besoin d'affection et de sécurité, le désir de faire partie d'un réseau social et l'existence d'amis (Mullins et Dugan, 1990; Forbes, 1996). Il existe une forte corrélation entre l'état de santé physique et la solitude (voir, p. ex., Dugan et Kivett, 1994). De même, les personnes anxieuses risquent davantage d'être seules (Fees, Martin et Poon, 1999; Long et Martin, 2000).

La *dépression* clinique touche environ 10 % des aînés de la collectivité et de ce nombre, environ 25 % souffrent de dépression grave (Wattis, 1996). Elle est plus fréquente chez les personnes très âgées et touche plus souvent les femmes que les hommes (Ostbye, Steenhuis, Walton et Cairney,

2000). Parmi les autres facteurs de risque, mentionnons le veuvage ou le célibat, les événements stressants de la vie (y compris la maladie physique) et un piètre réseau de soutien social (Lepine et Bouchez, 1998).

Les taux de *suicide* sont plus élevés chez les 65 ans et plus qu'au sein des autres groupes d'âge (Bharucha et Satlin, 1997). Les facteurs de risque sont les suivants : grandes perturbations affectives; dépression ou anxiété; présence d'une ou de plus d'une maladie physique; antécédents d'AVC; veuvage; vie seul(e) (Scocco, Meneghel, Caon, Dello Buono et De Leo, 2001). Tadros et Salib (1999) considèrent que l'isolement social et la déficience physique sont des facteurs très susceptibles d'accroître le risque de suicide chez les aînés. Selon SchmitzScherzer (1995), l'incertitude et la crainte face à l'incapacité de prendre des décisions concernant sa propre mort ainsi qu'une certaine « lassitude de vivre » peuvent aussi constituer des facteurs de risque pour ce groupe d'âge.

2. Capacité d'adaptation

La mesure dans laquelle les aînés arrivent à faire face aux événements normatifs ou aux transitions et à s'y adapter dépend de leur capacité d'adaptation, un processus dynamique qui résulte de multiples facteurs de protection, parmi lesquels on retrouve : les ressources psychologiques et les traits de personnalité comme le contrôle et l'auto-efficacité perçus; les ressources sociodémographiques telles l'éducation, le revenu et la situation professionnelle; les ressources sociales-relationnelles comme le soutien et les réseaux sociaux (Ryff, Singer, Love et Essex, 1998). Les aînés qui sont déjà isolés et qui ont un revenu réduit, par exemple, sont susceptibles d'avoir plus de mal à composer avec les changements dans leur état de santé et avec le déclin fonctionnel que ceux qui ont un bon revenu et du soutien social. Les principes entourant la promotion de la santé mentale, le vieillissement en santé et les politiques pour une vieillesse en santé peuvent tous faciliter l'adaptation.

3. Principes entourant la promotion de la santé mentale

La promotion de la santé mentale est « le processus qui consiste à accroître la capacité des particuliers et des collectivités à prendre en charge leur vie et à améliorer leur santé mentale » (Hamilton et Bhatti, 1996). Elle fait appel à des stratégies qui encouragent la création de milieux bienveillants et le renforcement de la capacité d'adaptation des individus tout en respectant la culture, l'équité, la justice sociale, les liens réciproques et la dignité personnelle.

La promotion de la santé mentale renforce la capacité individuelle et collective en accroissant la capacité innée qu'ont les gens d'être et de rester en bonne santé mentale et en créant des milieux favorables qui atténuent les obstacles à une bonne santé mentale. En tant qu'approche vis-à-vis du bien-être, elle met l'accent sur les aspects positifs de la santé mentale, tels les atouts et les points forts, plutôt que sur les déficiences et les besoins, et elle insiste sur sa valeur inhérente. Elle vise le bien-être de l'ensemble de la population en abordant les déterminants de la santé mentale grâce à l'application des stratégies de promotion de la santé contenues dans la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Elle repose sur la collaboration de tous les secteurs de la société et fait appel à la participation active des plus touchés – les particuliers, les familles et les collectivités; elle prône l'intervention et l'action à tous les niveaux, y compris à ceux des structures et des politiques, afin de renforcer la capacité (Jané-Llopis, Barry, Hosman et Patel, 2005).

La promotion de la santé mentale peut :

- améliorer la santé et le bien-être physiques;
- prévenir certains problèmes de santé mentale ou en diminuer le risque;
- améliorer les services en santé mentale et la qualité de vie des personnes ayant des problèmes de santé mentale;
- accroître la capacité de la collectivité à soutenir l'inclusion sociale;
- accroître la connaissance de la santé mentale.

