

Santé mentale et vieillissement

**Recueil de réflexions et de pratiques observées
en matière de services à offrir
aux personnes âgées présentant une problématique
de santé mentale**

DOCUMENT D'INFORMATION

Juin 2011

PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL EN SANTÉ MENTALE 2005-2010 « LA FORCE DES LIENS »

**Plan de mise en œuvre à Montréal
Phase III**

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Service de la planification, du développement stratégique et de l'évaluation

Santé mentale et vieillissement

**Recueil de réflexions et de pratiques observées
en matière de services à offrir
aux personnes âgées présentant une problématique
de santé mentale**

DOCUMENT D'INFORMATION

Juin 2011

PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL EN SANTÉ MENTALE 2005-2010 « LA FORCE DES LIENS »

**Plan de mise en œuvre à Montréal
Phase III**

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Service de la planification, du développement stratégique et de l'évaluation

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 

Rédaction

Johanne Trépanier, M.Sc., agente de planification, de programmation et de recherche

Coordination

Michèle Bérubé, coordonnatrice, secteur de la gestion de l'information, de la planification, du développement stratégique et de l'évaluation

Françoise Alarie, chef du service de la planification, du développement stratégique et de l'évaluation

Direction ressources humaines, information, planification et affaires juridiques

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Ce document est réalisé avec la collaboration de

Margarida de Andrade, agente administrative

Production

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Direction ressources humaines, information, planification et affaires juridiques

Service de la planification, du développement stratégique et de l'évaluation

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011

ISBN 978-2-89510-795-8 (version imprimée)

ISBN 978-2-89510-796-5 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2011

Ce document est disponible :

Au centre de documentation de l'Agence : (514) 286-5604

à la section « Publications de l'Agence » du site Internet : <http://agence.santemontreal.qc.ca/>

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
VALEURS ET PRINCIPES SOUTENANT LES PRATIQUES À METTRE EN PLACE.....	7
RECUEIL DE RÉFLEXIONS ET DE PRATIQUES OBSERVÉES EN MATIÈRE DE SERVICES À OFFRIR AUX PERSONNES ÂGÉES PRÉSENTANT UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ MENTALE.....	9
1. PRÉAMBULE.....	9
3. RÉFLEXIONS ET PRATIQUES OBSERVÉES EN LIEN AVEC LA PERSONNE ET SA FAMILLE OU SON RÉSEAU SIGNIFICATIF.....	10
4. RÉFLEXIONS ET PRATIQUES OBSERVÉES EN LIEN AVEC L'OFFRE DE SERVICE.....	13
5. RÉFLEXIONS ET PRATIQUES OBSERVÉES EN LIEN AVEC LA FORMATION ET L'ÉDUCATION DES INTERVENANTS DE LA SANTÉ.....	25
6. RÉFLEXIONS ET PRATIQUES OBSERVÉES EN LIEN AVEC LE SUIVI DE LA QUALITÉ.....	29
DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE.....	31

VALEURS ET PRINCIPES SOUTENANT LES PRATIQUES À METTRE EN PLACE

L'ensemble des valeurs et des principes qui sous-tendent les meilleures pratiques en réponse aux besoins des aînés qui vivent des difficultés de santé mentale ou qui présentent des troubles graves de santé mentale se résument ainsi :¹⁻²⁻³

EN LIEN AVEC LA PERSONNE, SA FAMILLE OU LE RÉSEAU SIGNIFICATIF

- Chaque personne âgée présentant une problématique de santé mentale doit être traitée avec humanité dans le respect de la dignité de la personne;⁴
- La reconnaissance pour la personne âgée du besoin de donner un sens à sa vie et du besoin de maintien des relations interpersonnelles ;
- La croyance au potentiel de la personne âgée peu importe sa problématique ;
- Le maintien de l'espoir de rétablissement de la personne ;
- Le pouvoir d'agir des personnes et de leurs proches en reconnaissant leur capacité de faire des choix et de participer activement aux décisions qui les concernent ;
- Le droit à la dignité, au choix et à l'autodétermination des personnes âgées;
- La reconnaissance du rôle du proche aidant comme acteur clé dans la dynamique des dispensateurs de soins tout au long du processus de soins dans l'exercice du libre choix du proche aidant;
- La reconnaissance du besoin de protection (responsabilité sociale) des personnes âgées vulnérables.

EN LIEN AVEC L'OFFRE DE SERVICE POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE LA PERSONNE ET DE SA FAMILLE

- Le maintien de l'indépendance de la personne à son plus haut niveau ;
- La mise en place de conditions favorables aux possibilités de rétablissement et de réadaptation ;
- L'adaptation du milieu physique et social aux besoins évolutifs de la personne ;
- Le droit de la personne âgée d'être traitée et suivie dans son quartier de résidence;⁵
- L'accompagnement et le soutien des personnes âgées et de leur entourage et ce, quel que soit leur milieu de vie, leur niveau de besoin ou leur histoire par rapport aux soins ;

¹ Amyot J.J., (2003), *Droit au choix, droit au risque au grand âge* : Revue Pluriels, No 39-40.

² Dherbey B., Mouriesse B., (2003), *Quelle place pour la psychiatrie dans les nouveaux dispositifs de coordination gériatrique*, Revue Pluriels, No 39-40.

³ Ministry of Health Services, (2002), *Guidelines for Elderly Mental Health Care planning for Best Practices for Health Authorities*, British Columbia.

⁴ Graham Nori et als. (2003). *Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders; a technical consensus statement*. International journal of Geriatric Psychiatry. No 18.

⁵ Graham Nori. op.cit.

- Le droit de la personne âgée d'obtenir des traitements spécifiques en réponse à ses besoins dans un environnement le plus stimulant possible;⁶
- L'accessibilité des personnes utilisatrices et de leur famille, incluant les proches aidants, à une variété de services offerts de façon continue, par tous les partenaires de tous les niveaux de service ;
- La disponibilité de services adaptés aux particularités des communautés linguistiques, culturelles et autochtones; ⁷
- La mise en œuvre des pratiques de soins partagés interdisciplinaires ;
- La continuité, la fluidité et la flexibilité des services et des ressources en lien avec le besoin spécifique de la personne âgée;
- L'assouplissement des frontières qui balisent les actions des intervenants et le partage d'une philosophie commune ;
- La mise en place d'un processus de soutien aux intervenants œuvrant auprès de cette clientèle.

⁶ Graham Nori. p.cit.

⁷ MSSS, (2000), *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie*. Bilan des actions ministérielles/sommaire exécutif. Québec.

RECUEIL DE RÉFLEXIONS ET DE PRATIQUES OBSERVÉES EN MATIÈRE DE SERVICES À OFFRIR AUX PERSONNES ÂGÉES PRÉSENTANT UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ MENTALE

1. PRÉAMBULE

Ce recueil de pratiques et de réflexions observées en matière de services à offrir aux personnes âgées présentant une problématique de santé mentale se veut un recensement à des fins d'informations. Il a été produit dans le but de faciliter les discussions des membres du comité *Santé mentale et vieillissement* en vue d'élaborer des recommandations permettant la mise en réseau des services en réponse aux besoins.

INTRODUCTION

Selon la revue critique de la littérature empirique et théorique en provenance du CSSS Cavendish portant sur le sujet⁸⁻⁹, les personnes âgées présentant un problème de santé mentale figurent parmi les personnes les plus vulnérables et les plus isolées de la société. Elles représentent un des groupes à haut risque d'exclusion sociale. Ces personnes ont probablement souffert pendant des années ou souffrent encore des effets négatifs associés aux maladies mentales, aux médicaments psychotropes et possiblement aux mauvaises habitudes de vie acquises depuis leur jeune âge.

Différents facteurs tels que la stigmatisation, le déni de la clientèle et de son réseau de ses problèmes, la difficulté d'accès aux transports pour recevoir des services et les obstacles financiers sont jumelés au peu de formation des travailleurs pour servir une clientèle présentant un double profil, soit santé mentale et gériatrique.

On note aussi un manque de coordination et de collaboration entre les services et les programmes qui travaillent en silo. Malheureusement, les critères d'accès aux services excluent une grande partie de la clientèle âgée, aux prises avec des incapacités fonctionnelles et présentant un problème de santé mentale.

