



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada



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

Sommaire

Introduction

Par

Penny MacCourt, Ph.D., M.S.S.

Université de Victoria

Kimberley Wilson, PhD(c), M.S.S.

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées

Marie-France Tourigny-Rivard MD, FRCPC

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

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

Octobre 2011

Le site de la Commission publie une version interactive des lignes directrices dotée d'hyperliens et de ressources additionnelles. Elle est accessible au www.lignesdirectrices-csmc.ca

Ce document fournit des lignes directrices pour la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens ainsi que des cibles concrètes aux fins de planification. Les lignes directrices et les cibles ont été élaborées à partir des valeurs et des principes directeurs chers aux aînés canadiens ainsi que des concepts de rétablissement, de promotion de la santé mentale et de la prévention des maladies mentales.

Les lignes directrices présentées ici ont été développées afin de servir de guide pour les pourvoyeurs de services de santé mentale aux aînés (y compris ceux qui ont une maladie mentale ou qui sont à risque d'en développer une), les planificateurs et les groupes d'intervention pour que les aînés reçoivent tous les services qu'ils requièrent. D'autre part, même si les présentes lignes directrices peuvent servir de ressource aux pourvoyeurs de services souhaitant innover dans leur pratique personnelle ou s'engager dans la transformation du système de santé, elles ne constituent pas un guide de soins cliniques.

Enfin, dans ce document, les maladies mentales incluent la maladie d'Alzheimer et les autres démences associées au vieillissement, les maladies mentales graves et persistantes aggravées par le vieillissement ainsi que les maladies mentales qui apparaissent pour la première fois après l'âge de 65 ans.

Contexte et élaboration des présentes lignes directrices



La population canadienne vieillit. Le processus n'est pas près de ralentir puisque les baby-boomers ont commencé à passer le cap des 65 ans. Le phénomène est également influencé par une hausse de l'espérance de vie et une baisse de la fertilité (Carstairs et Keon, 2009). Si aucune mesure n'est prise, le vieillissement de la population aura des répercussions sociales, économiques et politiques de grande envergure. Les présentes lignes directrices offrent une bonne occasion d'aborder du point de vue des aînés les préoccupations entourant le système actuel de santé et fournissent des recommandations afin de mettre en place un système de santé mentale capable de soutenir les aînés dans leur cheminement vers le rétablissement et le bien être.

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

Contenu des lignes directrices

Ce document est divisé en trois parties. Chacune contient des recommandations dans des encadrés gris. Consultez la version intégrale des Lignes directrices en ligne www.lignesdirectrices-csmc.ca.

Partie I – Définir le contexte : Principaux facteurs à prendre en considération dans la planification d'un système de santé mentale intégré pour les aînés

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

Partie II - Modèle de services intégrés pour les services de santé mentale pour les aînés

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

Partie III - Autres facteurs de réussite d'un système de prestation de services complets de santé mentale

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

Ce document contient des recommandations détaillées, assorties de données à l'appui. Voici un court résumé des recommandations les plus importantes.

Les planificateurs du futur système de santé mentale doivent reconnaître la diversité caractéristique du groupe des aînés et bien comprendre le contexte et les ressources locales. Ils doivent également être prêts à envisager la nécessité de modifier les pratiques et les relations établies afin d'obtenir un système transformé.

