Document généré le 19 avr. 2024 15:10

Santé mentale au Québec

Suggestions de priorités d'une efficience et d'une adéquation accrue de l'intervention gérontologique en santé communautaire

E. Becke, A. Bergeron, C. Blanchard, R. Brosseau et D. D'Amour

Volume 10, numéro 1, juin 1985

Parents et enfants

URI : https://id.erudit.org/iderudit/030278ar
DOI : https://doi.org/10.7202/030278ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer ce document

Becke, E., Bergeron, A., Blanchard, C., Brosseau, R. & D'Amour, D. (1985). Suggestions de priorités d'une efficience et d'une adéquation accrue de l'intervention gérontologique en santé communautaire. *Santé mentale au Québec*, *10*(1), 135–137. https://doi.org/10.7202/030278ar

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1985

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Santé mentale au Québec, 1985, X, 1, 135-137.

Communication brève

SUGGESTIONS DE PRIORITÉS D'UNE EFFICIENCE ET D'UNE ADÉQUATION ACCRUE DE L'INTERVENTION GÉRONTOLOGIQUE EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE

La question du troisième âge au Québec et à Montréal devient de plus en plus complexe. Jusqu'à ce jour aucune politique officielle n'a été vraiment articulée pour y faire face.

Les départements de santé communautaire de la région du Montréal métropolitain (06A) ont mandaté un groupe de travail pour étudier la possibilité de développer un programme cadre, en identifiant un certain nombre de problèmes prioritaires pour les personnes âgées et en formulant des recommandations.

Le texte présenté ici constitue donc la conclusion de ce premier rapport qui a été suivi d'une demande de consultation auprès d'une soixantaine d'organismes.

•

La démarche que nous avons faite nous incite à une certaine réflexion sur ce qu'est la santé. Il est certain qu'on ne peut définir la santé en terme de présence ou d'absence de maladie. Il apparaît également peu pertinent de distinguer entre santé physique et santé mentale. L'une ne va pas sans l'autre, et il serait futile de vouloir dire laquelle influence le plus l'autre. Pourtant, tout l'aspect du bien-être psychologique et social des personnes âgées est souvent complètement omis. On semble considérer que c'est un domaine où on ne peut rien faire et on se limite donc aux choses objectives, à savoir les problèmes de santé physique. Tout se passe comme si le malheur, la tristesse, l'insécurité, etc., étaient des caractéristiques inhérentes à la vieillesse, n'ayant rien à voir avec la santé. L'isolement et la pauvreté sont également des problèmes qui se retrouvent fréquemment chez les personnes âgées; toutefois, il ne s'agit pas de problèmes de santé. Là encore, on médicalise la définition de la santé et on la restreint à son caractère physique. Pourtant, aux États-Unis, 25% des suicides (connus) sont le fait de la population âgée, laquelle ne représente pourtant que 10% de la population totale.

Dans le même ordre d'idées, Paul Hus (1977) estime à 20% la proportion de personnes âgées dépressives au Canada. Finalement, l'inclusion des hospitalisations psychiatriques aux statistiques hospitalières nous rappelle que la principale cause d'hospitalisation au Canada est la maladie mentale (Rombout, 1975). Ces données montrent toute l'importance de ce qu'on peut appeler le «bien-être psychologique» des personnes, qu'elles soient âgées ou non. Le bien-être des gens est fonction de nombreux facteurs, notamment: la santé, la sécurité économique, l'environnement, les relations sociales, etc. (Edwards et Klemmack, 1973).

