

Directives sur les meilleures pratiques à appliquer pour les programmes de promotion de la santé mentale : personnes de 55 ans+



Projet conjoint du
Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH),
de la Dalla Lana School of Public Health,
Université de Toronto
et du Bureau de santé publique de Toronto

Directives sur les meilleures pratiques à appliquer pour les programmes de promotion de la santé mentale : personnes de 55 ans+

Projet conjoint du
Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH),
de la Dalla Lana School of Public Health, Université
de Toronto
et du Bureau de santé publique de Toronto

Il se peut que cette publication soit disponible dans des supports de substitution. Pour tout renseignement sur les supports de substitution, sur d'autres publications de CAMH ou pour passer une commande, veuillez vous adresser aux Ventes et distribution :

Sans frais : 1 800 661-1111

À Toronto : 416 595-6059

Courriel : publications@camh.net

Cyberboutique : <http://store.camh.net>

3881 / 11-2010

Directives sur les meilleures pratiques à appliquer pour les programmes de promotion de la santé mentale : personnes de 55 ans+

ISBN : 978-1-77052-949-6 (version imprimée)

ISBN : 978-1-77052-950-2 (PDF)

ISBN : 978-1-77052-951-9 (HTML)

ISBN : 978-1-77052-952-6 (ePUB)

Imprimé au Canada

Copyright © 2010 Centre de toxicomanie et de santé mentale

Il est permis de reproduire et de distribuer sans frais la présente. La loi sur le droit d'auteur exige toutefois la mention de la source.

Site Web : www.camh.net/fr

Cette ressource a été réalisée comme suit

Correction-révision de la version originale anglaise : Nick Gamble, CAMH

Traduction : Liliane Coté

Lecture d'épreuve : Tony Ivanoff, CAMH

Conception graphique : Services de création, CAMH

3881 / 11-2010

Table des matières

Remerciements	6
Introduction	9
1. Contexte : Personnes âgées	10
Profil démographique des personnes âgées au Canada	12
2. Théorie, définitions et contexte de la promotion de la santé mentale	13
Comment la promotion de la santé mentale est-elle reliée à la promotion de la santé ?	00
En quoi la promotion de la santé mentale diffère-t-elle de la promotion de la santé ?	00
Quels objectifs vise la promotion de la santé mentale ?	00
Quelles sont les caractéristiques des interventions réussies en matière de promotion de la santé mentale ?	00
Quels facteurs influent sur la santé mentale et le bien-être social des personnes âgées ?	00
Quels facteurs de risque peuvent favoriser les problèmes de santé mentale ?	00
Quels sont les facteurs de protection potentiels contre les problèmes de santé mentale ?	
En quoi consistent les déterminants de la santé ?	00
3. Directives pour la promotion de la santé mentale des personnes de 55 ans+	00
Indicateurs de résultats et de processus	00
4. Exemples de programmes de santé mentale qui intègrent de bonnes pratiques	00
Annexe 1 : Fiches descriptives	00
Annexe 2 : Ressources sur le Web	00
Annexe 3 : Glossaire	00
Références et bibliographie	00

Remerciements

La présente ressource constitue un projet conjoint du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), de la Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto, et du Bureau de santé publique de Toronto.

Ce document rend compte de l'analyse documentaire d'articles publiés depuis 2000, notamment dans la littérature parue en Europe et au Canada. Une attention particulière a été apportée aux exemples de meilleures pratiques au Canada et en Europe décrites sur des sites Web ainsi que dans des rapports et des articles publiés. Des gestionnaires et des praticiens d'organismes au service de personnes âgées de 55 ans+, de 60 ans+ et de 65 ans+, situées principalement dans la région du Grand Toronto et représentant des organismes de santé communautaire, de soins longue durée et de soins à domicile ainsi que des unités sanitaires publiques, des organismes de lutte contre la toxicomanie et des organismes de consultation, ont pu lire les directives avant de participer à une entrevue téléphonique. Les directives ont ensuite été améliorées à la lumière de leurs commentaires.

Auteurs

Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)

Marianne Kobus-Matthews, conseillère principale, Promotion de la santé
Jennifer Barr, chef de projet, Projet de vieillissement en santé, CAMH

Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto

Suzanne F. Jackson, Ph.D., professeure adjointe, Programme de promotion de la santé

Anja Ziegenspeck, (étudiante dipl. Gesundheitswirtin de l'Université des sciences appliquées Magdeburg-Stendal, Allemagne)

Nilusha Jiwani (étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université de Toronto)

Holly Easlick (étudiante à la maîtrise en études psychosociales, Université de Brighton, R.-U.)

Bureau de santé publique de Toronto

Angela Loconte, conseillère, Promotion de la santé

Gladis Lok Chow (étudiante de la Factor-Inwentash Faculty of Social Work, Université de Toronto, stagiaire au Bureau de santé publique de Toronto au sein de l'équipe se penchant sur les enjeux urbains en matière de planification et de politique (Planning & Policy Urban Issues)).

Lecteurs

Nous tenons à remercier les nombreuses personnes représentant les divers services et organisations indiqués ci-dessous, qui ont révisé les versions préliminaires de cette ressource.

Active Lifestyle Centre
Baycrest Centre for Geriatric Care
B.C. Psychogeriatric Association
L'Association canadienne pour la santé mentale
Carefirst Seniors and Community Services Association
Centre d'accès aux soins communautaires Centre-Est
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Community & Home Assistance to Seniors
COTA Health
Davenport Perth Neighborhood Centre
Family Service Association of Toronto
The 519 Church Street Community Centre
Bureau de santé publique de Hamilton
Leeds, Grenville, Lanark District Health Unit
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Région de Niagara (Services communautaires)
Communauté urbaine de Halton
Saint Elizabeth Health Care
Bureau de santé publique de Toronto
Unionville Home Society
Infirmières de l'Ordre de Victoria, Ontario
Infirmières de l'Ordre de Victoria, Canada
Yee Hong Centre for Geriatric Care Access Centre
Services de santé de la région de York
Logements supervisés de la région de York

Nous aimerions remercier tout particulièrement madame Monique Bouvier, conseillère en programmes à CAMH, qui a lu la traduction vers le français et nous a fourni de précieux commentaires.

Élaboration de la ressource

Cette ressource a été adaptée par Anja Ziegenspeck, une étudiante étrangère de l'Université de Toronto, sous la direction d'un groupe de travail du Bureau de santé publique de Toronto (BSPT) ; de la division Politique, Éducation et Promotion de la santé du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) et de la Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto.

Le groupe a travaillé à partir du brouillon d'un document précédent intitulé « *A Checklist: Guiding Principles of Best Practices in Mental Health Promotion across the Lifespan* » élaboré par Maria Au-Yee Choi, MSS, du Centre pour la promotion de la santé de l'Université de Toronto.

Ce document s'inspirait des résultats du rapport de recherche *Analysis of Best Practices in Mental Health Promotion across the Lifespan*, entrepris par Catherine Willinsky et Anne Anderson (2003) pour le compte de CAMH et du BSPT. Anja a mis à jour l'analyse documentaire en 2006 pour améliorer les directives applicables à la promotion de la santé mentale et la liste de vérification des personnes âgées.

Nilusha Jiwani (étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université de Toronto) a interviewé 26 cadres et praticiens de première ligne travaillant avec les personnes âgées au sein de divers organismes de première ligne pour connaître leurs opinions sur l'utilité et l'applicabilité de ces directives. Le document a été révisé à la lumière des commentaires de ces praticiens et des recommandations de Nilusha.

Holly Easlick (étudiante à la maîtrise en études psychosociales, Université de Brighton, R.-U.) a analysé la fiche descriptive qui se trouve dans ce document. Pour ce faire, elle a procédé à une étude pilote sur son utilité. La fiche a alors été repensée à la lumière de la rétroaction fournie par les organismes qui ont examiné la ressource.

Lara Mylly, M.S.S., R.D., a fourni le modèle de fiche descriptive du guide qui décrit l'initiative de promotion de la santé mentale des personnes âgées du Whitewater Bromley Health Community Centre (une partie des Lanark Health & Community Services) : *Fit, Fun & Fully Alive!* (cours de mise en forme pour personnes âgées) et prouve l'utilité de la fiche descriptive.

Introduction

Cette ressource est la seconde d'une série de guides visant à favoriser la santé mentale positive toute la vie durant. Elle procure aux fournisseurs de soins de santé et de services sociaux (« praticiens ») des approches courantes fondées sur des preuves pour l'application des concepts et des principes de promotion de la santé mentale des personnes âgées. Elle sert par ailleurs à soutenir les praticiens, les fournisseurs de soins et les autres intervenants participant à l'élaboration de programmes dans leur effort pour intégrer les approches considérées comme les meilleures pratiques aux initiatives de promotion de la santé mentale s'adressant aux personnes âgées (55 ans et plus).

Cette ressource comprend :

- le contexte expliquant la définition de personnes âgées dans le présent document ;
- le contexte théorique de la promotion de la santé mentale, y compris les définitions et les concepts sous-jacents, avec un accent sur la promotion de la résilience ;
- onze directives sur les meilleures pratiques applicables aux interventions de promotion de la santé mentale auprès des personnes âgées, et des exemples de résultats et des indicateurs de processus pour mesurer la réussite d'un programme ;
- des exemples de programmes de santé mentale qui illustrent les directives exposées dans cette ressource ;
- les ressources, y compris une fiche descriptive que les praticiens peuvent utiliser pour planifier et mettre en œuvre les initiatives de promotion de la santé mentale, un modèle de fiche descriptive indiquant comment elle a servi dans le cadre d'une initiative de promotion de la santé mentale, une liste de ressources sur le Web et un glossaire des termes courants dans la promotion de la santé mentale.



1. Contexte :

Personnes âgées

Ces directives visent les personnes âgées de 55 ans et plus. Même si l'âge de la retraite se situe aux environs de 65 ans dans la plupart des pays occidentaux, un bon nombre d'interventions en promotion de la santé sont conçues de manière à joindre les populations ciblées avant l'apparition de maladies et de problèmes de santé liés à l'âge. Ce groupe d'âge s'étend sur trois ou quatre décennies et même plus. L'expression « personnes âgées » que nous employons ne désigne donc pas du tout un groupe homogène.

Les expressions « aîné » et « personne âgée » n'ont pas la même signification d'une société à l'autre. Leurs définitions sont donc quelque peu arbitraires. Dans la plupart des pays développés, ces expressions désignent des personnes à l'âge de la retraite (aux environs de 65 ans). Les chercheurs définissent aussi des sous-groupes de « personnes âgées » : « jeunes vieux » (de 65 à 75 ans), « vieux vieux » (de 75 à 85 ans) et « doyens d'âge » (85 ans+).

Toutefois, l'âge chronologique ne détermine pas avec précision les changements qui accompagnent le vieillissement. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1999), il existe des écarts prononcés dans l'état de santé, les taux de participation et l'autonomie des personnes âgées du même âge.

De façon générale, l'espérance de vie a augmenté et continuera probablement sa progression, en raison des innovations médicales, de la nouvelle technologie et des améliorations en matière d'hygiène, de logement et de médication (p. ex. la vaccination) et de nutrition. Par conséquent, le nombre de vieillards dans les pays développés est en hausse (OMS, 1999). En 2000, on recensait 600 millions de personnes d'au moins 60 ans dans le monde. D'ici 2025, on devrait en dénombrier 1,2 milliard et, d'ici 2050, deux milliards (OMS, 1999).

Au Canada, les personnes âgées représentent divers groupes d'âge ayant différents degrés d'autonomie et issues de divers milieux ethnoculturels. Les Canadiens vivent plus longtemps et peuvent rester en meilleure forme plus

longtemps s'ils entretiennent des relations sociales, font davantage d'activité physique, mangent sainement, ne fument pas et réduisent les risques de chute. La prochaine génération de personnes âgées, qui sera composée des « baby boomers » (qui englobent généralement les personnes nées entre 1945 et 1965), différera sur plusieurs plans des personnes âgées d'aujourd'hui. Voici certaines de leurs caractéristiques :

- instruction supérieure, dans l'ensemble ;
- plus grand nombre d'années au travail ;
- meilleure connaissance des programmes et des services communautaires et gouvernementaux ;
- plus grande réceptivité aux messages sur la promotion de la santé ;
- tendance plus marquée à participer à des activités éducatives et politiques et à faire du bénévolat ;
- plus grande propension à revendiquer leurs droits.

(Conseil consultatif national sur le troisième âge 1999 et après : *Les défis d'une société vieillissante*, 1999, p. 5 et 6).



Profil démographique des personnes âgées au Canada

Les personnes âgées représentent le groupe d'âge qui enregistre la plus forte croissance au Canada. Statistique Canada (2007) prévoit que la tendance s'accroîtra au cours des deux prochaines décennies, lorsque les baby boomers commenceront à atteindre 65 ans. Le nombre des personnes âgées au Canada est censé progresser de 4,2 millions en 2005 à 9,8 millions en 2036 ; elles constitueront alors 24,5 p. cent de la population par rapport à 13,2 p. cent en 2005. D'ici 2056, le nombre de personnes âgées devrait passer à 11,5 millions (27,2 p. cent de la population totale).

Fait intéressant, au Canada, les personnes âgées représentent un plus faible pourcentage de la population totale que dans presque tous les autres pays industrialisés d'Occident. À l'échelle du Canada, il y a toutefois des différences entre les provinces : la Saskatchewan vient en tête avec la plus forte proportion de personnes âgées (14,8 p. cent de la population totale), suivie de la Nouvelle-Écosse (14,2 p. cent) et de l'Île-du-Prince-Édouard (14,1 p. cent). L'Alberta se classe bonne dernière (10,5 p. cent), précédée de l'Ontario (12,8 p. cent) (Statistique Canada, 2007).

2. Théorie, définitions et contexte de la promotion de la santé mentale



La présente section fournit aux praticiens le contexte théorique de la promotion de la santé mentale à l'aide de définitions et de concepts sous-jacents, tout en mettant l'accent sur la résilience.



Comment la promotion de la santé mentale est-elle reliée à la promotion de la santé ?

Promotion de la santé

La promotion de la santé est définie comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. » (OMS, 1986).

La *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* (OMS, 1986) a défini cinq stratégies clés de promotion de la santé :

- Élaborer des **politiques pour la santé**.
- Créer des milieux favorables à la santé.
- Renforcer l'**action communautaire** pour la santé.
- Acquérir des aptitudes individuelles.
- Réorienter les services de santé vers la promotion, la prévention et l'intervention précoce.

La santé de la population est une approche fréquente en promotion de la santé. Elle se fonde sur des interventions qui visent toute la population plutôt que de petits groupes cibles sélectionnés. La santé de la population dans le contexte canadien repose sur les traditions en santé publique, en santé communautaire et en promotion de la santé pour lesquelles le Canada a été reconnu à l'échelle internationale depuis le travail de pionnier de la *Charte d'Ottawa*. Parmi les autres documents clés qui ont modelé le cadre de la santé de la population, nommons le rapport Lalonde intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* (Lalonde, 1974) et le rapport Epp, *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé* (Epp, 1986).

La santé de la population vise à répondre aux besoins de toute une population en matière de santé. Elle se fonde sur le principe que la maladie et la santé résultent d'une interaction complexe entre des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, environnementaux, économiques et politiques. L'objectif de la santé de la population est de faire en sorte que la population entière jouisse du meilleur état de santé possible. Pour ce faire, il faut favoriser des conditions

qui permettent aux gens de faire des choix sains et leur procurent le soutien nécessaire. Il faut aussi offrir les services requis pour promouvoir et maintenir un état de santé optimal.

Une gamme de facteurs qui influent sur la santé (les déterminants de la santé) sont définis dans l'ouvrage *Social Determinants of Health: Canadian Perspective* (Raphael, 2004). Ils comprennent :

- le revenu et le statut social ;
- le logement ;
- les réseaux de soutien social et la connexité sociale ;
- l'éducation ;
- l'emploi et les conditions de travail ;
- le chômage et la sécurité d'emploi ;
- l'environnement physique ;
- la constitution et le bagage génétique ;
- l'hygiène de vie personnelle et les habiletés d'adaptation ;
- le développement sain de l'enfant ;
- les services de santé.

La santé de la population incorpore des principes et des stratégies de promotion de la santé à tous les échelons de la société (p. ex. l'individu, la famille et la collectivité) pour prendre en compte ces déterminants de la santé (Raphael, 2004).

Promotion de la santé mentale

Le document de discussion *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre* (Santé Canada, 1988) a donné l'élan nécessaire pour englober la santé mentale dans la promotion de la santé et considérer la santé mentale spécifiquement sur un continuum, allant de santé optimale à santé minimale. Le document fournissait aussi un forum permettant de définir la santé mentale optimale pour toute la population, y compris les personnes ayant reçu un diagnostic de problème de santé mentale. Par ailleurs, ce document appuyait la notion selon laquelle la promotion de la santé mentale s'harmonise avec le processus de promotion de la santé « permettant aux gens de mieux maîtriser leur santé et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1986).

Le secteur de la promotion de la santé mentale continue d'évoluer tout comme la définition de l'expression. En 1996, lors d'un atelier international présidé par le Centre de promotion de la santé de l'Université de Toronto, de concert avec

l'Unité de promotion de la santé mentale de Santé Canada, la promotion de la santé mentale a été définie comme suit :

Le processus consistant à accroître la capacité des individus et des collectivités de se prendre en main et d'améliorer leur santé mentale. La promotion de la santé mentale s'appuie sur des stratégies qui misent sur et les environnements favorables et la résilience individuelle, et elle passe nécessairement par le respect de la culture, l'équité, la justice sociale, les interconnexions et la dignité personnelle.

(Joubert et autres, 1996).

Cette définition ressemble au concept général de promotion de la santé selon sa définition dans la *Charte d'Ottawa* (OMS, 1986). De façon analogue, les stratégies mises de l'avant pour la promotion de la santé mentale, dont bon nombre servent également dans les cas de problème de consommation de drogues et d'alcool, coïncident aussi avec les stratégies de promotion de la santé. Divers facteurs interreliés jouent sur la santé mentale, tout comme sur la consommation de drogues et d'alcool et l'état de santé général : l'état de santé mentale est déterminé par une interaction complexe de caractéristiques individuelles, auxquelles s'ajoutent le contexte culturel, social, économique et familial tant sur le plan macrosocial que microsociale (communauté et famille) (Commonwealth Department of Health and Aged Care [CDHAC], Australie, 2000).

En bref, la promotion de la santé et la promotion de la santé mentale comportent des éléments communs, du fait que toutes deux :

- misent sur l'amélioration du bien-être plutôt que sur le traitement de la maladie ;
- visent la population dans son ensemble, y compris les personnes soumises à des conditions à risque, dans leur contexte quotidien ;

- tendent vers des mesures agissant sur les déterminants de la santé, p. ex. les revenus et le logement ;
- élargissent les points de mire pour y inclure les facteurs de protection, au lieu de mettre exclusivement l'accent sur les conditions et les facteurs de risque ;
- englobent une vaste gamme de stratégies dont la communication, l'éducation, l'élaboration de politiques, le changement organisationnel, le développement communautaire et les activités locales ;
- prennent en compte et renforcent les compétences de la population ;
- regroupent les secteurs des services sociaux et de la santé ainsi que les services médicaux (Joubert et autres, 1996).



En quoi la promotion de la santé mentale diffère-t-elle de la promotion de la santé ?

La promotion de la santé mentale met l'accent sur deux concepts clés : le pouvoir et la résilience. Le pouvoir est défini comme le sentiment de maîtrise de la vie qu'éprouve la personne, le groupe ou la communauté et la capacité à faire preuve de résilience (Joubert et Raeburn, 1998). En s'appuyant sur ses capacités existantes, on peut accroître pouvoir et maîtrise.

La résilience se définit ainsi : « l'aptitude à faire face à une difficulté ou à un stress importants, de façon non seulement efficace, mais aussi à même d'engendrer une meilleure capacité de réagir plus tard à une difficulté » (Santé Canada, 2000, p. 8).