Stratégies de promotion de la santé mentale¹

Bien que les aînés forment un groupe diversifié, certains thèmes généraux s'appliquent à la promotion de la santé mentale au sein de cette population; la plupart renvoient à l'importance fondamentale d'une participation utile, de l'établissement de liens, du soutien et de l'encouragement (Moodie et Jenkins, 2005).

Étant donné que les aînés ont la sagesse, les compétences et le temps requis pour apporter des contributions à la société, le bénévolat est une intervention qui peut accroître leur bien-être tout en renforçant la collectivité dans laquelle ils vivent (Keleher et Armstrong, 2005). Bien que l'exercice physique soit important à tout âge pour la santé mentale, les interventions qui encouragent la pratique régulière d'une activité physique dans un cadre favorable adapté aux aînés aident ceux-ci à gérer leurs malaises physiques et atténuent les risques qu'ils souffrent de dépression (Keleher et Armstrong, 2005; Hosman et Jané-Llopis). Par ailleurs, les interventions qui aident les personnes vivant avec une perte visuelle ou auditive peuvent favoriser l'autonomie et les mesures telles les programmes communautaires encourageant la création de liens d'amitié peuvent apporter du soutien social et, ce faisant, soulager la solitude et la dépression. Les données probantes montrent que l'amitié est importante pour le bien-être, particulièrement chez les femmes âgées. Les amitiés sincères apportent compagnonnage et soutien et aident à conserver l'estime de soi en périodes difficiles (Hosman et Jané-Llopis, 2005).

4. Politique publique sur le vieillissement en santé

La politique gouvernementale joue un rôle important dans la création du milieu social dans lequel vivent les aînés; elle peut donc avoir une influence sur leur santé mentale. Le fait, par exemple, que les régimes d'assurance-médicaments ne paient pas la totalité des médicaments liés aux maladies chroniques peut engendrer un stress considérable chez les personnes âgées à faible revenu et compromettre leur santé mentale. Il en va de même pour le manque de services de transport adéquats et abordables, qui entrave l'accès des aînés aux ressources offertes dans les domaines social et de la santé.

¹ Cette partie contient un résumé du document *Evidence Review: Mental Health Promotion (2007)* produit par K. Balfour, de Balfour Consulting, pour le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.

La politique sur le vieillissement en santé² promulguée par l'Organisation mondiale de la santé et la Direction de la promotion de la santé de Santé Canada fournit aux décideurs un cadre qui repose sur les principes de la santé de la population et de la promotion de la santé mentale. L'objectif du vieillissement en santé est d'optimiser le bien-être de tous les Canadiens qui avancent en âge, notamment de ceux qui sont frêles, qui ont un handicap et qui ont besoin de soins (Groupe de travail sur le vieillissement en santé et le mieux-être du Comité FPT des hauts fonctionnaires (Aînés), 2006). Bien qu'elle continue de se préoccuper de la santé individuelle, l'intention première de la politique gouvernementale pour une vieillesse en santé va bien au-delà des stratégies conventionnelles de promotion et de prévention et bien au-delà du système de soins de santé pour encourager l'élaboration de politiques qui favorisent la santé dans tous les domaines de la vie. Cette approche fournit un modèle aux décideurs qui souhaitent promouvoir la création d'environnements sociaux propices à une vieillesse en santé.

La politique pour une vieillesse en santé englobe les quatre principes suivants :

- le caractère multisectoriel—l'amélioration de la santé nécessite des développements dans tous les secteurs (p. ex., l'économie, la nutrition, le logement, l'environnement et l'éducation);
- l'équité—les principes d'équité doivent guider les initiatives de promotion de la santé;
- la vaste participation des aînés aux initiatives stratégiques de promotion de la santé;
- la perspective écologique, qui situe les humains dans le contexte plus vaste du monde physique et du monde social.

Promouvoir une vieillesse en santé peut soutenir la capacité d'adaptation et réduire la probabilité que les transitions normatives aient des conséquences négatives pour les aînés. On sait, par exemple, que les personnes âgées qui entretiennent des rapports sociaux au sein de leur collectivité ont tendance à mieux s'adapter au veuvage que les personnes isolées. Le fait de préparer les aînés aux transitions telles un déménagement ou d'offrir des groupes de soutien aux veufs et aux veuves et à leurs aidants naturels est susceptible d'accroître leur capacité d'adaptation. De même, des collectivités adaptées au troisième âge peuvent encourager les aînés à maintenir des contacts sociaux en dépit de problèmes de mobilité, par exemple, en répondant à leurs besoins de transport.