Résumé des recommandations

1. Les planificateurs du futur système de santé mentale doivent reconnaître la diversité caractéristique du groupe des aînés et bien comprendre le contexte et les ressources locales. Ils doivent également être prêts à envisager la nécessité de modifier les pratiques et les relations établies afin d'obtenir un système transformé.
2. Les politiques, les programmes et les services qui touchent les aînés devraient être analysés à l'aide de l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés (MacCourt, 2008) pour s'assurer qu'ils reflètent les valeurs et les principes directeurs décrits dans ce document. Cet outil est un instrument qui a été conçu à partir de données probantes afin de pouvoir évaluer la mesure dans laquelle les politiques tiennent compte des principaux enjeux liés à la santé mentale des aînés.
3. La promotion de la santé mentale doit faire partie intégrante de toutes les politiques, de tous les programmes et de tous les services destinés aux aînés (y compris ceux qui ont une maladie mentale) et leurs aidants naturels et celle-ci doit proposer des stratégies de lutte contre la stigmatisation, la sensibilisation du public, l'éducation et la formation.
4. Les aînés, les aidants, les pourvoyeurs de services et le public devraient être renseignés sur l'importance d'un dépistage précoce des symptômes d'une maladie mentale, des stratégies de prévention et de la possibilité, pour les personnes ayant un trouble de santé mentale, de se rétablir et de se sentir bien à nouveau.
5. Un bon système de santé mentale est axé sur le rétablissement. Il soutient les aidants et fournit des renseignements au public ainsi qu'aux pourvoyeurs de services sur le cheminement vers le rétablissement et le bien-être (espoir, liberté de choix, autonomisation) que peuvent entreprendre les aînés ayant une maladie mentale.
6. Les composantes propres à un système de santé mentale intégré pour les aînés peuvent varier selon les contextes et les ressources disponibles à l'échelle locale. Toutefois, chaque système devrait offrir aux aînés qu'il dessert l'ensemble des services suivants : du soutien communautaire, des services de soins primaires ainsi que des services généraux et spécialisés de santé mentale (y compris des équipes mobiles de gérontopsychiatrie œuvrant dans la communauté et les établissements de soins de longue durée ainsi que des services spécialisés en psychiatrie gériatrique pour les personnes hospitalisées). Plus important encore, des mécanismes clairs devraient être mis en place afin de faciliter la collaboration entre ces services et leur accès de manière à offrir un système complet, efficace et intégré qui soit plus réceptif aux besoins des aînés et qui mise sur le rétablissement, le bien-être et la liberté de choix pour ces derniers et leurs aidants.
7. Des jalons devraient être utilisés pour évaluer les services et les niveaux de dotation actuels ainsi que pour guider l'attribution et le déploiement futurs des ressources. Ces tâches devraient également prendre en considération la taille de la population, les lacunes en matière de services, les goulots d'étranglement et les priorités communautaires.
8. Pour faciliter l'instauration d'un système de santé mentale complet, la diversité et la sécurité culturelles doivent être intégrées dans les structures, les programmes, les politiques et services.
9. Les aidants doivent être considérés comme des partenaires actifs dans le cheminement des aînés vers le rétablissement et le bien-être. Ils doivent donc être soutenus et valorisés dans les programmes, les politiques et les services offerts.
10. Pour transformer le système de santé mentale, il faut former, éduquer et soutenir les aidants et les pourvoyeurs de services afin d'augmenter la capacité de ces derniers à répondre aux besoins des aînés en matière de santé mentale.

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

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

D'ordre personnel

Respect et dignité

Autodétermination, autonomie et liberté de choix

Participation, relations et intégration sociale

Justice et équité

Sécurité

D'ordre systémique

Accessibilité

Soins axés sur les personnes et relations interpersonnelles

Services axés sur le rétablissement et le bien-être

Soutien de la famille et des aidants

Éducation et soutien des pourvoyeurs de services

Diversité et sécurité culturelle

Exhaustivité

Intégration et flexibilité

Promotion de la santé mentale

Mesures fondées sur des données probantes

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

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

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

Jalons de dotation en personnel et cibles pour les services de gérontopsychiatrie

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

Conclusion



Les Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens fournissent une information actuelle sur les services de santé mentale nécessaires à la satisfaction des besoins de la population vieillissante et diversifiée du Canada. Ce document présente également des cibles pour certains services spécialisés.

Bien entendu, compte tenu des ressources limitées de certaines administrations, il sera sans doute impossible de mettre en œuvre toutes les recommandations et d'atteindre toutes les cibles proposées. Néanmoins, les planificateurs pourront utiliser les points de référence pour évaluer les ressources existantes et déterminer les priorités d'investissement en ce qui a trait aux services en santé mentale pour les aînés.

Principales références

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

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

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

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

MACCOURT, P. Promoting Seniors' Well-Being: A Seniors' Mental Health Policy Lens Toolkit, Victoria (Colombie-Britannique), British Columbia Psychogeriatric Association, 2008.

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

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

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

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

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



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

Renseignements

[Commission de la santé mentale du Canada](#)

10301 Southport Lane SO, bureau 800

Calgary (Alberta)

T2W 1S7

403-255-5808

lingesdirectrices-csmc.ca

commissionsantementale.ca