⁸ Dallaire, B., Miranda, D., Moscovitz, N., Guerette A. (2003), *Les interventions communautaires auprès des personnes âgées aux prises avec des troubles mentaux graves* : Revue critique de la littérature empirique et théorique. CLSC René-Cassin. Montréal.

⁹ Entretien avec Alan Regenstreif et Nona Moscovitz, concernant une évaluation approfondie des besoins non comblés de la clientèle adulte et des effets négatifs sur la clientèle vieillissante du territoire du CSSS Cavendish. Mars 2010.

3. RÉFLEXIONS ET PRATIQUES OBSERVÉES EN LIEN AVEC LA PERSONNE ET SA FAMILLE OU SON RÉSEAU SIGNIFICATIF

Le rétablissement et la réadaptation

Notion de rétablissement et de pouvoir d'agir

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010¹⁰ précise bien les enjeux et les principes directeurs qui devront guider des changements importants dans les modes d'organisation des différents niveaux de service en santé mentale. Le rétablissement et le pouvoir d'agir figurent parmi les premiers énoncés et sont résumés ainsi :

- La priorité qu'il faut accorder au rétablissement de la personne dans sa globalité et au développement de moyens qui lui donneront espoir et faciliteront sa participation active à la vie en société. Le plan d'action réaffirme la capacité des personnes de prendre le contrôle de leur vie;
- La reconnaissance du pouvoir d'agir et la capacité des personnes souffrant de troubles mentaux à faire des choix et participer aux décisions qui les concernent, et cela, en dépit de la présence chez elles de certains symptômes ou handicaps.

Notion de réadaptation

À l'occasion d'un colloque portant sur la santé mentale et le vieillissement en 2008, ¹¹des questions se sont posées ayant trait au sens à donner à la réadaptation et à la réappropriation de sa vie, pour une personne âgée, présentant un profil santé mentale et gériatrique.

Voici quelques tentatives de réponses :

- Bien que la réadaptation vise une autonomie plus grande, les efforts doivent être mis sur l'accompagnement de la personne âgée dans ce qu'elle peut faire et qui a du sens dans sa démarche ;
- Importance de tenir compte de l'intérêt de la personne et de la capacité de celle-ci à faire une activité visant son intégration à la vie communautaire de son milieu de vie. Cette intégration permettrait aux résidents de mieux se connaître et démystifier certaines appréhensions.

¹⁰ MSSS. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Québec.

¹¹ Bernier, M., Dumont S. Stéphanie Lapointe et, Harvey, G (2008) *S'approprier sa vie, un défi au quotidien et le milieu de vie en institution : le droit d'y vivre aussi libre qu'à la maison*. Colloque Santé mentale et vieillissement. Le défi de la réadaptation ». Hôpital Louis-H. Lafontaine.

L'importance du proche aidant

Son rôle et sa place dans les services

La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées¹² recommande de prendre en compte la participation de la famille à la prestation des soins en visant la formation d'un partenariat avec les membres de la famille. Ceux-ci possèdent une connaissance de l'aîné que les soignants n'ont pas et leur participation aux décisions, en matière de soins, avec le consentement du client, permet de produire des effets bénéfiques.

On doit encourager et soutenir la famille dans sa contribution à la vie des résidents âgés, hébergés en établissements de soins de longue durée. Ce soutien se traduit par l'entraide, l'éducation et l'esprit de collaboration afin que la participation de la famille soit réelle et gratifiante autant pour le résident que pour sa famille.

On propose de développer une interface et créer des ponts entre les familles du client ou son réseau significatif et son lieu de résidence, d'hébergement ou d'hospitalisation afin de favoriser la qualité de vie des personnes prises en charge, ainsi que celle des aidants. On cite aussi l'importance de l'implication des aidants dans le suivi de leur proche, à chacune des étapes de service.

Le soutien à apporter au proche aidant

Le proche aidant est un acteur clé dans la dynamique de dispensation des services. Certains auteurs ont ciblé des actions pour soutenir son implication :¹³

- Procéder à une évaluation systémique des besoins des proches aidants :
 - Une grille de dépistage auprès des aidant-e-s a été élaborée, en 2001, avec la participation de madame Nancy Guberman,¹⁴ chercheure au Centre de recherche du CSSS Cavendish, pour définir la situation que vivent les aidants naturels et identifier leurs besoins ;
 - Une seconde grille appelée *L'aide-proches*, élaborée par les mêmes auteurs en 2006, a été produite pour connaître les aspirations, les interrogations, les décisions et les espoirs des proches ;
- Soutenir l'aidant par une écoute individuelle et plus personnalisée, préalable à des interventions de groupe ;
- Informer, concevoir et organiser le répit des aidants en tenant compte de leurs différents besoins ;
- Développer des services de style « Baluchon Alzheimer » dans une offre de service de répit flexible, ajustée à la situation, pouvant être sous forme d'accompagnement à domicile dans le but d'éviter un hébergement temporaire de la personne.

¹² Coalition Canadienne pour la Santé mentale des personnes âgées (2006). *Lignes directrices nationales la santé mentale chez les aînés*, Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en institution de longue durée.

¹³ Aquino, J.P., Prémontier, M. et Guisset, M-J, (2003). *La santé mentale des aidants : impératif de santé publique et enjeu de société*. Revue Pluriel. No 39-40.

¹⁴ Grille d'évaluation (2001) créée dans le cadre du projet « Élaboration des grilles de dépistage et d'évaluation auprès des aidant-e-s » dont les auteurs sont Guberman, Keefe, Fancey, Nahmiash et Barylak.

La formation

Selon certains auteurs, les interventions à proposer pour rejoindre les proches aidants sont les suivantes :¹⁵

- Donner accès aux aidants naturels à une formation leur permettant de continuer à communiquer avec la personne malade ;
- Développer des stratégies d'intervention en faveur des proches aidants et mobiliser, dans une approche globale, tous les intervenants qui ont un rôle à jouer dans l'objectif d'alléger le fardeau des aidants ;
- Développer des programmes d'intervention individuelle de gestion du stress destinés aux proches aidants en utilisant des stratégies de résolution de problèmes face aux difficultés quotidiennes vécues.

¹⁵ Arcand, M et Hébert, R., (2007). *Les proches aidants des personnes âgées*. Précis pratique de gériatrie. Québec.

4. RÉFLEXIONS ET PRATIQUES OBSERVÉES EN LIEN AVEC L'OFFRE DE SERVICE

Il est souligné dans le rapport final du Comité sénatorial des affaires sociales du Canada¹⁶ que les aînés ne sont tout simplement pas des adultes âgés dont les problèmes mentaux peuvent être traités dans le cadre de programmes génériques sensés convenir à tous les âges. Ils forment un segment démographique aux caractéristiques très particulières, dont les besoins de santé se distinguent de ceux d'autres groupes.

Ainsi, les aînés sont un groupe distinct. Ils méritent qu'on élabore des stratégies, des programmes et des politiques adaptés aux enjeux qui les intéressent, tout comme d'autres groupes qui ont besoin de programmes adaptés, à toutes les étapes de leur vie. Ces personnes ne forment pas un groupe homogène. Chaque groupe d'âge a des besoins particuliers en matière de santé mentale.

Dans un article paru dans l'International Journal of Geriatric Psychiatry,¹⁷ il est mentionné que le fait d'être âgé et avoir une maladie mentale engendre une stigmatisation beaucoup plus grande qui provoque un sous-développement de programmes et de services pour cette clientèle.

Les auteurs Nori Graham et als,¹⁸ dans leur article traitant de la stigmatisation et de la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux, nous font part de leurs observations quant au développement d'attitudes négatives qui engendrent de nombreuses conséquences dans l'offre de service :

- Marginalisation dans le système de soins ;
- Soins et services offerts par du personnel n'ayant pas toutes les compétences requises ;
- Difficulté de recrutement et problème de rétention du personnel ;
- Victimisation et possibilité de négligence ;
- Institutionnalisation non nécessaire ;
- Pauvre qualité de vie des personnes ;
- Exclusion de la recherche ayant des conséquences sur les politiques et les meilleures pratiques.