La résilience est influencée par des facteurs de risque et des facteurs de protection :

- Les facteurs de risque consistent en variables ou en caractéristiques propres à une personne qui font en sorte que cette dernière est plus susceptible d'éprouver un problème (Mrazek et Haggerty, 1994, cité dans Commonwealth Department of Health and Aged Care [CDHAC], 2000). Certains « facteurs de vulnérabilité augmentent les probabilités que se manifeste un trouble et l'importance de celui-ci » (CDHAC). Les facteurs de risque peuvent être biologiques ou psychosociaux et peuvent être le fait d'une personne, de sa famille ou de son réseau social, ou de la communauté ou des institutions qui l'entourent. Ils se produisent dans d'innombrables contextes, y compris les influences périnatales, les relations familiales, les écoles et les lieux de travail, les relations interpersonnelles, les influences des médias, les activités sociales et culturelles, la santé physique de la personne et la santé physique, sociale et économique de la communauté.
- Les facteurs de protection ont un effet tampon sur la personne « face à l'adversité et ils modèrent l'impact du stress sur le bien-être social et émotionnel, réduisant du fait les probabilités que se manifestent des troubles » (CDHAC, 2000, p. 13). Les facteurs de protection peuvent être internes (p. ex. le tempérament, les habiletés cognitives) ou externes (p. ex. les appuis sociaux, économiques ou environnementaux). Ils permettent à la personne de protéger son bien-être social et émotionnel et de s'adapter aux

événements courants de la vie (tant positifs que négatifs). Les facteurs de protection ont un effet tampon contre le stress et peuvent être fort utiles pour gérer des situations stressantes.

Les facteurs de risque et de protection pour les problèmes de santé mentale sont décrits aux pages 27–30.

Selon certaines recherches, la résilience d'une personne peut s'améliorer par l'augmentation des aptitudes d'adaptation de celle-ci, la réduction des risques et l'amélioration des facteurs de protection. Toutefois, d'autres suggèrent que la résilience ne s'explique pas simplement par l'amélioration de ces facteurs. La résilience se traduit par l'habileté d'une personne à s'ajuster au fil du temps alors que se modifient divers éléments de sa vie. Il s'agit d'une caractéristique de nature dynamique plutôt que statique et elle a un effet direct sur le processus d'adaptation de la personne.

Les personnes très résilientes (c.-à-d. qui sont capables de « rebondir » après une difficulté) sont tout de même vulnérables face à des situations ou à des circonstances difficiles (CDHAC, 2000). Cependant, il a été démontré que le niveau de facteurs de protection d'une personne, nonobstant le nombre de facteurs de risque en cause, diminue son niveau de risque (Resnick et autres, 1997, cité dans CDHAC). Les facteurs de protection réduisent aussi les probabilités de problème de santé mentale, en atténuant l'exposition de la personne au risque et en estompant l'effet des facteurs de risque ou les deux.

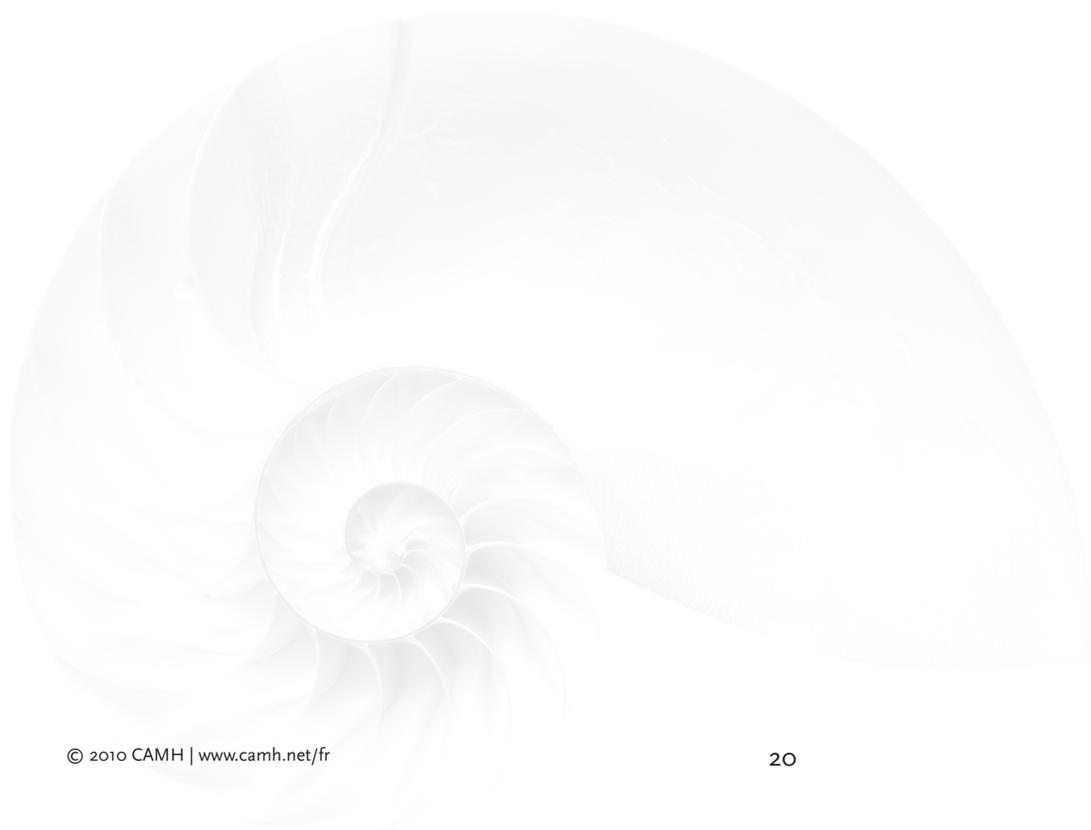
La résilience traduit l'équilibre entre, d'une part, le stress et les difficultés et, d'autre part, la capacité de faire face à la situation et la disponibilité d'un soutien. Lorsque les sources de stress excèdent les facteurs de protection de l'individu, celui-ci peut être dépassé par les événements même s'il a antérieurement fait preuve de résilience.

Le rapport entre les facteurs de risque et les facteurs de protection est complexe : « Ce n'est pas la présence de facteurs de risque ou de facteurs de protection, mais plutôt l'interaction et l'accumulation de ces facteurs au fil du temps qui se répercutent sur le développement de problèmes de santé mentale et de troubles mentaux » (CDHAC, 2000, p. 53).

En conclusion, indiquons que les efforts de promotion de la santé mentale doivent commencer ainsi :

- respecter les personnes comme elles sont, à toute étape de leur vie ;
- reconnaître que les personnes ont la capacité de s'adapter dans la vie (peu importe si dans le moment elles s'adaptent bien) et qu'elles sont les mieux placées pour savoir comment accéder à leurs propres capacités intrinsèques.

Il n'importe pas seulement d'atteindre ce sentiment accru de pouvoir et de résilience, la personne doit aussi faire partie intégrante du processus afin qu'elle sente vraiment qu'elle participe au processus.



Quels objectifs vise la promotion de la santé mentale ?

La présente section est une adaptation de : Canadian Public Health Association. (1998). *Documenting Projects, Activities and Policies in the Field of Mental Health Promotion in Association with CMHA*, Ottawa

Voici les objectifs de la promotion de la santé mentale :

- augmenter la résilience et les facteurs de protection ;
- diminuer les facteurs de risque ;
- réduire les inégalités.

Renforcer la résilience et les facteurs de protection

La promotion de la santé mentale vise à renforcer les aptitudes des individus, des familles et des communautés à surmonter les événements stressants qui se produisent dans leur vie quotidienne des façons suivantes :

- augmenter la résilience de la personne ou de la communauté ;
- améliorer les aptitudes d'adaptation ;
- améliorer la qualité de vie et le sentiment de satisfaction ;
- accroître l'estime de soi ;
- intensifier le sentiment de bien-être ;
- renforcer les appuis sociaux ;
- solidifier l'équilibre de la santé physique, sociale, émotive, spirituelle et psychologique.

Diminuer les facteurs de risque

La promotion de la santé mentale vise à réduire les facteurs qui placent des individus, des familles et des communautés dans des situations à risque pour leur santé mentale en réduisant ou en éliminant :

- l'anxiété ;
- la dépression ;
- le stress et la détresse ;

- le sentiment d'impuissance ;
- les abus et la violence ;
- les problèmes de consommation de drogues ou d'alcool ;
- les idées suicidaires ou les tentatives de suicide répétées.

Réduction des inégalités

La promotion de la santé mentale vise à réduire les inégalités et leurs répercussions sur la santé mentale. Les inégalités découlent souvent des éléments suivants :

- le sexe ;
- l'âge ;
- la pauvreté ;
- une incapacité physique ou mentale ;
- la situation d'emploi ;
- la race ;
- l'origine ethnique et/ou l'héritage culturel ;
- l'orientation sexuelle ;
- la situation géographique.

La promotion de la santé mentale tente de réduire les inégalités en :

- adoptant des politiques en matière de diversité ;
- offrant de la formation en matière de diversité ;
- créant des programmes de transition pour des groupes désignés (c.-à-d. en adaptant des programmes pour qu'ils prennent davantage en compte des populations marginalisées et répondent mieux aux besoins de celles-ci) ;
- faisant la promotion d'initiatives ou de campagnes contre les préjugés.

Quelles sont les caractéristiques des interventions réussies en matière de promotion de la santé mentale ?

Willinsky et Anderson (2003) ont constaté que les interventions en promotion de la santé mentale sont concluantes lorsqu'elles comportent les caractéristiques suivantes :

- énoncé clair des cibles visées ;
- systèmes d'appui complets comportant des approches multiples dont le soutien émotionnel, physique et social, en plus d'une aide tangible ;
- intervention dans de multiples cadres (p. ex. au foyer et dans la collectivité) ;
- processus de tri et interventions précoces en cas de problème de santé mentale tout au long de la vie ;
- engagement des parties pertinentes du réseau social de la population en cause ;
- intervention sur une longue période ;
- investissement à long terme dans la planification, l'élaboration et l'évaluation de programme.



Quels facteurs influent sur la santé mentale et le bien-être social des personnes âgées ?

Selon la perspective de la santé de la population, l'état de santé des personnes, des sous-groupes au sein de la population et de la population dans son ensemble résulte de l'interaction complexe de divers facteurs. Ces facteurs englobent les caractéristiques individuelles et l'environnement physique ainsi que les facteurs sociaux et économiques (c.-à-d. les déterminants de la santé). Dans *Seniors Mental Health Policy Lens*, MacCourt (2004) s'appuie sur des ouvrages théoriques pour examiner l'influence de ces déterminants de la santé de la population sur la santé mentale des personnes âgées. Il en profite pour observer les changements qui font partie du processus naturel du vieillissement, entre autres, la retraite, la baisse de revenu, les changements physiques et les changements dans les réseaux de soutien social. Bien que ces changements touchent toutes les personnes âgées, celles-ci sont loin d'y réagir de la même manière. L'information qui suit s'inspire du travail de MacCourt sur le sujet.

Retraite

Certaines personnes âgées voient la retraite comme l'occasion rêvée de se consacrer à des activités qu'elles ont dû abandonner alors qu'elles travaillaient ou élevaient leur famille. Pour d'autres, par contre, la retraite signifie une importante diminution de revenus, le rétrécissement de leur réseau social et l'affaiblissement de leur système de soutien sans oublier une métamorphose négative de leur image personnelle et de leur identité et la confrontation à leur mortalité.

Le processus de la retraite peut supposer une transition entre diverses phases, dont la nature précise peut varier suivant les raisons et l'âge du départ à la retraite. Les personnes âgées dont le revenu est insuffisant, ont une santé précaire ou doivent s'adapter aux stress qui accompagnent le vieillissement, p. ex. le décès du conjoint, ont plus de mal que les autres à s'adapter à la retraite. La retraite a aussi des impacts sur le partenaire de vie de la personne et peut exiger un certain ajustement des deux personnes du fait de la modification des rôles et des attentes (p. ex. le retraité peut vivre plus de solitude si son partenaire continue à travailler).

Baisse de revenu

Les personnes âgées ont généralement un revenu moins élevé que leurs homologues plus jeunes, et les femmes sans partenaire (p. ex. en raison d'un divorce ou d'un décès) sont particulièrement exposées à la pauvreté. Cependant, l'amélioration des possibilités d'instruction et d'emploi des femmes pourrait avoir un impact positif sur la situation financière des femmes âgées dans le futur.

Changements physiques

Les changements physiques et la vulnérabilité accrue à des maladies chroniques sont souvent perçus comme la marque du vieillissement, et ils peuvent énormément influencer le bien-être social et psychologique des personnes âgées. Les problèmes de santé peuvent limiter la mobilité des personnes âgées et, du fait même, réduire leurs contacts sociaux et, possiblement, précipiter des problèmes de santé mentale. Par ailleurs, MacCourt fait valoir des études qui démontrent l'importance que peuvent avoir sur la santé d'autres facteurs, y compris la perception qu'a la personne âgée de son état de santé. Dans ces études, un plus grand nombre de problèmes de santé étaient liés à une moins bonne instruction, à un faible revenu, à des connaissances restreintes en matière de santé et à des pratiques de santé moins adéquates ainsi qu'à une perception biaisée de son état de santé et à une auto-efficacité réduite. Par contre, les personnes âgées qui s'estimaient en santé et autonomes avaient moins de problèmes de santé, connaissaient mieux les enjeux de santé et avaient de meilleures pratiques en matière de santé.

Changements dans les réseaux de soutien social

La présence d'un réseau de soutien social est reliée à une meilleure santé. Et toute modification des réseaux de soutien peut occasionner des défis et se répercuter sur les personnes âgées de maintes façons, notamment en faisant augmenter les risques de problèmes de santé mentale. Les réseaux de soutien social des personnes âgées peuvent surtout se transformer dans trois contextes, soit la fourniture de soins, le décès du conjoint et l'isolement social.

- Fourniture de soins : À un moment donné pendant leur vieillesse, bon nombre de personnes âgées sont appelées à prodiguer des soins à un proche (p. ex. à une personne plus âgée, comme un parent ou un partenaire, qui peut être aux prises avec des troubles cognitifs ou être en perte d'autonomie). Une telle situation ne constitue pas en soi un facteur de

risque de problèmes de santé mentale, mais il est fréquent que la dépression s'installe chez les aidants naturels soignant des personnes ayant des troubles mentaux, particulièrement dans le cas de femmes qui s'occupent d'une personne atteinte de démence. L'aidant qui voit décliner, sur le plan physique, psychologique et social, la personne aux prises avec la démence peut en être terriblement affecté surtout s'il ne profite guère d'appui d'autrui. Le conjoint qui fournit des soins court tout particulièrement le risque de souffrir de solitude et de voir diminuer le soutien social. Par rapport à ceux qui jouissent d'un solide soutien social, les aidants qui se sentent seuls et accablés sont davantage exposés à la dépression.

- **Deuil du conjoint :** Les études indiquent que le chagrin qu'occasionne le décès d'un partenaire est souvent la cause de problèmes médicaux et psychiatriques tant pour les hommes âgés que pour les femmes âgées. Dans le cadre d'une étude étalée sur huit ans on a examiné les changements de la santé mentale et de la santé physique, du moral et du fonctionnement en société des femmes âgées. Comparativement aux femmes qui n'avaient jamais été mariées ou à celles qui étaient toujours mariées, les femmes qui sont devenues veuves pendant l'étude ont vu leur santé mentale chuter plus brusquement que l'ensemble des sujets de l'étude chez qui des déclin de la santé mentale (et physique) liés à l'âge étaient tout de même constatés.
- **Isolement social :** Les veuves sont particulièrement exposées à l'isolement social, étant donné que la proportion de femmes âgées qui sont veuves et vivent seules est en hausse depuis le siècle dernier. S'il est impossible d'attribuer une telle tendance à une seule raison, on pense que l'âge et le degré de disponibilité des membres de la famille sont des éléments à prendre en compte.

Solitude

La solitude est définie comme « le sentiment désagréable de ne plus avoir de compagnie ou la sensation inconfortable d'être laissé à soi-même » (Forbes, 1996, cité dans MacCourt, 2004). Comme l'indique clairement cette définition, le sentiment de solitude est subjectif : une personne peut souffrir de solitude dans certaines circonstances alors qu'une autre accueillera avec plaisir ces moments de tranquillité. Mais peu importe, la solitude touche environ 10 p. cent des personnes âgées, et elle est en rapport étroit avec la dépression et le risque de suicide qui s'ensuit.

La solitude augmente graduellement avec l'âge. Elle est plus courante chez les femmes et est fortement reliée à la santé physique, même si on ne peut établir clairement le lien de cause à effet. Parmi les autres facteurs de risque, nommons le faible statut économique ainsi qu'un manque de sécurité et de réseaux sociaux.

L'absence d'amitiés réconfortantes semble constituer un important facteur déterminant de solitude. Qui plus est, la solitude et la dépression sont plus prononcées chez les veufs et les veuves que chez les couples mariés. Toutefois, les perceptions de bien-être sont similaires que les personnes âgées soient mariées ou célibataires, et qu'elles aient des enfants ou non.

Il peut être possible de réduire la solitude en améliorant les fonctions physiques et les interactions sociales des personnes âgées. On croit toutefois que des recherches sur les stratégies d'adaptation des personnes âgées qui ne souffrent pas de solitude pourraient aider à trouver d'autres solutions.

Dépression

Nombreux sont ceux qui croient que la dépression est répandue chez les personnes âgées, mais en fait les taux de prévalence varient beaucoup. La dépression légère et la dépression réactionnelle (c.-à-d. la dépression qui fait suite à une perte physique ou sociale) sont plus courantes que la dépression majeure. La dépression est plus fréquente chez les femmes âgées et les personnes de plus de 85 ans.

La dépression chez les personnes âgées ne se manifeste pas nécessairement de la même façon que chez les jeunes. Il faut donc utiliser des approches différentes pour l'identifier et la traiter. Par exemple, les signes et les symptômes sont souvent physiques plutôt qu'émotionnels, et ils peuvent englober des modifications de la structure du sommeil, une diminution de l'appétit, une perte de poids, de la constipation ainsi que des douleurs et des affections bénignes.

La dépression chez les personnes âgées est associée à une hausse de la morbidité et de la mortalité, d'où l'importance de se pencher sur la question. Il faut toutefois être très attentif, car les symptômes de la dépression chez les personnes âgées peuvent chevaucher les symptômes d'autres affections ou peuvent être considérés comme un processus normal de vieillissement, et, par conséquent, la dépression n'est pas traitée.

Risque de suicide

Le taux de suicide est plus élevé chez les personnes âgées de plus de 65 ans que chez tout autre groupe, et les hommes présentent un plus grand risque que les femmes. Parmi les autres facteurs de risque, nommons la dépression, l'anxiété, la maladie physique, des antécédents d'accident vasculaire cérébral, le veuvage et le fait de vivre seul. L'incertitude et les craintes quant à sa capacité à influencer sur sa propre mort et une « lassitude face à la vie » peuvent également constituer des facteurs de risque.

Si les personnes âgées sont moins portées que les jeunes à déclarer des intentions suicidaires, 50 p. cent des personnes de plus de 65 ans réussissent leur tentative de suicide (alors que seulement 13 p. cent des personnes de moins de 50 arrivent à leur fin).

Orientation sexuelle et identité sexuelle

La présente section est une adaptation de : CAMH Healthy Aging Project. (2008). Improving Our Response to Older Adults with Substance Use, Mental Health and Gambling Problems: A Guide for Supervisors, Managers, and Clinical Staff. Toronto: CAMH.

L'orientation sexuelle et l'identité sexuelle sont des aspects essentiels d'une personne tout au long de sa vie, même au moment de la vieillesse. Lorsque des gens sentent qu'ils doivent dissimuler cette facette de leur personne, ils ne peuvent ni vivre ni s'exprimer pleinement. Leur santé mentale peut en être affectée.

Les personnes qui sont lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, transsexuelles, bispirituelles, intersexuelles ou allosexuelles (LGBTTTIA) sont victimes de discrimination de la part de connaissances, d'étrangers et de fournisseurs de soins de santé et de services sociaux. Or, même si les taux de consommation de drogues et d'alcool et les problèmes de santé mentale sont élevés dans cette communauté, nombreux sont ceux qui ne demandent pas de soins, car ils craignent la discrimination et les préjugés. Les personnes LGBTTTIA peuvent avoir établi d'autres structures d'appui familial, qui peuvent ne pas être reconnues ou accueillies favorablement par les services courants. Beaucoup de LGBTTTIA de la présente génération de personnes âgées peuvent cacher tout un pan de leur vie ou « retourner dans le placard » pour éviter de subir la discrimination des fournisseurs de service.