5. Soins de santé mentale axés sur le rétablissement

La Commission de la santé mentale du Canada entend encourager l'adoption d'une approche fondée sur le rétablissement afin d'améliorer les résultats en matière sociale et de santé chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale (Commission de la santé mentale du Canada, 2008).

¹ Le vieillissement en santé est un concept multidimensionnel qui englobe l'évitement de la maladie et de l'incapacité, le maintien d'une bonne fonction physique et cognitive, un engagement soutenu dans des activités sociales et productives (Rowe et Kahn, 1997) et une spiritualité positive (Crowther, Parker, Achenbaum, Larimore et Koenig, 2002).

Par « rétablissement », on entend le cheminement de guérison individuel qui permet aux personnes ayant un problème de santé mentale de mener une vie utile et productive au sein de la collectivité tout en s'efforçant d'atteindre tout leur potentiel en dépit des limitations imposées par leur état. La famille, les amis et les dispensateurs de soins de santé et d'autres services de soutien sont des partenaires au cours de ce cheminement.

Les éléments clés du rétablissement sont les suivants.

- *Trouver et garder espoir* – croire en soi; avoir le sentiment de pouvoir accomplir des choses; être optimiste face à l'avenir.
- *Se refaire une identité positive* – trouver une nouvelle identité qui inclue à la fois la maladie et une perception positive de soi.
- *Créer une vie qui a un sens* – saisir la signification de la maladie; trouver un sens à la vie en dépit de la maladie; être engagé dans la vie.
- *Assumer la responsabilité et le contrôle* – se sentir en contrôle de la maladie et de la vie.

CONCLUSION

En conclusion, pour promouvoir, soutenir ou améliorer la santé mentale des aînés, il faut intégrer les valeurs et les principes décrits ci-dessus aux interventions, services, programmes, politiques et structures sociales qui les touchent. L'utilisation de l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés peut rendre la chose plus facile.

REFERENCES

- Andrews, G.R. (2001). Promoting health and function in an ageing population. *British Medical Journal*, 322, 728-729.
- Bharucha, A.J., & Satlin, A. (1997). Late-life suicide: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 5 (2), 55-65.
- British Columbia Ministry of Health (2002). *Guidelines for Best Practices in Elderly Mental Health*.
- Canadian Mental Health Association (2002). *Seniors' Mental Health and Home Care*.
- Canadian Study of Health and Aging Working Group. (1994). Patterns of caring for people with dementia in Canada. *Canadian Journal on Aging*, 13, 470-487.
- Centre for Addictions and Mental Health (CAMH). (2006). *Responding to older adults with substance use, mental health & gambling challenges: A guide for workers and volunteers*. Retrieved April 30, 2008 from: http://www.camh.net/Publications/Resources_for_Professionals/Older_Adults/responding_older_adults.pdf
- Connell, C.M. (1999). Older adults in health education research: Some recommendations. *Health Education Research*, 14 (3), 427-431.
- Dugan, E., & Kivett, V.R. (1994). The importance of emotional and social isolation to loneliness among very old rural adults. *Gerontologist*, 34 (3), 340-346.
- Estes, CL and Associates (2001). *Social policy & aging: A critical perspective*. Sage Publications Ltd, Inc.
- Fees, B.S., Martin, P., & Poon, L.W. (1999). A model of loneliness in older adults. *Journal of Gerontology*, 54B (4), P 231-P239.
- Gall, T., Evans, D., Howard, J., (1997). The retirement adjustment process: changes in the well-being of male retirees across time. *Journal of Gerontology*, 52(3), 110-117.
- Guberman, Nancy. (1999). *Caregiver and Caregiving: New Trends and Their Implications for Policy, Final Report*: Health Canada: Ottawa.
- Forbes, A. (1996). Caring for older people: Loneliness. *British Medical Journal*, 313, 352-354.
- Hamilton, N., & Bhatti, T. (1996). *Population health promotion: An integrated model of population health and health promotion*. Ottawa, Ontario: Health Canada.
- Health Canada (2004). *Psychosocial Approaches to the Mental Health Challenges of Late Life*. <http://www.seniorsmentalhealth.ca> retrieved December 2008
- Health Canada. (2002). *What determines health?* Ottawa, Ontario: Health Canada.

Health Canada, Division of Aging and Seniors. (1998). Principles of the National Framework on Aging: A Policy Guide. Ottawa, Ontario: Minister of Public Works and Government Services, Canada.

Health and Welfare Canada (1988). Striking a Balance. Ottawa, Ont.: Supply and Services.

Hosman, C. & Jane-Llopis, E. (2005). The Evidence of effective interventions for mental health promotion. In Herman, H., Saxena, S., & Moodie, R. (eds), Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice., 169-188, Geneva: World Health Organization.