L'entretien avec madame Penny MacCourt¹⁹ nous indique que certaines personnes âgées présentant un problème de santé mentale se situent hors de tout programme et la flexibilité ne fait pas partie du mandat des programmes. La plupart des programmes ont été conçus selon un modèle biomédical qui privilégie le diagnostic et met l'accent sur la maladie.

¹⁶ Kirby, J.L. et J Keon (2006). « Nos aînés », *De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Rapport final du Comité sénatorial des affaires sociales et de la technologie.

¹⁷ De Mendonça Lima, Carlos A (2003). *Stigma and discrimination against older people with mental disorders in Europe*. International journal of geriatric psychiatry. No 18.

¹⁸ Graham Nori et als. (2003). *Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders; a technical consensus statement*. International journal of geriatric psychiatry. No 18.

¹⁹ Moscovitz, N., Regenstreif, A., Entretien avec Penny MacCourt, (2007) *Bulletin Bien vieillir*. Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale. CSSS Cavendish-CAU, Volume 13, numéro 3. Octobre.

Les politiques gouvernementales en matière de services aux personnes âgées présentant une problématique de santé mentale

L'auteur Penny MacCourt, dans son document²⁰ destiné à la British Columbia Psychogeriatric Association, souligne que, bien que la santé mentale constitue une ressource individuelle, elle subit l'influence de caractéristiques individuelles et de circonstances culturelles, sociales, économiques et familiales qui forment le contexte social dans lequel vit la personne âgée. Elle indique aussi que ce même contexte est façonné, en partie, par des politiques qui comprennent des lignes directrices, règlements et paramètres qui régissent la vie sociale et qui déterminent quelles ressources et quels biens et services sont distribués et par qui.

Pour leur part, les auteurs Nori Graham et als,²¹ sont d'avis que les gouvernements ont la responsabilité première et un rôle majeur dans l'élaboration de plans d'action pour réduire la stigmatisation et la discrimination qui affectent ces personnes; ils doivent prendre en considération les besoins spécifiques de celles-ci dans leur offre de service de santé et de services sociaux.

Les services devraient être planifiés et faire partie du système de soins de santé en y indiquant des lignes directrices au même titre que le suivi des autres programmes, dont :

- Le financement des soins primaires ;
- L'allocation de budget et le développement de services équitables, distincts et appropriés pour les personnes âgées présentant des besoins de services particuliers ;
- Une formation professionnelle adaptée ;
- La promotion de la recherche médicale et sociale dans le domaine, pour s'assurer d'une bonne compréhension des problématiques et encourager la mise en place de pratiques adaptées ;
- L'inclusion de la problématique et des services destinés à la personne âgée présentant des problèmes de santé mentale dans le curriculum de formation des professionnels ;
- Plus de recherches concernant les effets négatifs de la stigmatisation et de la discrimination de cette clientèle.

Le milieu environnemental

L'adaptation du milieu environnemental

Un des principaux éléments et approches en matière de soins, identifié dans les lignes directrices en provenance de la Colombie Britannique²² réfère à l'environnement social considéré aussi important que le logement. L'environnement optimal permet de créer un milieu dans lequel les individus sont en mesure de jouir d'une excellente qualité de vie et prennent plaisir à conserver leurs forces et à bénéficier de l'aide pour les tâches qu'ils ne peuvent plus accomplir.

²⁰ MacCourt, P. (2008), *Promouvoir le bien-être des aînés : l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés*, Victoria, Colombie-Britannique : British Columbia Psychogeriatric Association.

²¹ Graham Nori et als. (2003). *Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders; a technical consensus statement*. International journal of geriatric psychiatry. No 18.

Il est aussi précisé dans le document traitant de la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada ²³ que la réalité actuelle est un modèle de soins orienté sur le fournisseur de service individuel et institutionnel qui n'est pas axé sur les besoins du client. La mobilité restreinte de l'aîné et souvent de l'aidant naturel ainsi que les difficultés de transport en commun font aussi partie des éléments qui empêchent les aînés de recourir aux services offerts.

Même s'il est reconnu que, dans une certaine mesure, il y a des avantages pour les aînés aux prises avec une problématique de santé mentale à rester chez eux, les possibilités qui existent actuellement sont très limitées compte tenu des services offerts à domicile.

Les auteurs de ce document recommandent d'offrir des services aux endroits où vivent les aînés et créer des environnements adaptés aux besoins des aînés qui nous amènent à les connaître dans leur vécu, dans leur histoire de vie en tenant compte de leur réalité.

Le modèle vise le déplacement des services des fournisseurs au domicile des clients et le développement de ces services de façon à s'adapter aux besoins de chaque population locale particulière.

Il est aussi souligné de dispenser des services relatifs à la toxicomanie et à la santé mentale, là où vivent les adultes âgés, dans une diversité de contextes, que ce soit chez eux, au domicile de ceux qui les soignent ou dans un établissement de soins actifs ou de soins de longue durée.

Ces mêmes auteurs décrivent un continuum de service qui pourrait faciliter la vie dans la collectivité des aînés aux prises avec une problématique de santé mentale, notamment :

- Des visites à domicile des fournisseurs de soins en santé mentale ;
- Une pleine gamme de services pratiques et de services de soutien social à domicile pour les aînés ayant une maladie mentale ;
- L'admissibilité pour les aînés aux prises avec une problématique de santé mentale, vivant chez les aidants familiaux, à tous les services de santé et de soutien qui leur seraient offerts s'ils vivaient seuls ;
- Le développement de différents « foyers » pour personnes âgées, très près les uns des autres, peut-être sous un même toit, offrant différents modes d'hébergement ;
- La disponibilité d'un grand nombre de logements abordables et supervisés avec services de soutien sur place pour les activités de la vie quotidienne ;
- Une concentration de services où vivent beaucoup d'aînés ;
- L'offre d'un niveau de soins équivalent au niveau de soins que reçoivent les aînés aux prises avec une maladie physique, et ce, peu importe l'endroit où ils vivent ;
- Une accessibilité en tout temps au système des soins actifs au même titre que les clients âgés qui n'ont pas de problématiques de santé mentale.

²² Ministry of Health Services, (2002), *Guidelines for Elderly Mental Health Care planning for Best Practices for Health Authorities*, British Columbia.

²³ Kirby, J.L. et J Keon (2006). *De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada.*

Le continuum de service à la personne âgée et à sa famille

Une des notions fondamentales élaborées à la fois par la British Columbia Psychogeriatric Association,²⁴ ainsi que le Conseil consultatif national du Canada sur le troisième âge²⁵ recommande la mise en place d'un système complet de services qui devrait fournir toute la gamme de soutien nécessaire du premier niveau de soins aux soins tertiaires, au fur et à mesure que les soins deviennent plus complexes. On souligne également que les services d'urgence, les programmes provinciaux de dépistage, de recherche en psychiatrie de l'âge avancé et de télémédecine sont également des services importants et nécessaires au développement d'un système complet de prestation de services. Le défi pour chacun des services est le développement d'une collaboration et d'une interrelation entre les programmes, si l'on veut développer une qualité optimale de services.

Un dernier élément soutenu par la British Columbia Psychogeriatric Association est de veiller à ce que, en plus des membres de la famille du client, les fournisseurs de services communautaires autres que médicaux, comme la police, les clubs philanthropiques et les bénévoles qui aident les personnes âgées de diverses façons, fassent également partie de la grande équipe de soins.

Les services, identifiés par la British Columbia Psychogeriatric Association, en continuum pour les soins de santé mentale prodigués aux aînés, sont les suivants :

- Services de prévention, de diagnostic et les services thérapeutiques offerts par les médecins de famille, le personnel infirmier et tout autre professionnel de santé et de services sociaux ainsi que les autres services offerts par les aides à domicile ;
- Les soins préventifs, diagnostiques et thérapeutiques plus spécialisés offerts par les équipes mobiles communautaires, les programmes d'hôpitaux de jour et de soins aux malades hospitalisés présentant une affection aiguë ;
- Les services professionnels plus spécialisés tels les cliniques de recherche universitaire et les hôpitaux psychiatriques.

²⁴ Ministry of Health Services, (2002), *Guidelines for Elderly Mental Health Care planning for Best Practices for Health Authorities*, British Columbia.