Quels facteurs de risque peuvent favoriser les problèmes de santé mentale ?

« Les facteurs peuvent être décrits selon deux groupes, les facteurs de protection et les facteurs de risque. Les facteurs de protection contribuent au « bien-être mental » alors que les facteurs de risque peuvent nuire à la « stabilité mentale » (Solin, 2006).

Les listes suivantes comportent des facteurs de risque extrapolés à partir des exemples de meilleures pratiques identifiées dans cette ressource (voir page 48) tout comme des facteurs déterminés par Willinsky et Anderson (2003). Les catégories se fondent sur les données de l'U.K. Department of Health (2001), p. 38.

Facteurs individuels

- Tristesse ou dépression
- Deuil
- Solitude et isolement
- Anxiété
- Stress
- Peu de satisfaction dans la vie
- Mode d'expression négatif
- Problèmes de communication
- Difficulté à régler les désaccords
- Faible estime de soi
- Comparaisons négatives avec les autres par rapport au statut social
- Attitudes négatives face au vieillissement et à la mortalité
- Attentes inappropriées envers soi-même
- Maladie mentale chronique ou grave
- Consommation problématique de drogues, y compris de médicaments
- Forte consommation d'alcool
- Tabagisme
- Maladie physique ou invalidité
- Maladie chronique
- Alimentation inadéquate
- Inactivité physique

Facteurs familiaux et sociaux

- Isolement
- Absence de soutien familial
- Réseau social limité

Situations et événements de vie

- Soins à une personne malade ou ayant une incapacité
- Décès d'un membre de la famille, particulièrement le conjoint
- Divorce ou éclatement de la famille
- Chômage
- Autres événements de vie défavorables ou stressants
- Retraite
- Relations de travail non satisfaisantes
- Blessure liée au lieu de travail
- Vie dans une maison de soins infirmiers
- Dénouement économique
- Immigration or réinstallation récente
- Mal du pays ou choc culturel
- Mauvais traitements infligés aux personnes âgées
- Violence

Facteurs communautaires et culturels

- Statut socio-économique faible
- Absence de services de soutien, y compris le transport, les magasins et les installations récréatives
- Services limités en santé mentale
- Obstacles sociaux et environnementaux
- Préjugés et discrimination
- Logement inadéquat
- Barrières linguistiques

Quels sont les facteurs de protection potentiels contre les problèmes de santé mentale ?

Les listes qui suivent fournissent des exemples des facteurs de protection qui illustrent les meilleures pratiques indiquées dans la présente ressource, ainsi que ceux qu'ont déterminés Willinsky et Anderson (2003). Les catégories proviennent de l'U.K. Department of Health (2001), p. 38.

Facteurs individuels

- Auto-efficacité
- Engagement
- Forte motivation
- Bonnes aptitudes d'adaptation, dont des aptitudes au travail
- Sociabilité
- Estime de soi
- Résilience
- Aptitudes en communication et en gestion de conflits
- Autonomisation
- Satisfaction à l'égard de sa vie
- Connaissances en matière de santé
- Nutrition
- Activité physique
- Aptitude à la lecture
- Sentiment de maîtrise sur sa vie

Facteurs familiaux et sociaux

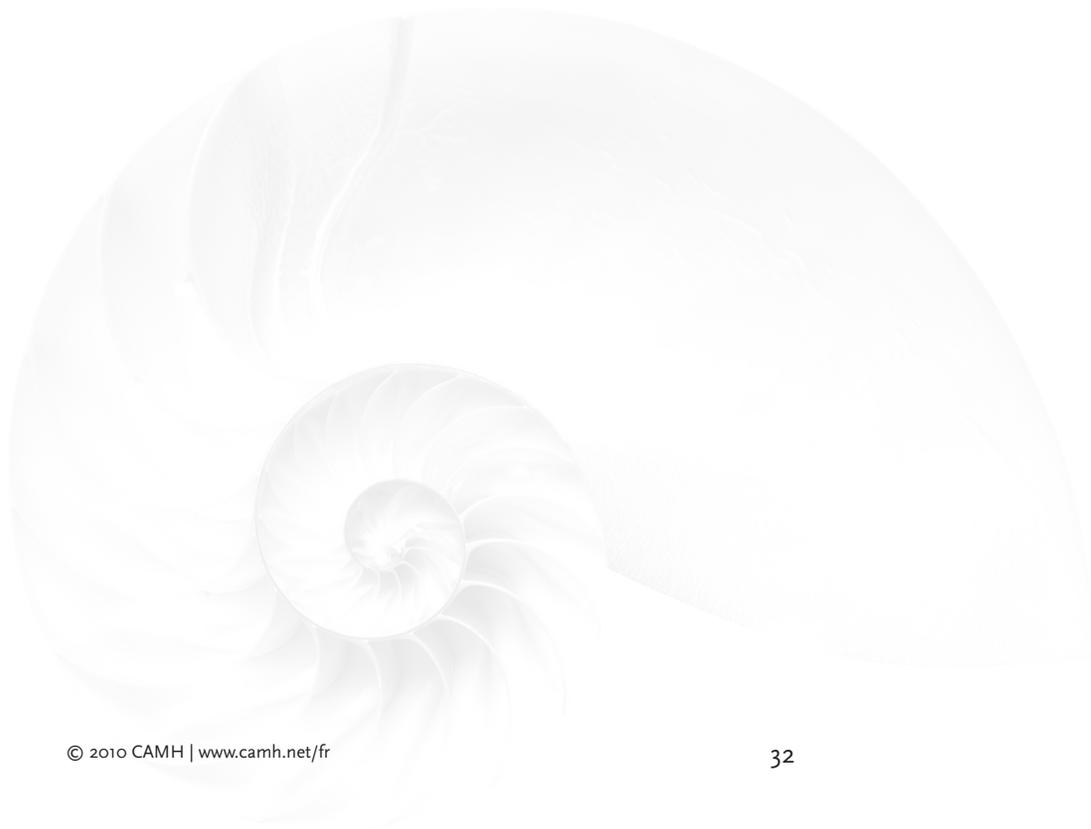
- Soutien social et émotionnel adéquat
- Environnement enrichissant
- Activité sociale
- Amitiés
- Proximité de la famille, d'amis et/ou de réseaux de soutien
- Présence d'un partenaire de vie ou d'un conjoint (et bonne entente avec celui-ci ou celle-ci)

Événements et situations de vie

- Sécurité économique
- Possibilités d'occasions liées aux principaux événements de la vie
- Santé physique d'ensemble et bonne forme
- Bien-être et état d'esprit positif
- Vie marquée par des expériences positives

Facteurs communautaires et culturels

- Accès aux services de soutien communautaire
- Appui social ou culturel au sein de la communauté
- Environnement de soutien
- Accès aux services de santé mentale appropriés
- Occasions de faire du bénévolat
- Participation significative et sentiment d'appartenance



En quoi consistent les déterminants de la santé ?

Les déterminants de la santé supposent que la santé dépend d'interactions complexes entre des facteurs sociaux et économiques, l'environnement physique et le comportement individuel.

La liste ci-dessous fournit des exemples des déterminants de la santé définis par l'Agence de la santé publique du Canada (2003) :

- le revenu et le statut social ;
- les réseaux de soutien social ;
- la scolarité et l'alphabétisation ;
- l'emploi et les conditions de travail ;
- l'environnement social ;
- l'environnement physique ;
- les pratiques personnelles liées à la santé et la capacité d'adaptation ;
- la constitution biologique et le bagage génétique ;
- les services de santé ;
- les différences sociales entre hommes et femmes ;
- la culture.





3. Directives pour la promotion de la santé mentale des personnes de 55 ans+

Ces directives définissent les meilleures pratiques applicables à des initiatives de promotion de la santé mentale (qui comprennent une vaste gamme d'interventions y compris des services, de l'information, des programmes, des campagnes, des politiques, des stratégies, de la recherche et de l'évaluation). Elles reposent sur des principes de promotion de la santé mentale qui ont été définis grâce à un examen critique d'analyses documentaires. Les directives ne sont pas conçues comme un outil d'évaluation, mais visent plutôt à encourager les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux (« praticiens ») et les autres intervenants auprès des personnes âgées à inclure les principes de promotion de la santé mentale dans les services existants et à contribuer à l'élaboration de nouvelles initiatives. Les directives peuvent aussi aider les praticiens à défendre les intérêts des personnes âgées, aux côtés de celles-ci ou en leur nom.

Les composantes ne s'appliqueront toutefois pas en totalité dans l'ensemble des contextes, étant donné que les directives sont fondées sur des interventions idéales en matière de promotion de la santé mentale. Les praticiens devront prendre en compte les ressources dont ils disposent et les restrictions possibles, du fait du mandat global de leur organisation, et adopter celles qui conviennent aux besoins de leur programme.

Reportez-vous à la section 4 « Exemples de programmes qui intègrent de bonnes pratiques » pour voir comment les directives peuvent être mises en pratique.

Résumé des directives

1. Déterminer et viser une population précise pour votre programme ou initiative.
2. Se pencher sur les facteurs de protection et les facteurs de risque, y compris les déterminants de la santé, qui pourraient être source de soucis pour la santé mentale des personnes âgées et modifier ceux-ci.
3. Intervenir dans des cadres multiples.
4. Appuyer les professionnels et les non professionnels à établir avec les personnes âgées des relations marquées par la compassion et la confiance.
5. Mettre l'accent sur l'autonomisation et la résilience.
6. Favoriser des systèmes de soutien complets.
7. Opter pour des interventions multiples.
8. S'assurer que l'information et les services fournis conviennent sur le plan culturel en plus d'être équitables et globaux.
9. Mettre en jeu de multiples parties intéressées.
10. Saisir les occasions de changement organisationnel, d'élaboration de politiques et de défense des intérêts.
11. Faire preuve d'un engagement à long terme envers la planification, l'établissement et l'évaluation du programme.

DIRECTIVE

NOTES

Directive 1

Déterminer et viser une population précise pour votre programme ou initiative de la manière suivante :

- définir les besoins d'une population précise (compte tenu de tous les aspects de la santé mentale et physique) ;
- prendre en considération la transition de vie propre à la population en question ;
- trouver comment, quand et où il est possible de joindre la population en question ;
- planifier des façons d'assurer la participation de la population en cause pour tous les aspects de la planification, de l'élaboration et de l'évaluation du programme.

Voici des exemples de populations précises :

- personnes âgées endeuillées depuis peu ;
- personnes âgées vivant dans la pauvreté ;
- personnes âgées immigrantes, autochtones ou appartenant à une minorité visible ;
- résidents de maisons de retraite ou de centres de soins de longue durée ;
- personnes âgées qui sont socialement isolées ;
- adultes qui ont pris une retraite anticipée ;
- personnes âgées peu instruites ;
- personnes âgées atteintes de maladies chroniques ;
- employés à l'approche de la retraite.

Directive 2

DIRECTIVE

NOTES

Se pencher sur les facteurs de protection et les facteurs de risque, y compris les déterminants de la santé, qui pourraient être source de soucis pour la santé mentale des personnes âgées et modifier ceux-ci en prenant les mesures suivantes :

- définir les facteurs de protection, les facteurs de risque et les déterminants de la santé pertinents ;
- évaluer les facteurs et les déterminants de la santé qui peuvent être modifiés
- élaborer un plan pour améliorer les facteurs de protection, réduire les facteurs de risque et influencer les déterminants de la santé propres à la population cible.

Voici quelques exemples de *facteurs de protection* :

- estime de soi,
- résilience,
- aptitudes d'adaptation,
- soutien social,
- mode de vie sain,
- accès à des services de soutien,
- état de santé positif.

Voici des exemples de *facteurs de risque* :

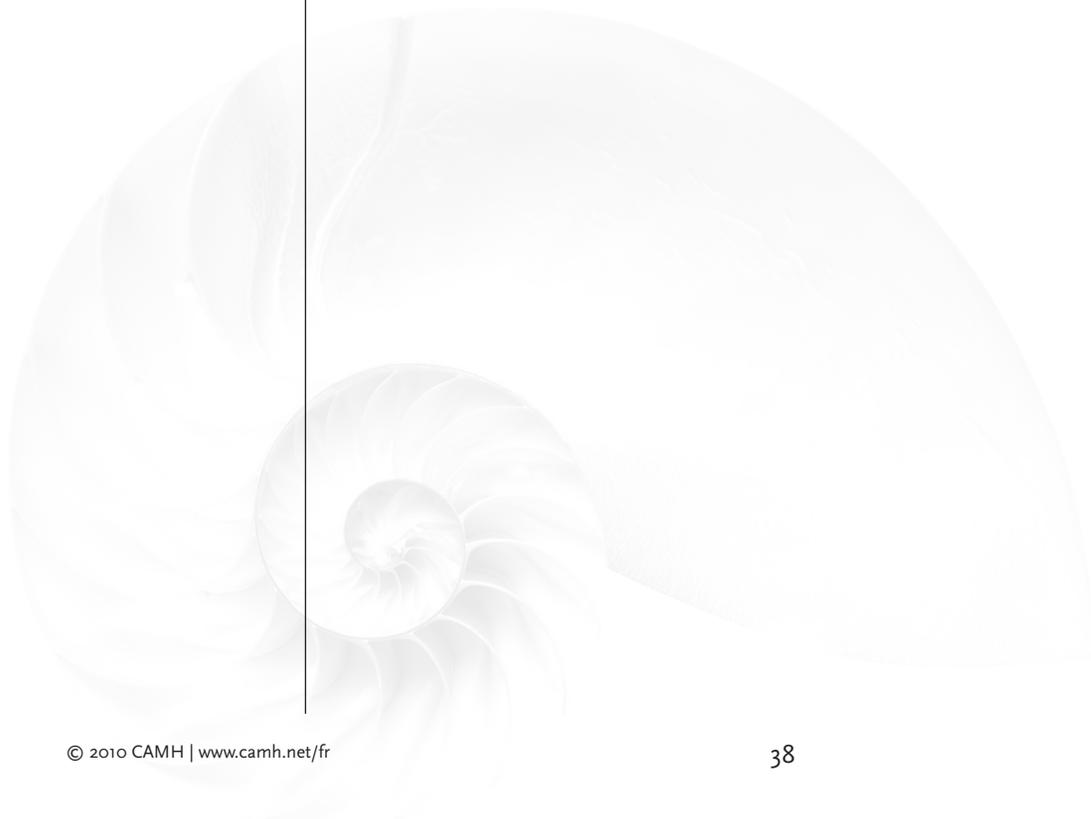
- événements de vie stressants (p. ex. perte du conjoint ou du partenaire de vie ou d'amis, retraite),
- perte des rôles sociaux et de l'estime de soi,
- maladie physique grave ou chronique,
- soutien social limité ou nul,
- isolement,
- dépression,
- problème de consommation de drogues ou d'alcool,
- immigration ou réinstallation récentes,
- barrières linguistiques.

Voici quelques exemples de déterminants de la santé :

DIRECTIVE

NOTES

- logement,
- emploi et conditions de travail,
- revenu,
- appuis sociaux,
- mobilité,
- activités de loisirs ou récréatives,
- sécurité ou sûreté,
- non exposition à la discrimination et violence,
- sexe, âge et milieu ethnoracial ou ethnoculturel,
- environnement physique.



Directive 3

DIRECTIVE

NOTES

Intervenir dans des cadres multiples comme suit :

- prendre en considération tous les aspects du cadre ou de l'environnement qui touchent les personnes âgées (p. ex. les normes, les politiques, l'environnement social, le milieu physique) ;
- élaborer des stratégies pour intervenir dans divers cadres ;
- favoriser et appuyer l'indépendance ;
- évaluer les enjeux en matière d'accessibilité et se pencher sur ceux-ci ;
- analyser de quelle façon les personnes âgées utilisent l'espace et les incidences de ce dernier sur leur santé mentale (p. ex. organiser des clubs de marche dans les centres commerciaux, des programmes d'horticulture dans des centres de soins longue durée ou des programmes sociaux dans des maisons de retraite pour réduire l'isolement) ;
- viser à améliorer et à développer l'environnement physique et social propre au cadre de vie.

Voici quelques exemples de cadres :

- Maison privée,
- lieu de travail,
- maison de retraite et centre de soins longue durée,
- cadres communautaires (p. ex. centre communautaire, centre pour aînés, bibliothèque),
- voisinage, quartiers de la ville,
- services de santé.

DIRECTIVE

NOTES

Directive 4

Aider les professionnels et les non professionnels à établir avec les personnes âgées des relations marquées par la compassion et la confiance en agissant comme suit :

- fournir de la formation sur le vieillissement et les transitions liées à l'âge ;
- donner de l'information et de la formation au sujet de la santé mentale et des problèmes de consommation de drogues et d'alcool ;
- sensibiliser les gens aux préjugés et à la discrimination liés au vieillissement (âgisme) et à ceux associés à la santé mentale et aux problèmes de consommation de drogues et d'alcool ;
- amener les personnes âgées à appuyer leurs pairs et à jouer le rôle d'éducateur, au besoin, et les former en conséquence.

Voici quelques exemples :

- discussions et séances de rétroaction pour les membres de la famille et d'autres aidants naturels (afin de sensibiliser les aidants naturels au bien-être mental) ;
- programmes qui favorisent l'établissement de relations ;
- formation sur les principes de promotion de la santé ;
- formation de bénévoles pour qu'ils puissent soutenir leurs pairs.

Directive 5

DIRECTIVE

NOTES

Mettre l'accent sur l'autonomisation et la résilience, p. ex. :

- offrir de la formation aux personnes âgées pour qu'elles acquièrent des habiletés dans les domaines suivants :
 - estime de soi ;
 - gestion du stress ;
 - maîtrise des sentiments de perte, des conflits et de la colère ;
 - communication et aptitudes sociales ;
 - création de réseaux sociaux ;
 - capacité de résoudre des problèmes ;
 - développement cognitif ;
 - compétences (p. ex. cours d'informatique, langues, santé et autonomie en matière de santé) ;
 - activité physique ;
 - nutrition ;
 - stratégies pour améliorer la mémoire ;
 - défense des intérêts et autonomie sociale ;
- offrir de la formation aux membres de la famille, aux autres aidants et aux pairs pour qu'ils acquièrent des aptitudes ;
- traiter les sentiments des clients avec respect et dignité ;
- encourager une participation active ;
- favoriser l'accès à l'information ;
- promouvoir l'éducation permanente, y compris l'alphabétisation, des personnes âgées par l'entremise du secteur de l'éducation.

DIRECTIVE

NOTES

Directive 6

Favoriser des systèmes de soutien complets en agissant comme suit :

- faciliter l'établissement ou l'amélioration d'un solide réseau de soutien pour les personnes âgées, y compris l'appui émotionnel, social et physique par l'intermédiaire de services communautaires, de services de santé et d'assistance concrète, p. ex. de l'aide financière et des services de transport ;
- faciliter le réseautage et la collaboration entre les services et les organisations (p. ex. centres de services sociaux, services de récréation, clubs sportifs et autres, services d'éducation, écoles, services de santé publique) ;
- veiller à l'accessibilité d'un système de soutien complet.

Voici quelques exemples :

- consultation, réassurance et écoute compréhensive ;
- programmes de visites amicales ;
- programmes intergénérationnels ;
- ressources comme des répertoires sur les services de santé dans des langues autres que l'anglais ;
- promotion de relations de bienveillance et de soutien avec la famille, les amis et les fournisseurs de service ;
- accessibilité de réseaux de transport, de services de consultation et autres ;
- programmes de jour et services destinés aux aînés ;
- services d'achat, popotes roulantes, services financiers, etc.

Directive 7

DIRECTIVE

NOTES

Avoir recours à des interventions multiples :

- planifier une approche globale faisant appel à des stratégies multiples, qui comprennent la détermination des manques à combler et des obstacles à surmonter en matière de services, l'établissement d'une politique publique saine, la création d'environnements de soutien, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition de compétences personnelles, la réorientation des services de santé ainsi que le développement et la constitution de nouveaux réseaux sociaux ;
- adopter des stratégies permettant de joindre des publics multiples en s'assurant que les formats conviennent aux besoins et aux préférences des publics en cause ;
- déployer des stratégies qui, s'appuyant les unes sur les autres, contribuent à atteindre un objectif commun ;
- employer une gamme de stratégies, comme le travail de proximité, les visites à domicile, des programmes de vie active, l'autonomisation, la participation et l'éducation permanente.

