



26056

EUR/ICP/PSF 013

7521s

ORIGINAL : ANGLAIS



Handwritten notes:
Mandat de l'OMS à l'adresse
de l'OMS pour l'Écosse
Paris
A.G.O.D.
U.C.

LES DROITS DES PERSONNES AGEES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX
L'ACTION ENGAGEE DANS LA REGION
- L'EXEMPLE ECOSSAIS -

Rapport établi par

le Dr W.D. Boyd

Commission de bien-être mental pour l'Ecosse
Edimbourg, Royaume-Uni

pour

L'Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de l'Europe

1989

EUR/Santé pour tous, but 4

All rights in this document are reserved by the WHO Regional Office for Europe. The document may nevertheless be freely reviewed, abstracted, reproduced or translated, but not for sale or for use in conjunction with commercial purposes. Any views expressed by named authors are solely the responsibility of those authors.

Alle Rechte an diesem Dokument liegen beim WHO-Regionalbüro für Europa. Das Dokument darf jedoch außer zu Verkaufszwecken oder in anderem kommerziellen Zusammenhang ohne vorherige Genehmigung rezensiert, in Auszügen gebracht, vervielfältigt oder übersetzt werden. Die in dem Dokument zum Ausdruck gebrachten Ansichten geben ausschließlich die Meinung der namentlich angeführten Autoren wieder.

Tous les droits relatifs à ce document sont réservés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Il peut cependant être commenté, résumé, reproduit ou traduit sans autorisation, pour autant qu'il ne s'agisse pas d'un usage lié directement ou indirectement à des fins commerciales. Les vues exprimées par des auteurs nommément désignés n'engagent que la responsabilité de ces derniers.

Европейское региональное бюро ВОЗ оставляет за собой все права, связанные с настоящим документом. Тем не менее его можно свободно рецензировать, реферировать, воспроизводить или переводить. Не разрешается лишь продажа документа, либо иное его использование в коммерческих целях. Всю ответственность за любые, выраженные в подписанных авторами статьях, несут сами авторы.

BUT 4

Réduire la morbidité et l'incapacité

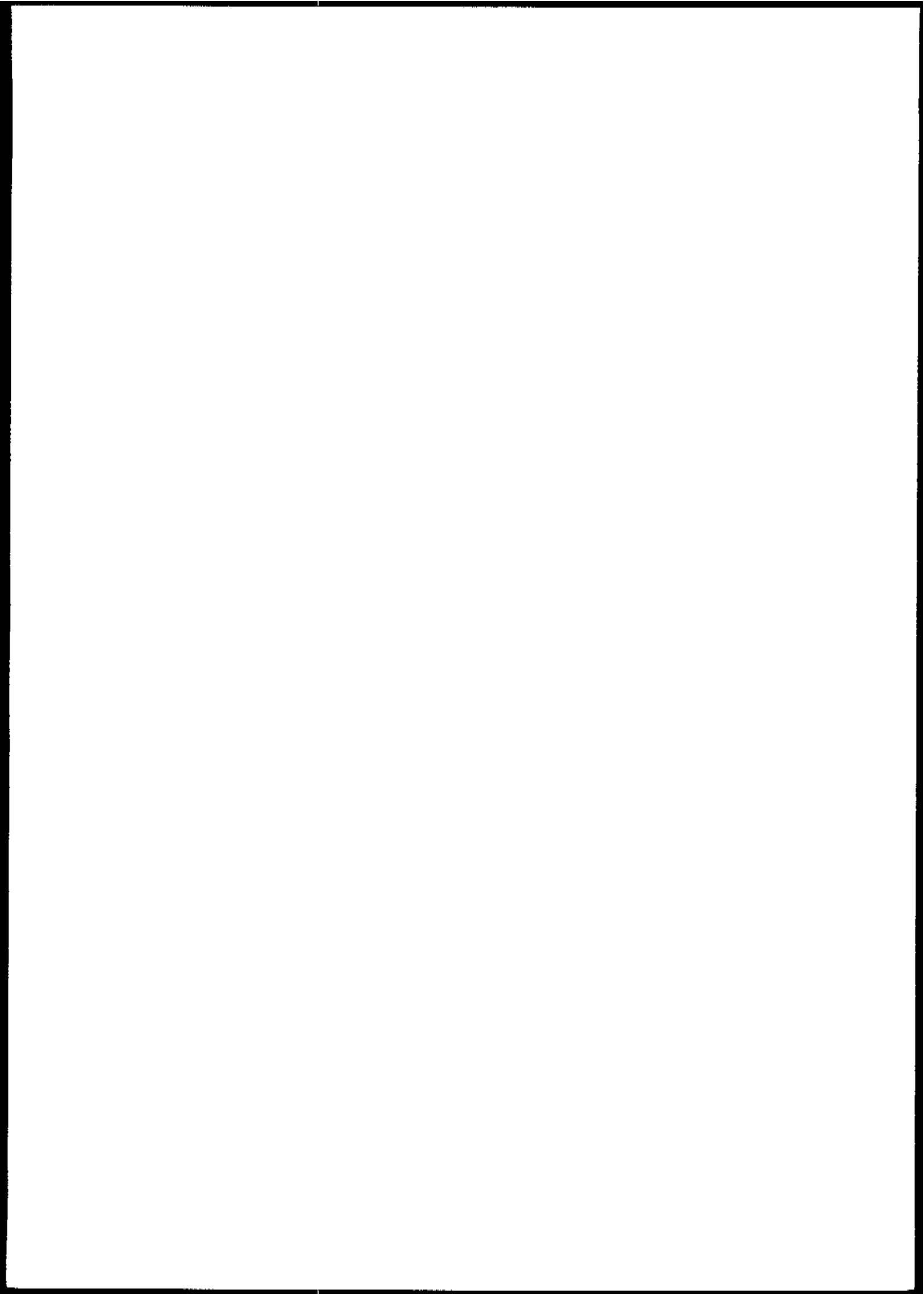
D'ici l'an 2000, la durée de vie moyenne pendant laquelle les gens vivent exempts de maladies ou d'incapacités majeures devrait être augmentée d'au moins 10%.