²⁵ MacCourt. P., Lockhart B., Donnelly M. (2002). *Les meilleures pratiques pour les soins de santé mentale prodigués aux aînés*. Écrits en gérontologie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, santé mentale et vieillissement (18), Canada.

La promotion-prévention

La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées²⁶ dans son document concernant l'évaluation et la prise en charge des problèmes de santé mentale en établissement de soins de longue durée, nous décrit les aspects reliés à la promotion de la santé mentale en ces termes :

« La promotion de la santé s'applique au processus d'amélioration de la capacité des résidents à prendre en main leur vie et à améliorer leur santé mentale. La promotion de la santé mentale a pour but de favoriser la résilience individuelle et l'entraide au sein du milieu social de l'établissement de longue durée et se traduit également par la lutte à la discrimination et à la stigmatisation qui frappent les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. La promotion de la santé mentale habilite les résidents à interagir dans leur milieu social et physique pour accroître leur solidarité émotionnelle et spirituelle. »

Lors d'une session parlementaire du gouvernement du Canada,²⁷ il fut mentionné que :

« Le respect de la diversité culturelle, de la dignité et des relations personnelles, ainsi que l'équité et la justice sociale constituent des éléments essentiels de la promotion de la santé mentale ».

Peu de recherches sont en cours donc, peu de données factuelles sont disponibles sur la promotion de la santé mentale ainsi que sur les différents types de traitement ou de soutien social qui préviendraient la maladie mentale.²⁸

Les informations retenues dans les Guidelines for Elderly Mental Health Care planning for Best Practices for Health Authorities,²⁹ élaborées pour la Colombie Britannique, recommandent le développement d'une culture de bienveillance qui tient compte des principes de la réhabilitation sociale afin de maximiser la qualité de vie de cette population. Ces principes soulignent l'importance de la participation du client dans le développement et l'atteinte de ses objectifs de soins personnels et de vie. On reconnaît également l'importance du traitement et du soutien en vue d'aider les clients à gérer leurs symptômes et à miser sur leurs forces. Une culture de bienveillance élimine le sentiment d'aliénation, d'anomalie et de désespoir chez les personnes âgées; l'accent est mis plutôt sur les relations que sur les tâches à accomplir et favorise une santé mentale optimale.

Les aspects de promotion et de prévention cités dans ce chapitre se réfèrent aussi aux réflexions ayant trait aux notions de rétablissement et de réappropriation du pouvoir sur la vie de la personne cités à la page 10 du présent document.

²⁶ Coalition Canadienne pour la Santé mentale des personnes âgées (2006). *Lignes directrices nationales la santé mentale chez les aînés*, Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en institution de longue durée.

²⁷ Government of Canada. (2005). Edited Hansard, Number 110. 38th Parliament, 1st Session, June 7th.

²⁸ Moscovitz. N., Regenstreif. A., Entretien avec Penny MacCourt, *Bulletin Bien vieillir*. Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale. CSSS Cavendish., Volume 13, numéro 3.

²⁹ Ministry of Health Services, (2002), *Guidelines for Elderly Mental Health Care planning for Best Practices for Health Authorities*, British Columbia.

Au CSSS Cavendish, un changement dans la vision de l'offre de service est initié et vise la continuité des soins sur le continuum de vie préférablement à des services destinés aux personnes de 60 ans et plus présentant une problématique de santé mentale.

Cette nouvelle vision du *Service de pointe en santé mentale et vieillissement*, préconise le travail en équipe interdisciplinaire auprès de cette clientèle à très forte comorbidité. Elle vise à intervenir plus tôt dans le cycle de vie de ces clients et prévenir ou réduire les effets négatifs développés depuis l'âge adulte associés aux maladies mentales, aux médicaments psychotropes et aux habitudes de vie négatives pouvant être reliés à cette clientèle.

Les interventions et le suivi de la clientèle dans la communauté : services de 1^{re} ligne

Selon certains auteurs en provenance du Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale du CSSS Cavendish,³⁰⁻³¹ des lignes directrices doivent être établies afin de pouvoir répondre de façon globale aux besoins particuliers des personnes âgées ayant un problème de santé mentale. Une redéfinition des critères d'accès aux services à domicile est donc requise. La reconnaissance du concept de *perte d'autonomie psychosociale*³² permet aux personnes âgées ayant un problème de santé mentale ainsi qu'à leur famille d'avoir droit à des services à domicile.

Les soins à domicile ne devraient pas seulement compenser les pertes d'une personne, mais permettre de promouvoir l'autonomie, le rétablissement et l'adaptation à une nouvelle situation dans une offre de services spécialisés et interdisciplinaires distribuée par un personnel formé adéquatement.

Un premier exemple : *Le projet P.I.E. Une réponse de la communauté aux besoins des personnes âgées vulnérables et isolées*³³ du CSSS Cavendish.

Le projet P.I.E. (prévention, intervention, éducation) est un projet de dépistage qui aura un effet mobilisateur dans la communauté afin de contrer l'exclusion d'une clientèle *invisible* et non rejointe par les services.

Ce projet mise sur la collaboration des intervenants psychosociaux du CSSS afin de créer des liaisons communautaires auprès des gens qui, par le biais de leur emploi ou de leurs activités de la vie quotidienne, ont un contact fréquent ou régulier avec des personnes à risque. Il s'agit bien souvent de concierges d'immeubles, facteurs, personnel de banque, pharmaciens ou autres; des gens qui bien souvent ont établi un lien de confiance ou un rapport amical avec leurs clients, locataires ou voisins vulnérables ou isolés.

³⁰ Moscovitz, N. (2004). *Mental health Program for older Adults: Model*, CARP Action, Octobre-novembre. Quebec

³¹ Moscovitz, N., Regenstreif, A. (2007). *Éditorial*, Bulletin Bien vieillir. Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale. CSSS Cavendish. Volume 13, numéro 3.

³² Définition de la notion de perte d'autonomie psychosociale : Difficultés fonctionnelles liées à un problème de santé mentale primaire.

³³ Brown, B., Nour, K. (2007) *Le projet P.I.E. Une réponse de la communauté aux besoins des personnes âgées vulnérables ou isolées*, Bulletin Bien vieillir. Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale. CSSS Cavendish. Volume 13, numéro 3.

Le projet P.I.E. est adapté pour tenir compte des caractéristiques que présentent le dépistage proactif dans un milieu urbain, où règne davantage l'anonymat et la réticence à venir en aide à une personne vulnérable ou isolée. Ce projet encourage les personnes ciblées à se référer elles-mêmes au moyen de la ligne téléphonique prévue à cet effet.

Ce projet vise aussi à favoriser le sentiment de solidarité sociale, souvent absent dans certains quartiers urbains.

En impliquant les membres de la communauté avec qui les personnes âgées vulnérables ou isolées ont développé un lien de confiance, le CSSS croit être en mesure de parvenir à un dépistage efficace afin de réduire l'incidence de placement, d'éviction, d'hospitalisation ou de perte totale d'autonomie résultant d'un problème de santé mentale sévère ou transitoire, cognitif ou physique, non traité au moment opportun.

Un deuxième exemple : *Services aux clientèles santé mentale 60+* du CSSS Cavendish³⁴

Le territoire du CSSS Cavendish dessert une population où plus de 30% des citoyens sont âgés de 60 ans et plus. Dans ce contexte, le CSSS a mis sur pied un *Services aux clientèles santé mentale 60+*, basé sur un modèle de services interdisciplinaires œuvrant auprès de cette clientèle qui présente des problématiques complexes et aussi auprès de leur famille.

Les services à domicile ne sont généralement accessibles que pour les clients qui subissent une perte d'autonomie et le critère de sélection est essentiellement limité à une condition physique ou cognitive. Les *Services aux clientèles santé mentale 60+* ont pour leur part, élargi la dimension de perte d'autonomie en y incluant la dimension psychosociale, de manière à s'assurer que du soutien complet (à domicile et communautaire) soit prodigué à cette clientèle.

