



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

Un instrument visant à permettre de créer des politiques, textes législatifs, programmes et services qui favorisent et soutiennent la santé mentale des adultes âgés

Rédigé par :
Penny MacCourt
pmaccourt@shaw.ca

mars 2004

L'outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés fait partie du projet *Démarches psychosociales pour les problèmes mentaux du troisième âge*, confié à la BC Psychogeriatric Association par le Fonds pour la santé de la population de Santé Canada : www.seniorsmentalhealth.ca

Avertissement : les opinions exprimées dans ce document ne sont pas nécessairement représentatives des politiques officielles de Santé Canada.

PRÉFACE

L'outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés a été créé dans le cadre du projet *Démarches psychosociales pour les problèmes mentaux du troisième âge*, confié à la BC Psychogeriatric Association par le Fonds pour la santé de la population de Santé Canada.

Ce projet avait pour objet de s'appuyer sur une démarche intersectorielle polyvalente et intégrée afin de mettre en valeur la capacité des collectivités du Canada d'utiliser une perspective psychosociale pour promouvoir la santé mentale chez les aînés et pour prévenir ou traiter les problèmes mentaux. Pour ce faire, les responsables du projet avaient l'intention de :

- (1) demander aux aînés comment ils réussissent à traverser les périodes de transition pénibles;
- (2) demander aux aînés quels sont les principaux aspects des programmes et des services qui leur sont utiles;
- (3) cerner les démarches et modèles psychosociaux qui semblent les plus prometteurs pour la promotion de la santé mentale des aînés et la prévention ou le traitement des problèmes mentaux;
- (4) créer un outil d'évaluation des effets des politiques et des programmes sur la santé mentale des aînés;
- (5) établir des ressources communautaires utiles à partir des résultats et des expériences de ce projet.

Cet outil d'évaluation a été créé après consultation d'un grand nombre de praticiens, de responsables des politiques et de chercheurs de tout le Canada qui s'intéressent au domaine de la santé mentale des adultes âgés et travaillent dans ce secteur. Des professionnels de toutes sortes de disciplines et de toutes les régions du pays ont offert des commentaires sur les premières ébauches et ceux-ci ont été intégrés au présent document.

Vous trouverez à la fin de ce document un formulaire permettant de donner votre avis sur l'outil d'évaluation – veuillez le remplir et l'envoyer par courriel à M^{me} MacCourt, à l'adresse suivante : pmaccourt@shaw.ca, ou le lui faire parvenir par télécopieur, au (205) 756-2139.

On peut télécharger des exemplaires de l'outil d'évaluation et trouver des renseignements à propos du projet sur le site Web, www.seniorsmentalhealth.ca, ou en se mettant en rapport avec M^{me} Penny MacCourt – pmaccourt@shaw.ca.

SOMMAIRE

L'outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés est un outil analytique, qui a été créé pour permettre de déterminer (ou de prédire) les effets directs et indirects des politiques, programmes et services (existants ou prévus) sur la santé mentale des adultes âgés.

Il a été mis sur pied dans le cadre du projet national *Démarches psychosociales pour les problèmes mentaux du troisième âge*, qui a été confié à la BC Psychogeriatric Association par le Fonds pour la santé de la population de Santé Canada.

Cet outil d'évaluation a été créé après consultation d'un grand nombre de praticiens, de responsables des politiques et de chercheurs de tout le Canada qui s'intéressent au domaine de la santé mentale des adultes âgés et travaillent dans ce secteur. Il tient compte des points de vue des aînés du Canada au sujet des facteurs qui influencent leur santé mentale et reflète leurs valeurs.

Il vise à encourager la mise en place de milieux sociaux, notamment dans le domaine des services de santé, qui soutiennent la santé mentale des adultes âgés. Il prévoit une méthode permettant de mettre en évidence les effets négatifs des politiques, programmes et pratiques existants et futurs sur la santé mentale des aînés. Il a été conçu afin d'aider à faire en sorte que la façon dont sont définis, offerts et financés les services de santé mentale aura comme résultat de renforcer la promotion de la santé mentale et la prévention des problèmes mentaux.

Ce document inclut la raison d'être de l'outil d'évaluation, le cadre théorique dans lequel il a été conçu et le fondement des questions utilisées pour l'analyse.

Ce document indique les utilisateurs visés et explique comment ceux-ci peuvent se servir de l'outil d'évaluation. Il comprend un questionnaire vierge et un exemple de la façon dont il peut être utilisé. Le but de ce document est de bien préparer le lecteur à utiliser l'outil d'évaluation.

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

Introduction

L'outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés est un cadre théorique conçu comme un guide visant à permettre de déterminer (ou de prédire) les effets négatifs directs et indirects des politiques, programmes et services (existants ou prévus) sur la santé mentale de tous les adultes âgés.

Il a été mis sur pied dans le cadre du projet national *Démarches psychosociales pour les problèmes mentaux du troisième âge*, qui a été confié à la BC Psychogeriatric Association par le Fonds pour la santé de la population de Santé Canada. Cet outil d'évaluation a été créé après consultation d'un grand nombre de praticiens, de responsables des politiques et de chercheurs de tout le Canada qui s'intéressent au domaine de la santé mentale des adultes âgés et travaillent dans ce secteur. Il tient compte des points de vue des aînés du Canada au sujet des facteurs qui influencent leur santé mentale et reflète leurs valeurs.

Ce document commence par la définition de termes. On y trouve aussi le but de l'outil d'évaluation et la raison pour laquelle il est nécessaire. Le document présente ensuite l'outil d'évaluation lui-même, ainsi que la façon de le mettre en application. L'annexe I contient un exemple de mise en œuvre de l'outil d'évaluation. À l'annexe II figurent les valeurs et principes définis par l'intermédiaire d'un examen de la documentation existante et de la recherche menée auprès d'adultes âgés : ces valeurs et principes forment la base de l'outil d'évaluation.

Définition des termes

La **santé mentale** est un vaste concept qui suggère un continuum allant de la bonne santé à la maladie. La santé mentale peut être favorisée et soutenue (ou ne pas l'être) quel que soit le point de ce continuum où se situe une personne. La santé mentale est conceptualisée comme une ressource individuelle, mais qui est influencée par le contexte social dans lequel vit la personne.

La **politique** inclut les lignes directrices, règlements, paramètres ou règles qui régissent la vie en société et qui déterminent de quelle façon et à qui seront distribués les ressources, les services et les biens. Ceci peut se passer au niveau législatif (par ex. : Sécurité de la vieillesse), au sein des programmes (par ex. : critères d'admission aux services d'aide à domicile) et dans la prestation des services (par ex. : rotation du personnel des établissements de soins de longue durée).

L'**outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés** est un cadre analytique qui permet à l'utilisateur d'évaluer les politiques gouvernementales, les politiques relatives aux programmes et celles qui portent sur la prestation des services visant les adultes âgés. Cet outil consiste en un ensemble de questions qui peuvent aider à analyser les conséquences négatives possibles de certaines mesures sur la santé mentale des adultes âgés.

Le **modèle biomédical** (en ce qui concerne la santé mentale) se concentre sur la maladie individuelle et entraîne la création de services et de programmes axés principalement sur le diagnostic et le traitement des maladies mentales.

Le mot **psychosocial** désigne la composante non biomédicale du modèle biopsychosocial. Il suggère que l'on se concentre sur les facteurs liés à l'individu, au groupe ou à la collectivité et ayant des effets sur la santé mentale.

Dans le domaine de la santé mentale, le modèle social de prestation de soins est holistique et axé sur le contexte individuel et social, pris séparément et ensemble. Il englobe tous les éléments qui composent le modèle biopsychosocial et entraîne la création de services et de programmes qui permettent de favoriser et de soutenir la santé mentale, ainsi que de prévenir et de traiter la maladie mentale grâce à l'intervention de l'individu, du groupe et de la collectivité.

BUT DE L'OUTIL D'ÉVALUATION

L'outil d'évaluation est conçu pour renforcer la capacité du gouvernement et des organisations non gouvernementales d'encourager la création de milieux sociaux, notamment dans le domaine des services de santé, qui soutiennent la santé mentale des adultes âgés. Il permet de mettre en évidence les effets négatifs des politiques, des programmes et des pratiques existants et futurs sur la santé mentale des aînés et donc d'améliorer ces politiques, programmes et pratiques. L'utilisation de l'outil d'évaluation permettra de renforcer la promotion de la santé mentale et la prévention des problèmes mentaux, ce qui aura une influence sur la façon dont sont financés, conçus et fournis les services de santé mentale.

RAISON D'ÊTRE DE L'OUTIL D'ÉVALUATION

La nécessité d'évaluer les politiques du point de vue de la santé mentale des aînés découle d'un certain nombre de problèmes, qui peuvent être abordés grâce à l'utilisation de l'outil d'évaluation. Voici les problèmes cités :

- La prévalence des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées du Canada se situe entre 17 % et 30 % (Santé et Bien-être social Canada, 1991). Étant donné le vieillissement de la population, il y a de plus en plus de personnes âgées qui ont des problèmes de santé mentale, ou risquent d'en avoir.

L'utilisation de l'outil d'évaluation permet la création de milieux sociaux qui soutiennent la santé mentale des adultes âgés, réduisant ainsi le risque de problèmes mentaux.

- La plupart des politiques qui régissent la vie des adultes âgés, directement ou indirectement, ont été en grande partie conçues sans la participation des intéressés et souvent même sans que l'on se penche sur leurs besoins particuliers. Ainsi, il est peu probable que ces politiques expriment les priorités et les valeurs des adultes âgés. La santé mentale des aînés est maintenant marginalisée parce que les décisions qui sont prises 1) réduisent les moyens de soutien que les personnes âgées considèrent comme importants pour favoriser leur santé mentale et 2) réorientent les services au détriment de la santé mentale, par exemple en limitant l'accès à ces services (Anderson & Parent, 2002).

L'outil d'évaluation englobe les valeurs et les priorités que les personnes âgées ont désignées comme étant importantes pour leur santé mentale, et qui peuvent servir comme paramètres pour l'évaluation des politiques.

- L'agisme influence l'importance donnée aux besoins des aînés (y compris en ce qui concerne la façon dont ces besoins sont définis et traités) par les responsables du financement, de la conception et de la prestation des services de santé et des services sociaux. Si ces préjugés ne sont pas reconnus, cela peut entraîner une mauvaise planification et une mauvaise conception des politiques, des textes législatifs, des programmes, des services et des interventions. Ceci peut coûter cher, tant sur le plan humain que sur le plan économique (Rogers, 1993), et peut également avoir des résultats imprévus et indésirables tant pour les adultes âgés que pour la société dans son ensemble.

L'outil d'évaluation doit permettre de trouver les aspects tendancieux des politiques qui peuvent avoir des conséquences négatives sur la santé mentale des adultes âgés.

- À l'heure actuelle, les politiques en matière de santé mentale des personnes âgées se fondent en général sur un modèle biomédical. Celui-ci se concentre sur les maladies individuelles et mène à la création de services et programmes axés principalement sur le diagnostic et le traitement de la maladie mentale. La perspective est limitée aux soins de courte durée et à la guérison, alors que les besoins de bien des aînés sont chroniques et sont souvent reliés à des déficiences ou à des lacunes dans leur système de soutien social ou dans leur milieu. Le paradigme biomédical a entraîné une négligence au niveau de la mise en œuvre d'interventions non médicales plus générales et de la création des services communautaires nécessaires pour soutenir la santé mentale des aînés. Souvent, les services qui répondent à des besoins psychosociaux (comme le transport, ou les programmes de promotion de la santé et de prévention) sont éliminés en période de restrictions financières (Tuokko et autres, 2001).

L'outil d'évaluation est axé sur le contexte individuel et le contexte social, pris séparément et ensemble, en relation avec la santé mentale des personnes âgées. Il vise à créer un modèle social de soins qui met l'accent sur l'élément psychosocial du modèle biopsychosocial.

Élaboration des questions de l'outil d'évaluation

L'outil d'évaluation consiste en un ensemble de dix questions qui visent d'une part à sensibiliser les utilisateurs aux facteurs qui influencent la santé mentale des adultes âgés et d'autre part à guider leur analyse des politiques du point de vue de la santé mentale des aînés. Les questions sont fondées sur les principes des déterminants de la santé de la population (Santé Canada, 2002), la promotion de la santé mentale (Santé Canada, 1996) et les politiques en matière de santé des personnes vieillissantes (Marshall, 1994). Elles s'inspirent des valeurs et des principes de base de l'ouvrage intitulé « Guidelines for Best Practices in Elderly Mental Health Care » (C.-B., Ministry of Health, 2002) et du document intitulé « Les principes du cadre national sur le vieillissement : Guide d'analyse des politiques » (Santé Canada,

1998). L'outil d'évaluation contient également les points de vue des aînés sur les facteurs qui influent sur leur santé mentale et exprime leurs valeurs (pour en savoir plus, veuillez vous reporter aux annexes).

Les questions qui constituent l'outil d'évaluation

- La politique a-t-elle été créée en collaboration avec les personnes qu'elles touchera le plus?
- La politique traite-t-elle les besoins, situations et aspirations variés des sous-groupes vulnérables de la population âgée? Si cette politique avait des effets négatifs, seraient-ils amplifiés pour certains de ces groupes?
- La politique reconnaît-elle la multiplicité des déterminants de la santé?
- La politique tient-elle compte de l'accessibilité?
- La politique encourage-t-elle la participation sociale et soutient-elle les rapports sociaux des aînés?
- La politique soutient-elle l'indépendance et l'autodétermination chez les aînés?
- La politique est-elle bénéfique pour la dignité des aînés?
- La politique est-elle juste? Prend-elle en considération tous les inconvénients et les avantages qu'il y a à soutenir les aspirations des aînés?
- La politique ou le programme renforcent-ils le sentiment de sécurité chez les aînés?
- Tient-elle compte des conséquences cumulatives sur les adultes âgés des politiques et programmes visant les personnes plus jeunes?

Qui devrait se servir de l'outil d'évaluation?

The SMHPL can be used by policy makers, program managers, designers, evaluators, clinicians and seniors' advocacy groups. It can be used by those who create policy, and by those who wish to critique policy from a seniors' mental health perspective.

Applications de l'outil d'évaluation

L'outil d'évaluation vise à encourager l'analyse et la discussion lorsque certaines décisions stratégiques sont à l'étude, et à faciliter l'évaluation des effets des politiques et programmes existants sur la santé mentale des aînés. Il peut être utilisé pour faire un examen rapide de certaines politiques, pour guider la recherche, ainsi que l'évaluation des effets de certains programmes, ou pour élaborer une politique en réponse à une certaine question ou à un certain besoin. Il peut servir à évaluer les conséquences en matière de santé mentale des politiques qui visent tout particulièrement les adultes âgés (par ex. les politiques de sortie des hôpitaux).