Index:

HEALTH SERVICES FOR THE AGED
HUMAN RIGHTS - legislation and jurisdiction
MENTAL DISORDERS
AGED
SCOTLAND

TABLE DES MATIERES

	Page
1. Introduction	1
2. Recommandations du groupe de travail sur la prévention et la réduction des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées, Groningue, 29 avril - 3 mai 1985	1
3. Le suivi des recommandations en Ecosse	1
4. Atelier sur les droits des personnes âgées atteintes de troubles mentaux, Edimbourg, 19-20 novembre 1987	2
4.1 Le problème	2
4.2 La protection des intérêts financiers	2
4.3 La protection du bien-être des malades	3
4.4 Le besoin de réformes	3
4.5 Nouvelle procédure proposée	3
4.6 La situation à l'étranger	4
4.7 La situation en Angleterre	5
4.8 Discussion	5
4.9 Conclusions	6
4.10 Recommandations	8
5. Les bons exemples pourraient-ils avoir un effet multiplicateur à l'égard d'autres Etats Membres ?	8
Annexe 1 Rapport sommaire sur le groupe de travail sur la prévention et la réduction des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées, Groningue, 29 avril - 3 mai 1985	9
Annexe 2 Liste des participants à l'atelier sur les droits des personnes âgées atteintes de troubles mentaux, Edimbourg, 19-20 novembre 1987	13



1. Introduction

Il est établi maintenant que les soins aux personnes âgées souffrant de démence sont un sujet de préoccupation majeur pour tous ceux qui interviennent dans la planification et la dispensation des services de santé.

On a beaucoup discuté et écrit sur la question. Des facteurs épidémiologiques ont été mis en évidence, la logistique de la prestation des services a fait l'objet d'études et des thèmes de recherche ont été définis. Toutefois, en même temps que l'on intensifie les efforts en vue de développer les services destinés aux patients souffrant de démence, on s'aperçoit de plus en plus clairement que des questions se posent concernant leurs droits - le droit d'accéder aux soins de base ou de les refuser, le droit de conserver la responsabilité de leurs affaires financières et familiales, ou le droit de laisser à d'autres le soin de s'en occuper.

Il apparaît que la législation est souvent obscure sur ces points et que les professionnels - médecins, infirmières, travailleurs sociaux et juristes - en sont souvent réduits à interpréter eux-mêmes ce qu'il convient de faire, sans pouvoir s'appuyer sur une base législative nettement définie. Il en résulte, ce qui n'est pas surprenant, que l'on se plaint d'un paternalisme excessif et d'une insensibilité à l'égard des souhaits réels des vieillards, alors que les professionnels craignent que les fondements de leurs responsabilités soient ébranlés et que leurs efforts les plus sincères se soldent par un litige.