Voici quelques exemples d'interventions :

- événements communautaires sociaux (p. ex. rencontres sociales informelles, séances d'information) ;
- groupes de soutien des aidants naturels ;
- groupes d'entraide pour permettre aux personnes âgées de surmonter les événements stressants de la vie ;
- ateliers pour l'acquisition de compétences (p. ex. gestion du comportement, gestion de la colère, mode de vie, langue, activité physique) ;
- politique sur les lieux de travail (p. ex. offrir un service de planification de la retraite, prévenir l'âgisme) ;
- engagement communautaire (p. ex. liens entre la communauté et les centres et résidences pour les aînés) ;
- programmes à l'intention des personnes âgées dans des bibliothèques et d'autres cadres communautaires ;
- activités intergénérationnelles ;
- visites à domicile ;
- consultation téléphonique ;
- modèles de formation du formateur.

DIRECTIVE

NOTES

Directive 8

S'assurer que l'information et les services fournis conviennent sur le plan culturel en plus d'être équitables et globaux en agissant comme suit :

- considérer la personne comme un tout et prendre en compte les facteurs physiques, émotionnels, spirituels, religieux, mentaux et sociaux qui influent sur sa santé mentale ;
- faciliter l'accès à des réseaux sociaux de soutien appropriés et adaptés à la culture de la personne âgée ;
- fournir de l'information pertinente, par exemple des documents imprimés (entre autres, sur les changements de vie et la santé mentale), qui est facile à comprendre et convient sur le plan culturel ;
- faciliter la participation des groupes minoritaires ;
- s'occuper directement des besoins de personnes démunies ;
- comprendre les répercussions des préjugés et travailler à les faire disparaître.

Voici quelques exemples :

- pairs éducateurs qui sont membres de minorités ethniques ou de populations autochtones ;
- matériel d'information en plusieurs langues (p. ex. guides sur la santé) ;
- programmes adaptés aux besoins spécifiques (p. ex. condition féminine et différences ethnoculturelles) ;
- Politique-cadre de CAMH sur la diversité ;
- Toronto Public Health Divisional Policy and Procedure Manual: Access and Equity Policy.

Pour en apprendre davantage sur la diversité et l'équité, consultez la politique-cadre de CAMH sur la diversité (qui se trouve à http://www.camh.net/fr/About_CAMH/Diversity_Initiatives/index.html) et communiquez avec Ruby Lam, chef de service, Accès et Équité au 416 392-0955 pour un supplément d'information sur la politique du Bureau de santé publique de Toronto en matière d'accès et d'équité. (http://insideto.toronto.ca/health/planning/pdf/access_equity_policy.pdf).

Directive 9

DIRECTIVE

NOTES

Faire participer de multiples parties intéressées en agissant comme suit :

- engager de multiples secteurs (p. ex. éducation, santé publique, services médicaux, gouvernement, communauté, soins de longue durée et soins communautaires, services récréatifs, logement, financement, transport, groupe confessionnel, travail) ;
- mettre en rapport différents acteurs de divers paliers (p. ex. gouvernements, organismes sans but lucratif) ;
- faire participer différents membres de l'équipe de soins (p. ex. famille et autres aidants naturels, professionnels des soins de santé, travailleurs sociaux, fournisseurs de services communautaires) ;
- permettre aux membres de la population cible de prendre part à la planification et au processus de prise de décision ;
- convenir d'une vision commune pour la promotion de la santé mentale parmi les multiples parties intéressées.

Voici quelques exemples :

- établir une journée de réflexion périodique ou une journée de planification avec des groupes particuliers de clients ;
- établir et entretenir des partenariats à long terme avec des membres de la communauté, des coalitions et des réseaux, y compris de nombreuses parties intéressées siégeant à des comités de consultation du programme et à des conseils de la communauté ;
- assurer le transport et dédommager les participants pour leur temps ;
- rendre l'accès aux réunions plus facile pour les personnes âgées (p. ex. utiliser des documents imprimés en gros caractères, réserver des salles de réunion facilement accessibles, prendre des mesures pour que tous puissent bien entendre).

DIRECTIVE

NOTES

Directive 10

Saisir les occasions de changement organisationnel, d'élaboration de politiques et de défense des intérêts en procédant comme suit :

- mobiliser les personnes de plus de 55 ans pour qu'elles se portent à la défense de leurs intérêts et de ceux des autres ;
- prendre conscience des lois à venir et des initiatives des gouvernements et vérifier celles-ci pour cerner tout changement qui intègre une approche de promotion de la santé mentale et influencer ceux-ci ;
- mener des sondages auprès de clients ou du personnel pour évaluer le climat organisationnel d'un organisme ;
- travailler avec les membres de la communauté, avec la direction et le personnel de l'organisme et avec les personnes âgées pour créer une communauté et un milieu de travail qui veillent à la promotion de la santé ;
- donner l'occasion aux membres de la communauté et aux personnes âgées de s'exprimer sur les enjeux et d'amorcer un dialogue pour résoudre les problèmes ;
- définir les initiatives en matière de politique pour influencer tous les aspects de la vie communautaire, y compris le milieu de vie, p. ex. les maisons de soins de longue durée.

Voici quelques exemples :

- politique anti-âgisme ;
- réseautage ;
- politiques qui favorisent des communautés saines ;
- promotion d'activités physiques dans la communauté ;
- action pour revendiquer des espaces verts et des jardins ;
- lobbying en vue de changement des lois ;
- promouvoir un système d'enseignement qui fournit des occasions d'éducation permanente.

Directive 11

DIRECTIVE

NOTES

Faire preuve d'un engagement à long terme à l'endroit de la planification, de l'élaboration et de l'évaluation du programme en prenant les mesures ci-dessous :

- procéder à l'évaluation de la situation dans le but d'alimenter le processus de conception des initiatives, en tenant compte de la diversité de la ou des populations et de leurs forces et actifs ;
- définir avec exactitude le public visé par les programmes de promotion de la santé mentale, les interventions et les politiques ;
- faire participer les membres de la ou des populations visées à la conception et à la mise en œuvre du programme ;
- s'assurer que la durée et l'intensité de l'intervention conviennent à la ou aux populations visées et produiront les résultats escomptés ;
- sans cesse revoir les objectifs du programme pour en assurer la progression vers les buts souhaités ;
- veiller à ce que les méthodes et les mécanismes de collecte des données soient en place ;
- exposer une méthode d'évaluation qui indique clairement les résultats et prend en compte ceux-ci et les indicateurs de processus (voir ci-dessous) ;
- avoir recours à une gamme de disciplines ;
- examiner et utiliser des programmes, des interventions et des politiques qui s'appuient sur la recherche et ont fait leurs preuves.

Voici quelques exemples :

- modèles logiques de programme et plans d'évaluation ;
- comités consultatifs communautaires engagés dans la planification et l'évaluation du programme ;
- surveillance des systèmes afin d'analyser l'information sur les forces et les atouts de la santé mentale ainsi que les problèmes des personnes âgées (p. ex. inventaire des atouts de la communauté) ;
- résultats et indicateurs de processus en promotion de la santé mentale.

Pour consulter l'information sur l'évaluation des programmes, visitez le site Web de la Health Communication Unit (THCU) à www.thcu.ca/infoandresources/evaluation.htm.

Indicateurs de résultats et de processus

Les indicateurs de résultats et de processus sont des outils que les organisations peuvent employer pour mesurer le degré de réussite de leur travail.

Indicateurs de résultats

Les indicateurs de résultats mesurent jusqu'à quel point vos initiatives atteignent les résultats escomptés. Ils servent à comparer le résultat d'une intervention à la situation qui prévalait avant sa mise en application.

Les exemples dans le tableau ci-dessous illustrent comment un indicateur de résultat bien choisi peut mesurer la réussite d'une initiative :

Type d'intervention	Indicateur de résultat possible
Changement d'un facteur de risque	Pourcentage de personnes de 55 ans+ déclarées victimes d'abus ou de négligence Pourcentage de personnes de 55 ans+ signalant de la solitude
Changement d'un déterminant de la santé	Pourcentage de logements pour aînés classés supérieurs/conformes aux normes/non conformes aux normes/ en mauvais état Pourcentage de personnes de 55 ans+ vivant dans des maisons chauffées adéquatement (préciser la température) à longueur d'année
Intervention dans des cadres multiples	Liste des services essentiels dont les personnes de 55 ans+ se prévalent à des endroits où elles peuvent se rendre à pied

Type d'intervention	Indicateur de résultat possible
Établissement de relations	Pourcentage de personnes de 55 ans+ qui se déclarent satisfaites des relations qu'elles entretiennent avec les professionnels, leur famille et leurs amis
Acquisition de compétences	Pourcentage de personnes de 75 ans+ qui déclarent être capables de faire leurs courses, préparer leurs repas et faire l'entretien du lieu qu'elles habitent
Changement de politique	Liste des politiques adoptées à l'échelle municipale qui permettent aux personnes de 55 ans+ de vivre dans leur maison au sein de la communauté
Changement global de la santé mentale	Résultats quant à l'estimation de chacun de son état de santé et de son bonheur Pourcentage de personnes de 55 ans+ déclarant avoir une bonne, voire une excellente estime de soi ou sentir un grand bien-être

DIRECTIVE

NOTES

Indicateurs de processus

Les indicateurs de processus mesurent le bon fonctionnement de vos activités. Ils rendent compte de la portée de vos actions et du degré d'appréciation du public. Voici quelques exemples :

- nombre de personnes qui ont assisté à votre séance de formation ;
- nombre de fois que vous avez communiqué avec la commission du logement pour que des locataires âgés puissent bénéficier d'un chauffage adéquat ;
- nombre de personnes qui sont passées maîtres dans l'administration de programmes sociaux dans une maison de soins infirmiers, et diversité de ces personnes ;
- nombre de réunions tenues pour élaborer une politique en matière de nutrition et nombre de personnes qui y ont participé ;
- taux de satisfaction des participants à l'égard de votre séance de formation.



4. Exemples de programmes de santé mentale qui intègrent de bonnes pratiques

Compte tenu des directives sur les meilleures pratiques, nous estimons que les exemples qui suivent respectent certaines des directives et constituent de bonnes pratiques. Les projets sont décrits brièvement et une référence ou un lien Web sont indiqués pour quiconque voudrait avoir plus d'information au sujet de l'initiative en question.

Aging Well and Healthy

Buts et objectifs

- Évaluer l'effet d'un programme de promotion de la santé de courte durée sur la santé et l'activité physique d'immigrants turcs de première génération aux Pays-Bas.

Description

Aging Well and Healthy consistait en un programme de promotion de la santé de courte durée comportant de la formation en matière de santé et des séances d'exercices physiques. Durant l'atelier, les participants recevaient de l'information médicale générale ainsi que des renseignements en matière de nutrition, de santé physique et mentale et d'endurance, ainsi que des données sur les symptômes liés au vieillissement. Par ailleurs, un programme d'exercices de faible intensité a été offert (Directive 5).

Le programme prêtait une très grande attention à la diversité culturelle et sociale comme le prouvent son adaptation à la culture turque, le recours à des Turcs pour assurer l'éducation des pairs et la diffusion de l'information en turc. L'information était aussi transmise sous forme d'images et de symboles aux personnes analphabètes (Directive 8).

Durant l'intervention, les organisateurs ont évalué chaque séance avec l'éducateur en santé et l'instructeur de culture physique. À la fin, tous les organisateurs, éducateurs en

Début

2001

Directive 1 : Public, populations particulières

Immigrants turcs de 45 ans et plus aux Pays-Bas

Directive 2 : Facteurs de protection et de risque et déterminants de la santé *Facteurs de risque*

- Statut socio-économique faible
- Manque d'instruction
- Barrières linguistiques
- Analphabétisme

Déterminants de la santé

- Statut social
- Milieu ethnoculturel
- Genre
- Services de santé

Directive 3 : Cadres multiples

Services d'assistance sociale dans six villes hollandaises

Directive 7 : Stratégies multiples

- Éducation en matière de santé
- Exercices physiques

Directive 9 : Multiples parties intéressées

- Travailleurs sociaux
- Physiothérapeutes
- Éducateurs en santé

santé et instructeurs de culture physique ont été interrogés sur la qualité du programme (Directive 11).

Directive 11 : Évaluation

Oui

Pour en apprendre davantage

Reijneveld, S.A., Westhoff, M.H. & Hopman-Rock, M. (2006). Promotion of health and physical activity improves the mental health of elderly immigrants: Results of a group randomised controlled trial among Turkish immigrants in the Netherlands aged 45 and over. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57 (6), 405–411.

Caregivers out of Isolation

Buts et objectifs

- Fournir un soutien direct aux aidants naturels en fonction des besoins qu'ils ont eux-mêmes cernés.
- Accroître la sensibilisation aux enjeux déterminés par les aidants naturels.
- Favoriser l'élaboration d'une politique applicable aux enjeux déterminés par les aidants naturels.

Description

Ce projet vise à appuyer les aidants naturels dans la communauté à l'aide d'une gamme de programmes comme des groupes de soutien, des ateliers, des activités pour les aidants naturels et des discussions en groupe (Directive 6). Ces services aident les aidants naturels à faire face aux nombreuses pressions auxquelles ils sont soumis, et ils contribuent à sensibiliser davantage les gens aux enjeux auxquels sont confrontés les aidants naturels et les aînés. L'accent est mis sur l'autonomisation et sur l'intensification de l'auto-efficacité (Directive 5). Ce programme tente également d'établir des appuis locaux pour les aidants naturels et de former des bénévoles qui pourraient travailler avec les aidants naturels et les personnes âgées (Directive 4).

Ce programme est particulièrement utile dans les communautés rurales, où le soutien et l'accès sont restreints.

Début

Juin 2006

Directive 1 : Public, populations particulières

- Aidants naturels
- Personnes âgées
- Résidents de régions rurales
- Résidents de villes

Directive 2 : Facteurs de protection et de risque et déterminants de la santé

Facteurs de protection

- Accès aux services de soutien
- Aptitudes d'adaptation
- Mode de vie sain
- Résilience
- Soutien social

Facteurs de risque

- Anxiété
- Dépression
- Isolement
- Problème d'estime de soi
- Soutien social limité ou nul
- Stress
- Idées suicidaires ou tentatives de suicide répétées

Déterminants de la santé

Appuis sociaux

Directive 3 : Cadres multiples

- Bureaux de médecins
- Centres pour aînés
- Organisations pour aînés

Directive 9 : Multiples parties intéressées

- Société canadienne du cancer
- Aidants naturels
- Membres de la communauté
- Newfoundland and Labrador Association for Community Living
- Seniors Resource Centre of Newfoundland and Labrador
- Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada
- Instituts pour femmes

Directive 11 : Évaluation

Oui, en permanence

Pour en apprendre davantage

Holland, Erin. (2006). *How We Grew: Regional Caregiver Networks in Newfoundland and Labrador*. St. John's: Seniors Resource Centre of Newfoundland and Labrador. [En ligne : www.seniorsresource.ca/careguide.pdf]. (Consulté le 9 mars 2009).

Personne-ressource : Erin Holland

Tél. : 709 737-2333

Courriel : info@seniorsresource.ca

Healthy Aging—Active 55+

Buts et objectifs

- Améliorer la santé et la qualité de vie des personnes âgées.
- Montrer comment les services sociaux et les soins de santé actuels peuvent être améliorés avec efficacité grâce à des stratégies de promotion de la santé.
- Accroître l'engagement des personnes âgées dans leur communauté et les aider à vivre en santé et en toute autonomie le plus longtemps possible.

Description

Ce projet allemand démontre que les services sociaux et les soins de santé actuels peuvent être améliorés grâce à des stratégies de promotion de la santé. Des conseillers formés précisément en « consultation axée sur le client » ont commencé à visiter des personnes âgées qui avaient manifesté de l'intérêt pour le projet en 2002 (Directive 1). Au cours de la première visite, le client et le conseiller ont effectué conjointement une évaluation des besoins personnels, dressé un plan d'action personnel et, au besoin, orienté la personne vers d'autres services (Directive 6). Pendant toute la durée du projet, les participants ont eu de la formation en matière de sociabilité et du soutien pour améliorer leur estime de soi, créer des liens avec leurs pairs et, par conséquent, tisser des réseaux sociaux (Directive 5).

Début

2001

Directive 1 : Public, populations particulières

Personnes âgées (de plus de 55 ans) qui avaient pris leur retraite au cours des deux années précédentes ou qui étaient veufs ou veuves

Directive 2 : Facteurs de protection et de risque et déterminants de la santé

Facteurs de protection

- Réseaux de soutien social locaux
- Pratiques de santé personnelles
- Aptitudes d'adaptation

Facteurs de risque

- Anxiété
- Dépression
- Isolement
- Obésité

Déterminants de la santé

- Soutiens sociaux
- Connexité sociale
- Environnement

Directive 3 : Cadres multiples

- Maisons individuelles
- Cadres communautaires
- Cafés

Directive 7 : Stratégies multiples

Interventions à deux niveaux généraux

- Besoins individuels
- Institutions communautaires (y compris la

Durant le projet, les participants, la communauté et le service de santé publique ont uni leurs efforts pour trouver des moyens d'appuyer la santé des personnes âgées au sein de la communauté (Directive 9).

Les conseillers ont profité d'un appui grâce aux réunions hebdomadaires des pairs qui permettaient les échanges d'idées et d'expériences (Directive 4).

Le projet pilote a été évalué par l'université de Düsseldorf, et l'accent a été mis sur les améliorations de la collaboration entre les organisations locales de santé et la communauté et l'amélioration de la santé des personnes âgées (Directive 11). Pour assurer la durabilité du programme, l'association Active 55+ a été constituée.

coopération intersectorielle)

- Visites à domicile
- Ateliers d'acquisition de compétences
- Groupes d'entraide
- Événements sociaux communautaires
- Engagement communautaire
- Ententes cibles avec des clients

Directive 9 : Multiples parties intéressées

- Organismes de bienfaisance
- Compagnies d'assurance maladie
- Personnes âgées vivant dans la communauté
- Maisons de soins infirmiers
- Hôpitaux
- Groupes confessionnels
- Université de Düsseldorf (évaluation et appui scolaire)
- Conseil communautaire
- Associations sportives et culturelles
- Conseillers

Directive 11 : Évaluation

Oui

Pour en apprendre davantage

Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Europe. (2005). *Gesundes Altern: Aufsuchende Aktivierung älterer Menschen*. Copenhague : auteur. [En ligne : www.euro.who.int/Document/HEA/Gesundes_Altern_G.pdf] (Consulté le 4 mars 2009).

Personne-ressource : Dr Reinhold Hikl (courriel : reinhold.hikl@aktiv55plus.de) ou Petra Bill (courriel : petra.bill@aktiv55plus.de)

Projet de promotion de la santé mentale pour les aînés francophones du Sud de l'Ontario

Buts et objectifs

- Informer les personnes âgées des facteurs liés au stress qui influent sur la santé physique et mentale et les aider à élaborer des stratégies pour gérer ces facteurs.
- Donner l'occasion aux francophones nouvellement retraités de faire profiter de leur savoir et de leur expérience des personnes plus âgées qu'eux au sein de la communauté.
- Établir des partenariats avec les fournisseurs de service francophones.