On peut faire appel à l'outil d'évaluation pour analyser une politique et pour mettre

en évidence les implications des programmes des gouvernements et des organismes non gouvernementaux sur la santé mentale des personnes âgées. Par exemple, on peut se demander quelles sont les conséquences négatives possibles sur la santé mentale des aînés :

- du manque de moyens de transport accessibles et à prix abordable?
- de l'élimination des services de nettoyage qui étaient fournis aux adultes âgés recevant des soins à domicile?
- de l'examen obligatoire des capacités de conduite des personnes de plus de 85 ans?

L'outil d'évaluation est éducatif et peut servir à analyser des politiques qui ne visent pas précisément les aînés afin de déterminer si elles contiennent des préjugés âgistes inadvertants qui peuvent avoir des conséquences négatives sur la santé mentale des aînés. Par exemple, quelles pourraient être les conséquences négatives sur la santé mentale des adultes âgés :

- des systèmes de messagerie vocale à plusieurs étapes qui donnent accès à des programmes?
- des exigences en matière d'ordonnance de ne pas réanimer pour les résidents d'établissements de soins de longue durée?

L'outil d'évaluation peut servir à analyser les effets négatifs possibles des politiques relatives au système de santé (par ex. organisation, critères de financement, questions de dotation en personnel) sur la santé mentale des personnes âgées. Par exemple, quelles peuvent être les conséquences négatives sur la santé mentale des adultes âgés :

- de la rotation de personnel toutes les deux semaines dans les établissements de soins de longue durée?
- de l'emploi de personnel n'ayant pas de formation en gériatrie ou en psychogériatrie dans les services d'urgence des hôpitaux?
- Des quotas en matière de nombre d'adultes pouvant occuper des lits réservés à la psychiatrie générale dans les hôpitaux?

Mise en application des questions de l'outil d'évaluation

En répondant aux questions de l'outil d'évaluation, l'utilisateur doit réfléchir sur la façon dont la politique à l'étude pourrait influencer sur la santé mentale des adultes âgés en général d'une part et celle de groupes particuliers ayant des besoins spéciaux d'autre part. En se servant de l'outil d'évaluation, il est possible de faire ressortir les effets négatifs possibles d'une certaine politique sur la santé mentale des personnes âgées. Si l'on ne trouve aucun effet négatif, la politique peut être acceptée. Si les résultats ne sont pas clairs, il faut noter la nécessité d'obtenir des renseignements supplémentaires, ainsi que les sources possibles de renseignements. Si l'évaluation a révélé des effets négatifs possibles, l'utilisateur définit des mesures qui permettront de corriger ou de compenser ces effets négatifs. Les résultats sont résumés, les dispositions nécessaires sont prises et la politique est

modifiée en conséquence. On se sert alors à nouveau de l'outil d'évaluation de la même manière jusqu'à ce que la question des effets négatifs possibles soit réglée de façon satisfaisante.

CONCLUSION

La santé mentale est influencée par tout un ensemble de facteurs individuels et sociaux interdépendants. Les politiques, qu'elles soient élaborées au niveau législatif ou organisationnel, jouent un grand rôle dans la création du milieu social dans lequel vivent les adultes âgés et peuvent avoir des conséquences négatives imprévues sur leur santé mentale. L'outil d'évaluation, qui s'appuie sur les valeurs chères aux adultes âgés, sert à mettre en relief ces conséquences négatives pour les personnes qui créent les politiques et celles qui souhaitent les analyser. Lorsque les effets négatifs sont mis en évidence, on peut concevoir des stratégies pour les éviter ou y répondre. Ainsi, l'utilisation de l'outil d'évaluation peut aider à élaborer des politiques, des programmes et des services qui favorisent et soutiennent la santé mentale des adultes âgés et préviennent les problèmes mentaux.

Exemple de mise en application de l'outil d'évaluation

La prochaine partie, qui est l'annexe I, contient un guide d'utilisation de la feuille de travail de l'outil d'évaluation, ainsi qu'un exemple.

ANNEXE I

Guide d'utilisation de la feuille de travail de l'OUTIL D'ÉVALUATION DES POLITIQUES EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE DES AÎNÉS

La feuille de travail de l'outil d'évaluation doit vous aider à vous servir des questions de façon efficace.

Les questions ne visent pas un programme précis et ne sont pas exhaustives. Il vous faudra peut-être ajouter d'autres questions pour vos propres besoins. De plus, certaines questions pourraient ne pas s'appliquer à votre situation. La discussion initiale devrait porter entre autres sur l'ajout de questions supplémentaires.

Cet outil n'est pas simplement une liste de contrôle; il est conçu pour encourager la discussion, ainsi que l'évaluation des effets possibles, tant positifs que négatifs, d'une politique sur la santé mentale des aînés.

1. Commencez par donner une brève description de la politique à l'étude ou en cours d'élaboration.
2. Pour chaque question, cochez **Oui, Non, Ne sais pas, ou S/o (sans objet)**, selon ce que vous pensez de votre politique.
3. Additionnez les coches des quatre colonnes et analysez les résultats en fonction des critères ci-dessous.

OUI > NON? Votre politique ou votre programme est sur la bonne voie, mais cherchez tout de même comment l'améliorer. Examinez la possibilité 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. Nombre de besoins, de souhaits et de préoccupations des aînés ne sont pas pris en compte. La meilleure chose à faire serait de demander l'avis des aînés eux-mêmes.

NE SAIS PAS > OUI ou NON
Il vous faut rassembler davantage de renseignements avant de mettre en pratique votre politique (ou votre programme). Celle-ci n'est pas exhaustive, ni holistique.

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

Ajoutez un sommaire des discussions qui ont eu lieu.

4. Répondez par oui ou par non à la question de savoir si la politique doit être acceptée comme elle est, ou bien acceptée avec des modifications, s'il faut plus de renseignements, ou s'il faut la revoir.

Si la politique n'est pas acceptée, déterminez les domaines qui ont besoin de modifications 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.

5. Modifiez la politique, puis servez-vous à nouveau de l'outil d'évaluation, en commençant par le numéro 1 ci-dessus.
6. En commençant par le point 5 ci-dessus, reprenez le processus jusqu'à ce que la politique (modifiée) soit prête à être acceptée.

EXEMPLE d'utilisation de l'outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés

L'exemple suivant illustre la façon dont l'outil d'évaluation peut être utilisé.

QUESTION À L'ÉTUDE : les responsables d'un établissement de soins de longue durée polonaise-canadienne veulent mettre en œuvre une nouvelle politique en matière de services de repas, dans l'intention de réduire les dépenses, de limiter le nombre d'employés et de structurer le système de façon à le rendre facile à gérer. Les responsables ont demandé l'avis du personnel des services de diététique et des employés de la cuisine.

Après rédaction de la première ébauche, la politique a été analysée à l'aide de l'outil d'évaluation. Vous trouverez les résultats ci-dessous, accompagnés d'un commentaire en italiques.

Description de la politique

Les repas des résidents doivent être servis uniquement dans la salle à manger et à des heures fixes. Les places seront assignées selon les différents services de l'établissement.

1. Facteurs relatifs au processus

PROCESSUS	Oui	Non	Ne sais pas	S/O
a. La politique a-t-elle été créée en collaboration avec ceux qu'elle touchera le plus?		✓		
b. La politique ou le programme mettent-ils l'accent sur les partenariats et la collaboration?		✓		
c. Les personnes âgées et leurs organisations ont-elles été consultées? Ont-elles participé?		✓		
d. Y a-t-il eu une participation d'autres organismes, secteurs ou ministères connexes?		✓		

La participation des conseils de résidents et des représentants des familles est nécessaire. Il faut consulter le personnel infirmier et les employés chargés des activités.

2. Diversité :

i - La politique ou le programme tiennent-ils compte des besoins, des situations et des aspirations variés de sous-groupes marginalisés ou vulnérables au sein de la population âgée?

RECONNAISSANCE DE LA DIVERSITÉ	Oui	Non	Ne sais pas	S/O
		✓		

La même politique est appliquée quelles que soient les situations individuelles.

ii - Cette politique ou ce programme permettent-ils d'éviter les effets négatifs sur les groupes suivants?

ÉLIMINATION DES EFFETS NÉGATIFS POUR	Oui	Non	Ne sais pas	S/O
les homosexuels	✓			
les minorités ethnoculturelles	✓			
les femmes			✓	
les fournisseurs de soins			✓	
les pauvres	✓			
les très âgés			✓	
les personnes ayant une maladie mentale			✓	
les personnes atteintes d'une déficience intellectuelle			✓	
les Autochtones	✓			
les personnes handicapées			✓	
les personnes atteintes d'une maladie chronique			✓	
les minorités religieuses	✓			
les résidents d'établissements de soins de longue durée		✓		
les personnes ayant un retard de développement			✓	

Tous les résidents des services de soins de longue durée ressentiront les effets négatifs éventuels. La plupart sont des femmes et se trouvent dans la catégorie des très âgés, ce qui signifie que les effets négatifs seront amplifiés pour elles. Les fournisseurs de soins qui rendent visite aux résidents peuvent avoir du mal à

s'adapter à un emploi du temps rigide, ce qui augmentera leur stress. Les personnes ayant des incapacités graves sur le plan mental, cognitif ou physique auront probablement besoin d'un programme adapté aux hauts et aux bas de leur situation et qui appuie leur faculté d'adaptation, leur indépendance et leur estime personnelle. Ce ne sera pas le cas si l'heure et le lieu des repas sont fixés une fois pour toutes.

Il faudra parler à certaines des personnes intéressées afin de voir ce qu'elles pensent de la politique proposée. Il faudra consulter les employés chargés d'amener les résidents à la salle à manger à des heures fixes afin de savoir si cela est possible sans bousculer les résidents.

3. Déterminants de la santé

La politique ou le programme tiennent-ils compte des déterminants de la santé? Et en particulier, permettront-ils d'éviter les effets négatifs sur :

ÉLIMINATION DES EFFETS NÉGATIFS SUR	Oui	Non	Ne sais pas	S/O
la santé physique			✓	
les réseaux de soutien social		✓		
les milieux sociaux			✓	
la sécurité				✓
le niveau de revenu				✓
les habitudes personnelles en matière de santé et la capacité d'adaptation			✓	
l'accès à des soins adaptés				✓
le sentiment de sécurité physique				✓

Parce qu'elle ne tient pas compte de la diversité des besoins sociaux des adultes âgés, la politique aura peut-être des effets stressants sur certaines personnes qu'elle oblige à prendre leurs repas en même temps que tout le monde. Afin de se rendre à la salle à manger à temps, certains résidents devront peut-être demander de l'aide, ce qui portera atteinte à leur capacité de se débrouiller tous seuls. Est-ce qu'on se servira davantage de fauteuils roulants pour amener les résidents à la salle à manger plutôt que de prendre le temps de les aider à marcher ou de leur permettre de s'y rendre tous seuls? Le fait que la politique soit centrée sur les horaires plutôt que sur les résidents pourrait avoir des conséquences négatives sur le milieu social. La distribution des places à table ne tient sans doute pas compte de la compatibilité entre les résidents – le fait de ne pas pouvoir manger avec qui on veut peut éroder les systèmes de soutien social. Les fournisseurs de soins dont l'horaire les oblige à venir à l'heure des repas auront peut-être plus de mal à rendre visite aux résidents.

4. La politique ou le programme tiennent-ils compte de l'accessibilité?

PRISE EN CONSIDÉRATION DE L'ACCESSIBILITÉ	Oui	Non	Ne sais pas	S/O
a. L'information pertinente est-elle accessible?	✓			
b. Le prix est-il abordable?	✓			
c. Des ressources suffisantes seront-elles disponibles au moment voulu?	✓			
d. Y aura-t-il des moyens de transport?				✓

Is there sufficient staff available to assist residents to meals on time?

5. La politique ou le programme encouragent-ils ou soutiennent-ils la participation sociale des aînés et leurs rapports sociaux?

ENCOURAGEMENT DE LA PARTICIPATION ET DES RAPPORTS	Oui	Non	Ne sais pas	S/O
a. Au sein de leur réseau social de membres de la famille et d'amis?		✓		
b. Au sein de la collectivité?			✓	
c. L'inclusion des aînés dans la société est-elle renforcée?				✓
d. La politique ou le programme réduisent-ils la solitude et l'isolement social et spirituel?			✓	
e. Le sentiment d'appartenance et d'importance individuelle est-il encouragé?		✓		

Cette politique permet aux résidents de manger ensemble, mais ne tient pas compte des rapports personnels et des réseaux de soutien formés par les résidents au sein de l'établissement, ce qui a pour résultat de diminuer leur sentiment d'appartenance à la communauté. (Il n'y a pas de raison de croire que les places assignées vont entraîner des rapports personnels ou faire naître un sentiment de communauté, étant donné que l'on ignore les besoins et intérêts individuels, etc.). Dans cette perspective, les résidents sont des unités interchangeable, ce qui peut produire un sentiment d'aliénation.

6. La politique renforce-t-elle l'indépendance et l'autodétermination chez les aînés?

RENFORCEMENT DE L'INDÉPENDANCE	Oui	Non	Ne sais pas	S/O
a. Donne-t-elle la possibilité de faire des choix?		✓		
b. Les renseignements, l'encouragement et le soutien nécessaires pour faciliter les choix sont-ils fournis?		✓		
c. Facilite-t-elle les facultés d'adaptation?		✓		
d. Réduit-elle la solitude et l'isolement social et spirituel?			✓	
e. Renforce-t-elle la capacité des aînés de s'adapter à des situations différentes?		✓		

La politique n'encourage pas l'indépendance. Elle peut accroître la nécessité de demander de l'aide pour se préparer ou se rendre à la salle à manger, ce qui érode la faculté de se débrouiller. Le manque de choix détruit l'indépendance. Les résidents n'ont pas la possibilité de décider où, quand et avec qui ils mangeront en fonction de leur énergie, de leur humeur ou de leurs besoins affectifs ou sociaux. L'autonomie en est diminuée.

7. La politique renforce-t-elle la dignité des aînés?

RENFORCEMENT DE LA DIGNITÉ	Oui	Non	Ne sais pas	S/O
a. Encourage-t-elle l'estime personnelle?		✓		
b. Respecte-t-elle la vie privée des aînés?			✓	
c. Reconnaît-elle le caractère unique de chaque individu?		✓		
d. Tient-elle compte des besoins individuels par rapport aux besoins collectifs?		✓		

Les systèmes qui ne tiennent pas compte des besoins individuels portent atteinte à l'estime personnelle. Les personnes qui préfèrent manger seules (parce qu'elles savent, par exemple) sont forcées de manger en public.

8. La politique (ou le programme) est-elle juste?

EST-ELLE JUSTE?	Oui	Non	Ne sais pas	S/O
		✓		

Elle ne tient pas compte des besoins individuels.

Tient-elle compte de tous les inconvénients et les avantages qu'il y a à soutenir les aspirations des aînés?

Veillez écrire votre réponse dans l'espace prévu

a. Si la politique est mise en œuvre, quels avantages les aînés en tireront-ils?

Cette structure rigide profitera peut-être à certains résidents, parce qu'ils n'auront pas à réfléchir ou à faire des plans. Le fait d'avoir à prendre les repas dans la salle à manger peut créer des possibilités d'échanges sociaux. Ceux qui peuvent marcher feront de l'exercice 3 fois par jour en se rendant à la salle à manger.

b. Si la politique est mise en œuvre, quels inconvénients y aura-t-il pour les aînés?

Lorsqu'on impose des changements sans consultation afin de satisfaire les besoins d'un établissement, cela donne l'impression que les résidents ne sont pas importants, ce qui porte atteinte au moral et au sentiment d'être un membre important de la communauté. Certains résidents préfèrent peut-être manger seuls. Certains n'ont peut-être pas envie de manger aux heures prévues. Les gens peuvent se sentir dévalués par cette façon de faire, qui ne tient pas compte des différences et des préférences personnelles. Il se peut que certains visiteurs ne viennent plus. Quelques-uns des résidents refuseront peut-être de se rendre à la salle à manger, ce qui pourrait avoir des conséquences négatives sur leur nutrition.

9. La politique ou le programme renforcent-ils le sentiment de sécurité chez les aînés?

RENFORCEMENT DU SENTIMENT DE SÉCURITÉ	Oui	Non	Ne sais pas	S/O
a. sécurité économique				✓
b. sécurité physique				
c. possibilité de faire des plans pour l'avenir, par ex. en ce qui concerne le décès, le logement et les services adaptés			✓	
d. sentiment d'appartenance			✓	

Les résidents peuvent avoir l'impression que l'on peut faire n'importe quel changement sans les consulter (par ex., des changements de chambres, de jour de bain, d'établissement), ce qui compromet leur sentiment d'appartenance et de participation aux décisions et leur capacité de planifier.

10. A-t-on tenu compte des conséquences cumulatives sur les adultes âgés des politiques et programmes visant les personnes plus jeunes?

Veuillez écrire votre réponse dans l'espace prévu.
Ne s'applique pas dans le cas présent.

Additionnez les colonnes

- OUI > NON? Votre politique ou votre programme est sur la bonne voie, mais cherchez tout de même comment l'améliorer. Examinez la possibilité 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. Nombre de besoins, de souhaits et de préoccupations des aînés ne sont pas pris en compte. La meilleure chose à faire serait de demander l'avis des aînés eux-mêmes.
- NE SAIS PAS > OUI OU NON Il vous faut rassembler davantage de renseignements avant de mettre en pratique votre politique (ou votre programme). Celle-ci n'est pas exhaustive, ni holistique.
- SANS OBJET > OUI OU NON Revenez sur votre politique et examinez-la d'un œil critique. Y a-t-il vraiment beaucoup de questions qui ne s'appliquent pas à votre politique ou à votre programme? Ou bien est-ce qu'une grande partie de votre politique (ou

de votre programme) ne répond pas aux besoins, aux souhaits et aux préoccupations de ceux à qui elle s'adresse?

Ajoutez un sommaire de vos discussions.

Recommandation

RECOMMANDATION?	Oui	Non
Politique acceptée		✓
Politique acceptée avec les modifications indiquées		
Renseignements supplémentaires nécessaires pour la prise de décision	✓	
Révisions nécessaires	✓	

1. Détermination des conséquences négatives :

- 1 – Ni les aînés ni leurs familles n'ont été consultés au sujet des changements apportés à la politique qui les toucheront. Certains résidents prendront cela comme un manque de respect et seront fâchés. On ne leur donne pas la possibilité de choisir quand, où et avec qui ils veulent manger, ce qui est contraire à leur besoin d'autonomie. Ils ne sont pas traités comme des individus ayant des besoins particuliers. Les besoins de l'établissement passent avant la nécessité pour les résidents de participer. Le sentiment d'aliénation que cela crée peut donner naissance à la dépression.
- 2 – L'aide dont certains résidents auront besoin pour se rendre à la salle à manger portera peut-être atteinte à leur indépendance et à leur capacité de se débrouiller. Les résidents qui ont une maladie mentale ou une déficience intellectuelle en particulier auront sans doute besoin d'heures de repas et de périodes d'échanges sociaux personnalisés selon le jour. S'ils doivent s'adapter à des horaires rigides, plutôt que d'avoir des horaires qui correspondent à leurs besoins immédiats, il se produira peut-être une décompensation, qui pourrait entraîner une agitation ou un comportement agressif envers le personnel.
- 3 – Si les résidents n'aiment pas la nouvelle politique, ils peuvent refuser de la suivre et manquer des repas. Ceci peut non seulement mener à des problèmes au point de vue nutritionnel, mais aussi entraîner un retrait social et une dépression.
- 4 – Le résultat net de cela sera peut-être de donner l'impression aux résidents et à leurs familles que l'établissement ne fait aucun cas du point de vue et des préférences des personnes âgées, et que ceux-ci peuvent être négligés sans impunité. L'estime personnelle et le moral des résidents pourraient être touchés et le sentiment de communauté pourrait souffrir.

2. Remèdes suggérés :

- 1 - Il faut trouver des façons de connaître l'opinion des résidents et de leurs familles au sujet des changements prévus à la politique qui régit les services de repas.
- 2 - Il faut trouver d'autres moyens de satisfaire les besoins des responsables de l'établissement tout en permettant aux résidents d'avoir un certain choix sur les horaires et le lieu de leurs repas, ce qui respecte leur individualité.

3. Partenariats et collaboration :

Les résidents et leurs familles doivent participer à la création de la politique qui régit les services de repas. Le conseil des résidents devrait avoir son mot à dire, ainsi que le personnel infirmier et les employés chargés des activités.

Résultats et commentaires

Évaluation des résultats

Les responsables ont constaté qu'ils obtenaient presque deux fois plus de NON que de OUI. De plus, il y avait un nombre quasiment égal de NE SAIS PAS. Il y avait même plus de SANS OBJET que de OUI, ce qui soulève la question de savoir si la politique répond aux besoins des résidents. Les responsables ont donc décidé que les résultats indiquaient assez clairement qu'il fallait réexaminer le contenu et l'intention générale de la politique.

Rassemblement des renseignements manquants par l'intermédiaire de la consultation

- I - Des représentants du conseil des résidents et des familles se réunissent avec les responsables de l'établissement et font part des besoins et souhaits suivants :
 1. Les repas devraient être servis à différentes heures, selon les habitudes personnelles des résidents.
 2. Le moment des repas donne une occasion d'entretenir des rapports avec les gens. L'aspect social est aussi important que le repas même. En mettant toujours les gens à la même place ou à la même table, on facilite peut-être la gestion des repas, mais on les empêche de se mélanger et d'entretenir des rapports.
 3. Les résidents ont des préférences en ce qui concerne les personnes avec lesquelles ils veulent manger. Ils font remarquer que le fait de vivre dans un établissement ne signifie pas qu'ils sont interchangeables.
 4. Les résidents n'ont pas toujours envie de manger ensemble.
 5. Les résidents aimeraient pouvoir inviter leurs familles et leurs amis à partager un repas de temps à autre.
 6. La grande majorité des résidents souhaitent pouvoir manger des repas polonais traditionnels.
 7. Les résidents pensent aussi aux dépenses. Ils suggèrent que l'on offre les repas aux membres des familles et aux amis selon le système du recouvrement des coûts.

II – La consultation du personnel infirmier et des employés chargés des activités met en évidence les points suivants :

1. Si l'on essaie de faire venir tout le monde à des heures fixes, il faudra fournir plus d'aide aux résidents et certains d'entre eux se sentiront bousculés. Ceci augmentera leur dépendance et les agitera peut-être, les rendant plus agressifs dans certains cas.
2. Le personnel chargé des activités devra avoir des horaires plus rigides pour le début et la fin des activités.
3. Il existe des incompatibilités entre certains résidents, et ceux-ci ne devraient pas être assis ensemble.
4. Lorsqu'on place les résidents ainsi, on ne tient pas compte des différences dans le fonctionnement social et cognitif, ni de la façon dont ces facteurs contribuent aux rapports sociaux durant les repas ou, au contraire, les entravent.

Élimination des conséquences négatives

Les responsables ont réfléchi à ce qui avait été exprimé et ont essayé de mettre en œuvre les recommandations dans la mesure du possible, de la façon suivante :

1. Le placement au même endroit à chaque repas a été aboli.
2. Si le nombre de places libres et les horaires le permettent, les résidents pourront inviter des amis ou des membres de leurs familles, à condition de réserver au moins un jour à l'avance, et plus tôt s'il s'agit de plusieurs personnes. Les invités paieront leur repas selon le système du recouvrement des coûts.
3. Au lieu d'avoir des heures de déjeuner fixes, on essaiera de servir un déjeuner continental (pour des raisons relatives au personnel, il n'était pas possible d'avoir des horaires souples pour les autres repas).
4. On a ajouté au menu des mets polonais traditionnels, tout en tenant compte des questions de diététique.
5. Il y aura une collaboration continue avec les résidents, qui permettra d'évaluer et de modifier la politique.

Remaniement de la politique en fonction des points ci-dessus et nouvelle analyse avec l'outil d'évaluation

En analysant les effets de la politique remaniée en matière de service de repas à l'aide de l'outil d'évaluation, les responsables se sont aperçus que le nombre de OUI avait quadruplé, et qu'il n'y avait pratiquement plus de NON ni de NE SAIS PAS. Le nombre de SANS OBJET avait aussi augmenté et, après examen de cette situation, les responsables ont conclu que les catégories générales en question ne s'appliquaient en effet pas à la politique à l'étude.

Les responsables ont pu atteindre les buts fixés à l'origine, qui étaient de limiter les dépenses et le nombre d'employés. Les besoins alimentaires sont satisfaits. Les responsables sont certains que la majorité des résidents seront favorables à la

politique. Ceci rendra la politique plus facile à mettre en œuvre, bien qu'elle soit plus difficile à gérer, ce qui est considéré comme acceptable. La politique révisée en matière de service de repas sera positive pour le bien-être et la santé mentale des résidents.

Recommandation

RECOMMANDATION?	Oui	Non
Politique acceptée		
Politique acceptée avec les modifications indiquées	✓	
Renseignements supplémentaires nécessaires pour la prise de décision		✓
Révisions nécessaires		✓

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

La feuille de travail de l'outil d'évaluation doit vous aider à vous servir des questions de façon efficace.

Les questions ne visent pas un programme précis et ne sont pas exhaustives. Il vous faudra peut-être ajouter d'autres questions pour vos propres besoins. De plus, certaines questions pourraient ne pas s'appliquer à votre situation. La discussion initiale devrait porter entre autres sur l'ajout de questions supplémentaires.

Cet outil n'est pas simplement une liste de contrôle; il est conçu pour encourager la discussion, ainsi que l'évaluation des effets possibles, tant positifs que négatifs, d'une politique sur la santé mentale des aînés.

1. Commencez par donner une brève description de la politique à l'étude ou en cours d'élaboration.
2. Pour chaque question, cochez **Oui, Non, Ne sais pas, ou S/o (sans objet)**, selon ce que vous pensez de votre politique.
3. Additionnez les coches des quatre colonnes et analysez les résultats en fonction des critères ci-dessous.

OUI > NON? Votre politique ou votre programme est sur la bonne voie, mais cherchez tout de même comment l'améliorer. Examinez la possibilité 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. Nombre de besoins, de souhaits et de préoccupations des aînés ne sont pas pris en compte. La meilleure chose à faire serait de demander l'avis des aînés eux-mêmes.

NE SAIS PAS > OUI ou NON
Il vous faut rassembler davantage de renseignements avant de mettre en pratique votre politique (ou votre programme). Celle-ci n'est pas exhaustive, ni holistique.

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

Ajoutez un sommaire des discussions qui ont eu lieu.

4. Répondez par oui ou par non à la question de savoir si la politique doit être acceptée, ou bien acceptée avec des modifications, s'il faut plus de renseignements, ou s'il faut la revoir.

Si la politique n'est pas acceptée, déterminez les domaines qui ont besoin de modifications 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.

5. Modifiez la politique, puis servez-vous à nouveau de l'outil d'évaluation, en commençant par le numéro 1 ci-dessus.

6. En commençant par le point 5 ci-dessus, reprenez le processus jusqu'à ce que la politique (modifiée) soit prête à être acceptée.

Description de la politique

1. Facteurs relatifs au processus

PROCESSUS	Oui	Non	Ne sais pas	S/O
a. La politique a-t-elle été créée en collaboration avec ceux qu'elle touchera le plus?				
b. La politique ou le programme mettent-ils l'accent sur les partenariats et la collaboration?				
c. Les personnes âgées et leurs organisations ont-elles été consultées? Ont-elles participé?				
d. Y a-t-il eu une participation d'autres organismes, secteurs ou ministères connexes?				

REMARQUES:

2. Diversité :

La politique ou le programme tiennent-ils compte des besoins, des situations et des aspirations variés de sous-groupes marginalisés ou vulnérables au sein de la population âgée?

RECONNAISSANCE DE LA DIVERSITÉ	Oui	Non	Ne sais pas	S/O

Cette politique ou ce programme permettent-ils d'éviter les effets négatifs sur les groupes suivants?

ÉLIMINATION DES EFFETS NÉGATIFS POUR	Oui	Non	Ne sais pas	S/O
les homosexuels				
les minorités ethnoculturelles				
les femmes				
les fournisseurs de soins				
les pauvres				
les très âgés				
les personnes ayant une maladie mentale				
les personnes atteintes d'une déficience intellectuelle				
les Autochtones				
les personnes handicapées				
les personnes atteintes d'une maladie chronique				
les minorités religieuses				
les résidents d'établissements de soins de longue durée				
les personnes ayant un retard de développement				

REMARQUES:

3. Déterminants de la santé

La politique ou le programme tiennent-ils compte des déterminants de la santé? Et en particulier, permettront-ils d'éviter les effets négatifs sur :

ÉLIMINATION DES EFFETS NÉGATIFS SUR	Oui	Non	Ne sais pas	S/O
la santé physique				
les réseaux de soutien social				
les milieux sociaux				
la sécurité				
le niveau de revenu				
les habitudes personnelles en matière de santé et la capacité d'adaptation				
l'accès à des soins adaptés				
le sentiment de sécurité physique				

REMARQUES:

4. La politique ou le programme tiennent-ils compte de l'accessibilité?

PRISE EN CONSIDÉRATION DE L'ACCESSIBILITÉ	Oui	Non	Ne sais pas	S/O
a. L'information pertinente est-elle accessible?				
b. Le prix est-il abordable?				
c. Des ressources suffisantes seront-elles disponibles au moment voulu?				
d. Y aura-t-il des moyens de transport?				

REMARQUES:

5. La politique ou le programme encouragent-ils ou soutiennent-ils la participation sociale des aînés et leurs rapports sociaux?

ENCOURAGEMENT DE LA PARTICIPATION ET DES RAPPORTS	Oui	Non	Ne sais pas	S/O
a. Au sein de leur réseau social de membres de la famille et d'amis?				
b. Au sein de la collectivité?				
c. L'inclusion des aînés dans la société est-elle renforcée?				
d. La politique ou le programme réduisent-ils la solitude et l'isolement social et spirituel?				
e. Le sentiment d'appartenance et d'importance individuelle est-il encouragé?				

REMARQUES:

6. La politique renforce-t-elle l'indépendance et l'autodétermination chez les aînés?

RENFORCEMENT DE L'INDÉPENDANCE	Oui	Non	Ne sais pas	S/O
a. Donne-t-elle la possibilité de faire des choix?				
b. Les renseignements, l'encouragement et le soutien nécessaires pour faciliter les choix sont-ils fournis?				
c. Facilite-t-elle les facultés d'adaptation?				
d. Réduit-elle la solitude et l'isolement social et spirituel?				
e. Renforce-t-elle la capacité des aînés de s'adapter à des situations différentes?				

REMARQUES:

7. La politique renforce-t-elle la dignité des aînés?

RENFORCEMENT DE LA DIGNITÉ	Oui	Non	Ne sais pas	S/O
a. Encourage-t-elle l'estime personnelle?				
b. Respecte-t-elle la vie privée des aînés?				
c. Reconnaît-elle le caractère unique de chaque individu?				
d. Tient-elle compte des besoins individuels par rapport aux besoins collectifs?				

REMARQUES:

8. La politique ou le programme sont-ils justes? Prennent-ils en consideration tous les coûts et les avantages d'un système qui soutien-drait les aspirations des aînés?

EST-ELLE JUSTE?	Oui	Non	Ne sais pas	S/O

Quels seraient les avantages de la politique pour les aînés, si on la mettait en oeuvre?

Quels seraient les coûts de la politique pour les aînés, si on la mettait en oeuvre?

9. La politique ou le programme renforcent-ils le sentiment de sécurité chez les aînés?

RENFORCEMENT DU SENTIMENT DE SÉCURITÉ	Oui	Non	Ne sais pas	S/O
a. sécurité économique				
b. sécurité physique				
c. possibilité de faire des plans pour l'avenir, par ex. en ce qui concerne le décès, le logement et les services adaptés				
d. sentiment d'appartenance				

REMARQUES:

10. A-t-on tenu compte des conséquences cumulatives sur les adultes âgés des politiques et programmes visant les personnes plus jeunes?

Veillez écrire votre réponse dans l'espace prévu.

Additionnez les colonnes

- OUI > NON? Votre politique ou votre programme est sur la bonne voie, mais cherchez tout de même comment l'améliorer. Examinez la possibilité 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. Nombre de besoins, de souhaits et de préoccupations des aînés ne sont pas pris en compte. La meilleure chose à faire serait de demander l'avis des aînés eux-mêmes.
- NE SAIS PAS > OUI OU NON Il vous faut rassembler davantage de renseignements avant de mettre en pratique votre politique (ou votre programme). Celle-ci n'est pas exhaustive, ni holistique.
- SANS OBJET > OUI OU NON Revenez sur votre politique et examinez-la d'un œil critique. Y a-t-il vraiment beaucoup de questions qui ne s'appliquent pas à votre politique ou à votre programme? Ou bien est-ce qu'une grande partie de votre politique (ou de votre programme) ne répond pas aux besoins, aux souhaits et aux préoccupations de ceux à qui elle s'adresse?

Ajoutez un sommaire de vos discussions.

Recommandation

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

1. Détermination des conséquences négatives :

2. Remèdes suggérés :

3. Partenariats et collaboration :

ANNEXE II

CADRE CONCEPTUEL POUR LA CRÉATION DES QUESTIONS DE L'OUTIL D'ÉVALUATION DES POLITIQUES

L'outil d'évaluation se fonde sur les perspectives et les principes qui régissent la santé de la population (Santé Canada, 2002), la promotion de la santé mentale (Santé Canada, 1996) et les politiques en matière de santé des personnes vieillissantes (Marshall, 1994). Il s'inspire des valeurs et des principes de base de l'ouvrage intitulé « Guidelines for Best Practices in Elderly Mental Health Care » (Ministry of Health, C.-B., 2002) et du document intitulé « Les principes du cadre national sur le vieillissement : Guide d'analyse des politiques » (Santé Canada, 1998), ainsi que des points de vue des aînés sur les facteurs qui influent sur leur santé mentale.

Dans cette partie, on examine de quelle façon les documents théoriques sur lesquels s'appuie l'outil d'évaluation s'appliquent à la santé mentale des personnes âgées.

Déterminants de la santé de la population

L'intégration à l'outil d'évaluation de la perspective relative à la santé de la population garantit que l'on tient compte tant des facteurs individuels que des facteurs sociaux (séparément et ensemble) qui influent sur la santé mentale des personnes âgées.

Du point de vue de la santé de la population, la notion de « santé » désigne davantage que l'absence de maladie. Il s'agit du produit d'interactions complexes entre des caractéristiques individuelles, le milieu physique et des facteurs sociaux et économiques. Selon Santé Canada (2002), ces déterminants sont :

- La biologie et le patrimoine génétique – la composition biologique de base du corps humain est un déterminant fondamental de la santé. Le patrimoine génétique peut prédisposer certains à des maladies ou des problèmes de santé particuliers.
- Le sexe – il s'agit ici des divers rôles, attitudes, comportements, valeurs et influences qui, aux yeux de la société, différencient l'homme et la femme. Beaucoup de problèmes de santé sont liés au statut social ou aux rôles conférés aux deux sexes de façon systématique.
- L'éducation – l'éducation peut améliorer la possibilité d'avoir accès à des renseignements et des services qui permettent en principe de rester en bonne santé; elle donne aux gens les compétences nécessaires pour reconnaître et résoudre les problèmes qui se présentent; elle accroît les choix et les possibilités; et elle augmente la satisfaction professionnelle, la sécurité d'emploi et la sécurité financière. Plus les gens sont éduqués, plus ils sont en bonne santé.
- L'environnement physique – l'environnement physique inclue le milieu naturel (l'air, l'eau, la terre) et le milieu humain (le logement, la sécurité des collectivités, le transport). La bonne santé va de pair avec la qualité des milieux naturel et humain.

- 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 qui ont des emplois plus stressants.
- Le revenu et la condition sociale – la santé est directement reliée au revenu et à la condition sociale. Les gens qui ont un revenu plus élevé sont en meilleure santé que les autres et les personnes dont la condition socio-économique est plus élevée sont en meilleure santé que les autres.
- Les réseaux de soutien social – plus on a de soutien de la part de membres de la famille, d'amis et de membres de la communauté, plus on est en bonne santé.
- L'environnement social – les sociétés encourageantes (celles qui sont stables, qui reconnaissent la diversité et encouragent la sécurité, les bons rapports de travail et la cohésion) peuvent réduire ou éliminer bien des risques pour la santé.
- La culture – la culture et l'ethnisme sont le produit de l'histoire personnelle et de facteurs sociaux, politiques, géographiques et économiques. Ils ont une influence sur la façon dont les personnes envisagent la santé et la maladie, dont ils établissent des liens avec le système de santé, dont ils accèdent aux renseignements en matière de santé, dont ils participent aux programmes de promotion de la santé et dont ils choisissent leur style de vie.
- Le développement sain pendant l'enfance – les expériences vécues avant la naissance et pendant la petite enfance ont un impact très important sur la santé, le bien-être, la capacité d'adaptation et les compétences futures.
- Les habitudes de vie et la capacité d'adaptation personnelles – les habitudes de vie sont les comportements choisis ou laissés de côté par les personnes dans leur vie quotidienne. La capacité d'adaptation désigne les ressources intérieures qui permettent aux gens de faire face à certaines situations ou à certains problèmes, et de savoir répondre aux influences et aux pressions externes. Plus les habitudes de vie sont bonnes et la capacité d'adaptation est forte, plus la santé sera bonne.
- Les services de santé – les services de santé qui visent à prévenir les maladies, à restaurer la santé et les fonctions, ainsi qu'à préserver et à promouvoir la santé, contribuent à la bonne santé de la population.

Chacun de ces déterminants de la santé est important par lui-même, mais c'est l'influence combinée des divers facteurs qui détermine l'état de santé des individus, des sous-groupes de la population, ainsi que de la population dans son ensemble.

Dans la prochaine partie, on explore les implications des déterminants de la santé pour les personnes âgées en les appliquant aux transitions critiques et aux événements normatifs qui peuvent se produire à l'âge adulte avancé.

Déterminants sociaux et bien-être psychologique et social chez les aînés

Au cours du processus normal du vieillissement, il se produit un certain nombre de changements. Ceux-ci touchent la majorité des aînés et comprennent la retraite, les changements au niveau de revenu, les changements physiques et les changements relatifs aux réseaux de soutien social. Les aînés réagissent à ces transitions de façons très variées.

Retraite

La retraite peut être considérée comme un événement positif ou négatif, selon les circonstances qui entourent cette séparation officielle d'avec le monde du travail rétribué (Pitt, 1998). Certains envisagent la retraite comme une occasion de se dévouer activement à des activités auxquelles ils n'avaient pas le temps de se consacrer lorsqu'ils travaillaient. D'autres voient dans la retraite une diminution de leurs revenus, une baisse de l'intensité des rapports sociaux, la perte d'un réseau de soutien et un rappel conscient de leur âge et de leur mortalité.

La retraite n'est pas une situation statique; on peut l'imaginer comme une série d'étapes par lesquelles passe la personne. Le moment où se produisent ces étapes et la façon dont elles se succèdent dépendent de circonstances telles la raison de la retraite et l'âge de la personne (Atchley, 1976). Les adultes âgés ayant un revenu insuffisant et une mauvaise santé, et qui doivent faire face à des sources de tension supplémentaires, comme le décès d'un époux ou d'une épouse, sont ceux qui ont le plus de difficultés à s'adapter à la retraite (Stull & Hanch, 1984).

La retraite touche la personne elle-même, mais aussi son époux, son épouse ou son ou sa partenaire. Si celui-ci ou celle-ci n'a jamais travaillé au dehors, ou ne travaille plus depuis longtemps, la retraite ira peut-être de pair avec un changement de rôles dans le ménage, la famille et la collectivité. Par exemple, une épouse qui n'a jamais travaillé à l'extérieur peut avoir du mal à laisser son mari l'aider à accomplir les tâches ménagères qu'elle a l'habitude de faire toute seule. Par contre, si son épouse, son époux ou son ou sa partenaire continue à occuper un emploi (ce qui deviendra sans doute de plus en plus courant à l'avenir puisque les femmes sont plus nombreuses à travailler au dehors), la personne peut souffrir de solitude.

Changements dans le niveau de revenu

En général, les aînés ont des revenus plus bas que les personnes plus jeunes (Statistique Canada, 2002). Les hommes âgés ont, le plus souvent, des revenus plus élevés que les femmes âgées. Lewis (1997) a suggéré que ceci provient peut-être de cycles traditionnels de dépendance économique vis-à-vis des hommes et d'emploi sporadique et mal payé ou de chômage pour les femmes (Lewis, 1997). Le fait d'être sans partenaire (à cause d'un décès ou d'un divorce) rend les femmes encore plus vulnérables à la pauvreté (Hungerford, 2001; Lewis, 1997; Statistique Canada, 2002). Lewis (1997) observe que l'élargissement des possibilités d'éducation et d'emploi pour les femmes aura peut-être pour résultat d'améliorer la situation financière des générations futures de femmes âgées (cependant, voir Whall, 1990).

Changements physiques

Les changements physiques (baisse de la vue et de l'ouïe, perte de masse musculaire et de densité osseuse et risque plus élevé de fractures) sont courants chez les aînés (Connell, 1999; Pitt, 1998). L'âge avancé est aussi associé à un certain

nombre de problèmes de santé – accidents cérébrovasculaires, maladies cardiaques, bronchopneumopathie chronique obstructive, chutes, arthrite et cancer. Il peut aussi se produire des pertes de mémoire, bien que la plupart des aînés ne soient jamais atteints de démence. L'étroitesse du lien entre l'âge, la déficience et les problèmes de santé chroniques fait l'objet d'une controverse (Andrews, 2001). On semble constater que la prévalence des déficiences décline au sein des cohortes successives de personnes âgées (Andrews, 2001; Khaw, 1999).

Les changements physiques et les problèmes de santé chroniques peuvent avoir des conséquences lourdes sur le bien-être psychologique et social des adultes âgés. Les problèmes de santé peuvent rendre les déplacements difficiles, ce qui peut entraîner une baisse de la fréquence des rapports sociaux et une augmentation des difficultés mentales. Par exemple, Ahto, Isoaho, Puolijoki, Laippala, Romo, et Kivela, (1997) ont constaté que la dépression était plus courante chez les hommes ayant des maladies coronaires que chez les autres hommes, mais qu'elle n'avait rien à voir avec la présence de maladies coronaires chez les femmes.

Sullivan (1997) a suggéré que la perception subjective du bien-être peut être liée de plus près au moral qu'à l'état objectif de santé et plusieurs études soutiennent ce point de vue. Moore (1992), par exemple, a trouvé plus de liens entre les problèmes de santé et un niveau d'éducation bas, un revenu peu élevé, une connaissance restreinte des questions de santé, des mauvaises habitudes en matière de santé, ainsi qu'une mauvaise perception de l'état de santé personnel et une autoefficacité limitée. Par opposition, les personnes âgées qui se sentaient en bonne santé et autonomes avaient moins de problèmes de santé, une meilleure connaissance des questions de santé et de meilleures habitudes sur ce plan-là. Plus récemment, Hogan, Fung, et Ebly (1999) ont examiné les changements dans l'état de santé (sur une période de cinq ans) d'un groupe de 108 aînés de 85 ans et plus vivant dans la collectivité. Ils ont constaté que, bien que plus des deux tiers des participants aient signalé que leurs capacités fonctionnelles avaient diminué, 79 % environ d'entre eux avaient déclaré que leur santé était stationnaire ou s'était améliorée au cours des cinq années (voir également Ebly, Hogan, & Fung, 1996; Hogan, Ebly, & Fung, 1999).

Changements dans les réseaux de soutien social

Responsabilité des soins

Bien des adultes âgés ont à prendre soin d'autres personnes à un moment ou à un autre pendant leurs années avancées. Dans certains cas, ils s'occupent de personnes ayant une déficience intellectuelle, et dans d'autres, de personnes fragiles physiquement.

Livingston, Manela et Katona (1996) se sont penchés sur la santé mentale d'un échantillon communautaire représentatif de personnes qui s'occupaient d'aînés ayant des incapacités physiques, souffrant de dépression ou atteints de démence. Ils ont constaté que le fait de s'occuper d'une personne plus âgée n'entraîne pas en soi de risques de problèmes mentaux. Les personnes qui prenaient soin d'individus ayant des incapacités physiques étaient les moins susceptibles d'être déprimées. Par contre, celles qui étaient chargées de personnes atteintes d'un trouble psychiatrique étaient plus souvent déprimées et ceci était encore plus marqué chez les femmes qui prenaient soin d'une personne atteinte de démence.

Il est important de connaître les effets d'avoir à s'occuper de personnes atteintes de démence puisque l'on estime que 8 % des personnes de 65 ans et plus en sont atteintes et que ce chiffre continue à augmenter (Groupe d'étude sur la santé et le vieillissement au Canada, 1994a, 2000). On sait aussi que la prévalence de la démence passe d'environ 2,4 % chez les personnes âgées de 65 à 74 ans à environ 34,5 % chez les personnes de 85 ans et plus (Groupe d'étude sur la santé et le vieillissement au Canada, 1994a). Les épouses et époux sont les principales fournisseurs de soins d'environ 37 % des personnes atteintes de démence qui vivent dans la communauté; 29 % de plus sont prises en charge par leurs filles (Groupe d'étude sur la santé et le vieillissement au Canada, 1994b).

Ces résultats suggèrent que la démence peut avoir plusieurs conséquences importantes sur les personnes âgées. Tout d'abord, le déclin physique, psychologique et social des personnes atteintes de démence peut avoir des effets pénibles sur les fournisseurs de soins. Par exemple, Clyburn, Stones, Hadjistavropoulos, & Tuokko (2000) ont trouvé que le fardeau était plus lourd pour les fournisseurs de soins lorsque les personnes atteintes de démence avaient assez fréquemment des comportements perturbants et lorsque les fournisseurs de soins recevaient peu d'aide de la part d'autres personnes. Bergman-Evans (1994) a fait remarquer que les personnes qui prennent soin de leur époux ou épouse risquent particulièrement de se sentir isolées et coupées de la société, que la personne atteinte de démence soit à la maison ou dans un établissement. Les fournisseurs de soins qui se sentent tendus ou isolés ont plus tendance à souffrir de dépression que ceux qui bénéficient d'un bon soutien social (Bergman-Evans, 1994; Clyburn et autres, 2000; Ross, Rosenthal & Dawson, 1997).

Deuxièmement, les époux ou épouses de personnes âgées atteintes de démence sont probablement eux-mêmes des aînés. De plus, il est possible que les enfants (filles, fils, belles-filles et beaux-fils) des personnes très âgées atteintes de démence soient aussi des aînés. Ces deux groupes de fournisseurs de soins peuvent avoir leurs propres problèmes de santé à cause de leur âge, en plus des troubles physiques ou mentaux découlant de leurs responsabilités en matière de soins à prodiguer.

Troisièmement, puisque la population continue à vieillir, il est possible que des parents très âgés mais n'ayant pas de déficience intellectuelle aient à s'occuper d'enfants déjà d'un certain âge qui ont des déficiences intellectuelles. Ceci donnerait naissance à un nouveau groupe de problèmes en ce qui concerne les soins à fournir aux personnes atteintes de démence.

Quatrièmement, la dépression n'est pas inconnue chez les personnes atteintes de démence. Ceci peut avoir des conséquences sur la nature des programmes et des interventions destinés à ce groupe de personnes et sur la réaction à ces programmes et interventions. De plus, les personnes atteintes de démence ne connaîtront peut-être pas les mêmes résultats pour ce qui est du traitement de leur dépression par des moyens pharmaceutiques que d'autres aînés n'ayant pas de déficience intellectuelle.

Deuil après le décès d'un époux ou d'une épouse

La perte d'un époux ou d'une épouse est souvent une cause importante de problème médical ou psychiatrique. Bennett (1997), par exemple, a examiné les changements en ce qui concerne la santé mentale et physique, le moral et le fonctionnement social de femmes âgées pendant une période de 8 ans. Il a comparé les femmes qui avaient perdu leur époux pendant cette période à celles qui n'avaient jamais été mariées et celles qui avaient encore un époux. Bennett a fait remarquer que tout le groupe avait connu un déclin physique et mental lié à l'âge et que la santé mentale des veuves avait décliné encore plus par comparaison avec les autres femmes.

Les symptômes du deuil pathologique (la recherche de la personne disparue, la fixation sur l'image mentale de cette personne et l'impossibilité d'accepter le décès) sont souvent présents chez les veuves ou les veufs âgés (Rozenzweig, Prigerson, Miller, & Reynolds, 1997). Ces symptômes semblent distincts des symptômes de la dépression (Prigerson, Frank, Kasl, Reynolds, Anderson, Zubenko, Houck, George, & Kupfer, 1995). D'après Prigerson et autres (1995), les symptômes du deuil pathologique étaient associés à une dégradation du fonctionnement général, de l'humeur et de l'estime personnelle 18 mois après le décès d'un époux ou d'une épouse.

La dépression (ainsi que le suicide) et l'anxiété accompagnent souvent la perte d'un compagnon ou d'une compagne (Rozenzweig et autres, 1997). En étudiant des hommes âgés, Byrne and Raphael (1997) ont constaté que les veufs ressentaient plus d'anxiété chronique (liée à l'intensité de la peine) et de détresse psychologique au cours des 13 mois qui suivaient le décès de leurs épouses que les hommes mariés. Les veufs pensent aussi plus souvent à la mort et au suicide que les hommes mariés. Par contre, il n'y avait pas de différence entre les deux groupes pour ce qui est de la solitude et de la dépression.

Isolement social

Les veuves risquent l'isolement social (Whall, 1990). Kramarow (1995; voir aussi Wolf, 1995) a indiqué que la proportion de veuves âgées vivant seules continue d'augmenter depuis 100 ans, bien qu'il n'y ait pas de facteur unique derrière cette augmentation. Macunovich, Easterlin, Schaeffer et Crimmins (1995; voir aussi Wolf, 1995) ont suggéré que cette tendance peut être liée à la disponibilité de membres de la famille. Ils ont indiqué que l'âge jouait aussi un rôle : au moment où l'étude a eu lieu, la proportion de veuves moyennement âgées diminuait tandis que le nombre de veuves très âgées augmentait. Les auteurs pensent cependant que la tendance sera inversée à l'avenir, c'est-à-dire qu'il y aura de plus en plus de personnes moyennement âgées vivant seules et de moins en moins de personnes très âgées dans cette situation.

Obstacles supplémentaires pour le bien-être psychologique et social des adultes âgés

Solitude

On a décrit la solitude comme étant un sentiment désagréable de manque ou de perte de compagnie, ou le sentiment d'être seul ou seule et de ne pas aimer cela (Forbes, 1996, p. 352). On la confond souvent avec l'isolement social, mais la solitude ne découle pas directement de circonstances sociales. Une situation qui entraîne un sentiment négatif de solitude chez une personne peut être source de

satisfaction pour une autre personne qui aime bien se trouver seule (Forbes, 1996).

La solitude au cours des années avancées représente un problème, car elle est étroitement associée à la dépression, qui elle est associée au suicide (voir par exemple Mullins & Dugan, 1990; Rane-Szostak & Herth, 1995). Les déterminants de la solitude sont notamment l'âge, le sexe, l'état de santé, la situation économique, le besoins d'affection et de sécurité, le désir de faire partie d'un réseau social et l'existence d'amis (Mullins & Dugan, 1990; voir aussi Forbes, 1999). La solitude est peut-être moins prévalente en milieu rural, car le sens communautaire y est plus fort que dans les régions où la population est plus dense (Forbes, 1999).

La solitude peut toucher environ 10 % des aînés (Forbes, 1999) et elle semble s'approfondir avec l'âge (Tijhuis, de Jong-Gierveld, Feskens, & Kromhout, 1999). En étudiant 1725 personnes de 75 et plus, Holmen, Ericsson, Andersson, et Winblad (1992) ont trouvé que 35 % des participants ressentaient la solitude (voir aussi Rokach, 2000). Ils ont remarqué que ce sentiment augmentait petit à petit jusqu'à l'âge de 90 ans, après quoi il se stabilisait. Les femmes ressentent plus la solitude que les hommes (Holmen et autres, 1992).

L'état de santé physique est très lié au sentiment de solitude (Dugan & Kivett, 1994). Cependant la direction prédictive n'est pas claire. Par exemple, Fees, Martin et Poon (1999; voir aussi Holmen et autres, 1992) ont signalé que les personnes qui se sentaient seules avaient également une moins bonne santé. Le sentiment de solitude peut aussi être présent plus fréquemment avec certains problèmes de santé qu'avec d'autres. Penninx, Van Tilburg, Kriegsman, Boeke, Deeg, et Van Eijk (1999) par exemple, ont constaté un sentiment plus profond de solitude chez les personnes ayant des maladies du poumon ou de l'arthrite. Les personnes anxieuses ont aussi plus tendance à se sentir seules (Fees et autres, 1999; Long & Martin, 2000). La solitude peut aussi être plus prononcée chez les personnes dont les capacités de fonctionnement intellectuel sont réduites (Holmen et autres, 1992).

Étant donné que Wu et Pollard (1998) ont conclu que le soutien affectif semble être le plus grand besoin insatisfait des aînés sans enfants et non mariés, on pourrait s'attendre à ce que le sentiment de solitude soit plus courant parmi les aînés célibataires (jamais mariés ou non mariés à l'heure actuelle) ou ceux qui n'ont pas d'enfants. Les veufs et les veuves se sentent plus seuls et déprimés que les personnes mariées (Koropecjy-Cox, 1998; voir aussi Holmen et autres, 1992). Cependant, la perception de bien-être chez les hommes et les femmes qui n'ont jamais été mariés et n'ont pas d'enfants ne diffère pas du tout de celle de personnes mariées. De même, il ne semble pas y avoir de différence entre les personnes avec ou sans enfants (quel que soit leur état matrimonial) (Holmen et autres, 1992; Koropecjy-Cox, 1998; Mullins & Dugan, 1990). Le sentiment de solitude semble provenir plus de l'absence de soutien amical que du fait d'être célibataire (Dykstra, 1995; Mullis & Mushel, 1992).

Rokach (1996) suggère que l'on peut alléger la solitude en améliorant la capacité fonctionnelle et la socialisation. Rane-Szostak et Herth (1995), cependant, pensent qu'il faudrait étudier les stratégies utilisées par les adultes âgés qui ne se sentent pas seuls (même si leurs capacités physiques ou leur niveau de socialisation ont diminué), afin de comprendre comment les autres personnes pourraient éviter le sentiment de solitude.

Dépression

On croit couramment que la dépression est répandue chez les adultes âgés, mais les données sont conflictuelles dans ce domaine. Gomez et Gomez (1993) ont indiqué des taux de prévalence allant de 1 % à 29 %. Plus récemment, Macdonald (1997) a donné un taux de prévalence de 15 % pour ce qui est des aînés en général et de 25 % pour les patients de médecins généralistes. D'après Wattis (1996), environ 10 % des aînés en général souffrent de dépression pouvant être qualifiée d'importante sur le plan clinique et parmi eux, environ 25 % sont atteints de dépression profonde. Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (1997) a donné le chiffre de 5 % comme taux de prévalence. Ces écarts viennent peut-être de définitions différentes de la dépression (Gomez & Gomez, 1993).

Chez les personnes âgées, la dépression légère ou circonstancielle (c'est-à-dire qui se manifeste en réponse à une perte physique ou sociale) est plus fréquente que la dépression profonde (Tannock & Katona, 1995; Wattis, 1996). Quoi qu'il en soit, la nature directionnelle de l'association entre la perte et la dépression n'est pas toujours claire (Macdonald, 1997; Pitt, 1998). La dépression se produit plus fréquemment chez les très âgés (voir Tannock & Katona, 1995, pour une récapitulation). La dépression se produit plus fréquemment chez les femmes âgées que chez les hommes âgés (Ostbye, Steenhuis, Walton & Cairney, 2000). Les autres facteurs de risque sont : le veuvage ou le célibat, les événements stressants de la vie (y compris les maladies physiques), et l'insuffisance du soutien social (Lupine & Boucher, 1998).

Malgré sa fréquence, la dépression est souvent ignorée chez les adultes âgés, en partie parce que les signes et symptômes de la maladie chez les aînés sont différents de ceux qui se manifestent chez les personnes plus jeunes. Par exemple, chez les personnes âgées, la dépression se présente souvent sous forme d'une série de problèmes physiques, tels des changements dans la structure du sommeil, une baisse de l'appétit, une perte de poids, une variation régulière de l'humeur, une tendance à la constipation et des petits bobos qui reviennent (Gomez & Gomez, 1993; Macdonald, 1997; Wattis, 1996). La ressemblance entre les symptômes de la dépression, de l'anxiété et de bien d'autres problèmes chroniques peut rendre le diagnostic difficile (Montano, 1999). De plus, les symptômes de la dépression peuvent être considérés par la personne âgée elle-même, par sa famille et par les médecins comme faisant partie du processus naturel du vieillissement et peuvent ainsi ne pas être reconnus ou traités (Gomez & Gomez, 1993). Cependant, il est essentiel de reconnaître et de traiter la dépression chez les personnes âgées car elle est associée à une hausse de la morbidité et de la mortalité (Gomez & Gomez, 1993; Wattis, 1996).

Suicide

Les taux de suicides sont plus élevés parmi les personnes de 65 ans et plus que parmi tous les autres groupes d'âge (Bharucha & Satlin, 1997; Buchanana, Farran, & Clark, 1995; Devons, 1996; Schmitz-Scherzer, 1995).