2. Recommandations du groupe de travail sur la prévention et la réduction des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées, Groningue, 29 avril - 3 mai 1985

Dans le cadre du programme de santé mentale du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, et en collaboration avec le gouvernement des Pays-Bas, un groupe de travail réuni à Groningue en avril-mai 1985 a étudié les besoins des personnes âgées dans le domaine de la santé mentale, en s'attachant tout particulièrement aux interventions et aux techniques de prise en charge susceptibles d'aller au-devant de ces besoins ou de les réduire. L'une des importantes conclusions du groupe concernait l'élaboration, aux niveaux national et international, de directives visant à protéger les droits des personnes qui, en raison de leur état mental déficient, peuvent n'être plus capables de s'occuper de leurs affaires personnelles ou financières ou doivent être placées en institution. Un rapport sommaire sur la réunion figure en annexe.

3. Le suivi des recommandations en Ecosse

En Ecosse, dans le même temps, deux groupes se penchaient sur le problème. La Commission de bien-être mental pour l'Ecosse, organe mis en place en vertu de la Loi de 1960 relative à la santé mentale (Ecosse), a vu son rôle renforcé en 1984 lors de l'adoption de la nouvelle loi. Cette commission "a pour responsabilité générale d'assurer la protection de personnes qui, du fait de troubles mentaux, peuvent être dans l'incapacité de protéger leur personne ou leurs intérêts de façon appropriée". En pratique, cela veut dire que la commission a dû examiner comment les affaires financières et juridiques des personnes souffrant de démence ont été supervisées, et également dans quelle mesure elles peuvent avoir été placées dans un hôpital ou un autre établissement sans bénéficier de la surveillance et du contrôle assurés aux personnes internées d'office en vertu de la Loi relative à la santé mentale.

Plus récemment, un groupement intitulé Scottish Action on Dementia (SAD) a été mis en place par des représentants de divers organismes professionnels et bénévoles d'Ecosse pour servir de catalyseur des efforts menés en vue de l'amélioration très nécessaire de la prestation des services et de la sensibilisation du public dans le domaine de la démence. Ce groupe s'est, lui aussi, penché sur les insuffisances de la législation actuelle concernant les personnes atteintes de démence.

Sur l'initiative de la Commission de bien-être mental et avec les encouragements du SAD et le soutien actif du Bureau régional, un atelier s'est réuni à Edimbourg les 19 et 20 novembre 1987 pour suivre les recommandations de la réunion de Groningue, examiner dans quelle mesure les dispositions existantes concernant les droits des personnes âgées atteintes de troubles mentaux sont adéquates et déterminer si des mesures complémentaires sont requises. Tout en s'accordant à reconnaître qu'il ne fallait pas compter pouvoir appliquer immédiatement les mesures que pourrait proposer la réunion, on espérait que ses conclusions contribueraient à renforcer l'intérêt porté à la question et mèneraient finalement à des changements dans la législation écossaise, et qu'elles pourraient également avoir un intérêt pour les services d'autres pays.

4. Atelier sur les droits des personnes âgées atteintes de troubles mentaux, Edimbourg, 19-20 novembre 1987

Les participants comptaient des représentants de diverses organisations publiques et bénévoles écossaises chargées de la protection légale des personnes âgées et des malades mentaux et possédant une compétence particulière dans ce domaine. En outre, trois experts d'Angleterre et quatre d'autres pays étaient venus pour participer à la réunion et faire profiter les débats du fruit de leur propre expérience (voir l'Annexe 2).

Le Dr J.G. Sampaio Faria représentait le Bureau régional, et la présidence de la réunion était assurée par M. P. Millar, président de la Commission de bien-être mental.

Un document sur la situation en Ecosse, élaboré par un comité d'étude du SAD et présenté par le Dr R. McCreadie, a servi de base aux débats.