Une des particularités du mode d'intervention du service est l'utilisation du concept de « comportement à risque » et l'utilisation de « l'échelle psychogériatrique de dépistage des comportements à risque »³⁵. Ce mode d'intervention fournit aux professionnels des informations essentielles pour repérer, évaluer et intervenir auprès des personnes âgées aux prises avec un problème de comportement qui désirent demeurer dans la communauté.

Le fonctionnement est basé sur une intervention interdisciplinaire (gérontopsychiatres consultants, omnipraticiens, infirmières, intervenants sociaux, auxiliaires familiales et sociales, ergothérapeutes et psychologues) et chaque type d'intervenant tient compte à la fois des aspects physiques et psychosociaux de la perte d'autonomie.

³⁴ Miranda, D., Dallaire B., Moscovitz., (2003), *Interventions communautaires. Personnes âgées présentant des troubles mentaux graves*, Enjeux psychosociaux de la santé, Presse de l'Université du Québec, Chapitre 13.

³⁵ Échelle élaborée par le centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale du CSSS Cavendish-CAU. Nikolova, R. Carignan, M., Moscovitz, N., Demers, L. (2004), *The psychogeriatric and risk behavior assessment scale (PARBAS): a new measure for use with older adults living in the community*, Archives of gerontology and geriatrics.

Deux autres exemples de services à domicile dans la région de Montréal sont à mentionner. Notons les services de suivi alternatif communautaire (suivi intensif et soutien d'intensité variable) offerts par la Maison les Étapes-Forward House pour personnes âgées, ainsi que le programme de santé mentale communautaire du Centre juif Cummings pour les aînés, programme conçu pour le suivi dans la communauté et le support des aînés juifs ayant une maladie mentale.

Les interventions en établissements de soins de longue durée : services de 1^{re} ligne

Des lignes directrices nationales concernant la santé mentale des aînés ont été élaborées, en 2006, par la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées.³⁶ Ces lignes directrices concernent :

- L'évaluation et la prise en charge de la dépression ;
- L'évaluation et la prise en charge du délirium ;
- L'évaluation du risque de suicide et prévention du suicide ;
- L'évaluation et la prise en charge des problèmes de santé mentale en établissement de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement).

Concernant la prise en charge des problèmes de santé mentale en établissement de soins de longue durée, la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées émet quelques propositions :

- Pour créer un climat propice à des interventions efficaces, il est primordial de connaître la personne et ses préférences et d'adapter ses interactions et ses interventions en fonction de la réaction du résident;
- On note l'importance de miser sur les aptitudes encore intactes, préalable à la prévention de l'incapacité générale et à la réussite des interventions de soins. Le caractère unique de la personne déterminera les activités et les interventions qui sont pour elle attrayantes ou agréables. Connaître la personne c'est également cerner sa culture et son point de vue sur le monde.

Les interventions efficaces ont en commun quatre éléments :

- L'expérience et les valeurs interpersonnelles du soignant
- L'attitude du soignant
- Le travail d'équipe
- La connaissance des résidents

Il est important de tenir compte du milieu physique lors de la prestation des soins. Certains milieux sont conçus pour atténuer les effets de la détérioration fonctionnelle, tandis que d'autres multiplient les difficultés à cet égard.

³⁶ Coalition Canadienne pour la Santé mentale des personnes âgées (2006). *Lignes directrices nationales la santé mentale chez les aînés. Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en institution de longue durée.*

Les considérations organisationnelles et systémiques suivantes ont été proposées :

- Offrir un milieu physique et social qui correspond à un milieu thérapeutique ;
- Aménager les lieux physiques en tenant compte des particularités individuelles, de la mobilité physique et fonctionnelle et de l'interaction sociale ;
- Doter les unités de soins en personnel approprié à la prise en charge des résidents en fonction des groupes diagnostiques.

Une des recommandations concerne l'accès à des services de santé mentale dispensés par des praticiens ou une équipe interdisciplinaire possédant de l'expertise en santé mentale gériatrique. On note que dans certaines régions, une équipe psychogériatrique ambulatoire est disponible pour offrir l'évaluation, le traitement des résidents ainsi que l'éducation des praticiens. Dans certaines régions rurales, la consultation spécialisée à distance (télémédecine) vient s'ajouter aux services locaux de santé mentale gériatrique.

La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, dans ses lignes directrices nationales, termine en indiquant que d'après des données probantes, les services de liaison impliquant une équipe interdisciplinaire et offrant, entre autres, des services de formation, seraient plus efficaces que le modèle traditionnel de consultation médicale spécialisée.

Une analyse produite par le CSSS Jeanne-Mance³⁷ cible la mise en place d'une équipe vigie composée d'une à deux personnes par établissement ayant des compétences en psychiatrie. Cette équipe formée de professionnels issus de différentes disciplines pourrait supporter les équipes de soins lors de situations problématiques en santé mentale, soutenir les équipes dans l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire et faciliter la liaison avec les autres services du CSSS ou avec les services de deuxième ligne.

Outre l'accès à une équipe vigie, le CSSS cible le recours à un psychiatre consultant et à des ressources psychosociales dans le but d'éviter de faire appel à des services de 2^e ligne. Il souligne l'importance de soutenir la clientèle et l'équipe soignante, entre autres par l'offre de formation et de coaching du personnel pour assurer un service optimal à la clientèle.

Les services spécialisés en santé mentale

David Dolley et al.,³⁸ nous parlent du développement, en Angleterre, de trois spécialités œuvrant en psychiatrie. Ces spécialités travaillent ensemble pour identifier les meilleures pratiques et les interfaces à développer entre elles pour la prise en charge et l'établissement de standards de soins dans l'objectif d'une application nationale.

Les spécialités sont :

- « Général psychiatry »
- « Rehabilitation psychiatry »
- « Old age psychiatry »

³⁷ CSSS Jeanne-Mance (2008). Offre de service en santé mentale. Section 1.5.6 Personnes en centres d'hébergement.

³⁸ Jolley D. Nick Kosky, Frank Holloway (2004). *Older people with long standing mental illness: the graduates*. Advances in Psychiatric Treatment. Angleterre. Vol 10.

La collaboration entre les spécialités se poursuit sur des périodes assez longues de façon à ne pas effectuer un transfert brutal de service et une fin abrupte de la relation établie depuis plusieurs années avec le client. Aucun changement dans la supervision, la prise en charge ou le traitement ne devrait être au désavantage du client.

En lien avec l'article de David Dolley, le World Health Organisation et le World Psychiatric Association³⁹ ont produit un consensus visant les services à mettre en place pour les personnes âgées aux prises avec une problématique de santé mentale :

- Le développement d'une spécialité concernant la psychiatrie de l'âge avancé ;
- La mise en place d'une organisation de service autour de la psychiatrie de l'âge avancé ;
- Une formation académique dans le curriculum de formation des professionnels en lien avec la psychiatrie de l'âge avancé.

Implication de la psychiatrie

Les auteurs Massé et Veber⁴⁰ nous donnent leurs points de vue sur l'implication de la psychiatrie auprès des personnes âgées.

L'idée que la psychiatrie pourrait s'occuper de toutes les conséquences des troubles psychiques des personnes âgées est illusoire. Il faut plutôt penser en termes de réponse clinique par une interface entre la psychiatrie générale et la gériatrie. L'objectif étant de réinvestir le potentiel soignant dans un véritable travail de partenariat, grâce à une nouvelle mobilité des équipes gériatriques et gérontopsychiatriques, voir la création d'équipes mobiles mixtes. Pour sa part, la filière gérontopsychiatrique doit développer une activité de liaison destinée à la psychiatrie.

Deux articles parus dans la Revue Médicale suisse⁴¹⁻⁴² nous parlent de la mise en place, à Lausanne, d'une équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé.

Les auteurs nous indiquent que le développement de la mobilité en psychiatrie joue un rôle important dans le mouvement de la désinstitutionalisation. Cette mobilité oblige à repenser la place des soins psychiatriques non pas dans un aller-retour entre psychiatrie et communauté, mais considérer la psychiatrie comme un partenaire dans la communauté au même titre que d'autres intervenants tels que les médecins généralistes, les services sociaux ou la justice.

Dans ce cadre, les questions d'articulation avec les soins de premiers recours et le partenariat avec les patients et leurs proches en constituent les éléments essentiels.

³⁹ Graham Nori et als. (2003). *Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders; a technical consensus statement*. International journal of Geriatric Psychiatry. No 18.

⁴⁰ Massé, G. et Veber, A., (2007) *Prise en charge des troubles mentaux du sujet âgé : Quel rôle pour la psychiatrie?* Revue Pluriels. No 66.

⁴¹ Stancu, I et Als, (2008) *Équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé : principes et perspectives*, La revue médicale suisse No 153.

⁴² C. Bonsack et als. (2008) *Équipe de psychiatrie mobile pour les trois âges de la vie : l'expérience lausannoise*. La revue médicale suisse No 171.

L'équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé a été mise en place pour éviter le recours à l'hospitalisation de la personne âgée. Elle vient en soutien à la fois au réseau primaire de soins, au médecin généraliste, aux infirmières de soins à domicile ainsi qu'à l'établissement de soins.

Cette équipe se veut une réponse à la demande croissante de soins psychiatriques de la population âgée dont le pourcentage est en augmentation.

Les auteurs nous indiquent que l'évaluation des soins ambulatoires en psychiatrie de l'âge avancé reste très rare. On souligne généralement une difficulté, dans les soins primaires, à identifier et à prendre en charge les maladies mentales. Ces mêmes études montrent que les interventions du spécialiste donnent de meilleurs résultats que les mesures mises en place par le médecin de premier recours. Les interventions psychiatriques à domicile donnent de bons résultats notamment au niveau de la diminution des troubles du comportement et d'un recours moins fréquent aux hospitalisations. Des résultats similaires ont été rapportés pour les personnes vivant en établissement médico-social avec une bonne correction des troubles du comportement, une nette diminution de la prescription des psychotropes et une amélioration de la motivation des équipes soignantes de ces institutions.

La mission première de cette équipe, composée d'un chef clinique (psychiatre) et de deux infirmières spécialisées en psychiatrie de l'âge avancé, est de fournir rapidement aux partenaires de soins un diagnostic psychiatrique, une aide à la décision et au traitement psychiatrique/psychothérapeutique de la crise, et ce, au lieu de la vie du patient.

Dans le système familial ou dans le réseau de soins, la mission de l'équipe est de travailler en 2^e ligne dans une prise en charge commune avec les partenaires, pour une durée déterminée d'environ un mois. Les interventions ont pour but de préserver et de renforcer le réseau existant et non pas de se substituer à lui. Elle favorise la coopération entre les intervenants par des conseils, des propositions et/ou des orientations thérapeutiques et des suivis de soins communs. Cette équipe tisse de forts liens de partenariat dans le réseau, que ce soit avec les proches ou avec les professionnels impliqués.

Le travail de l'équipe dans la communauté a permis de répondre à un besoin de soins psychiatriques spécifiques. Il a été noté dans la majorité des cas une stabilisation, voire une amélioration de la symptomatologie. Il contribue à augmenter le nombre de bénéficiaires à des traitements psychiatriques en favorisant une utilisation plus adéquate des ressources et en améliorant la collaboration du réseau grâce à des interventions très brèves dans le milieu.

L'Hôpital Général Juif, à Montréal, a aussi développé le concept *d'équipe mobile* formée d'intervenants œuvrant en 2^e ligne, qui effectuent des visites à domicile. L'objectif étant de supporter les intervenants de 1^{re} ligne pour le suivi des cas complexes, en situation de crise.

Le CSSS de la Montagne, pour sa part, offre des services ambulatoires de psychogériatrie pour répondre aux besoins des personnes âgées aux prises avec un problème de santé mentale relié au processus de vieillissement. Cette équipe est appelée à soutenir les intervenants de 1^{re} ligne, les clients et les proches. Elle peut jouer un rôle de liaison tant à l'intérieur de l'équipe qu'auprès des autres partenaires. La principale contribution de la psychogériatrie à domicile se situe au niveau de l'amélioration de la qualité de vie et du maintien dans la communauté de sa clientèle.

L'interrelation entre l'ensemble des services

Dans l'objectif d'assurer l'interrelation entre l'ensemble des services, le plan d'action ministériel 2005-2010 destiné aux aînés en perte d'autonomie,⁴³ prévoit des services et mesures qui permettront d'offrir une variété de solutions aux personnes aînées en perte d'autonomie. Entre autres, ce plan préconise le soutien de la personne en déterminant les services spécialisés qui doivent être accessibles dans chaque région dans les domaines suivants : la gériatrie, la réadaptation, la santé mentale et les maladies neurovégétatives. Ces services doivent être prévus pour des interventions ponctuelles ou intensives et inclure un soutien clinique aux équipes interdisciplinaires locales, qui interviennent dans le milieu de vie.

La British Columbia Psychogeriatric Association⁴⁴ recommande d'officialiser les liens de transition entre les soins aigus, les soins en établissement et les services communautaires. Ces liens devraient être définis localement, en fonction des besoins de la population, des ressources existantes, de la taille et de l'emplacement géographique de la collectivité locale.

Pour sa part, le CSSS Jeanne-Mance, dans ses cibles visant la mise en place d'un continuum de services en santé mentale,⁴⁵ nous parle de mettre en réseau les services internes du CSSS, en reconnaissant et partageant l'expertise psychiatrique développée et, au besoin, recourir à des consultants externes.

Les interfaces à développer ou à maximiser et les ententes de services et zones de collaboration à mettre en place rejoignent les programmes ou services suivants :

- Le programme de soutien à domicile
- L'équipe de santé mentale adulte
- UPS Justice
- Le programme Itinérance

⁴³ MSSS (2005). *Un défi de solidarité. Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010.* Québec.

⁴⁴ Ministry of Health Services, (2002), *Guidelines for Elderly Mental Health Care planning for Best Practices for Health Authorities*, British Columbia.

⁴⁵ CSSS Jeanne-Mance (2008). *Offre de service en santé mentale.* Section 1.5.6. Personnes en centres d'hébergement.

5. RÉFLEXIONS ET PRATIQUES OBSERVÉES EN LIEN AVEC LA FORMATION ET L'ÉDUCATION DES INTERVENANTS DE LA SANTÉ

La formation académique

Lors de l'entretien avec Dr. Penny MacCourt par le CSSS Cavendish,⁴⁶ celle-ci mentionnait que sans image positive, le stigmate de la santé mentale combiné à celui du vieillissement est repoussant pour les étudiants en soins infirmiers. Selon la chercheuse, dans la formation académique des professionnels de la santé, il faut mettre l'accent sur les personnes âgées étant donné la réalité démographique.

La formation continue

Le Comité sénatorial des affaires sociales et de la technologie du Canada ⁴⁷est d'avis que l'on doit s'adapter aux changements de population dans les foyers de soins personnels en modifiant les services offerts et la façon dont on les dispense. Aujourd'hui, 75 à 85 % de la population de ces services sont des personnes qui souffrent de troubles cognitifs ou de troubles de santé mentale. Le perfectionnement des soignants n'a pas bénéficié du soutien nécessaire et on n'a pas suffisamment amélioré les services de santé mentale et de soutien sur place pour répondre aux besoins de soins plus intenses et de traitements différents causés par cette évolution.

Lors du colloque sur la santé mentale et le vieillissement en 2008, il fut recommandé⁴⁸ de mieux outiller les intervenants qui travaillent auprès des personnes âgées qui présentent des difficultés de santé mentale par :

- La révision et l'adaptation des compétences requises des membres du personnel des établissements de longue durée grâce à la mise en œuvre de programmes de formation ;
- Des formations spécifiques aux équipes (toutes les personnes qui sont en contact avec la clientèle) ayant trait au choc des valeurs et aux écarts de pensée et de vivre des différentes générations;
- La création de postes d'éducateurs spécialisés et de conseillers en milieu de vie pour :
 - Soutenir les équipes d'intervention ;
 - Développer des programmes adaptés aux besoins de la clientèle.

⁴⁶ Moscovitz. N., Regenstreif. A., (2007) Entretien avec Penny MacCourt, Bulletin Bien vieillir. Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale. CSSS Cavendish., Volume 13, numéro 3.