Les facteurs de risque en matière de suicide chez les aînés peuvent diverger fondamentalement de ceux qui s'appliquent aux personnes plus jeunes (Tadros & Salib, 1999). Il peut y avoir plus de risques de suicide chez les hommes que chez les femmes (Devons, 1996; Li, 1995; Wattis, 1996), et le risque semble être encore plus

grand parmi les hommes blancs (Gomez & Gomez, 1993). Les facteurs de risque supplémentaires sont notamment : les perturbations affectives importantes, la dépression et l'anxiété, la ou les maladies physiques, le fait d'avoir eu un accident cérébrovasculaire ou plusieurs, le veuvage et le fait de vivre seul ou seule (Conwell, Rotenberg & Caine, 1990; Rich, Warstadt, Nemiroff, Fowler, & Young, 1991; Scocco, Meneghel, Caon, Dello Buono & De Leo, 2001). Tadros et Salib (1999) ont indiqué que bien que l'isolement social et les déficiences physiques semblent être des facteurs de risque importants en ce qui concerne le suicide chez les aînés, ils comptent peut-être encore plus pour les personnes plus jeunes. Schmitz-Scherzer (1995) étaient d'avis que l'incertitude et la peur de ne pas avoir d'influence sur sa propre mort, doublées d'une certaine lassitude de la vie peuvent aussi représenter des facteurs de risque chez les aînés.

Parmi les personnes âgées, les idées de suicide peuvent être assez courantes. Par exemple, dans une étude récente portant sur 611 adultes de 65 ans et plus vivant dans la collectivité, Scocco, et autres (2001) ont constaté que 17 % des participants avaient répondu par l'affirmative à au moins une question relative à la suicidabilité. Ce résultat est extrêmement important puisque 50 % des tentatives de suicide des aînés réussissent, comparé à 13 % chez les personnes de moins de 50 ans (Gomez & Gomez, 1993). Les suicides qui aboutissent se produisent plus souvent au cours des premières étapes de la dépression (Gomez & Gomez, 1993).

Tadros et Salib (1999) ont signalé que pour tenter de réduire le nombre de suicides chez les aînés, il faudra se servir de méthodes différentes de celles qui sont utilisées pour les personnes plus jeunes. Les personnes âgées sont moins susceptibles de laisser connaître leur intention, et plus susceptibles d'exprimer un désespoir profond (Gomez & Gomez, 1993).

Principes de promotion de la santé et de la santé mentale

Les principes de promotion de la santé et de la santé mentale constituent un élément important du cadre conceptuel de l'outil d'évaluation, car ils soulignent la nécessité d'encourager la mise en valeur du potentiel tant au niveau communautaire qu'au niveau individuel.

La promotion de la santé est un processus qui permet aux personnes de se prendre en main pour améliorer leur propre santé (Hamilton & Bhatti, 1996). Les notions centrales sont celles du mode de vie, des risques et des comportements préventifs en matière de santé (Power, French, Connelly, George, Hawes, Hinton, Klee, Robinson, Senior, Timms, & Warner, 1999; voir aussi Heidrich, 1998). La notion de promotion de la santé recouvre cinq stratégies fondamentales :

- Élaboration de la politique publique en matière de santé – la politique créée par tous les secteurs doit contribuer à la promotion de la santé.
- Création de milieux favorables – ces milieux reconnaissent la nature changeante des aspects physiques, sociaux, économiques, culturels et spirituels de la société et permettront une amélioration de la santé de la population.

- Renforcement des interventions communautaires – il faut veiller à ce que les collectivités aient la capacité de fixer des priorités et de prendre des décisions sur les questions qui ont trait à leur santé.
- Développement des compétences individuelles – il faut permettre aux personnes d’acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour pouvoir surmonter les obstacles de la vie et contribuer à la société.
- Réorientation des services de santé – ceci permet de créer des systèmes axés sur la personne entière et fondés sur des partenariats entre les fournisseurs et les utilisateurs de services.

La promotion de la santé mentale « est le processus de renforcement de la capacité des personnes et des collectivités de prendre en main leur vie et d’améliorer leur santé mentale. La promotion de la santé mentale utilise des stratégies qui encouragent le soutien de l’environnement et la résilience des personnes, tout en respectant l’équité, la justice sociale, les interrelations et la dignité humaine » (Santé Canada, 1996).

Bien qu’il existe beaucoup de documents tant sur la promotion de la santé que sur la prévention des maladies mentales, on a relativement peu écrit sur la promotion de la santé mentale, que ce soit en ce qui concerne la population en général ou les aînés en particulier. Ceci tient probablement au fait que la santé physique et la santé mentale ont en général été traitées séparément dans les programmes et les politiques, et par les professionnels (Driscoll, 1998).

Toutefois, il semble y avoir de plus en plus de preuves du lien étroit entre le bien-être physique et le bien-être psychologique (Andrews, 2001; Heathcote, 2000; Miller, 1991). Ainsi, certaines études sur la promotion de la santé ont inclu des critères psychologiques ou sociaux (tels le bien-être affectif, la satisfaction dans la vie et la perception relative à l’état de santé), en plus des critères qui permettaient de mesurer le bien-être physique (Bagwell & Bush, 1999; Hogan, Fung, & Ebly, 1999; Slaninka & Galbraith, 1998). Dans ces cas-là, la promotion de la santé mentale semble être considérée comme faisant partie de la promotion de la santé en général, mais les composantes relatives à la santé mentale n’ont pas nécessairement été définies.

Politique sur le vieillissement en bonne santé

La politique en matière de vieillissement en bonne santé, lancée par l’Organisation mondiale de la santé et la Direction de la promotion de la santé de Santé et Bien-être social Canada, fournit aux responsables des politiques un cadre qui s’appuie sur les cadres relatifs à la santé de la population et à la promotion de la santé.

L’importance de la santé individuelle est maintenue (prévention de la maladie, traitement de la maladie, promotion de modes de vie sains, etc.), mais de façon générale, la politique va bien au-delà des stratégies conventionnelles de promotion de la santé et de prévention, et bien au-delà du système de santé en prônant l’élaboration de politiques saines dans tous les secteurs de la vie. Cette démarche donne un modèle clair aux responsables des politiques qui veulent favoriser les milieux sociaux qui appuient la santé mentale des aînés, et ses principes fondamentaux ont été intégrés à l’outil d’évaluation.

Les quatre principes ci-dessous sous-tendent la politique en matière de vieillissement en bonne santé :

- démarche multisectorielle – la santé sera améliorée par l'intermédiaire de l'avancement de tous les secteurs (économie, nutrition, logement, environnement et éducation);
- équité – les principes d'égalité devraient être à la base des efforts de promotion de la santé;
- participation généralisée;
- perspective écologique – elle envisage les êtres humains dans un contexte large, qui englobe le monde physique et le monde social.

En partant du principe que l'état de santé est principalement déterminé par l'environnement, les responsables des politiques sont poussés à examiner les effets sur la santé de toutes les politiques qui influent sur le milieu social ou physique (Marshall, 1994).

Marshall (1994) a cerné un certain nombre de conséquences pour les personnes âgées d'une politique publique axée sur la santé :

- Les initiatives stratégiques devraient inclure et peut-être même être centrées sur les personnes âgées en bonne santé. L'importance des professionnels médicaux et des spécialistes de la santé pour ce qui est de la politique en matière de santé est limitée.
- Les théories environnementales et écologiques sur le vieillissement, fondées sur les travaux de Kurt Lewin et d'autres théoriciens du même ordre prennent une grande importance. L'adaptation, selon la démarche écologique, repose sur la création d'une harmonie entre la personne et l'environnement. Les initiatives stratégiques devraient viser à changer l'environnement plutôt que la personne.
- Les initiatives stratégiques visant à améliorer la santé des personnes âgées devraient être axées sur la sécurité du revenu, le logement et d'autres déterminants sociaux, plutôt que de porter particulièrement et uniquement sur des questions de santé et des problèmes médicaux.
- On devrait fixer des objectifs en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies pour les personnes de tous les âges, et pour toute la vie, de même que des objectifs particuliers pour les personnes âgées.
- Conformément aux principes d'une politique publique favorisant la santé, qui encourage la participation active, les personnes âgées devraient être incluses dans les projets relatifs à la politique de promotion de la santé.
- Les principes écologiques d'une politique publique favorisant la santé, appliqués au domaine social, impliquent que les « problèmes » des personnes âgées ne devraient pas être examinés séparément des problèmes de la société dans son ensemble.

- Malgré le point ci-dessus, des considérations d'équité devraient entraîner la distribution des ressources selon des notions égalitaires, afin de redresser des injustices venant du système ou des institutions. Par exemple, les personnes âgées devraient recevoir une compensation directe parce qu'elles sont systématiquement exclues du monde du travail.
- Les politiques qui touchent la société dans un grand nombre de domaines différents devraient être examinées (définies de manière globale) en fonction de leurs effets sur les adultes âgés. Par exemple, en matière d'urbanisme et de transport, il faudrait tenir compte des besoins spéciaux d'une population fragile et à mobilité réduite, et créer un environnement qui donne la possibilité d'une plus grande indépendance. (Marshall, 1994, p. 234).

Une politique publique favorisant le vieillissement en bonne santé, selon Marshall, tient compte des déterminants de la santé et s'appuie sur les principes de promotion de la santé, tout en sortant du cadre étroit du système de santé et en dépassant les paramètres et les domaines de responsabilité purement liés à la santé, et en se tournant vers la société en général. Ceci montre combien il est nécessaire d'adopter des démarches plurisectorielles et collaboratives qui dépassent les limites conventionnelles des systèmes et des secteurs afin de favoriser et d'appuyer la santé mentale des aînés.

Principes et valeurs des soins psychogériatriques

La British Columbia Psychogeriatric Association (organisme multidisciplinaire provincial sans but lucratif) a élaboré des principes directeurs et des valeurs pour les soins offerts aux adultes ayant des problèmes mentaux, et ceux-ci sont exposés dans « Guidelines for Elderly Mental Health Care Planning for Best Practices for Health Authorities », (Ministry of Health, C.-B., 2002). Ceci a été fait en collaboration avec des personnes âgées, des membres de familles soignantes, des bénévoles, des spécialistes de psychogériatrie, des responsables de politiques, des planificateurs et des directeurs de programme, et des organisations qui s'intéressent aux personnes âgées ayant des problèmes mentaux ou risquant d'en avoir. Ces principes et valeurs constituent le fondement de l'outil d'évaluation et sont essentiels pour guider la conception des services destinés aux adultes âgés ayant des problèmes mentaux et à leurs familles.

Principes régissant les soins

Selon ces principes, les soins fournis aux adultes âgés ayant des problèmes mentaux devraient être :

- centrés sur les clients et leurs familles (si possible dirigés par les clients et leurs familles, mais en tous cas toujours centrés sur les clients)
- orientés vers un objectif
- accessibles et souples
- complets
- spécifiques
- responsables

Valeurs et croyances

Les valeurs et croyances sous-jacentes aux principes qui régissent les soins psychogériatriques sont les suivantes :

- La santé mentale a été définie comme étant la capacité des individus d'interagir les uns avec les autres, ainsi qu'avec leur milieu, de façon à améliorer ou à encourager :
 - leur sentiment de bien-être,
 - leur sentiment de contrôle et de choix dans la vie,
 - l'utilisation optimale de leurs capacités mentales,
 - l'atteinte de leurs propres objectifs (tant sur le plan personnel que sur le plan collectif),
 - et leur qualité de vie (Anderson et Parent, 2002, adapté d'un document de Santé et Bien-être social Canada, 1988).
- Les principes de la réadaptation psychosociale constituent le fondement philosophique sur lequel s'appuient les pratiques exemplaires dans le domaine de la santé mentale. Ces principes soulignent l'importance de la participation des personnes âgées à leurs soins personnels et à l'établissement d'objectifs de vie, ainsi que la nécessité de créer des traitements et des moyens de soutien qui aident les adultes âgés à gérer leurs symptômes et à s'appuyer sur leurs forces pour aller de l'avant.
- La promotion et l'atteinte d'une bonne qualité de vie est un objectif essentiel.
- Il faudrait changer complètement de point de vue en ce qui concerne les soins psychogériatriques, en passant d'un modèle biomédical à un modèle biopsychosocial. Le modèle biopsychosocial évite de se concentrer uniquement sur la pathologie individuelle pour envisager la personne entière dans le contexte de son milieu social.
- Il est important, afin de pouvoir satisfaire les besoins divers des clients, de faire appel à une équipe pluridisciplinaire dont les membres peuvent collaborer en apportant des compétences différentes.
- Il faut pouvoir offrir des milieux encourageants et positifs, selon les besoins.
- Il faut encourager une attitude empathique au sein du continuum des services de santé, en reconnaissant que les gens ont besoin de vivre une vie qui ait un sens, plutôt que d'exister simplement, et en tenant compte des besoins relationnels des gens. Ce genre d'attitude préviendrait le sentiment d'aliénation, d'anomie et de désespoir que bien des personnes âgées ressentent et favoriserait la santé mentale.

En résumé, nous avons décrit les valeurs, les principes et les croyances contenus dans les documents théoriques et sur lesquels s'appuient l'outil d'évaluation.

Perspectives des aînés sur le vieillissement et la santé mentale

Dans cette partie, on examine des études et des projets qui ont mis en évidence certains facteurs favorables à la santé mentale des adultes âgés, du point de vue des personnes en question. Les résultats ont été intégrés aux questions de l'outil d'évaluation.

Principes du cadre national sur le vieillissement

aînés, par l'intermédiaire d'un processus de consultation approfondi auprès des aînés, des analystes de politiques et d'autres intervenants, ont rédigé un guide des politiques intitulé « Principes du Cadre national sur le vieillissement : guide d'analyse des politiques ». Cet ouvrage se fonde sur les principes qui régissent la santé de la population et la promotion de la santé, ainsi que sur les besoins, valeurs et préoccupations exprimés par les aînés. Les principes fondamentaux ci-dessous, qui reflètent les valeurs communes aux aînés, doivent guider les gouvernements et les organisations non gouvernementales, les spécialistes de la planification et les décideurs à concevoir et à revoir les politiques et les programmes qui visent à améliorer la qualité de vie et le bien-être des aînés (Santé Canada, 1998).

• Dignité

- être traité avec respect, quelle que soit la situation et avoir une estime de soi-même, un sentiment de sa propre valeur;
- être accepté comme on est, sans égard à l'âge, à l'état de santé, etc.;
- être apprécié pour les choses qu'on a accomplies dans la vie;
- être respecté pour le rôle que l'on continue de jouer auprès de la famille, des amis, de la communauté et de la société, ainsi que la contribution qu'on leur apporte;
- être traité comme un être humain digne d'intérêt et un membre à part entière de la société.

• Indépendance

- prendre sa propre vie en charge, pouvoir en faire autant que possible par soi-même et faire ses propres choix, en prenant des décisions sur les questions de la vie quotidienne;
- dans la mesure où cela est possible et pratique, être responsable des choses qui vous touchent;
- avoir la liberté de prendre des décisions sur la façon dont on vit;
- avoir accès à un système de soutien qui permette de pouvoir faire des choix et encourage l'autodétermination.