Description

Ce projet offrait un programme de promotion de la santé mentale aux aînés francophones (Directive 1), en prenant en compte le manque de services adaptés à la culture de cette population (Directive 8), particulièrement des services visant le stress relié au vieillissement. Dans le cadre du projet, des bénévoles non professionnels ont été formés à travailler avec des personnes dans le besoin (Directive 4), et des ateliers ont été organisés pour permettre à ces personnes âgées de se renseigner et de partager leurs expériences personnelles (Directive 5). En offrant de telles ressources, le projet visait à promouvoir la santé mentale parmi les aînés francophones tout en atténuant les préjugés associés aux problèmes de santé mentale. Le projet avait comme objectif de mettre les retraités, de fraîche et de longue date, en rapport avec un plus

Début

2001–2002

Directive 1 : Public, populations spéciales

- Francophones
- Résidents de régions rurales

Directive 2 : Facteurs de protection et de risque et déterminants de la santé

Facteurs de protection

- Accès à des services de soutien
- Mode de vie sain
- Résilience

Facteurs de risque

- Anxiété
- Dépression
- Isolement
- Problèmes d'estime de soi
- Soutien social limité ou nul
- Idées suicidaires ou tentatives de suicide répétées

Déterminants de la santé

- Soutiens sociaux
- Contexte ethnoculturel

Directive 3 : Cadres multiples

- Centres de santé communautaires
- Bureaux de services sociaux

Directive 7 : Stratégies multiples

- Assurer la formation de bénévoles
- Organiser des ateliers pour les personnes

grand nombre de services communautaires, de manière à faciliter leur ajustement à la retraite (Directive 6). Le projet s'est terminé avec succès en 2006 et a été évalué. Il y a de bonnes chances que le projet soit maintenu du fait de la rétroaction positive de la part de la communauté (Directive 11).

âgées pour se renseigner et partager les expériences

- Mettre les personnes âgées en rapport avec les services communautaires

Directive 9 : Multiples parties intéressées

- Centres d'accès aux soins communautaires
- Région Hamilton/Niagara

Directive 11 : Évaluation

Oui

Pour en apprendre davantage

Personne-ressource : Christine Lebert, CAMH

Tél. : 705 675-1181

Courriel : christine_lebert@camh.net

Services de toxicomanie et de santé mentale du Nunavut (région de Kivalliq)

Buts et objectifs

- Tirer parti des forces et des valeurs traditionnelles des communautés du Nunavut.
- Fournir aux clients touchés par des problèmes de toxicomanie et de santé mentale les meilleurs services possibles fondés sur des preuves tout en prenant en compte la culture.

Description

Ce programme mise sur l'élaboration et la mise en place de services liés aux problèmes de toxicomanie et de santé mentale afin de satisfaire les besoins des citoyens du Nunavut. Des psychiatres visitent chaque communauté une ou deux fois par année et servent de « points d'entrée » aux soins intensifs de courte durée en plus de fournir du soutien. Par ailleurs, des consultants en santé mentale rencontrent des aînés inuits et créent un système de soutien complet (Directive 6) dans le but d'atteindre les quatre objectifs établis dans Pinasuaqtavut, les buts et objectifs du gouvernement du Nunavut : communautés saines, simplicité et unité, autonomie et apprentissage continu. On fait appel à des interprètes médicaux afin que l'information présentée à la population cible soit appropriée sur le plan culturel (Directive 8).

Début

1999

Directive 1 : Public, populations particulières

- Inuits
- Personnes ayant des troubles concomitants
- Personnes ayant des troubles spécifiques
- Habitants de communautés nordiques isolées
- Résidents ruraux
- Personnes âgées (aînés inuits)

Directive 2 : Facteurs de protection et de risque et déterminants de la santé

Facteurs de protection

Accès à des services de soutien

Facteurs de risque

- Anxiété
- Dépression
- Isolement
- Problèmes d'estime de soi
- Appui social restreint ou nul
- Idées suicidaires ou tentatives de suicide répétées

Déterminants de la santé

- Soutien social
- Contexte ethnoculturel

Directive 3 : Cadres multiples

- Centres de soins de santé communautaires
- Bureaux de services sociaux

Les occasions de défense des droits sont évidentes, ce programme ayant été créé pour promouvoir l'accès aux services en santé mentale pour les personnes vivant dans les communautés inuites de la région de Kivalliq (Directive 10).

Un engagement à long terme a été pris en la matière (Directive 11), comme le démontrent l'appui que fournit le gouvernement du Nunavut et les réponses positives obtenues.

Directive 9 : Multiples parties intéressées

- Aînés inuits
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut (région de Kivalliq)
- Médecins de famille
- Psychiatres
- GRC
- Gouvernement du Nunavut
- Université du Manitoba

Directive 11 : Évaluation

Oui, en permanence

Pour en apprendre davantage

Personnes-ressources : Wendy Dolan (tél. : 867 645-2171 ou courriel : wdolan@gov.nu.ca) ou Barb Mueller (tél. : 867 793-2816)

Program to Encourage Active, Rewarding Lives for Seniors (PEARLS)

Buts et objectifs

- Favoriser l'autonomie des participants et les aider à développer des habiletés pour reconnaître leurs problèmes et y apporter des solutions.
- Permettre aux participants de devenir plus actifs socialement et physiquement, et de prendre part à des activités plus agréables.
- Atténuer les symptômes de dépression des participants et améliorer l'aspect « santé » de leur qualité de vie et leur bien-être émotionnel.

Description:

Programme destiné aux personnes âgées, PEARLS consiste principalement en une intervention en milieu communautaire axée sur les participants qui mise sur la résolution de problèmes et l'incitation aux activités sociales et physiques ainsi que l'augmentation des événements agréables pour réduire les dépressions mineures (Directive 2) chez les adultes d'au moins 60 ans ayant une déficience physique et socialement isolés (Directive 1).

L'intervention PEARLS est assurée par des professionnels et comporte six à huit séances étalées sur une période de six mois. L'intervention consiste en un traitement en matière de résolution de problèmes, en activation comportementale et en planification d'activités agréables (Directive 7).

Début

En 2000

Directive 1 : Public, populations particulières

Adultes d'au moins 60 ans ayant une déficience physique et socialement isolés

Directive 2 : Facteurs de protection et de risque et déterminants de la santé

Facteurs de protection

- Santé mentale
- Activité physique

Facteurs de risque

- Personne confinée chez elle
- Dépression
- Maladie physique chronique

Déterminants de la santé

- Pratiques de santé personnelles et aptitudes d'adaptation
- Réseaux de soutien social

Directive 3 : Intervention dans des cadres multiples

- Maison privée
- Cadres communautaires

Directive 5 : Accent sur l'autonomisation et la résilience

- Capacité de résoudre des problèmes
- Activité physique
- Amélioration de la participation active
- Établissement de réseaux sociaux

Initialement élaboré dans le cadre d'une étude de recherche, PEARLS a vu son efficacité confirmée. Les participants au programme PEARLS avaient trois fois plus de chances de voir leurs symptômes de dépression diminuer que les personnes n'ayant pas pris part au programme. Le programme a également eu une influence positive sur la qualité de vie reliée à l'état de santé et le bien-être émotionnel des participants, en plus de provoquer une nette tendance de diminution des hospitalisations. Par la suite, PEARLS a été établi comme un programme pouvant être mis en œuvre à grande échelle en situation réelle (Directive 11).

Le succès de PEARLS repose sur un effort de collaboration entre plusieurs acteurs clés au sein d'une organisation, soit des professionnels et des para-professionnels représentant divers secteurs : travail social, santé mentale ou domaine connexe. La force de l'intervention reflète ses liens avec les infrastructures communautaires existantes.

Le programme PEARLS comporte les trois volets fondamentaux suivants :

Traitement en matière de résolution de problèmes – approche en sept étapes axée sur le participant qui offre à ce dernier le soutien d'un conseiller pour déterminer les problèmes à régler puis résoudre ceux-ci (Directive 5).

Activation sociale et physique – les conseillers travaillent avec les participants pour les amener à s'engager davantage dans des activités sociales, physiques et récréatives, tant à domicile qu'au sein de leur communauté (Directive 3).

Planification d'activités agréables – les participants sont incités à choisir une activité qu'ils aimeraient faire

Directive 7 : Adoption d'interventions multiples

- Visites à domicile
- Engagement communautaire
- Événements sociaux dans la communauté

Directive 11: Évaluation

Oui

Pour en apprendre davantage

Ciechanowski, P., Wagner, E., Schmaling, K., Schwartz, S., Williams, B., Diehr, P., Kulzer, J., Gray, S., Collier, C. & Logerfo, J. (2004). Community-Integrated Home-Based Depression Treatment in Older Adults. A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 291(13), 1569-77.

Site Web du programme PEARLS : www.pearlsprogram.org/Default.aspx

Personne-ressource :

Courriel du programme PEARLS : uwpearls@u.washington.edu

seuls ou avec d'autres (une activité agréable qu'ils pourraient faire comme un « devoir »). Plus de 200 activités distinctes sont offertes dans la trousse PEARLS parmi lesquelles les participants peuvent choisir s'ils le désirent (Directive 5).

Plusieurs organismes offrent le programme PEARLS, et il est possible de se procurer une trousse de mise en œuvre PEARLS en ligne à www.pearlsprogram.org.

Seniors CAN

Buts et objectifs

- Accroître la capacité des personnes âgées à s'y retrouver dans l'abondance de sources d'information sur la santé et le bien-être et, par le fait même, les aider à mieux maîtriser leur vie.

Description

Seniors CAN était un programme d'éducation sur le bien-être destiné aux personnes âgées. Il assurait l'éducation dans un cadre interactif et encourageait les participants à essayer quelque chose de nouveau à chaque leçon. Au cours des 15 ateliers, les personnes âgées ont été informées de la nutrition, de l'hygiène et de la prévention des chutes, entre autres choses, et ont discuté sur ces sujets (Directive 5).

Seniors CAN faisait appel à des bénévoles de deux groupes : des pairs éducateurs provenant de l'audience cible de plus de 55 ans et des bénévoles en provenance d'organismes qui avaient déjà fourni des services à des clients âgés. Les bénévoles ont reçu une formation de base en enseignement d'après le modèle de formation du formateur pour les aider à animer des cours interactifs (Directive 4). Les représentants de minorités ethniques ont été formés de manière à devenir des pairs éducateurs (Directive 8).

Pour évaluer l'impact global de Seniors CAN, un test a été mené avant et après les séances. On a alors utilisé l'échelle de solitude de

Début

En 1998

Directive 1 : Public, populations spéciales

Personnes âgées (de 55 ans et plus)

Directive 2 : Facteurs de protection et de risque et déterminants de la santé

Facteurs de protection

Occasions d'éducation continue

Facteurs de risque

- Stress
- Solitude
- Sentiment d'avoir perdu la maîtrise de soi

Déterminants de la santé

- Situation économique
- Ethnicité

Directive 3 : Cadres multiples

Centres pour aînés

Directive 7 : Stratégies multiples

- Ateliers
- Éducation en milieu communautaire dans un cadre interactif
- Formation du formateur

Directive 9 : Multiples parties intéressées

- University of Nevada Co-operative Extension
 - Professionnels de la nutrition
 - Chercheurs sur le vieillissement
- Las Vegas Housing Authority

UCLA (Pearlin et Schooler, 1978) et l'échelle de maîtrise (Russell et autres, 1980) ainsi qu'un tout nouvel instrument pour mesurer l'augmentation des connaissances des participants relativement à l'information en matière de nutrition, de sécurité et de bien-être communiquée dans le cadre des leçons.

Le programme a été étendu à tous les centres pour aînés du Nevada, et les ateliers de formation du formateur sont désormais offerts dans d'autres États (Directive 11).

- Nevada Housing and Neighborhood Development

Directive 11 : Évaluation

Oui

Pour en apprendre davantage

Collins, C. (2003). Volunteers: The key to expanding extension programming for older adults. *Journal of Extension*, 41 (5), 1-4.

Collins, C. (2006). Seniors CAN: Enhancing independence for older adults. *Journal of Extension*, 39 (6), 1-4.

Collins, C. (2006). Seniors CAN: Community-Based Education to Promote Independence for Older Adults. *The LLI Review*, 1, 60-68. [En ligne : <http://usm.maine.edu/olli/national/lli-review.jsp>] (Consulté le 9 février 2011).

Personne-ressource : Claudia Collins, University of Nevada, Las Vegas, NE

Courriel : collinsc@unce.unr.edu

Stimulating Friendship in Later Life

Buts et objectifs

- Aider les femmes à combattre la solitude, soit en cultivant les amitiés existantes, soit en se faisant de nouvelles amies.

Description

Ce programme éducatif des Pays-Bas consistait en un groupe de douze séances psycho-éducatives fondées sur les théories de soutien social et d'auto-assistance. Le programme était structuré selon un modèle conceptuel en quatre étapes expliquant comment les compétences relationnelles influençaient les relations d'une personne. Les séances mettaient l'accent sur divers sujets liés à l'amitié (p. ex. attentes en matière d'amitié, auto-évaluation en tant qu'amie) et comprenaient la mise en pratique d'habiletés sociales importantes en matière d'amitiés (Directive 5). Les participantes ont eu l'occasion de se faire des amies et de se créer un réseau d'amies (Directive 6).

À la fin du programme, des modifications ont été constatées dans les amitiés des participantes et leurs sentiments de solitude, et des comparaisons ont été faites avec un groupe témoin de femmes. Or, plus de femmes ayant pris part au programme sur l'amitié avaient réussi à réduire de façon significative leur solitude par rapport aux femmes du groupe témoin. La majorité des participantes au programme se sont faites de nouvelles amies, et un peu moins de la moitié d'entre elles a

Début

En 1994

Directive 1 : Public, populations spéciales

Femmes âgées vivant dans la solitude

Directive 2 : Facteurs de protection et de risque et déterminants de la santé

Facteurs de protection

Contacts sociaux/amitiés

Facteur de risque

Solitude

Directive 7 : Stratégies multiples

- Séances de groupe englobant théorie, mise en pratique des aptitudes et jeux de rôle
- Devoirs

Directive 9 : Multiples parties intéressées

- Agence de service locale pour les aînés
- Université de Nijmegen

Directive 11 : Évaluation

Oui

Pour en apprendre davantage

Martina, C.M.S. & Stevens, N.L. (2006).

Breaking the cycle of loneliness: Psychological effects of a friendship enrichment program for older women. *Aging and Mental Health*, 10, 467–475.

amélioré des amitiés existantes. L'étude de suivi effectuée l'année suivante a révélé une hausse marquée de la complexité des réseaux d'amitié des participantes. Un manuel a été publié pour le programme en 1995 et il a été diffusé dans plus de 300 organismes offrant des services aux personnes âgées. Le programme a aussi été adapté pour les femmes d'âge moyen (40–60 ans) et pour les aînés ayant une déficience visuelle, et une version à l'intention des aînés est en cours d'élaboration (Directives 8 et 11).

Stevens, N.L. (2001). Combating loneliness: A friendship enrichment program for older women. *Ageing and Society*, 21, 183–202.

Stevens, N.L., Martina, C.M.S. & Westerhof, G.J. (2006). Meeting the need to belong: Predicting effects of a friendship enrichment program for older women. *The Gerontologist*, 46, 495–502.

Stevens, N.L. & van Tilburg, T. (2000). Stimulating friendship in later life: A strategy for reducing loneliness among older women. *Educational Gerontology*, 26 (1), 15–35.

Verstraten, P. & Stevens, N.L. (2007). Building and maintaining a personal network: a training programme for visually impaired older adults. Grave, Netherlands: Sensus.

Personne-ressource : Nan Stevens, Centre de psychogérontologie, université Radboud, Nijmegen, Pays-Bas

Courriel : stevens@psych.ru.nl

Autres programmes d'intérêt

Voici quelques autres programmes que nous avons trouvés sur le Web en faisant une recherche sur la promotion de la santé mentale auprès des personnes âgées. Ils ne respectent pas autant de directives que les programmes cités précédemment, mais ils présentent tout de même un certain intérêt. Il existe probablement d'autres programmes semblables qui ne figuraient pas dans les bases de données que nous avons consultées.

Creative Retirement *Manitoba*

Buts et objectifs

- Développer les aptitudes des personnes âgées et leurs ressources pour qu'elles soient à même de faire face aux dernières décennies de leur vie.
- Enrichir les années de retraite grâce à des programmes éducatifs.
- Permettre aux retraités de continuer à être des membres productifs de la société en mettant à profit leurs talents et leurs aptitudes grâce à l'enseignement.

Pour en apprendre davantage :
www.crm.mb.ca/index.html

Age Concern. Your Guide to Healthy Living: A holistic approach to your mind & body *Thanet, U.K.*

Buts et objectifs

- Promouvoir l'indépendance des personnes âgées.
- Fournir de l'information pour permettre aux personnes âgées de prendre des décisions au sujet de leur mode de vie.

Pour en apprendre davantage : www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/acig12_your_guide_to_healthy_living_inf.pdf?dtrk=true

Senior Corps *USA*

Buts et objectifs

Mettre les personnes âgées en rapport avec des personnes et des organisations qui ont besoin de leur aide, leur procurant du coup nouveaux défis et responsabilités.

Pour en apprendre davantage :
www.seniorcorps.org

Solid Ground Retired and Senior Volunteer Program *(Seattle)*

Buts et objectifs

- Élaborer des réponses créatives, complètes et efficaces aux besoins de la communauté et les mettre en application.
- Prôner des politiques publiques et des initiatives privées qui donnent des occasions et des ressources égales à tous.
- Appuyer les efforts des autres qui partagent la même vision de la communauté.

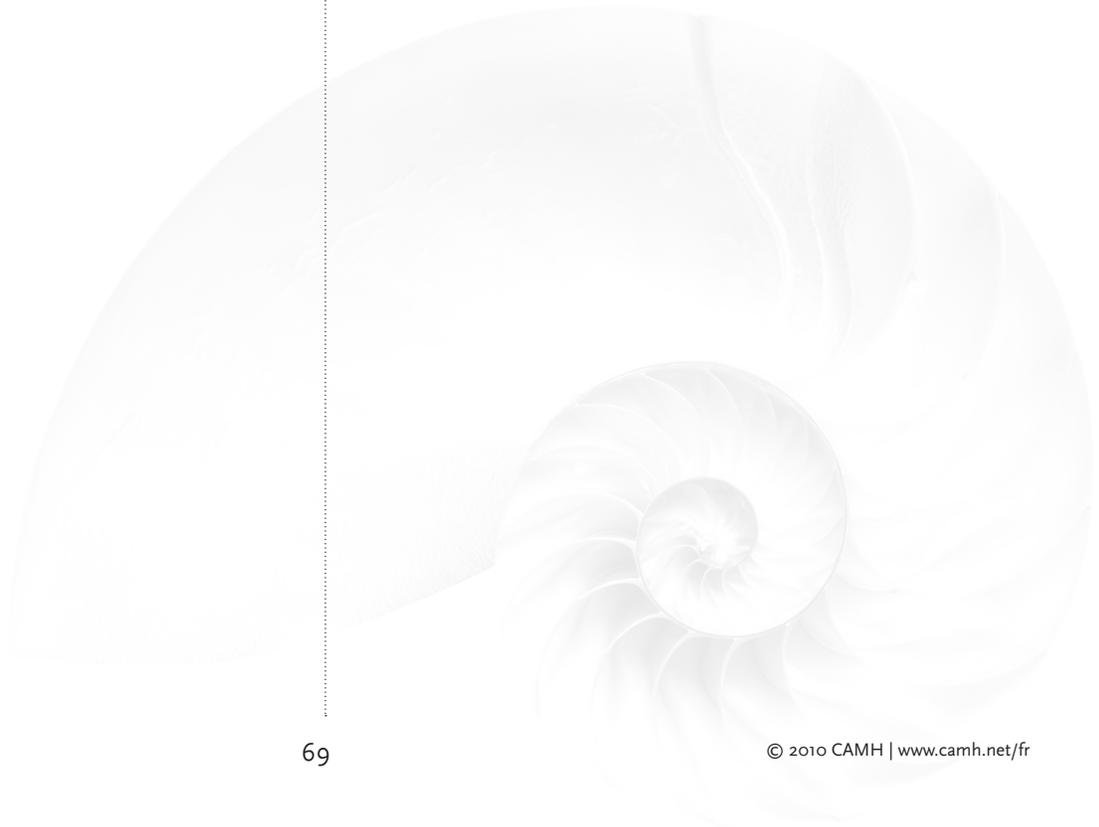
Pour en apprendre davantage :
www.solid-ground.org/GetInvolved/Volunteer/RSVP/Pages/default.aspx

U.K. Department of Health's mental health services for older people

Buts et objectifs

- Favoriser la bonne santé mentale des personnes âgées.
- Traiter et appuyer les personnes âgées aux prises avec la démence et la dépression.