Jane-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C. & Patel, V. (2005). From evidence to practice: Mental health promotion and effectiveness: Strategies for action, 9-25.

Jeste, D., Alexopoulos, G., Bartels, S., Cummings, J., Gallo, J. Gottlieb, J., et al (1999). Consensus statement on the upcoming crisis in geriatric mental health research agenda for the next two decades. *Archives of General Psychiatry*, 56: 848-53

Kehler, H. & Armstrong, R. (2005). Evidence-based mental health promotion resource. Report for the Department of Human Services and VicHealth, Melbourne.

Lepine, J.P., & Bouchez, S. (1998). Epidemiology of depression in the elderly. *International Clinical Psychopharmacology*, 13 (Supplement 5), S7-S12.

Livingston, G., Manela, M., & Katona, C. (1996). Depression and other psychiatric morbidity in carers of elderly people living at home. *British Medical Journal*, 312, 153-516.

Long, M.V., & Martin, P. (2000). Personality, relationship closeness, and loneliness of oldest old adults and their children. *Journals of Gerontology Series B - Psychological Sciences and Social Sciences*, 55 (5), P311-P319.

MacCourt, P., Tuokko, H., Tierney, M. (2002). Editorial: Canadian Association on Gerontology policy statement on issues in the delivery of mental health services to older adults. *Canadian Journal on Aging*, 21(2), 165-185.

MacCourt, P. and Tuokko, H. (2005). 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, Fall, 35-53.

Mental Health Commission of Canada (2008). Framework for a Mental Health Strategy for Canada (Draft).

Moodie, R. & Jenkins, R. (2005). I'm from the government and you want me to invest in mental health promotion. Well, why should I? Promotion and Education. Supplement 2, 2005: The evidence of mental health promotion effectiveness: Strategies for action, 37-41.

Mullins, L.C., Dugan, E., (1990). The influence of depression, and family and friendship relations, on residents' loneliness in congregate housing. *The Gerontologist*, 30(30), 337-384.

Ostbye, T., Steenhuis, R., Wolton, R., and Cairney, J., (2000). Correlates of dysphoria in Canadian seniors: The Canadian Study of Health and Aging. *Canadian Journal of Public Health*. 91(4).

Pitt, B. (1998). Loss in late life. *British Medical Journal*, 316, 1452-1454.

Public Health Agency of Canada, 2007) re pop health p39 Public Health Agency of Canada (2007). <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/collab/index.html> retrieved Oct 18, 2007

Rane-Szostak, D., & Herth, K.A. (1995). A new perspective on loneliness in later life. *Issues in Mental Health Nursing*, 16 (6), 583-592.

Ryff, C., Singer, B., Love, G. & Essex, M. (1998). *Resilience in adulthood and later life: Defining features and dynamic processes*. In Lomranz, J. (Ed.) (1998). *Handbook of aging and mental health* (pp. 69-96). New York, NY: Plenum Press

Schmitz-Scherzer, R. (1995). Reflections on cultural influences on aging and old-age suicide in Germany. *International Psychogeriatrics*, 7 (2), 231-238.

Ship, J. (1997). Our nations' elders speak. In *Touch*, Vol. 7, No. 4, Spring.

Scocco, P., Meneghel, G., Caon, F., Dello Buono, M., & De Leo, D. (2001). Death, ideation and its correlates: Survey of an over-65-year-old population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189 (4), 210-218.

Statistics Canada. (2002). *Canadian Community Health Survey, Cycle 2.1, 2003*. Retrieved on April 30, 2008 from http://www.statcan.ca/english/concepts/health/cycle2_1/index.htm

Sullivan, M., Kessler, L., LeClair, J., Stolee, P & Whitney, B. (2004). Defining best practices for speciality geriatric mental health outreach services: Lessons for implementing mental health reform. *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 49, No. 7, July, 458-66.

Tadros, G., & Salib, E. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services. *British Medical Journal*, 319, 1433.

Tuokko, H., Donnelly, M., & MacCourt, P. (2001). Meeting the Mental Health Needs of Older British Columbians.

Turcotte, M. and G. Schellenberg (2007). *A Portrait of Seniors in Canada*. Ottawa: Statistics Canada. Retrieved from <http://www.statcan.ca/english/freepub/89-519-XIE/89-519-XIE2006001.pdf>.

Wattis, J. (1996). Caring for older people: What an age psychiatrist does. *British Medical Journal*, 313, 101-104.

World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Retrieved December 16, 2007 from World Health Organization Web site http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

Promouvoir le bien-être des aînés :

l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés