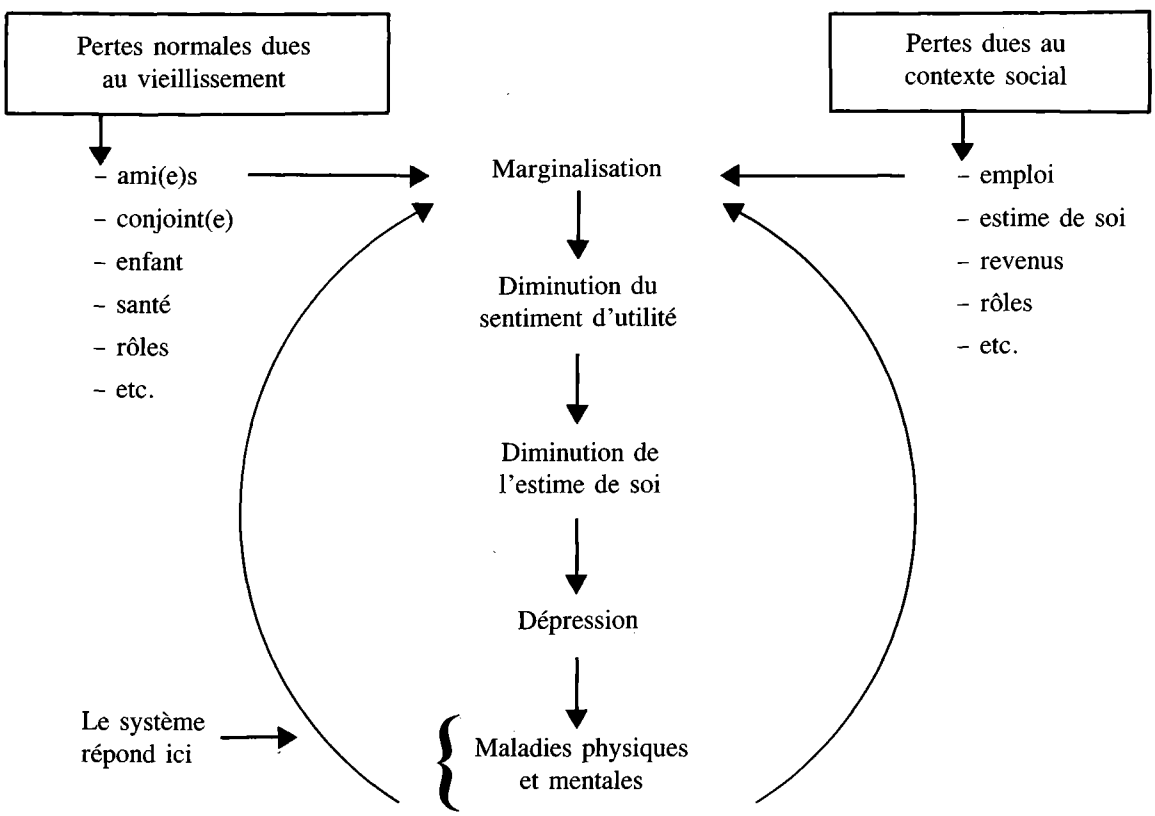
Dans un tel contexte, il est tentant de cesser de parler de santé, ce qui fait trop souvent appel à une conception médicalisante et qui laisse spontanément peu de place aux champs psychologique et social de la vie d'un individu. Si nous voulons voir la santé comme un état de bien-être physique, psychologique et social complet, il serait peut-être préférable de parler du bien-être des gens, puisque c'est de cela qu'il s'agit. Le bien-être d'une personne revêt alors une dimension physique (ce que nous appelons généralement «santé»), une dimension psychologique et une dimension sociale. De cette façon, le vécu psychologique et social des gens reprend sa place et le sentiment de leur valeur personnelle redevient digne d'intérêt dans la compréhension de ce que l'on nommait «santé globale», et que nous appelons ici «bien-être». En adoptant le concept de bien-être plu-

tôt que celui de santé, on est plus spontanément porté à y inclure, outre la santé (physique), le vécu psychologique et social des gens. On pense également davantage à qualité de vie plutôt qu'à quantité de vie. Et cela est nécessaire, car au-delà de la morbidité, il y a la qualité de vie et... le bonheur qu'apporte l'existence.