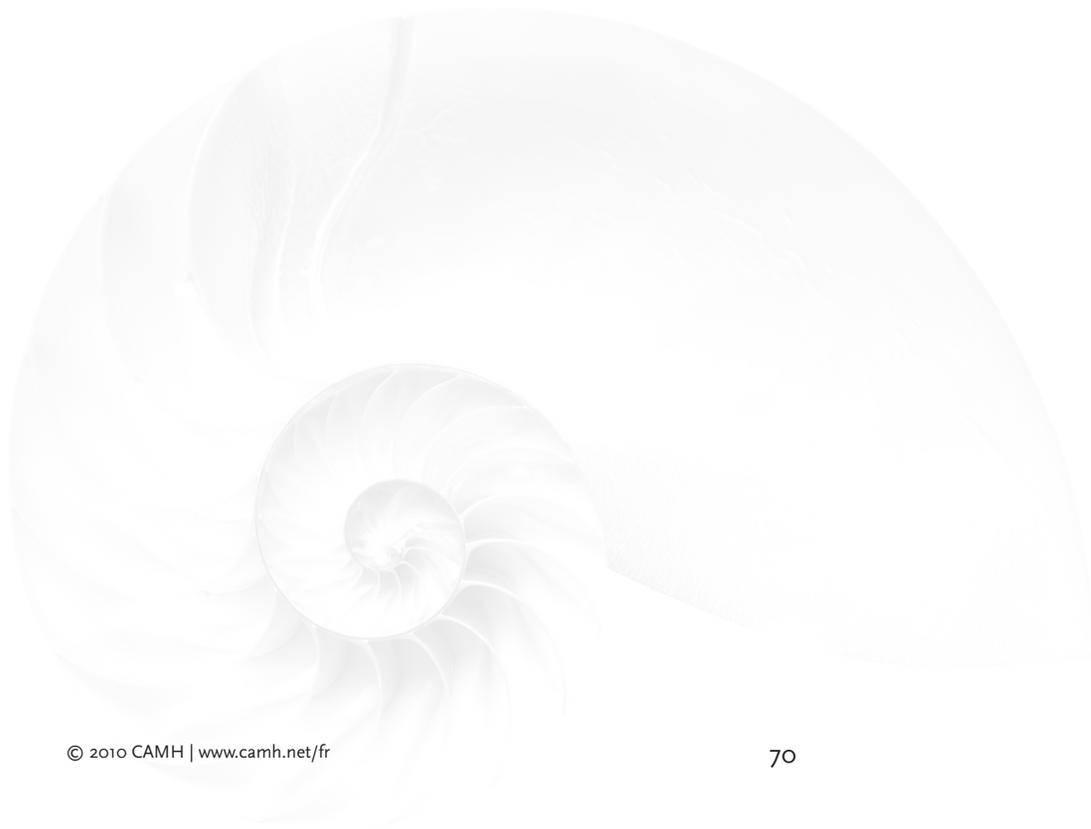
Pour en apprendre davantage :
www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Deliveringadultsocialcare/Olderpeople/DH_079329



Annexe 1

Fiches descriptives

La présente fiche descriptive peut aider les praticiens à planifier et à mettre en œuvre des initiatives de promotion de la santé mentale. Elle est suivie par une fiche descriptive modèle indiquant comment elle a été utilisée dans le cadre d'une initiative de promotion de la santé mentale.



Information sur la fiche descriptive

Raison d'être de la fiche descriptive

La présente fiche descriptive constitue un élément important de la ressource *Directives sur les meilleures pratiques à appliquer pour les programmes de promotion de la santé mentale pour les personnes de 55 ans+*. Il s'agit d'un outil qui aidera les prestataires de services à déterminer les directives qui pourraient être adoptées dans le cadre d'initiatives de promotion de la santé mentale pour les personnes âgées, qu'elles existent déjà ou soient nouvelles. Comme certaines directives peuvent s'avérer prioritaires et d'autres, au contraire, d'aucune utilité pour votre initiative précise, nous vous recommandons de vous concentrer sur les directives qui conviennent le mieux à votre initiative lorsque vous remplissez la fiche descriptive. Cette fiche descriptive ne se veut pas un outil d'évaluation, mais plutôt une ressource d'orientation pour la planification, l'application et la promotion des meilleures pratiques en santé mentale dans le cadre de votre intervention.

Pourquoi utiliser la fiche descriptive ?

1. Si vous utilisez la fiche descriptive pour appliquer les directives sur les meilleures pratiques, elle contribuera à constituer des preuves qui seront utiles pour faire progresser le domaine de la promotion de la santé mentale auprès des personnes âgées.
2. Si vous vous reportez au Guide vous comprendrez mieux les enjeux auxquels sont confrontées les personnes âgées et en quoi votre initiative peut faire mieux pour leur venir en aide.
3. Si vous fournissez de l'information au moyen de cette fiche descriptive, vous pouvez aider d'autres organismes et prestataires de services à appliquer de telles pratiques destinées à porter secours aux personnes âgées.
4. Si vous documentez vos démarches sur la fiche descriptive, vous pourriez constater le plein potentiel de votre initiative d'habiliter les personnes âgées et de les amener à acquérir de nouvelles aptitudes.

5. Si vous utilisez le Guide et remplissez la fiche descriptive, il en résultera une analyse soignée de vos efforts et vous comprendrez mieux vos points forts. Vous pourrez aussi mieux cerner les secteurs à améliorer. Votre travail en sera donc plus efficace.
6. La documentation permettra de communiquer aux autres vos réalisations.
7. Le fait de décrire les accomplissements qu'ont permis vos efforts peut mieux faire valoir votre organisation, ce qui pourrait avoir comme effet d'accroître vos possibilités de financement ou d'appui supplémentaire.

Comment se servir de la fiche descriptive

La fiche descriptive, des plus conviviales, vous aide à déterminer où se situe exactement votre initiative pour ce qui est des directives et des réalisations futures que vous visez.

- La première colonne du tableau comporte les onze directives applicables à la promotion de la santé mentale des personnes âgées. Elles sont formulées comme des questions pour vous faire penser à la façon dont votre intervention est associée à chacune d'elles ou alors sans rapport avec elles.
- La seconde colonne vous fournit plus de détails sur chaque question propre à une Directive et vous propose des suggestions quant à la manière de procéder pour adopter pareilles pratiques dans le cadre de votre initiative. Elle peut aussi servir de liste de vérification préliminaire sur laquelle vous cochez les actions que vous avez déjà prises. Veuillez également vous reporter à l'ensemble initial de directives pour un supplément d'information et des exemples propres à chaque action.
- La troisième colonne vous permet de déterminer comment vous progressez jusqu'à présent pour ce qui est de l'application des directives sur les meilleures pratiques. Il sera utile ici de vous reporter aux buts et aux objectifs de votre initiative. Toutefois, ne vous sentez pas obligé de remplir chaque rangée – ne remplissez que les champs qui conviennent à votre initiative. Vous voudrez peut-être y ajouter des notes générales auxquelles vous pourrez vous reporter pour la progression à venir de votre initiative.
- La quatrième colonne vous aidera à cerner les lacunes de votre initiative et les améliorations possibles. Soyez réaliste et fixez les buts que votre initiative devra atteindre au cours de l'année. Il se pourrait toutefois que vous trouviez

que vous avez fait tout ce qu'il était possible de faire. Vous n'auriez alors rien à inscrire dans cette colonne.

- La cinquième colonne vous permet de documenter les actions précises que vous prévoyez pour atteindre vos buts d'ici l'an prochain. Il peut aussi s'agir d'une occasion de collaborer avec d'autres utilisateurs de vos services afin de connaître leur opinion sur les améliorations que vous pourriez apporter à votre initiative et aux services fournis aux personnes âgées. Par ailleurs, si vous avez déjà atteint vos buts, cette colonne peut vous être inutile.
- La dernière colonne sert à indiquer la date à laquelle vous devrez avoir atteint ces buts, puis vous pourrez ensuite cocher ce que votre initiative a permis de réaliser au cours d'une certaine période. La fiche descriptive constitue un outil de longue durée que vous pouvez reproduire en vue de l'évolution de votre initiative visant à promouvoir la santé mentale des personnes âgées.



Exemple de fiche descriptive d'initiatives de promotion de santé mentale auprès de personnes de 55 ans + :

Date : _____

Nom de l'initiative : _____

Questions fondées sur les directives	Mesures liées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?
<p>1. Votre initiative a-t-elle cerné une population particulière et s'adresse-t-elle à celle-ci (par ex. aînés qui vivent sous le seuil de pauvreté, qui sont retraités, etc.) en...</p>	...déterminant les besoins de cette population particulière (en prenant en compte tous les aspects de la santé mentale et physique) ?				
	...prenant en considération la transition de vie propre à la ou aux populations en cause ?				
	... définissant quand, comment et où il est possible d'atteindre cette ou ces populations ?				
	... planifiant des façons d'amener cette population à participer à tous les aspects de la planification, de l'élaboration et de l'évaluation du programme ?				
	...procédant autrement ?				

Questions fondées sur les directives	Mesures liées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?
<p>2. Votre initiative s'attaque-t-elle aux facteurs de risque et de protection (y compris les déterminants de la santé) qui peuvent être source de soucis pour la santé mentale des aînés et modifie-t-elle ceux-ci en...</p>	<p>... définissant les facteurs de risque et de protection pertinents, y compris les déterminants de la santé (p. ex. l'estime de soi) ?</p>				
	<p>... évaluant les facteurs et les déterminants qui peuvent être modifiés et la façon dont ils peuvent l'être ?</p>				
	<p>... élaborant un plan pour améliorer les facteurs de protection, réduire les facteurs de risque et influencer les déterminants de la santé pertinents pour la population cible ?</p>				
	<p>... procédant autrement ?</p>				

Questions fondées sur les directives	Mesures liées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?
<p>3. Votre initiative s'applique-t-elle dans des cadres multiples en...</p>	<p>...prenant en compte tous les aspects du cadre et de l'environnement qui touchent les personnes âgées (p. ex. les normes, les politiques, l'environnement social et physique) ?</p> <p>... élaborant des stratégies pour intervenir dans divers cadres ?</p> <p>...encourageant et en appuyant l'autonomie ?</p> <p>...évaluant les questions d'accessibilité et en tenant compte ?</p> <p>...examinant comment la façon dont les personnes âgées utilisent l'espace influe sur leur santé mentale (p. ex. organisation de clubs de marche dans des centres commerciaux) ?</p> <p>... tentant d'améliorer et de créer l'environnement physique et social propre au cadre ?</p> <p>...procédant autrement ?</p>				

Questions fondées sur les directives	Mesures reliées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?
4. Votre initiative aide-t-elle les professionnels et les non-professionnels à établir avec les personnes âgées des relations marquées par la compassion et la confiance, en...	... fournissant de la formation sur le vieillissement et les transitions liées à l'âge ?				
	... donnant de l'information et de la formation au sujet de la santé mentale et des problèmes de toxicomanie ?				
	... sensibilisant davantage les gens sur les préjugés et la discrimination qui sont associés au vieillissement (âgisme) ainsi qu'aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie ?				
	... faisant participer et en formant des personnes âgées pour qu'elles puissent appuyer leurs pairs et servir d'éducateurs?				
	... procédant autrement ?				

Questions fondées sur les directives	Mesures reliées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?
5. Votre initiative met-elle l'accent sur l'autonomisation et la résilience en...	... offrant de la formation aux personnes âgées pour qu'elles acquièrent des habiletés (p. ex. estime de soi, gestion du stress, solution de problèmes, etc.) ?				
	... offrant de la formation aux membres de la famille, aux autres aidants et aux pairs pour qu'ils acquièrent des habiletés ?				
	... traitant les sentiments des clients avec respect et dignité ?				
	... encourageant une participation active?				
	... faisant la promotion de l'éducation permanente des personnes âgées, y compris l'alphabétisme ?				
	... procédant autrement ?				

Questions fondées sur les directives	Mesures liées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?
<p>6. Votre initiative favorise-t-elle des systèmes de soutien complets en...</p>	<p>... facilitant l'établissement ou l'amélioration d'un solide réseau de soutien pour les personnes âgées (y compris le soutien émotionnel, social et physique grâce à des services communautaires, etc.) ?</p>				
	<p>... facilitant le réseautage et la collaboration entre les services et les organisations (p. ex. centres de service social, services récréatifs, sports et autres clubs, etc.) ?</p>				
	<p>...établissant un système d'appui complet accessible aux personnes âgées ?</p>				
	<p>...procédant autrement</p>				

Questions fondées sur les directives	Mesures reliées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?
7. Votre initiative a-t-elle recours à de multiples interventions en...	...planifiant une approche globale faisant appel à des stratégies multiples (y compris détermination des obstacles aux services, élaboration d'une politique de santé publique, création de milieux de soutien, renforcement des actions de la communauté, acquisition de compétences personnelles, réorientation des services de santé et constitution de nouveaux réseaux sociaux) ?				
	...adoptant, pour joindre divers publics, des stratégies dont les formats conviennent aux besoins et aux préférences de ces publics ?				
	...utilisant des stratégies qui se renforcent les unes les autres pour atteindre un objectif commun ?				
	...mettant en place toute une gamme de stratégies (p. ex. service d'approche, visites à domicile, programmes de vie active, éducation permanente) ?				
	...procédant autrement ?				

Questions fondées sur les directives	Mesures reliées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?	
8. Votre initiative s'assure-t-elle que l'information et les services fournis conviennent sur le plan culturel en plus d'être équitables et globaux en...	...considérant la personne dans son entier et en prenant en compte les facteurs physiques, émotionnels, spirituels, religieux, mentaux et sociaux qui influent sur sa santé mentale ?					
	...facilitant aux personnes âgées l'accès à des réseaux sociaux de soutien appropriés et adaptés à la culture du public visé ?					
	...fournissant de l'information pertinente (p. ex. au sujet des changements de vie et de la santé mentale), d'une manière qui convient sur le plan culturel et qui est compréhensible ?					
	... facilitant la participation des groupes minoritaires ?					
	...s'occupant directement des besoins des personnes démunies sur le plan social ?					
	...comprenant l'impact des préjugés et en travaillant à les faire disparaître ?					
	...procédant autrement ?					

Questions fondées sur les directives	Mesures reliées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?
<p>9. Votre initiative met-elle en jeu de multiples parties prenantes en...</p>	<p>...engageant de multiples secteurs (p. ex. éducation, santé publique, services médicaux, gouvernements, communauté, soins de longue durée et communautaire, récréation, habitation, financement, transport, communautés religieuses, etc.) ?</p> <p>...faisant intervenir différents joueurs de divers paliers (p. ex. gouvernements, parties prenantes à but lucratif ou sans but lucratif, etc.) ?</p> <p>... faisant participer différents membres de l'équipe de soins associée (p. ex. membres de la famille et autres aidants naturels, professionnels des soins de santé, travailleurs sociaux, fournisseurs de service communautaire, etc.) ?</p> <p>...permettant aux membres de la population cible de personnes âgées de prendre part à la planification et au processus de prise de décisions (p. ex. en fournissant le transport pour les réunions et des modes de paiement pour les dédommager pour leur temps, etc.) ?</p> <p>...convenant d'une vision commune pour la promotion de la santé mentale parmi les multiples parties prenantes ?</p> <p>...procédant autrement ?</p>				

Questions fondées sur les directives	Mesures reliées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?
<p>10. Votre initiative tire-t-elle parti des occasions de changement organisationnel, d'élaboration de politique et de défense des intérêts en...</p>	<p>... mobilisant les personnes de plus de 55 ans pour qu'elles se portent à la défense de leurs intérêts et de ceux des autres ?</p> <p>...prenant connaissance des initiatives des gouvernements et des lois à venir et en les vérifiant pour cerner tout changement qui incorpore une approche de promotion de la santé mentale et influencer celui-ci ?</p> <p>... menant des sondages auprès de clients et/ou du personnel pour évaluer le climat organisationnel d'une agence ?</p> <p>...travaillant avec des membres de la communauté, des cadres et le personnel de l'agence et les personnes âgées elles-mêmes à la création de lieux de travail et d'une communauté qui veillent à la promotion de la santé ?</p> <p>... donnant l'occasion aux membres de la communauté et aux personnes âgées de soulever des questions et d'amorcer un dialogue pour régler les problèmes ?</p> <p>...définissant les initiatives en matière de politique pour influencer tous les aspects de la vie communautaire, y compris le cadre résidentiel (c.-à-d. des centres de soins de longue durée) ?</p> <p>...procédant autrement ?</p>				

Questions fondées sur les directives	Mesures reliées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?
11. Votre initiative démontre-t-elle un engagement à long terme à l'endroit de la planification, de l'élaboration et de l'évaluation du programme en...	...effectuant une évaluation situationnelle pour appuyer la conception d'initiatives, en prenant en compte la diversité de la ou des populations ainsi que leurs forces et leurs atouts ?				
	... définissant clairement à qui s'adressent les programmes de promotion de la santé mentale, les interventions et les politiques en la matière ?				
	...amenant les membres de la ou des populations visées à participer à la conception et à la mise en place du programme ?				
	...s'assurant que la durée et l'intensité de l'intervention conviennent à la ou aux populations ciblées et procurera les résultats escomptés ?				
	... révisant sans cesse les objectifs du programme pour assurer la progression vers les objectifs ?				
	...s'assurant que les méthodes et les mécanismes de collecte des données sont en place ?				

Questions fondées sur les directives	Mesures reliées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?
	<p>...proposant un processus d'évaluation qui énonce clairement les résultats et prend en compte les résultats et les indicateurs de processus ?</p> <p>...tirant parti de diverses disciplines ?</p> <p>...examinant et utilisant des programmes, des interventions et des politiques fondés sur la recherche qui ont fait leurs preuves ?</p> <p>...procédant autrement ?</p>				

Exemple de fiche descriptive d'initiatives de promotion de santé mentale auprès de personnes de 55 ans + :

Date : avril 2010

Name de l'initiative: Fit, Fun & Fully Alive! (cours de conditionnement physique pour les aînés) (FFFA)

Exemple de
feuille de travail

Questions fondées sur les directives	Mesures reliées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?	
<p>1. Votre initiative a-t-elle cerné une population particulière et s'adresse-t-elle à celle-ci (par ex. aînés qui vivent sous le seuil de pauvreté, qui sont retraités, etc.) en...</p>	<p>...déterminant les besoins de cette population particulière (en prenant en compte tous les aspects de la santé mentale et physique) ?</p>	<p>Cibler la population définie : personnes âgées des régions WB et AB du comté de Renfrew</p>	<p>S. O.</p>	<p>S. O.</p>		
	<p>...prenant en considération la transition de vie propre à la ou aux populations en cause ?</p>	<p>Les instructeurs bénévoles connaissent bien les participants (groupe cible) et répondront dans la mesure du possible aux enjeux du programme liés à la transition de vie (p. ex. tout nouveau retraité intéressé sera accueilli dans le groupe ; on fera appel à des instructeurs bénévoles supplémentaires si des personnes en convalescence ont besoin d'une aide individuelle pour continuer à participer).</p>	<p>S. O.</p>	<p>S. O.</p>		
	<p>... définissant quand, comment et où il est possible d'atteindre cette ou ces populations ?</p>	<p>Fait : plan promotionnel établi et revu chaque année.</p>	<p>S. O.</p>	<p>S. O.</p>	<p>S. O.</p>	<p>S. O.</p>
	<p>... planifiant des façons d'amener cette population à participer à tous les aspects de la planification, de l'élaboration et de l'évaluation du programme ?</p>	<p>Les participants sont priés de remplir un sondage imprimé deux fois l'an et de prendre part à des exposés, aux processus d'examen du programme et à de la formation, le cas échéant.</p>	<p>Trouver d'autres occasions d'engager le groupe cible et les instructeurs bénévoles dans la planification du programme.</p>	<p>Révision du plan ; mesures établies et vérifiées</p>	<p>D'ici juin 2010</p>	
	<p>...procédant autrement ?</p>					

Questions fondées sur les directives	Mesures reliées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?	
<p>2. Votre initiative s'attaque-t-elle aux facteurs de risque et de protection (y compris les déterminants de la santé) qui peuvent être source de soucis pour la santé mentale des aînés et modifie-t-elle ceux-ci en...</p>	<p>...définissant les facteurs de risque et de protection pertinents, y compris les déterminants de la santé (p. ex. l'estime de soi) ?</p>	<p>Les facteurs de risque : inactivité physique, isolement social, faible revenu, maladie chronique. Les facteurs de protection : contraintes aux précédents (p. ex. occasions de faire de l'exercice, programme offert dans des collectivités locales ; don volontaire à chaque cours selon ses moyens).</p>	<p>Examen annuel des facteurs de risque et des facteurs de protection dans le cadre de la révision du plan d'action et, particulièrement, la collecte de dons et l'analyse des occasions que peuvent fournir les cours en rapport avec d'autres facteurs de risque ou déterminants de la santé.</p>	<p>Révision du plan d'action ; mesures établies et vérifiées</p>	<p>D'ici juin 2010</p>	
	<p>... évaluant les facteurs et les déterminants qui peuvent être modifiés et la façon dont ils peuvent l'être ?</p>	<p>Voir ci-dessus</p>	<p>Voir ci-dessus</p>	<p>Voir ci-dessus</p>	<p>Révision du plan d'action ; mesures établies et vérifiées</p>	<p>D'ici juin 2010</p>
	<p>... élaborant un plan pour améliorer les facteurs de protection, réduire les facteurs de risque et influencer les déterminants de la santé pertinents pour la population cible ?</p>	<p>Voir ci-dessus</p>	<p>Voir ci-dessus</p>	<p>Voir ci-dessus</p>	<p>Révision du plan d'action ; mesures établies et vérifiées</p>	<p>D'ici juin 2010</p>
	<p>... procédant autrement ?</p>					

Questions fondées sur les directives	Mesures liées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?
3. Votre initiative s'applique-t-elle dans des cadres multiples en...	...prenant en compte tous les aspects du cadre et de l'environnement qui touchent les personnes âgées (p. ex. les normes, les politiques, l'environnement social et physique) ?	Évaluation du cadre où se donneront les cours avant de commencer pour prendre en compte comment l'espace répond aux besoins de l'instructeur et des participants pour les cours.	Mise sur pied d'une révision « formelle » du cadre s'appuyant sur une grille créée de manière à cerner les besoins en matière d'espace/cadres pour la mise en œuvre du programme.	Élaboration d'un outil d'inventaire détaillé à utiliser au moment d'examiner de nouveaux espaces possibles pour donner les cours.	D'ici juin 2010
	... élaborant des stratégies pour intervenir dans divers cadres ?	Voir ci-dessus : les cadres englobent des résidences de soins longue durée ; des foyers pour personnes âgées ; des lieux communautaires (p. ex. des arénas, des salles récréatives d'église).	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus
	...encourageant et en appuyant l'autonomie ?				
	...évaluant les questions d'accessibilité et en tenant compte ?	Voir ci-dessus : des lettres de soutien sont fournies sur demande pour obtenir des fonds afin d'aménager l'entrée des immeubles pour faciliter l'accès des personnes âgées.	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus
	...examinant comment la façon dont les personnes âgées utilisent l'espace influe sur leur santé mentale (p. ex. organisation de clubs de marche dans des centres commerciaux) ?	La formation des instructeurs bénévoles met un accent particulier sur la façon d'amener les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale à participer aux cours.	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus
	... tentant d'améliorer et de créer l'environnement physique et social propre au cadre ? ...procédant autrement ?	Voir ci-dessus : Identification au moment de l'évaluation et solution avant le début du programme	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus

Questions fondées sur les directives	Mesures liées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?	
<p>4. Votre initiative aide-t-elle les professionnels et les non-professionnels à établir avec les personnes âgées des relations marquées par la compassion et la confiance, en...</p>	<p>Mesures liées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)</p> <p>... fournissant de la formation sur le vieillissement et les transitions liées à l'âge ?</p>	<p>Dans le cadre des cours offerts aux professeurs de conditionnement physique destiné aux aînés (SFIC), cours de recyclage bisannuels, présentations aux réunions.</p>	<p>Maintien du calendrier de formation actuel ; partage des occasions de formation pertinentes avec les instructeurs bénévoles (p. ex. formation Corps à cœur ; conférence annuelle du CCAA ; autres événements de formation locaux).</p>	<p>Intégration de la planification de la formation dans le plan d'action du programme FFFA.</p>		
	<p>... donnant de l'information et de la formation au sujet de la santé mentale et des problèmes de toxicomanie ?</p>	<p>Comme ci-dessus ; intégré à la formation SFIC mais sans concentration spécifique ou étendue.</p>	<p>Réalisation d'une formation/présentation comportant de l'information spécifique sur les problèmes de toxicomanie.</p>	<p>S.O.</p>		
	<p>...sensibilisant davantage les gens sur les préjugés et la discrimination qui sont associés au vieillissement (âgisme) ainsi qu'aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie ?</p>	<p>Aucun accent particulier dans le programme.</p>				
	<p>...faisant participer et en formant des personnes âgées pour qu'elles puissent appuyer leurs pairs et servir d'éducateurs?</p> <p>...procédant autrement ?</p>	<p>Pour cet élément, accent sur la formation de bénévoles.</p>	<p>Aucun changement nécessaire.</p>	<p>S.O.</p>		

Questions fondées sur les directives	Mesures liées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?
5. Votre initiative met-elle l'accent sur l'autonomisation et la résilience en...	... offrant de la formation aux personnes âgées pour qu'elles acquièrent des habiletés (p. ex. estime de soi, gestion du stress, solution de problèmes, etc.)	Formation axée sur des compétences précises destinée aux instructeurs bénévoles déjà bien intégrée dans la planification (p. ex. cours SFIC, cours de recyclage et autres occasions de formation pertinentes).	S.O.	S.O.	
	... offrant de la formation aux membres de la famille, aux autres aidants et aux pairs pour qu'ils acquièrent des habiletés ?	Voir ci-dessus	S.O.	S.O.	
	... traitant les sentiments des clients avec respect et dignité ?	Voir ci-dessus	S.O.	S.O.	
	... encourageant une participation active ?	Voir ci-dessus	S.O.	S.O.	
	... faisant la promotion de l'éducation permanente des personnes âgées, y compris l'alphabétisme ?	Voir ci-dessus	S.O.	S.O.	
	... procédant autrement ?				

Questions fondées sur les directives	Mesures reliées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?
6. Votre initiative favorise-t-elle des systèmes de soutien complets en...	... facilitant l'établissement ou l'amélioration d'un solide réseau de soutien pour les personnes âgées (y compris le soutien émotionnel, social et physique grâce à des services communautaires, etc.) ?	Instructeurs bénévoles profitant de l'appui du personnel de CSC pour orienter au besoin des participants vers d'autres services de santé et de soutien social et des fournisseurs de service. Le soutien social découlant de la participation dans les classes constitue l'avantage le plus souvent mentionné lors des évaluations.	S.O.	S.O.	
	... facilitant le réseautage et la collaboration entre les services et les organisations (p. ex. centres de service social, services récréatifs, sports et autres clubs, etc.) ?	Formation assurée par le personnel de CSC et avec d'autres fournisseurs de service et organisations (p. ex. personnel de l'hôpital local).	S.O.	S.O.	
	...établissant un système d'appui complet accessible aux personnes âgées ? ...procédant autrement	Voir ci-dessus	S.O.	S.O.	

Questions fondées sur les directives	Mesures liées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?
7. Votre initiative a-t-elle recours à de multiples interventions en...	...planifiant une approche globale faisant appel à des stratégies multiples (y compris détermination des obstacles aux services, élaboration d'une politique de santé publique, création de milieux de soutien, renforcement des actions de la communauté, acquisition de compétences personnelles, réorientation des services de santé et constitution de nouveaux réseaux sociaux) ?	Intervention conçue comme une intervention à cible unique pour augmenter l'activité physique grâce à la participation du groupe cible à des cours de conditionnement physique.	Mise à profit de la révision du plan d'action ; mesures établies et vérifiées	Révision du plan d'action ; mesures établies et vérifiées	D'ici juin 2010
	...adoptant, pour joindre divers publics, des stratégies dont les formats conviennent aux besoins et aux préférences de ces publics ?	Voir ci-dessus	S.O.	S.O.	
	...utilisant des stratégies qui se renforcent les unes les autres pour atteindre un objectif commun ?	Voir ci-dessus	S.O.	S.O.	
	...mettant en place toute une gamme de stratégies (p. ex. service d'approche, visites à domicile, programmes de vie active, éducation permanente) ?	Voir ci-dessus	S.O.	S.O.	
	...procédant autrement ?				

Questions fondées sur les directives	Mesures liées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?	
<p>8. Votre initiative s'assure-t-elle que l'information et les services fournis conviennent sur le plan culturel en plus d'être équitables et globaux en...</p>	<p>...considérant la personne dans son entier et en prenant en compte les facteurs physiques, émotionnels, spirituels, religieux, mentaux et sociaux qui influent sur sa santé mentale ?</p>	<p>Question prise en compte durant l'examen de l'évaluation situationnelle et définition du groupe cible, qui est très homogène sur le plan culturel et linguistique. C'est donc dire que moins de problèmes se posent pour ce qui est des arrangements à faire pour assurer la participation.</p>	<p>Recrutement d'hommes pour la formation SFIC afin qu'ils deviennent des leaders en conditionnement ; objectif visé non pour l'année en cours mais d'ici deux ans.</p>	<p>Incorporation d'activités de recrutement visant des hommes pour la prochaine séance de formation SFIC.</p>	<p>Automne 2010</p>	
	<p>...facilitant aux personnes âgées l'accès à des réseaux sociaux de soutien appropriés et adaptés à la culture du public visé ?</p>	<p>Voir ci-dessus</p>	<p>S.O.</p>	<p>S.O.</p>	<p>S.O.</p>	
	<p>...fournissant de l'information pertinente (p. ex. au sujet des changements de vie et de la santé mentale), d'une manière qui convient sur le plan culturel et qui est compréhensible ?</p>	<p>Réalisé</p>	<p>S.O.</p>	<p>S.O.</p>	<p>S.O.</p>	
	<p>... facilitant la participation des groupes minoritaires ?</p>	<p>Voir ci-dessus</p>	<p>S.O.</p>	<p>S.O.</p>	<p>S.O.</p>	
	<p>...s'occupant directement des besoins des personnes démunies sur le plan social ?</p>	<p>communautés locales pour faciliter l'accès et, par le fait même, réduire les déplacements et les frais connexes ; les participants aux cours sont libres de faire un don.</p>				
	<p>...comprenant l'impact des préjugés et en travaillant à les faire disparaître ?</p>					
<p>...procédant autrement ?</p>						

Questions fondées sur les directives	Mesures liées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?
9. Votre initiative met-elle en jeu de multiples parties prenantes en...	...engageant de multiples secteurs (p. ex. éducation, santé publique, services médicaux, gouvernements, communauté, soins de longue durée et communautaire, récréation, habitation, financement, transport, communautés religieuses, etc.) ?	L'application efficace du programme exige l'engagement de multiples parties prenantes, entre autres, des représentants des locaux communautaires, des partenaires en formation, des partenaires de Corps à cœur, des partenaires de financement, etc.	Analyse du plan du programme terminée et plan d'action révisé	Examen des activités et des résultats des partenariats existants ; évaluation des changements dans la représentation des parties prenantes pour les incorporer dans le plan d'action	Automne 2010
	...faisant intervenir différents joueurs de divers paliers (p. ex. gouvernements, parties prenantes à but lucratif ou sans but lucratif, etc.) ?	Réalisé	S.O.	S.O.	
	... faisant participer différents membres de l'équipe de soins associée (p. ex. membres de la famille et autres aidants naturels, professionnels des soins de santé, travailleurs sociaux, fournisseurs de service communautaire, etc.) ?	Différents membres de l'équipe sont mis à contribution, tant de notre propre organisation que des agences partenaires.	S.O.	S.O.	
	...permettant aux membres de la population cible de personnes âgées de prendre part à la planification et au processus de prise de décisions (p. ex. en fournissant le transport pour les réunions et des modes de paiement pour les dédommager pour leur temps, etc.) ?	L'opinion des instructeurs et des participants est activement recherchée et intégrée dans les exercices de planification du programme ; les frais de kilométrage sont remboursés aux bénévoles et tous les coûts pour l'équipement, les ressources, la certification et la formation sont pris en charge par l'agence.	S.O.	S.O.	
	...convenant d'une vision commune pour la promotion de la santé mentale parmi les multiples parties prenantes ?	Ne constitue pas une cible pour le moment ; groupe cible sera mis à contribution pour le processus de planification stratégique.	S.O.	S.O.	
	...procédant autrement ?				

Questions fondées sur les directives	Mesures liées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?	
10. Votre initiative tire-t-elle parti des occasions de changement organisationnel, d'élaboration de politique et de défense des intérêts en...	... mobilisant les personnes de plus de 55 ans pour qu'elles se portent à la défense de leurs intérêts et de ceux des autres ?	Aucune stratégie ou activité précise du programme conçue pour régler cette question.	Au moment de la révision du programme, prise en compte de la possibilité et de la pertinence d'intégrer des activités de défense des intérêts.	Intégration dans le plan d'action du programme FFFA		
	...prenant connaissance des initiatives des gouvernements et des lois à venir et en les vérifiant pour cerner tout changement qui incorpore une approche de promotion de la santé mentale et influencer celui-ci ?	Ne constitue pas une activité spécifique de ce programme.	S.O.	S.O.		
	... menant des sondages auprès de clients et/ou du personnel pour évaluer le climat organisationnel d'une agence ?	Effectué à l'échelle du Conseil. Effectué chaque année pour le Centre et deux fois par année pour l'évaluation du programme.	S.O.	S.O.		
	...travaillant avec des membres de la communauté, des cadres et le personnel de l'agence et les personnes âgées elles-mêmes à la création de lieux de travail et d'une communauté qui veillent à la promotion de la santé ?	Intégré au Modèle de soins du CSC et exigé dans le cadre de notre travail en tant que CSC.	S.O.	S.O.		
	... donnant l'occasion aux membres de la communauté et aux personnes âgées de soulever des questions et d'amorcer un dialogue pour régler les problèmes ?	Intégré au Modèle de soins du CSC et exigé dans le cadre de notre travail en tant que CSC.	S.O.	S.O.		
	...définissant les initiatives en matière de politique pour influencer tous les aspects de la vie communautaire, y compris le cadre résidentiel (c.-à-d. des centres de soins de longue durée) ?	S.O.	S.O.	S.O.		
...procédant autrement ?						

Questions fondées sur les directives	Mesures liées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?	
<p>11. Votre initiative démontre-t-elle un engagement à long terme à l'endroit de la planification, de l'élaboration et de l'évaluation du programme en...</p>	<p>...effectuant une évaluation situationnelle pour appuyer la conception d'initiatives, en prenant en compte la diversité de la ou des populations ainsi que leurs forces et leurs atouts ?</p>	<p>En cours</p>	<p>Analyse du plan du programme terminée et plan d'action révisé en fonction des meilleures pratiques pour ce qui est de la planification du programme et de l'évaluation.</p>	<p>Intégration dans le plan d'action du programme FFFA.</p>	<p>Automne 2010</p>	
	<p>... définissant clairement à qui s'adressent les programmes de promotion de la santé mentale, les interventions et les politiques en la matière ?</p>	<p>Non effectué lors de la mise en place initiale du programme, mais fait maintenant partie de la révision courante du programme.</p>				
	<p>...amenant les membres de la ou des populations visées à participer à la conception et à la mise en place du programme ?</p>	<p>Non effectué lors de la mise en place initiale du programme, mais fait maintenant partie de la révision courante du programme.</p>	<p>Mise à profit de la révision du plan d'action ; mesures établies et vérifiées.</p>	<p>Révision du plan d'action ; mesures établies et vérifiées.</p>		
	<p>...s'assurant que la durée et l'intensité de l'intervention conviennent à la ou aux populations ciblées et procurera les résultats escomptés ?</p>	<p>Formation des bénévoles élaborée par le Canadian Centre for Activity and Aging (agence partenaire) et fondée sur des preuves ; durée des cours et autres éléments de formation pris en compte et évalués annuellement.</p>	<p>S.O.</p>	<p>S.O.</p>		
	<p>... révisant sans cesse les objectifs du programme pour assurer la progression vers les objectifs ?</p>	<p>Non effectué systématiquement ou uniformément, mais le programme est passé en revue dans le cadre de l'examen du plan de travail du promoteur de la santé annuel.</p>	<p>Mise à profit de la révision du plan d'action ; mesures établies et vérifiées.</p>	<p>Révision du plan d'action ; mesures établies et vérifiées.</p>		
	<p>...s'assurant que les méthodes et les mécanismes de collecte des données sont en place ?</p>	<p>Effectué par le système de gestion des données (Purkinje) ; changements permanents du processus d'amélioration de la qualité par l'intermédiaire de Purkinje et examen du plan du programme.</p>	<p>S.O.</p>	<p>S.O.</p>		

Questions fondées sur les directives	Mesures reliées aux directives (À utiliser comme liste de vérification)	Quels résultats votre initiative a-t-elle atteints jusqu'à présent ?	Quels autres résultats voudriez-vous obtenir d'ici un an ?	Quelles mesures particulières comptez-vous prendre pour y arriver ?	Quand pensez-vous y arriver ?
	<p>...proposant un processus d'évaluation qui énonce clairement les résultats et prend en compte les résultats et les indicateurs de processus ?</p> <p>...tirant parti de diverses disciplines ?</p> <p>...examinant et utilisant des programmes, des interventions et des politiques fondés sur la recherche qui ont fait leurs preuves ?</p> <p>...procédant autrement ?</p>	<p>Non effectué systématiquement ou uniformément, mais le programme est passé en revue dans le cadre de l'examen du plan de travail du promoteur de la santé annuel.</p> <p>Vois les actions propres à la question 9.</p> <p>SFIC est fondé sur un programme de formation basé sur des preuves offert par l'entremise du CCAA.</p>	<p>Mise à profit de la révision du plan d'action ; mesures établies et vérifiées.</p> <p>Mise à profit de la révision du plan d'action ; mesures établies et vérifiées.</p>	<p>Révision du plan d'action ; mesures établies et vérifiées.</p> <p>Révision du plan d'action ; mesures établies et vérifiées.</p>	

Annexe 2

Ressources sur le Web

Nota : Toutes les adresses Web étaient exactes au 29 juin 2011.

Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s (CVAA) :
www.alcoa.ca

Alcohol and Seniors :
www.agingincanada.ca

American Psychological Association :
www.apa.org/topics/aging/index.aspx

Coalition canadienne pour la santé mentale des aînés :
www.ccsmh.ca

Publication de l'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 :
www.marketingisland.com/CMHA/pages/product.asp?id=2504 (appuyer sur Français)

Culture Counts: A Roadmap to Health Promotion :
www.camh.net/About_CAMH/Health_Promotion/Community_Health_Promotion/Culture_Counts_Guide/

Page de l'Alliance européenne de Santé publique sur le vieillissement et les personnes âgées :
www.epha.org/r/37

Réseau européen pour la Promotion de la santé mentale et la Prévention des troubles mentaux :

www.gencat.cat/salut/imhpa/Du32/html/en/Du32/index.html (en anglais)

Mental Health: A Report of the Surgeon General (U.S.):

www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/home.html

Mental Health Foundation (U.K.) :

www.mentalhealth.org.uk

Mental Health Foundation of New Zealand :

www.mentalhealth.org.nz/

National Programme for Improving Mental Health and Well-Being: Addressing Mental Health Inequalities in Scotland—Equal Minds :

www.scotland.gov.uk/Publications/2005/11/04145113/51135

National Institute of Mental Health (U.S.) :

www.nimh.nih.gov/health/topics/older-adults-and-mental-health/index.shtml

Health Scotland: Health Ageing :

www.healthscotland.com/topics/stages/healthy-ageing/index.aspx

Réseau national pour la santé mentale :

www.nnmh.ca

Project Seagull — Seniors Education and Alcohol :

www.projectseagull.ca

Agence de santé publique du Canada :

<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/mh-sm/mhpo2-psmo2/2-fra.php>

Seniors Mental Health :

www.seniorsmentalhealth.ca/

Spry Foundation—Setting Priorities for Retirement Years:

www.spry.org

Page de l'Organisation mondiale de la santé sur le vieillissement et la santé mentale :

www.who.int/mental_health/resources/ageing/en/index.html

Annexe 3

Glossaire

Accessibilité : Une mesure de la proportion d'une population qui peut avoir accès à des services de santé appropriés. Par exemple, l'accessibilité culturelle aide à évaluer si l'accès à des services de santé est entravé par la langue, des tabous culturels, des croyances ou des valeurs.