⁴⁷ Kirby, J.L. et J Keon (2006). *Nos aînés. De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada.* Rapport final du Comité sénatorial des affaires sociales et de la technologie.

⁴⁸ Beaudry. B., Brisebois K, Lalande M., Rivert (2008). *La réalité en centre d'hébergement.* Colloque Santé mentale et vieillissement. Le défi de la réadaptation ».Hôpital Louis. H. Lafontaine.

L'entretien avec madame Penny MacCourt⁴⁹ nous indique aussi que l'on doit tenir compte de la diversité culturelle et des valeurs différentes des groupes de personnes âgées lorsque l'on conçoit des services et des programmes de formation du personnel. Ainsi, des équipes interdisciplinaires axées sur la collectivité et bien formées en santé mentale constitueraient une ressource essentielle autant pour les intervenants de 1^{re} ligne que pour ceux des établissements de longue durée.

Les recommandations en matière de formation et de compétence, identifiées dans les lignes directrices en provenance de la Colombie Britannique⁵⁰ ciblent les objets suivants :

- L'incorporation, aux programmes de formation offerts aux professionnels, de notions d'interventions préventives, y compris des stratégies visant à maintenir le bien-être et les interventions précoces en matière de problèmes de santé mentale ;
- Le soutien au personnel qui œuvre auprès des personnes âgées, peu importe leur discipline ou leur travail, afin qu'ils acquièrent les connaissances et les compétences nécessaires pour offrir le meilleur service qui soit ;
- Le maintien et le développement de connaissances et l'expertise dans le domaine de la santé mentale gériatrique ;
- Le développement et l'adoption, en collaboration avec le gouvernement provincial, de normes de compétence que doivent posséder les professionnels qui œuvrent auprès de cette population.

La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées⁵¹ insiste, pour sa part, sur les programmes de formation en communication offerts au personnel de soins. Cette formation améliore les attitudes en communication et se révèle une mesure durable, au fil du temps, si elle est associée à un programme de motivation des prestataires.

Le développement d'outils de formation continue

La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, par l'entremise de ses lignes directrices concernant la santé mentale des aînés, a élaboré quatre guides d'évaluation et de prévention chez les personnes âgées et concernent :

- La dépression
- Le délirium
- Le suicide
- Les problèmes de santé mentale en établissement de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement)

⁴⁹ Moscovitz. N., Regenstreif. A., (2007) Entretien avec Penny MacCourt, *Bulletin Bien vieillir*. Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale. CSSS Cavendish. Volume 13, numéro 3.

⁵⁰ Ministry of Health Services, (2002), *Guidelines for Elderly Mental Health Care planning for Best Practices for Health Authorities*, British Columbia.

⁵¹ Coalition Canadienne pour la Santé mentale des personnes âgées (2006). *Lignes directrices nationales la santé mentale chez les aînés, Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en institution de longue durée*.

Le CSSS Cavendish, par l'entremise de son Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale, a développé un outil appelé *Échelle psychogériatrique de dépistage des comportements à risque*⁵². Cette échelle comprend 34 articles organisés en 10 sections de comportements à risque et fournit aux professionnels des informations essentielles sur les comportements à risque de leurs clients. Cet outil contribue à offrir des informations en soutien à des interventions opportunes et appropriées de prévention pour les personnes âgées avec problèmes de santé mentale qui vivent dans la communauté.

Pour sa part, le CSSS de la Montagne a développé, en collaboration avec le Curateur public, un *Outil d'évaluation des risques pour les personnes vivants à domicile*⁵³. Cet outil d'évaluation s'adresse à toute clientèle adulte vulnérable souffrant de problèmes multiples. Il est composé d'un aide mémoire, d'une grille d'analyse du risque, de critères développés par la Nouvelle-Écosse et d'éléments de réflexion éthique. Le but de cet outil est d'aider les équipes d'intervenants à identifier les facteurs de risque des personnes vivants à domicile et les assister dans l'orientation de leurs interventions.

Le CSSS Jeanne-Mance a produit, en 2008, une boîte à outils en santé mentale destinée aux personnes âgées, intitulée « *Santé mentale et personnes âgées. S'outiller pour intervenir ensemble* ». ⁵⁴ Cette boîte à outils se veut une réponse aux besoins des équipes de soins en ce qui a trait au dépistage, à l'évaluation et l'approche auprès des personnes âgées présentant des problèmes de santé mentale et résidant en centre d'hébergement.

Les caractéristiques de cette boîte à outils sont les suivantes :

- On retrouve les principaux thèmes de santé mentale et troubles psychiatriques rencontrés chez la personne âgée dans les centres d'hébergement ;
- Les informations sont fondées sur des données scientifiquement ou cliniquement éprouvées ;
- Les auteures ont porté une attention spéciale au style convivial pour rejoindre l'ensemble des intervenants ;
- Le coffre à outils se veut polyvalent, à utiliser par problématique selon les besoins de la clientèle et des intervenants ;
- Des outils de dépistage et d'évaluation sont assortis d'instructions quant à l'utilisation ;
- Une définition et un vocabulaire commun assortis d'une compréhension des comportements problématiques sont à la base de l'outil ;
- Des propositions de stratégies pratiques de dépistage, d'analyse et d'approches aidantes ont été introduites pour chaque problématique.

⁵² CSSS Cavendish, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale, *Échelle psychogériatrique de dépistage des comportements à risque*.

Nikolova, R. Carignan, M., Moscovitz, N., Demers, L. (2004), *The psychogeriatric and risk behavior assessment scale (PARBAS): a new measure for use with older adults living in the community*, Archives of gerontology and geriatrics.

⁵³ CSSS de la Montagne et al. En collaboration avec le Curateur Public du Québec (2008). Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile.

⁵⁴ Leblanc, S., Leroux, G. Malo, S., Roux, C., (2009), *Santé mentale et personnes âgées. S'outiller pour intervenir ensemble*. Direction générale adjointe Services en hébergement CSSS Jeanne-Mance.

Les thèmes retenus dans la boîte à outils sont les suivants :

- Démarche systémique d'analyse et de résolution de problèmes
- Troubles anxieux
- Troubles de l'humeur
- Troubles de la personnalité
- Troubles psychotiques
- Comportements suicidaires
- Comportements agressifs
- Troubles de l'adaptation et du stress
- Délirium et démence
- Alcoolisme et toxicomanie

6. RÉFLEXIONS ET PRATIQUES OBSERVÉES EN LIEN AVEC LE SUIVI DE LA QUALITÉ

Évaluation continue et amélioration de la qualité

L'auteur Penny MacCourt, dans le but de promouvoir le bien-être des aînés, nous décrit, dans sa publication⁵⁵ destinée à l'Association psychogériatrique de la Colombie Britannique, un outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés. Cet outil vise à favoriser un changement de paradigme dans la façon de définir, d'offrir et de financer les services sociaux et de santé, afin que ceux-ci mettent davantage l'accent sur la promotion de la santé mentale et la prévention des problèmes de santé mentale.

Les destinataires à qui s'adresse cet outil sont les responsables de l'élaboration et de l'analyse des politiques, les gestionnaires de programmes, les évaluateurs, les fournisseurs de services, les organismes d'aînés et les défenseurs des droits ainsi que par les chercheurs et les éducateurs.

Concernant le suivi de la qualité, il est mentionné que celui-ci est étroitement lié aux pratiques exemplaires à développer pour répondre aux besoins de la personne.

A ce sujet, la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées⁵⁶ recommande que les pratiques exemplaires soient mises en application en prenant en considération les renseignements personnels communiqués par le client. Les interventions doivent être planifiées en fonction du rythme, du mode de vie, de la culture et des préférences du client.

Une notion fondamentale retenue dans les lignes directrices, en provenance de la Colombie Britannique,⁵⁷ réfère à l'approche des meilleures pratiques qui exigent que l'on se fixe des buts et des objectifs réalistes. L'évaluation des services devrait avoir lieu régulièrement en employant une variété de méthodes et d'approches pour contrôler et évaluer l'efficacité clinique de tous les programmes et toutes les innovations dans le domaine des soins. Ces lignes directrices proposent également d'incorporer les stratégies d'évaluation pertinentes ainsi que les résultats de recherche pour élaborer des méthodes optimales de prestation de services.