- **Participation**

- s'engager, rester actif et prendre part à la vie de la communauté, être consulté et savoir que son point de vue est entendu par le gouvernement, en somme participer à tous les aspects de la vie (socialement, économiquement, politiquement);
- avoir un rôle d'une certaine importance à jouer dans les affaires quotidiennes, et jouir de la vie;
- participer aux programmes et services existants;
- s'engager et participer aux activités de la vie quotidienne (décisions et projets relatifs à tous les domaines, sans se limiter à ce qui se rapporte aux aînés)

- **Équité**

- savoir que les besoins réels des personnes âgées, aussi divers qu'ils soient, sont pris en compte de façon égale à ceux des autres Canadiens et Canadiennes, et avoir accès équitablement (sur les plans social, économique et politique) aux ressources et services existants;
- ne pas faire face à la discrimination à cause de son âge;
- être traité d'une façon qui montre que les personnes âgées sont incluses à part entière

- **Sécurité**

- avoir un revenu suffisant lorsqu'on atteint la vieillesse et avoir accès à un cadre de vie sûr et encourageant, en ayant la sécurité financière qui permet de subvenir à ses besoins quotidiens;
- avoir un sentiment de sécurité physique (conditions de vie, sentiment d'être protégé du crime, etc.);
- avoir accès à sa famille et à ses amis, avoir des liens personnels et sociaux étroits et se sentir soutenu.

On retrouve ces principes de façon plus concrète dans les facteurs identifiés par les aînés comme étant importants pour leur santé mentale au cours de plusieurs études canadiennes mentionnées ci-dessous. La gamme des facteurs montre que les aînés considèrent que leur santé mentale est ancrée dans un contexte social et économique et s'appuie sur leurs relations avec les autres. Les facteurs cités sont en harmonie avec les principes du Cadre national cités ci-dessus et avec les déterminants de la santé.

Perspectives des aînés sur la santé mentale : études canadiennes

Meeting the Mental Health Needs of older British Columbians (2001)

Les participants à l'étude intitulée « Meeting the Mental Health Needs of Older British Columbians » (Tuokko et. autres, 2001) ont mis en évidence un grand nombre de besoins psychologiques divers qui sont liés à la santé mentale des aînés : activité mentale régulière améliorant la perception de la réalité, exercices mentaux, stimulation intellectuelle et interaction, counselling et soutien à l'échelle de l'individu, de la famille et du groupe, socialisation, activation et camaraderie, milieu psychosocial adapté et axé sur l'amélioration de la vie, information, aide et soutien pendant les périodes de transition, sentiment d'avoir le contrôle de sa destinée, d'avoir un but précis et d'avoir une valeur personnelle, possibilité de contribuer à la société si on le veut, respect et dignité. Dans cette même étude, les participants ont exprimé la nécessité d'élargir la définition des soins de santé mentale en reconnaissant qu'il est important d'inclure certains aspects psychosociaux – groupes de soutien et activités sociales, logement et transport, promotion de la santé et prévention des maladies, mieux-être – dans un modèle de services plus global.

NIICHRO et CEC (1997)

En 1997, la National Indian and Inuit Community Health Representative Organization (NIICHRO) et la Canadian Ethnocultural Coalition (CEC) ont rencontré des aînés autochtones et de différentes origines ethnoculturelles afin de leur demander quels facteurs, à leur avis, étaient importants pour leur bien-être (Ship, 1997).

Les aînés ont cité les choses suivantes comme étant des obstacles sur le plan de leur bien-être et de leur santé mentale : dissociation culturelle, âgisme, sexisme et racisme, mauvaise santé physique, pauvreté, conditions de vie et environnement malsains et isolement social. Ils ont dit que les barrières linguistiques, les différences culturelles, l'appartenance à une minorité et les services limités accentuent les problèmes auxquels ils se heurtent. L'isolement social et spirituel non désirés ont également été cités dans la liste des difficultés en matière de santé mentale. Les aînés ont déclaré que l'isolement social peut venir d'un manque de renseignements sur les programmes et services, d'un manque de soins et d'aide à domicile, d'un manque de services de soutien, de réseaux familiaux, sociaux et communautaires trop faibles, d'un manque de participation aux activités récréatives, sociales et communautaires. L'isolement spirituel peut découler de l'impossibilité d'observer des pratiques religieuses et spirituelles par manque d'accès et d'occasion, du sentiment que la vie n'a plus de sens ni d'objectif, de la perte du sentiment d'interdépendance et d'appartenance à quelque chose de plus vaste que soi-même.

Les participants au projet NIICHRO et CEC ont aussi indiqué les éléments qu'ils considèrent essentiels pour un vieillissement positif. Ces éléments sont les suivants :

- bien-être physique, mental, affectif, social et spirituel
- prise en charge personnelle (faculté de prendre des décisions sur sa propre vie)
- renseignements sur les programmes et services existants et accès à ceux-ci

- accès facile aux services médicaux, sociaux et aux autres services de soutien
- possibilité de rester au même endroit, dans le respect et la dignité, le plus longtemps possible (vie indépendante et interdépendante)
- milieu social encourageant
- engagement continu dans la collectivité et participation à la vie de celle-ci
- sécurité financière
- logement convenable et comprenant des services de soutien
- transports accessibles et peu coûteux

Santé mentale et soins et services à domicile chez les personnes âgées (2002)

Dans le projet de l'Association canadienne pour la santé mentale intitulé « Santé mentale et soins et services à domicile chez les personnes âgées » (2002), on a organisé des séances de consultation avec des groupes d'ainés, des membres de familles soignantes et des fournisseurs de soins à domicile dans plusieurs endroits du Canada afin de parler de la santé mentale des personnes âgées. On a ainsi pu cerner un certain nombre de facteurs qui influencent la santé mentale des aînés. Les facteurs principaux, ayant une influence profonde et positive sur la santé mentale étaient les suivants :

- l'indépendance et le contrôle de sa propre vie,
- un sentiment de dignité et un objectif, une bonne santé physique,
- des contacts sociaux,
- une vie spirituelle,
- la faculté de faire face aux pertes,
- l'expérience personnelle

Un certain nombre d'autres facteurs situationnels plus généraux qui contribuent à la santé mentale ont également été mis en évidence :

- la qualité du milieu dans lequel on vit,
- un sentiment de sécurité générale et personnelle,
- l'étendue de la participation de la personne aux soins prodigués à une autre personne,
- la sécurité financière,
- le transport,
- un accès facile aux services (y compris à des services adaptés sur le plan linguistique et culturel) lorsqu'on en a besoin,
- le rôle de la personne qui fournit officiellement les soins et la souplesse de la prestation de services.

Démarches psychosociales pour les problèmes mentaux du troisième âge

Dans le cadre d'un projet national entrepris par la BC Psychogeriatric Association et financé par Santé Canada (Démarches psychosociales pour les problèmes mentaux du troisième âge), on a demandé à des aînés de plusieurs centres canadiens (ruraux, urbains et du Nord) ce qu'ils pensaient être les obstacles les plus importants à leur santé mentale. En plus des facteurs mis en évidence par les projets cités précédemment, les personnes âgées en question ont parlé des éléments suivants :

- la constatation d'une détérioration et son acceptation
- le maintien de l'estime personnelle
- le manque de rôle à jouer dans la société, le sentiment que personne n'a plus besoin de vous
- la perte de sa place dans la société
- l'impossibilité de contribuer
- l'impossibilité de faire les choses qu'on a l'habitude de faire
- la dépendance par rapport aux autres
- la perte d'une épouse ou d'un époux
- la perte de sa maison
- l'impossibilité d'obtenir des ressources, ou l'absence de ressources adaptées
- le sentiment d'être invisible dans une société axée sur la jeunesse

Les aînés ont aussi indiqué les choses suivantes comme contribuant à une bonne santé mentale :

- renseignements permettant de prendre des décisions éclairées sur leur avenir,
- possibilité de faire des choix,
- revenus suffisants pour les besoins essentiels, et notamment les médicaments, le transport et la participation aux activités sociales,
- aide pratique leur permettant de continuer à vivre chez eux (jardinage, réparations)
- aide disponible pour le cas où elle soit nécessaire
- sentiment d'appartenance ou d'importance

Grâce aux études analysées plus haut, les adultes âgés ont formulé les valeurs qui sont importantes à leurs yeux. Ils ont aussi donné leurs points de vue sur les facteurs qui contribuent à leur santé mentale et ceux qui l'entravent. Globalement, leur contribution montre qu'il est nécessaire de reconnaître que les démarches axées, ensemble et séparément, sur l'individu, ses rapports et le contexte social dans lequel il vit, sont essentielles pour le bien de la santé mentale des adultes âgés. Il faut aussi noter que les points de vue exprimés par les aînés renforcent la pertinence des déterminants de la santé de la population, des stratégies de promotion de la santé et de la politique publique favorisant le vieillissement en bonne santé, pour ce qui est de soutenir la santé mentale des personnes âgées.

CONCLUSION

Les éléments dérivés des études publiées et ceux qui ont été cernés par les personnes âgées comme étant importants pour leur santé mentale doivent être intégrés aux interventions, services, programmes, politiques et structures sociales afin de favoriser, de soutenir, d'entretenir ou d'améliorer la santé mentale des adultes âgés. L'utilisation de l'outil d'évaluation peut faciliter cette tâche.

REFERENCES

- Ahto, M., Isoaho, R., Puolijoki, H., Laippala, P., Romo, M. & Kivela, S.L., « Coronary heart disease and depression in the elderly: A population-based study », *Family Practice*, vol. 14, n°6, 1997, p. 436-445
- Andrews, G.R., « Promoting health and function in an ageing population », *British Medical Journal*, vol. 322, 2001, p. 728-729.
- Association canadienne pour la santé mentale, *Favoriser la santé mentale des personnes âgées : Guide à l'intention du personnel des soins et services à domicile*, Toronto, ACSM, 2002. Téléchargeable à partir du site www.acsm.ca
- Bagwell, M.M., & Bush, H.A., « Health conception and health promotion in blue collar workers: Program planning issues », *AAOHN Journal*, vol. 47, n°11, 1999, p. 512-518.
- Bennett, K.M., « A longitudinal study of wellbeing in widowed women », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 12, n° 1, 1997, p. 61-66.
- Bergman-Evans, B.F., « Alzheimer's and related disorders: Loneliness, depression, and social support of spousal caregivers », *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 20, n° 3, 1994, p. 6-16.
- Bharucha, A.J., & Satlin, A., « Late-life suicide: A review », *Harvard Review of Psychiatry*, vol.5, n°2, 1997, p. 55-65.
- Buchanan, D., Farran, C., & Clark, D., « Suicidal thought and self-transcendence in older adults », *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, vol. 33, n° 10, 1995, p. 31-34.
- Byrne, G.J., & Raphael, B., « The psychological symptoms of conjugal bereavement in elderly men over the first 13 months », *International Journal of geriatric Psychiatry*, vol. 12, n° 2, 1997, p. 241-251.
- Clyburn, L.D., Stones, M.J., Hadjistavropoulos, & Tuokko, H., « Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease », *Journals of Gerontology Series B - Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 55, n° 1, 2000, S2-S13.
- Cody, M. & Beck, C., « Mental health services in nursing homes: Challenges to the use of nonpharmacologic interventions in nursing homes », *Psychiatric Services*, vol. 53, n°11, nov. 2002, p. 1402-1406.
- Connell, C.M., « Older adults in health education research: Some recommendations », *Health Education Research*, vol. 14, n° 3, 1999, p. 427-431.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les obstacles à l'autonomie des aîné-e-s : la dépression*. Ottawa, Ontario, Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1997.

- Conwell, Y., Rotenberg, M., & Caine, E.D., « Completed suicide at age 50 and over », *Journal of American Geriatrics Society*, vol. 38, n° 6, 1990, p. 640-644.
- Davis Jones, Ellen & Beck-Little, Rebecca, « The use of reminiscence therapy for the treatment of depression in rural-dwelling older adults », *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 23, 2002, p. 279-290.
- Devons, C. A., « Suicide in the elderly: How to identify and treat patients at risk », *Geriatrics*, vol. 51, n° 3, 1996, p. 67-72.
- Driscoll, L., *Mental health promotion: A policy framework*. Ottawa, Ontario, Unité de la promotion de la santé mentale, Santé Canada, 1998.
- Dugan, E., & Kivett, V.R., « The importance of emotional and social isolation to loneliness among very old rural adults », *Gerontologist*, vol. 34, n° 3, 1994, p. 340-346.
- Dykstra, P.A., « Loneliness among the never and formerly married: The importance of supportive friendships and a desire for independence », *Journals of Gerontology Series B – Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 50 no 5, 1995, S321-S329.
- Ebly, E.M., Hogan, D.B., & Fung, T.S., « Correlates of self-rated health in persons aged 85 and over: Results from the Canadian Study of Health and Aging », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 87, n° 1, 1996, p. 28-31.
- Feldman, S., « Strangers in the night: Research and managed mental health care », *Health Affairs*, sept/oct. 1999, p. 48-51.
- Fees, B.S., Martin, P., & Poon, L.W., « A model of loneliness in older adults », *Journal of Gerontology*, vol. 54B, n° 4, 1999, P231-P239.
- Forbes, A., « Caring for older people: Loneliness », *British Medical Journal*, vol. 313, 1996, p. 352-354.
- Gallagher, D. E. & Thompson, L. W., « Effectiveness of psychotherapy for both endogenous and non-endogenous depression in older adults », *Journal of Gerontology*, vol. 18, 1983, p. 707-712.
- Gallagher, D. & Thompson, L. W., *Depression in the Elderly: A behavioral treatment manual*, Los Angeles, University of Southern California Press, 1981.
- Gilleard, C., « Family therapy with older adults », texte mis au point par R. T. Woods, *Handbook of the Clinical Psychology of Aging*, Chichester, John Wiley & Sons, 1996.
- Gomez, G.E., & Gomez, E. A., « Depression in the elderly », *Journal of Psychological Nursing and Mental health Services*, vol. 31, no 5, 1993, p. 28-33.
- Groupe d'étude sur la santé et le vieillissement au Canada, « The incidence of dementia in Canada », *Neurology*, vol. 55, 2000, p. 66-73.