Action communautaire pour la santé : Les efforts collectifs que déploie une communauté dans le but d'accroître sa maîtrise des déterminants de la santé et d'améliorer ainsi l'état de santé de la communauté entière.

Auto-efficacité : « Croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières qui influent sur les événements qui ont des répercussions sur leur vie. Le sentiment d'efficacité personnelle détermine le mode de penser, les sentiments, le degré de motivation et le comportement des gens. » (Bandura, 1994)

Conditions à risque : Les conditions sociales, politiques, environnementales ou biologiques qui rendent plus vulnérables à une maladie, à une blessure ou à des problèmes de santé précis ou qui en sont la cause (Nutbeam, 1998). Les conditions à risque (p. ex. un logement inférieur aux normes) découlent habituellement d'une politique publique qui n'est pas saine et peuvent être modifiées grâce à des mesures collectives et une réforme sociale (Agence de Santé publique du Canada, 2002).

Déterminants de la santé : Ils rendent compte du fait que la santé dépend d'interactions complexes entre des facteurs sociaux et économiques, l'environnement physique et le comportement individuel. La plupart du temps, l'expression fait référence à des facteurs non liés au mode de vie comme le revenu, le logement, la paix, l'alimentation et l'emploi.

Développement communautaire : Toute action qui engage les membres de la communauté ayant le potentiel de transformer les conditions locales de façon positive. Le développement communautaire doit mettre l'accent sur

l'établissement de relations sociales et de réseaux de communication et contribuer au bien-être social des membres de la communauté.

Le développement communautaire aide les communautés à mieux maîtriser les questions de santé ainsi que les enjeux sociaux et économiques qui les touchent en s'appuyant sur leurs forces. Le développement communautaire reconnaît que certaines communautés ont accès à moins de ressources que d'autres et qu'il faut donc leur venir en aide. Les réseaux, le financement continu et des infrastructures efficaces contribuent à une action communautaire soutenue.

Développement des moyens d'action : « Travail qui renforce la capacité des communautés à parfaire leurs structures, systèmes, membres et aptitudes de sorte à pouvoir mieux définir et atteindre leurs objectifs, s'engager davantage dans la consultation et la planification, gérer plus efficacement des projets communautaires et prendre part au partenariat. Sont compris des aspects de formation, de développement personnel et organisationnel et de constitution de ressources organisés de manière planifiée et consciente qui traduisent les principes de l'autonomisation et de l'égalité. » (traduction libre) (Skinner, 1997, cité par Bush, 1999)

Éducation en matière de santé : Voir Éducation pour la santé communautaire.

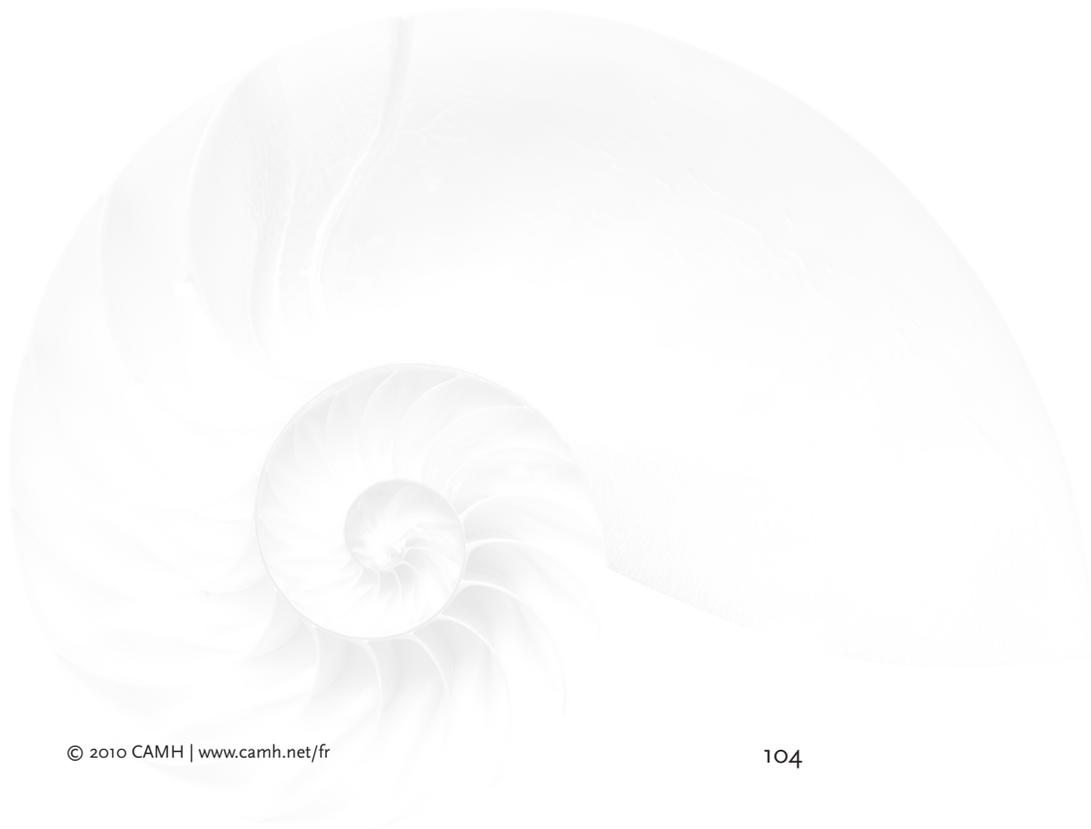
Éducation pour la santé communautaire (ou éducation pour la santé dans la communauté) : L'éducation en santé communautaire ne veille pas seulement à communiquer de l'information, mais aussi à favoriser la confiance, les aptitudes nécessaires à la vie quotidienne et la santé communautaire d'ensemble.

Équité/iniquité : L'égalité d'état de santé se traduit par des niveaux de santé équivalents, même entre les groupes dont les situations sociales et économiques divergent (richesse, pouvoir ou prestige). Les inégalités sur le plan de la santé correspondent aux différences d'état de santé entre les divers groupes de gens selon le degré de privilèges sociaux dont ils disposent ou de désavantages sociaux dont ils font l'objet.

Meilleures pratiques : « Les meilleures pratiques en promotion de la santé constituent des ensembles de processus et d'activités en accord avec les valeurs, les buts et l'éthique de la promotion de la santé, les théories, croyances et preuves en la matière, et la compréhension de l'environnement, lesquels sont les plus à même de permettre d'atteindre les buts de la promotion de la santé dans une situation donnée. » (Kahan et Goodstadt, 2005, p. 8).

Politique publique saine : Une politique publique saine se caractérise par une attention explicite à l'égard de la santé et de l'équité dans tous les secteurs d'élaboration de politique, y compris les politiques dans des secteurs non reliés à la santé. Une politique publique saine doit résulter d'un effort collectif dans l'ensemble des secteurs, visant à créer des environnements sociaux et physiques sains (Organisation mondiale de la santé, 1988).

Réseaux de soutien social : Aide de la part d'amis, de membres de la famille, de collègues et d'autres membres de la communauté qui peut atténuer les effets négatifs d'événements de la vie et de conditions de vie, et constituer une ressource positive pour l'amélioration de la qualité de la vie (Nutbeam, 1998).



Références et bibliographie

La présente section comporte une liste des ouvrages de référence cités dans ce document ainsi qu'une bibliographie d'autres ouvrages consultés pour la rédaction.



Références

Agence de la Santé publique du Canada. (2002). Pour une compréhension commune : Une clarification des concepts clés de la santé de la population. [En ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/common-commune/index-fra.php>]. (Consulté le 8 octobre 2009).

Agence de la Santé publique du Canada (2003). Qu'est-ce qui détermine la santé ? [En ligne] Ottawa : auteur. [www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php]. (Consulté le 10 mars 2009).

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V.S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior*, vol. 4 (pp. 71–81). New York: Academic Press.

Bush, R. (1999). Achievements, experiences and opportunities for the future—Capacity building and Public Health. Presentation at NSW Health Capacity Building Forum, Sydney University.

CAMH Healthy Aging Project (2008). Improving our Response to Older Adults with Substance Use, Mental Health and Gambling Problems: A Guide for Supervisors, Managers, and Clinical Staff. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.

Commonwealth Department of Health and Aged Care. (2000). *Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health*. Canberra, Australia: Author. [En ligne : [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/A32F66862E8894ABCA25723E00175229/\\$File/prommon.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/A32F66862E8894ABCA25723E00175229/$File/prommon.pdf)] (Consulté le 10 mars 2009).

Epp, J. (1986). La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé. Ottawa, Santé et Bien-Être social Canada.

Joubert, N. & Raeburn, J. (1998). Mental Health Promotion: People, power and passion. *International Journal of Mental Health Promotion*, 1 (1), 15–22.

Joubert, N., Taylor, L. & Williams, I. (1996). Promotion de la santé mentale : l'heure est venue. Ottawa : Unité de Promotion de la santé mentale, Santé Canada.

Kahan, B. & Goodstadt, M. (2005). *The IDM Manual: A Guide to the IDM (Interactive Domain Model) Best Practices Approach to Better Health* (3rd. ed.).

Toronto: Centre for Health Promotion, Université de Toronto. [En ligne : www.idmbestpractices.ca/idm.php?content=resources-idm] (Consulté le 8 octobre 2009).

Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa : Ministère de l'Approvisionnement et des Services.

MacCourt, P. (2004) *Seniors Mental Health Policy Lens: An Instrument for Developing Policy, Legislation, Programs, and Services That Promote and Support the Mental Health of Older Adults*. Vancouver: British Columbia Psychogeriatric Association. [En ligne : www.seniorsmentalhealth.ca/PolicyLensENG_17_06.pdf]. (Consulté le 5 mars 2009).

Nutbeam, D. (1998). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé. [En ligne : www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf]. (Consulté le 9 mars 2009).

Organisation mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa : Association canadienne de santé publique, Santé et Bien-Être social Canada. [En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_HPR_HEP_95.1.pdf]. (Consulté le 4 mars 2009).

Organisation mondiale de la Santé. (1988). *Politique pour la santé : les recommandations d'Adélaïde*. [En ligne : www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide]. (Consulté le 9 mars 2009).

Organisation mondiale de la Santé. (1999). *Vieillessement : Transcender les mythes*. [En ligne : http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/aisbl-generations/documents/DocPart_Declar_VieillessementMythes.pdf]. (Consulté le 10 mars 2009).

Pearlin, L.I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2–21.

Projet de CAMH sur le vieillissement en santé. (2006). *Quelle approche adopter envers les personnes âgées confrontées à des problèmes de toxicomanie, de santé mentale et de jeu*. (Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale).

Raphael, D. (Ed.). (2004). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Toronto: Canadian Scholars' Press.

Russell, D., Peplau, L.A. & Cutrona, C.E. (1980). The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472–480.

Santé Canada. (2000). Risque, vulnérabilité, résilience : Implications pour le système de santé. Ottawa : Approvisionnement et Services Canada.

Santé et Bien-Être social Canada. (1988). La santé mentale des Canadiens – Vers un juste équilibre. Ottawa.

Solin, P.C.M. (2006). The determinants of mental health: A qualitative analysis of health policy documents. *International Journal of Mental Health Promotion*, 8 (2), 3–11.

Statistique Canada. (2007). Portrait de la population canadienne en 2006, selon l'âge et le sexe, 2006. Âge et sexe. Recensement 2006. Catalogue n° 97-551-XIE.

U.K. Department of Health. (2001). *Making It Happen: A Guide to Delivering Promotion de la santé mentale*. London: Author. [En ligne : www.dh.gov.uk.] (Consulté le 10 mars 2009).

Willinsky, C., & Anderson, A. (2003). *Analysis of Best Practices in Mental Health Promotion across the Lifespan: Final Report*. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale et Bureau de santé publique de Toronto.

Bibliographie

Anderson, A., Huestis, L. & Parent, K. (2002a). *Supporting Seniors' Mental Health: A Guide for Home Care Staff*. Toronto: Canadian Mental Health Association. [En ligne : www.cmha.ca/data/1/rec_docs/159_smhhc_hcguide.pdf] (Consulté le 9 mars 2009).

Anderson, A., Huestis, L. & Parent, K. (2002b). *Favoriser la santé mentale des personnes âgées grâce aux soins et services à domicile : Guide d'élaboration des politiques*. Toronto : L'Association canadienne pour la santé mentale. [En ligne : http://www.cmha.ca/data/1/rec_docs/215_smhhc_polguide.pdf] (Consulté le 9 mars 2009).

Berkels, H., Henderson, J., Henke, N., Kuhn, K., Lavikainen, J., Lehtinen, J. et al. (2004). *Mental Health Promotion and Prevention Strategies for Coping with Anxiety, Depression and Stress Related Disorders in Europe. Final Report, 2001–2003*. Dortmund/Berlin/Dresden: Federal Institute for Occupational Safety and Health, Germany. [En ligne : www.mhe-sme.org] (Consulté le 9 mars 2009).

Blazer, D.G. (2002). Self-efficacy and depression in late life: A primary prevention proposal. *Aging and Mental Health*, 6 (4), 315–324.

Buckingham, B., Manderscheid, R. & Whiteford, H. (2002). Australia's national mental health strategy. *British Journal of Psychiatry*, 180 (3), 210–215.

Canadian Public Health Association. (1998). *Documenting Projects, Activities and Policies in the Field of Mental Health Promotion in Association with CMHA*. Ottawa: Author.

Cattan, M., White, M., Bond, J. & Learmouth A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Aging & Society*, 25 (1), 41–67.

Chaskin, R.J. (1996). *Grassroots Development from the Top Down: Democratic Principles and Organizational Dynamics in a Community Development Initiative*. Unpublished PhD dissertation, University of Chicago.

Ciechanowski, P., Wagner, E., Schmaling, K., Schwartz, S., Williams, B., Diehr, P., Kulzer, J., Gray, S., Collier, C. & Logerfo, J. (2004). *Community-Integrated*

Home-Based Depression Treatment in Older Adults. A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 291(13), 1569-77.

Collins, C. C. (2006). Seniors CAN: Community Community-Based Education to Promote Independence for Older Adults. *The LLI Review*, 1, 60-68. [En ligne : <http://usm.maine.edu/olli/national/lli-review.jsp>] (Consulté le 9 février 2011).

Crankshaw, E., Rabiner, D.J. & O’Keeffe J. United States. (2003). An Overview of Programs and Initiatives Sponsored by DHHS to Promote Healthy Aging: A Background Paper for the Blueprint on Aging for the 21st Century Technical Advisory Group (TAG) Meeting. Washington, DC: Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy, U.S. Department of Health and Human Services. [En ligne : <http://aspe.hhs.gov/daltcp/CaregiverEvent/programs.pdf>] (Consulté le 18 avril 2008).

Dapp, U., Anders, J., von Renteln-Kurse, W. & Meier-Baumgartner, H.P. (2005). Active health promotion in old age: Methodology of a preventive intervention programme provided by an interdisciplinary health advisory team for independent older people. *Journal of Public Health*, 13, 122–127.

Donovan, R.J., James, R., Jalleh, G. & Sidebottom, C. (2006). Implementing Mental Health Promotion: The Act-Belong-Commit Mentally Healthy WA campaign in Western Australia. *International Journal of Mental Health Promotion*, 8 (1), 33–42.

Eisses, A.M.H., Kluiters, H., Jongenelis, K., Pot, A.M., Beekman, A.T.F. & Ormel, J. (2005). Care staff training in detection of depression in residential homes for the elderly: Randomised trial. *British Journal of Psychiatry*, 186, 404–409.

Fedorak, S.A. & Griffin, C. (1986). Developing a self-advocacy program for seniors: The essential component of Health promotion. *Canadian Journal on Aging*, 5 (4), 269–277.

Fernandez-Ballesteros, R. (2005). Evaluation of “Vital Aging-M”: A psychosocial program for promoting optimal aging. *European Psychologist*, 10 (2), 146–156.

Gattuso, S. (2001). Healthy and wise: Promoting mental health in Australian rural elders. *Journal of Mental Health and Aging*, 7 (4), 425–433.

Gattuso, S. (2003). Promoting mental health in rural elders: A pilot program. *Australasian Journal on Aging*, 22 (2), 76–79.

Heenan, D. (2006). Art as therapy: An effective way of promoting positive mental health? *Disability and Society*, 21 (2), 179–191.

Heisel, M.J. & Duberstein, P.R. (2005). Suicide prevention in older people. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12 (3), 242–259.

Hicks, P.J., Epperly Cottrell, L., Barnes, K.A. (2001). Gender, emotional support, and well-being among the rural elderly. *Sex Roles*, 45 (1/2), 15–29.

Hull-Brown, M., Nichol, J. & Luxford L. (2003). Building the knowledge base through mental health promotion practice: A partnership project to support positive aging in Auckland city. *International Journal of Mental Health Promotion*, 5 (2), 25–30.

I-chuan, L. (2004). The effectiveness of a health promotion program for the low-income elderly in Taipei, Taiwan. *Journal of Community Health*, 29 (6), 511–525.

Jané-Llopis E. & Anderson P. (2005). *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe*. Nijmegen, Netherlands: Radboud University Nijmegen. [En ligne : www.gencat.net/salut/imhpa/Du32/html/en/Du32/index.html] (Consulté le 18 avril 2008).

Kumashiro, M. (2003). *Aging and Work*. New York: Taylor and Francis.

Lee, M. (2006). Promoting Mental Health and Well-Being in Later Life: A First Report from the UK Inquiry into Mental Health and Well-Being in Later Life. Age Concern and Mental Health Foundation. [En ligne : <http://lx.iriss.org.uk/sites/default/files/resources/26-Promoting%20Mental%20Health%20and%20Well-being%20in%20Later%20Life%20-%20Inquiry%20Report.pdf>] Consulté le 18 avril 2008.

Mangham, C., McGrath, P., Reid, G. & Stewart, M (1995). *Resilience: Relevance to Health Promotion*. Ottawa. Document de travail soumis à L'Unité de l'alcool et des autres drogues, Santé Canada.

Nakasato, Y.R., Carnes, B.A. (2006). Health Promotion in older adults: Promoting successful aging in primary care settings. *Geriatrics*, 61 (4), 27–31.

Onyx, J. & Warburton, J. (2003). Volunteering and health among older people: A review. *Australasian Journal on Aging*, 22 (2), 65–70.

Public Health Group. (1997). *Making a Pacific Difference: Strategic Initiatives for the Health of Pacific People in New Zealand*. Wellington, New Zealand: Author.

Saxena, S. & Garrison P.J. (2004). *Mental Health Promotion: Case Studies from Countries*. Geneva: World Federation for Mental Health and World Health Organization.

Tanaka, H. & Shirakawa, S. (2004). Sleep health, lifestyle and mental health in the Japanese elderly: Ensuring sleep to promote a healthy brain and mind. *Journal of Psychosomatic Research*, 56 (5), 465–477.

Taylor, L.E., Taylor-Henley, S. & Doan, L. (2005). Older immigrants: Language competencies and mental health. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 24 (2), 23–34.

U.K. Department of Health, Care Service Improvement Partnership. (2005). *Everybody's Business. Integrated Mental Health Services for Older Adults: A Service Development Guide*. London: Author. [En ligne : <http://kc.csip.org.uk/upload/everybodysbusiness.pdf>] (Consulté le 17 avril 2008).

Organisation mondiale de la Santé. (1998). *Growing Older—Staying Well: Ageing and Physical Activity in Everyday Life*. [En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_AHE_98.1.pdf] (Consulté le 18 avril 2008).

Organisation mondiale de la Santé. (2004a). *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options. Summary Report*. Geneva: Author. [En ligne : www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf] (Consulté le 18 avril 2008).

Organisation mondiale de la Santé. (2004b). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. Summary Report*. [En ligne : www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf] (Consulté le 18 avril 2008).

Organisation mondiale de la Santé (n.d.). *Definition of an Older or Elderly Person*. [En ligne : www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/] (Consulté le 18 avril 2008).