Pourquoi insister tellement sur le bien-être psychosocial des gens? Les réponses à cette question sont nombreuses. D'abord, parce que souvent, dans les choix de priorités, les problèmes plus «psychologiques et sociaux» semblent éliminés d'emblée. Ensuite, parce qu'il est inutile d'insister sur l'importance des problèmes de santé physique ou sur ceux qu'entraîne la diminution de l'autonomie: en effet, on pense facilement à ce type de problèmes. D'autre part, le bien-être psychologique d'une personne n'est pas étranger à sa santé globale ou à son «bien-être global». Finalement, les personnes âgées sont beaucoup plus que des personnes en perte d'autonomie. Avant tout, elles sont des PERSONNES, et à ce titre, elles ont un vécu psychologique, intellectuel, artistique, etc. Elles sont fières ou non d'elles, elles sont préoccupées, heureuses, anxieuses (qui ne le serait pas à leur place?), etc. Elles vivent en société (du moins on le prétend!), alors leur bien-être est également fonction de la place et du rôle ou de l'absence de rôle que la société leur laisse, et des relations qu'elles peuvent y développer. Il n'est donc pas certain que ce que nous désignons communément sous le terme «perte d'autonomie» ait pour cause quasi exclusive des problèmes de santé physique. Il n'y a pas plus mauvais malade que celui qui, pour une raison ou une autre, ne veut pas guérir ou n'en voit pas l'intérêt.

MARGINALISATION OU INTÉGRATION?

Cela nous ramène au problème global de la marginalisation, problème que nous avons décrit dans notre rapport et qui peut expliquer la situation actuelle des personnes dites âgées ou retraitées. Le schéma suivant illustre un peu notre propos:



Ce tableau démontre bien que nous intervenons habituellement au niveau des symptômes, alors qu'il est parfois trop tard, plutôt qu'au niveau des véritables causes des problèmes des personnes âgées. C'est ce que notre démarche tend à illustrer et c'est pour cela que nous mettons l'accent prioritairement sur d'autres types de problèmes que sur les problèmes de santé physique.

Conséquemment, nos actions doivent s'engager dans la même voie et s'attacher à la prévention primaire des problèmes associés au vieillissement. Cela signifie une implication sociale et communautaire plus poussée, un accent plus grand sur la santé mentale, une intervention plus précoce en terme d'âge, c'est-à-dire auprès des pré-retraités et même plus tôt.

Les problèmes du troisième âge ne sont pas des problèmes qui touchent uniquement les personnes d'un âge donné, par exemple 65 ans et plus. Ce sont des problèmes de vieillissement, qui concernent donc tout le cours de la vie. C'est pourquoi la plus grande sensibilisation possible doit être faite autour de cette question.

Cette sensibilisation est déjà commencée. Nous n'en voulons pour preuve récente que le document *Pour une politique de prévention en santé mentale à l'intention des personnes âgées.* C'est en ce sens également que s'inscrit la démarche de notre groupe de travail. Pour agrandir notre cercle, nous souhaitons que la réflexion se poursuive d'abord au niveau régional, en y associant toutes les personnes concernées. Les suites à donner nous seront alors suggérées par l'ensemble des participant(e)s.

Nous entrevoyons aussi des interventions régionales concertées sur l'une ou l'autre des priorités dégagées dans notre document. L'impact dépendra de la volonté que nous aurons à mettre de l'avant ce qui est proposé.

Finalement, il serait souhaitable que des programmes généraux soient développés pour chacun des problèmes jugés prioritaires dans ce document, ce qui permettrait une action concertée des différents intervenants, éviterait la duplication d'activité et permettrait une plus grande efficience.

Nous invitons les lecteurs et lectrices intéressés à cette problématique à consulter le rapport du groupe de travail intitulé: *Le vieillissement de la population dans la région 06A: suggestions de priorités en vue d'une adéquation accrue de l'intervention gérontologique en santé communautaire,* juillet 1983, 68 pages. Ce document est disponible au comité des programmes du département de santé communautaire de Verdun, tél.: (514) 769-7315.

RÉFÉRENCES

EDWARDS, J., KLEMMACK, D., 1973, Correlates of life satisfaction a re-examination, *Journal of Gerontology, 28,* 497-502.

PAUL HUS, G., 1977, Aspect psychologique du troisième âge, *Le Médecin du Québec.*

ROMBOUT, M.K., 1975, *Les hôpitaux et les personnes âgées: tendances actuelles et futures,* Ottawa, Santé et Bien-être social Canada.

Becke, E., Bergeron, A., Blanchard, C.,
Brosseau, R., D'Amour, D.