- Groupe d'étude sur la santé et le vieillissement au Canada, « Canadian Study of Health and Aging: Study methods and prevalence of dementia », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 150, n° 6, 1994a, p. 899-913.
- Groupe d'étude sur la santé et le vieillissement au Canada, « Patterns of caring for people with dementia in Canada », *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 13, 1994b, p. 470-487.
- Hamilton, N., & Bhatti, T., *Promotion de la santé de la population : Modèle d'intégration de la santé de la population et de la promotion de la santé*, Ottawa, Ontario, Santé Canada, 1996.
- Heidrich, S.M., « Health promotion in old age », *Annual Review of Nursing Research*, vol. 16, 1998, p. 173-195.
- Hogan, D.B., Ebly, E.M., & Fung, T.S., « Disease, disability, and age in cognitively intact seniors: Results from the Canadian Study of Health and Aging », *Journals of Gerontology Series A - Biological Sciences and Medical Sciences*, vol. 54, n° 2, p. M77-M82.
- Hogan, D.B., Fung, T.S., & Ebly, E.M., « Health, function and survival of a cohort of very old Canadians: Results from the second wave of the Canadian Study of Health and Aging », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 90, n° 5, 1999, p. 338-342.
- Holmen, K., Ericsson, K., Andersson, L., & Winblad, B., « Loneliness among elderly people living in Stockholm: A population study », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 17, n° 1, 1992, p. 43-51.
- Hungerford, T.L., « The economic consequences of widowhood on elderly women in the United States and Germany », *Gerontologist*, vol. 41, n° 1, 2001, p. 103-110.
- Joubert, N., « Promoting the best of ourselves: Mental health promotion in Canada », *International Journal of Mental Health Promotion*, vol. 3, n° 1, 2001, p. 35-40.
- Khaw, K.T., « How many, how old, how soon? », *British Medical Journal*, vol. 319, 1999, p. 1350-1352.
- Klauser, E. J. & Alexopoulos, G. S., « The future of psychosocial treatments for elderly patients », *Psychiatric Services*, vol. 50, n° 9, 1999, p. 1198-204.
- Koropecj-Cox, T., « Loneliness and depression in middle and old age: Are the childless more vulnerable? », *Journals of Gerontology Series B - Psychological and Social Sciences*, vol. 53, n° 6, 1998, S303-S312.
- Kramarow, E.A., « The elderly who live alone in the United States: Historical perspectives on household change », *Demography*, vol. 32, n° 3, 1995, p. 335-352.

- Landreville, P. & Gervais, P. W., « Psychotherapy for depression in older adults with a disability: where do we go from here? », *Aging & Mental Health*, vol. 1, n° 3, 1997.
- Lepine, J.P., & Bouchez, S., « Epidemiology of depression in the elderly », *International Clinical Psychopharmacology*, vol. 13 (supplément 5), 1998, S7-S12.
- Lewis, M.I., « An economic profile of American older women », *Journal of the American Medical Women's Association*, vol. 52, n° 3, 1997, p. 107-112.
- Li, G., « The interaction effects of bereavement and sex on the risk of suicide in the elderly: An historical cohort study », *Social Science and Medicine*, vol. 40, n° 6, 1995, p. 825-828.
- Livingston, G., Manela, M., & Katona, C., « Depression and other psychiatric morbidity in carers of elderly people living at home », *British Medical Journal*, vol. 312, 1996, p. 153-516.
- Long, M.V., & Martin, P., « Personality, relationship closeness, and loneliness of oldest old adults and their children », *Journals of Gerontology Series B - Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 55, n° 5, 2000, P311-P319.
- MacCourt, P., Tuokko, H., Tierney, M., « Editorial: Canadian Association on Gerontology policy statement on issues in the delivery of mental health services to older adults », *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 21, n° 2, 2002, p. 165-185.
- Macdonald, A.J.D., « ABC of mental health. Mental health in old age », *British Medical Journal*, vol. 315, 1997, p. 413-417.
- Macunovich, D.J., Easterlin, R.A., Schaeffer, C.M., & Crimmins, E.M., « Echoes of the baby boom and bust: Recent and prospective changes in living alone among elderly widows in the United States », *Demography*, vol. 32, n° 1, 1995, p. 17-28.
- Marshall, V., « A critique of Canadian aging and social policy », texte mis au point par Marshall, V. & McPherson, B., *Aging Canadian Perspectives*, Ontario, Broadview Press, 1994.
- Miller, M.P., « Factors promoting wellness in the aged person: An ethnographic study », *Advances in Nursing Science*, vol. 13, no 4, 1991, p. 38-51.
- Ministry of Health, Colombie-Britannique, *Guidelines for Best Practices in Elderly Mental Health*, 2001.
- Montano, C.B., « Primary care issues related to the treatment of depression in elderly patients », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 60 (supplément 20), 1999, p. 45-51.

- Moore, E.J., *The relationship among self-efficacy, health knowledge, self-rated health status, and selected demographics as determinants of health promoting behaviour in older adults* [en ligne], The University of Akron (1992 ED.D.), sommaire de : CINAHL.
- Mortimer, J., « Prospects for prevention of dementia and associated impairments », texte mis au point par L.A. Bond, S. J. Cutler, & A. Grams, *Promoting successful and productive aging*, Thousand Oaks, Californie, Sage, 1995.
- Mullins, L.C., & Dugan, E., « The influence of depression, and family and friendship relations, on residents' loneliness in congregate housing », *Gerontologist*, vol. 30, n° 3, 1992, p. 377-384.
- Mullins, L.C., & Mushel, M., « The existence and emotional closeness of relationships with children, friends, and spouses: The effect on loneliness among older persons », *Research on Aging*, vol. 14, n° 2, 1992, p. 448-470
- Nasr, S. & Osterweil, D., « The nonpharmacologic management of agitation in the nursing home: a consensus approach », *Annals of Long Term Care*, vol. 7, n° 5, 1999, p. 171-180.
- Ostbye, T., Steenhuis, R., Wolfson, C., Walton, R., & Hill, G., « Predictors of five-year mortality in older Canadians: The Canadian Study of Health and Aging », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 47, 1999, p. 1249-1254.
- Pennix, B.W.J.H., Van Tilburg, T., Kriegsman, D.M.W., Boeke, A.J.P., Deeg, D.J.H., & Van Eijk, J.T.M., « Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases », *Journal of Aging and Health*, vol. 11, n° 2, 1999, p. 151-168.
- Pinquart, M. & Sorenson, S., « How effective are psychotherapeutic and other psychosocial interventions with older adults? A meta-analysis », *Journal of Mental Health and Aging*, vol 7, n° 2, 2001, p. 207-243.
- Pitt, B., « Loss in late life », *British Medical Journal*, vol. 316, 1998, p. 1452-1454.
- Power, R., French, R., Connelly, J., George, S., Hawes, D., Hinton, T., Klee, H., Robinson, D., Senior, J., Timms, P., & Warner, D., « Health, health promotion and homelessness », *British Medical Journal*, vol. 318, 1999, p. 590-592.
- Prigerson, H.G., Frank, E., Kasl, S.V., Reynolds, C.F., Anderson, B., Zubenko, G.S., Houck, P.R., George, C.J., & Kupfer, D.J., « Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly-bereaved spouses », *American Journal of Psychiatry*, vol. 152, n° 1, 1995, p. 22-30.
- Rane-Szostak, D., & Herth, K.A., « A new perspective on loneliness in later life », *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 16, n° 6, 1995, p. 583-592.

- Rich, C.L., Warstadt, G.M., Nemiroff, R.A., Fowler, R.C., & Young, D., « Suicide, stressors, and the life cycle », *American Journal of Psychiatry*, vol. 148, n° 4, 1991, p. 524-527.
- Rokach, A. « Loneliness and the life cycle », *Psychological Reports*, vol. 86, n° 2, 2000, p. 629-642.
- Ross, M.M., Rosenthal, C.J., & Dawson, P., « Patterns of caregiving following the institutionalization of elderly husbands », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 29, n° 2, 1997, p. 79-98.
- Rozenzweig, A., Prigerson, H., Miller, M.D., & Reynolds, C.F., « Bereavement and late-life depression. Grief and its complications in the elderly », *Annual Review of Medicine*, vol. 48, 1997, p. 421-428.
- Santé Canada, *Qu'est-ce qui détermine la santé?* Ottawa, Ontario, Santé Canada, 2002.
- Santé et Bien-être social Canada, *Troubles mentaux chez les personnes âgées au Canada: considérations d'ordre démographique et épidémiologique*. Ottawa, Ontario, Approvisionnement et services, 1988.
- Santé et Bien-être social Canada, *Atteinte d'un équilibre*, Ottawa, Ontario, Approvisionnement et services, 1988.
- Schmitz-Scherzer, R., « Reflections on cultural influences on aging and old-age suicide in Germany », *International Psychogeriatrics*, vol. 7, n° 2, 1995, p. 231-238.
- Scocco, P., Meneghel, G., Caon, F., Dello Buono, M., & De Leo, D., « Death, ideation and its correlates: Survey of an over-65-year-old population », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 189, n° 4, 2001, p. 210-218.
- Ship, J., « Our nations' elders speak », *In Touch*, vol. 7, n° 4, printemps 1997.
- Slaninka, S.C. & Galbraith, A.M., « Healthy Endings: A collaborative health promotion project for the elderly », *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 24, n° 9, 1998, p. 35-42.
- Smith, I., *The effect of structured reminiscing on agitation and aggression in geriatric psychiatric patients*, Columbia University, Teachers College, 1996, 129.
- Statistique Canada, *Feuillets statistiques sur les aînés canadiens*, Ottawa, Ontario, Statistique Canada, 2002.
- Stewart, Miriam; Craig, Dorothy; MacPherson, Kathleen; Alexander, Sharon, « Promoting positive affect and diminishing loneliness of widowed seniors through a support intervention », *Public Health Nursing*, vol. 18, n° 1, 2001, p. 54-64.

- Tannock, C., & Katona, C., « Minor depression in the aged. Concepts, prevalence and optimal management », *Drugs and Aging*, vol. 6, n° 4, 1995, p. 273-292.
- Tijhuis, M.A.R., de Jong-Gierveld, J., Feskens, E.J.M., & Kromhout, D., « Changes in and factors related to loneliness in older men. The Zutphen Elderly Study », *Age and Ageing*, vol. 28, 1999, p. 491-495.
- Tuokko, H., Donnelly, M., & MacCourt, P., *Meeting the Mental Health Needs of Older British Columbians*, 2001.
- Waters, E., « Let's not wait till it's broke: Interventions to maintain and enhance mental health in late life », texte mis au point par M. Gatz, *Emerging Issues in Mental Health and Aging*, Washington, DC, American Psychological Association, 1995.
- Wattis, J., « Caring for older people: What an age psychiatrist does », *British Medical Journal*, vol. 313, 1996, p. 101-104.
- Whall, A.L., « Using mental health principles as we age », *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 16, n° 10, 1990, p. 40-41.
- Wolf, D.A., « Changes in the living arrangements of older women: An international study », *Gerontologist*, vol. 35, n° 6, 1995, p. 724-731.
- Wu, Z., & Pollard, M.S., « Social support among unmarried childless elderly persons », *Journals of Gerontology Series B - Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 53, n° 6, 1998, S324-S335.

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

Ce questionnaire vous permettra de donner votre avis sur l'outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés. L'outil d'évaluation a pour objet de donner des moyens d'examiner les politiques existantes ou de créer de nouvelles politiques (au niveau fédéral, provincial ou municipal, ou encore au niveau des organismes) de façon à éviter tout effet négatif imprévu sur la santé mentale des aînés. Nous tenons à créer des documents pertinents et adaptés : veuillez nous aider à le faire en remplissant ce questionnaire et en le renvoyant. Cinq minutes suffiront. Pour chaque question, lisez l'énoncé et encerclez le chiffre qui correspond à votre réponse – 1 signifiant que vous n'êtes « pas du tout d'accord » et 5 que vous êtes « tout à fait d'accord » avec l'énoncé. Dans tous les cas, 5 est la réponse la plus positive. Encerclez AR (aucune réponse) si vous ne pouvez pas répondre à la question. N'hésitez pas à ajouter des remarques. Veuillez renvoyer le questionnaire par télécopieur, au (250) 756-2139, ou par courriel à pmaccourt@shaw.ca. Merci.

L'outil d'évaluation est :

1. Un bon résumé : le document d'information fait ressortir les principaux facteurs et questions relatifs au soutien de la santé mentale des aînés et expose bien la raison d'être de l'outil d'évaluation et l'importance de son utilisation.

1	2	3	4	5	AR
Pas du tout d'accord				Tout à fait d'accord	

2. Éducatif : le document d'information donne des renseignements bien-fondés et utiles.

1	2	3	4	5	AR
Pas du tout d'accord				Tout à fait d'accord	

3. Pertinent : il est utile pour mettre en évidence les effets négatifs possibles de certaines politiques ou pour aider à créer des politiques qui favorisent la santé mentale des aînés.

1	2	3	4	5	AR
Pas du tout d'accord				Tout à fait d'accord	

4. Utile : il vous servira dans votre travail.

1	2	3	4	5	AR
Pas du tout d'accord				Tout à fait d'accord	

5. Bien structuré : les directives et la feuille de travail sont bien organisées et tout est indiqué clairement.

1	2	3	4	5	AR
Pas du tout d'accord				Tout à fait d'accord	

6. Convivial : toutes ses composantes sont rédigées et présentées de façon à ce que toutes sortes de personnes puissent les comprendre et s'en servir.

1 2 3 4 5 AR
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

7. Veuillez inscrire ici vos remarques ou vos suggestions en vue de l'amélioration de l'outil d'évaluation, ou ajouter une page.

8. Pensez-vous que les utilisateurs potentiels de l'outil d'évaluation ont besoin de tout le document d'information afin de se servir de l'outil d'évaluation et, dans le cas contraire, quelles sont les parties nécessaires et celles qui ne le sont pas?

9. Pensez-vous qu'il serait utile d'informatiser l'outil d'évaluation (voir les caractéristiques fonctionnelles)

1 2 3 4 5 AR
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

10. Dans quelle discipline travaillez-vous (travail social, soins infirmiers, etc.)?

11. Quels sont vos principaux rôles?

spécialiste chef de programme responsable des politiques
éducateur/éducatrice chercheur porte-parole
autre (veuillez préciser) _____

12. Mots-clé qui décrivent votre lieu de travail, le cas échéant (cochez tout ce qui s'applique) :

dépendances soutien à domicile/soins infirmiers santé mentale
organisation de personnes âgées organisation des Premières nations établissement d'enseignement
promotion de la santé logement service médical
organisme bénévole organisme ethnoculturel
autre (veuillez préciser) _____

13. Votre nom (en lettres moulées) _____

14. Téléphone _____ Télécopieur _____ Courriel _____

Veuillez renvoyer le questionnaire rempli par courrier ou par télécopieur à **Penny MacCourt**, coordinatrice, *Démarches psychosociales pour les problèmes mentaux du troisième âge*, 2960 Hammond Bay Rd., Nanaimo (Colombie-Britannique) V9T 1E2, ou **(250) 756-2139**. Si vous avez des questions à poser, veuillez appeler Penny au (250) 755-6180. Merci.