⁵⁵ MacCourt, P. (2008), *Promouvoir le bien-être des aînés : l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés*, Victoria, Colombie-Britannique : British Columbia Psychogeriatric Association.

⁵⁶ Coalition Canadienne pour la Santé mentale des personnes âgées (2006). *Lignes directrices nationales la santé mentale chez les aînés*, Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en institution de longue durée.

⁵⁷ Ministry of Health Services, (2002), *Guidelines for Elderly Mental Health Care planning for Best Practices for Health Authorities*, British Columbia.

Pour sa part, le Comité sénatorial des affaires sociales et de la technologie du Canada⁵⁸ a recommandé, en 2006, pour nos aînés de :

- Favoriser l'échange d'informations parmi les chercheurs en gérontologie, de même qu'entre les fournisseurs de services spécialisés aux personnes âgées et les autres fournisseurs en santé mentale et en toxicomanie ;
- Encourager la recherche sur les vastes éventails d'âges, d'environnements, de comorbidités et de questions culturelles ayant des incidences sur la santé mentale des aînés, et favoriser l'adoption de pratiques exemplaires dans les programmes de santé mentale destinés aux aînés.

Suite à un entretien en 2007 avec Penny MacCourt,⁵⁹ chercheuse et professeure à l'école de service social de l'Université de Victoria, celle-ci mentionne l'importance de subvention pour soutenir la recherche dans l'évaluation et l'amélioration de la qualité des pratiques existantes.

Elle souligne que l'analyse des approches psychosociales qui s'intéressent à la question de la santé mentale et du vieillissement de même que les prévisions et les pratiques pour élaborer des programmes et des politiques portant sur la santé mentale des aînés, ont été rendues possibles par l'octroi d'une subvention de la part du *Fond pour la santé de la population* à la *British Columbia Psycho-Geriatric Association*.

Programmes de recherche en cours au CSSS Cavendish⁶⁰⁻⁶¹

- *Les Services aux clientèles santé mentale 60+* ont été impliqués dans un programme de recherche avec différents partenaires des milieux d'intervention, d'évaluation et universitaires. L'objectif central de ce programme de recherche vise le développement, la validation et l'évaluation du modèle d'intervention communautaire adapté aux besoins de la population âgée souffrant de troubles mentaux graves ou susceptibles d'en souffrir.
- Le *Projet P.I.E.* : (prévention, intervention, éducation), en soumission d'une demande de subvention à l'été 2010, est supporté par une évaluation exploratoire longitudinale. Le projet de recherche intitulé *Mise en place d'un réseau de liaison communautaire. Évaluation du projet P.I.E.* porte à la fois sur l'identification des personnes âgées vulnérables ou isolées ayant besoin de service en santé mentale ou d'autres services et sur l'analyse du processus d'implantation relativement aux coûts, au rayonnement des formations et à la satisfaction des acteurs impliqués.

NB : *Les services aux clientèles santé mentale 60+* et le projet *P.I.E.* sont décrits aux pages 18 et 19 du présent document.

⁵⁸ Kirby, J.L. et J Keon (2006). Nos aînés. *De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Rapport final du Comité sénatorial des affaires sociales et de la technologie. Canada

⁵⁹ Moscovitz. N., Regenstreif. A., (2007) Entretien avec Penny MacCourt, *Bulletin Bien vieillir*. Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale. CSSS Cavendish., Volume 13, numéro 3.

⁶⁰ Miranda, D., Dallaire B., Moscovitz. N., (2003), *Interventions communautaires. Personnes âgées présentant des troubles mentaux graves*, Enjeux psychosociaux de la santé, Presse de l'Université du Québec, Chapitre 13.

⁶¹ Brown, B., Nour, K, (2007) *Le projet P.I.E.* Une réponse de la communauté aux besoins des personnes âgées vulnérables ou isolées, *Bulletin Bien vieillir*. Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale. CSSS Cavendish. Volume 13, numéro 3.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Actes du colloque (2008) *Santé mentale et vieillissement. Le défi de la réadaptation*. Hôpital Louis H. Lafontaine.
- Arcand, M.,-Hébert, R., (2007) *Les proches aidants des personnes âgées*. Précis pratique de gériatrie.
- Bergman, H. (2009) *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence*. Rapport comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer.
- Bonsack C et als. (2008) *Équipe de psychiatrie mobile pour les trois âges de la vie : l'expérience lausannoise*. La revue médicale suisse No 171.
- Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale(2007) *Bulletin Bien vieillir*. CSSS Cavendish. Volume 13, numéro 3.
- Coalition Canadienne pour la Santé mentale des personnes âgées (2006). *Lignes directrices nationales la santé mentale chez les aînés*, Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en institution de longue durée.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge (2002). *Les meilleures pratiques pour les soins de santé mentale prodigués aux aînés*. Écrits en gérontologie, santé mentale et vieillissement (18), Canada.
- Conseil canadien d'agrément des services de santé. (2006), *Regard sur le système de santé canadien. Pratiques exemplaires*, Rapport canadien sur l'agrément des services de santé.
- CSSS Cavendish, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale ; *Échelle psychogériatrique de dépistage des comportements à risque*.
- CSSS de la Montagne et al. En collaboration avec le Curateur public du Québec (2008). *Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile*.
- CSSS Jeanne-Mance (2008). Offre de service en santé mentale. Section 1.5.6 *Personnes en centre d'hébergement*.
- Dallaire B., Miranda D., Moscovitz N., Guérette.A (2003), *Les interventions communautaires auprès des personnes âgées aux prises avec des troubles mentaux graves : Revue critique de la littérature empirique et théorique*. CLSC René-Cassin. Montréal.
- De Mendonça Lima, Carlos A. (2003) *Stigma and discrimination against older people with mental disorders in Europe*. International journal of geriatric psychiatry. No 18
- Department of Health Ageing, (2008), *Report to the Minister for Ageing on residential care and people with psychogeriatric disorder*, Australian government.
- Ducharme F., (2009) *Vieillir en santé mentale. La santé mentale des proches aidants*. Revue Equilibre. volume 4, No 1.
- Geriatric, the Canadian Journal, (2006), *National Guidelines for senior's Mental Health*, vol 9.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE (SUITE)

- Graham Nori et als. (2003). *Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders; a technical consensus statement*. International journal of geriatric psychiatry. No 18.
- Jolley D. Nick Kosky, Frank Holloway (2004). *Older people with long standing mental illness: the graduates*. Advances in Psychiatric Treatment. Angleterre. Vol 10.
- Kieby M, Keon WJ., (2006), *La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, Rapport final du Comité sénatorial des affaires sociales et de la technologie. De l'ombre à la lumière, Sénat Canada.
- Leblanc, S., Leroux, G. Malo, S., Roux, C., (2009), *Santé mentale et personnes âgées. S'outiller pour intervenir ensemble*. Direction générale adjointe Services en hébergement CSSS Jeanne-Mance.
- Lévy J.J, Maisonneuve D., Bilodeau H., Garnier C., (2003), *Enjeux psychosociaux de la santé*, Presse de l'Université du Québec.
- MacCourt, P. (2008), *Promouvoir le bien-être des aînés : l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés*, Victoria, Colombie-Britannique : British Columbia Psychogeriatric Association
- Ministry of Health Services, (2002), *Guidelines for Elderly Mental Health Care planning for Best Practices for Health Authorities*, British Colombia.
- Moscovitz, N. (2004). *Mental health Program for older Adults: Model*, CARP Action, Octobre-Novembre. Quebec
- Moscovitz. N., Regenstreif. A., Entretien avec Penny MaCourt, (2007) Bulletin Bien vieillir. Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale. CSSS Cavendish-CAU, Volume 13, numéro 3.
- MSSS (2005). Un défi de solidarité. Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010. Québec.
- MSSS. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Québec.
- Nikolova, R. Carignan, M., Moscovitz, N., Demers, L. (2004), *The psychogeriatric and risk behavior assessment scale (PARBAS): a new measure for use with older adults living in the community*, Archives of gerontology and geriatrics.
- Stancu, I et Als, (2008) *Équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé : principes et perspectives*, La revue médicale suisse No 153.

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 