4.1 Le problème

La population âgée, qui augmente en nombre, compte une minorité notable de personnes affligées de troubles psychiatriques, fonctionnels ou organiques, qui réduisent ou annihilent leur aptitude à prendre des décisions raisonnées. Parmi ces troubles, le plus important est la démence sénile, un processus s'étendant sur des mois et des années qui entraîne une altération progressive des facultés et donne naissance à de nombreux problèmes, notamment vulnérabilité physique, incapacité de prendre soin de sa propre personne, réactions hostiles à l'égard des tiers et incapacité de gérer ses propres affaires. La grande majorité des personnes à risque continuent à vivre chez elles, mais 10% d'entre elles environ ont besoin de soins en établissement.

4.2 La protection des intérêts financiers

Au stade peu avancé d'une démence, les individus peuvent être encore capables de s'occuper de leurs affaires ou de donner à d'autres des instructions pour agir en leur nom, et une forme de mandat, souvent une procuration, peut être établie à cette fin. Mais à mesure que progresse la maladie, la

position juridique s'obscurcit. La procuration permanente admise par certaines juridictions (mais non en Ecosse) permet de donner mandat avant l'affaiblissement des facultés mentales, mais ce système présente quelques inconvénients, et ce n'est que par la nomination officielle d'un Curator bonis que les intérêts financiers sont légalement protégés. Malheureusement, pour la plupart des personnes atteintes de troubles mentaux dont la principale source de revenus est une pension et des allocations supplémentaires, la curatelle n'est pas une solution, du fait de la modicité des ressources des intéressés. Il est reconnu que des représentants des malades sont autorisés à toucher les pensions, qu'il incombe aux administrateurs d'hôpitaux de s'occuper des affaires financières des malades incapables de s'en occuper eux-mêmes, et que les services d'assistance sociale sont habilités à régler les problèmes urgents. Néanmoins, le fait que l'on ne dispose pas de moyens fondés en droit et soumis à un contrôle adéquat pour la gestion des affaires financières des malades sous tous leurs aspects demeure un sujet de préoccupation.

4.3 La protection du bien-être des malades

Un très petit nombre seulement de personnes âgées atteintes de troubles mentaux sont protégées par la Loi de 1984 relative à la santé mentale (Ecosse). On invoque parfois les dispositions de la loi pour détenir contre leur gré des malades à l'hôpital, et parfois, on a recours aux pouvoirs très limités de la tutelle. Dans de tels cas, la loi prévoit une procédure de surveillance de l'individu et un droit d'appel contre l'internement. En outre, en vertu de la Loi de 1948 relative à l'aide sociale, on peut transférer d'office une personne de son domicile à un établissement en cas de maladie grave ou de conditions de vie insalubres, mais dans ces cas aussi, il existe une possibilité légale d'appel.

Le plus souvent, toutefois, les personnes soignées en établissement, soit sous la supervision des services de santé ou des directeurs de maisons de santé privées, y ont été placées à titre informel ou y sont entrées volontairement, et elles n'ont pas accès à une procédure d'examen indépendant. En théorie, elles ont le droit de quitter l'établissement de leur propre gré, mais en fait, elles sont dans l'incapacité d'exercer ce droit.

4.4 Le besoin de réformes

De l'avis du comité d'étude du SAD, la loi devrait reconnaître à tout individu légalement incapable le droit à une protection et à des soins complets, et toute intervention devrait respecter sa dignité et ne pas dépasser le minimum nécessaire. Une réforme du présent système de garanties devrait inclure l'obligation d'instituer une procédure légale unique permettant l'examen compétent et complet des besoins de chaque individu. En outre, il est important que des représentants des communautés locales dont les connaissances et l'expérience peuvent être utiles prennent part, conjointement avec les professionnels, à la prise de décisions ayant pour effet de restreindre le droit de l'individu à une vie indépendante.

4.5 Nouvelle procédure proposée

On a suggéré qu'il serait suffisant d'apporter des modifications à la législation actuelle pour assurer une protection adéquate des personnes à risque actuellement. Toutefois, selon le comité d'étude du SAD, une procédure entièrement nouvelle est nécessaire, et il est recommandé d'instituer, dans le

cadre de chaque circonscription régionale écossaise, un comité et un rapporteur de santé mentale, sur le modèle du comité pour l'enfance en place actuellement; ce comité serait habilité à superviser et à donner des ordres en matière de gestion des affaires financières et personnelles des personnes âgées dont le besoin de protection leur a été signalé.

En présentant ces propositions, le Dr McCreadie a souligné qu'il était nécessaire d'adopter une législation qui aille au-delà de celle en vigueur actuellement et assure une protection contre les interventions excessives ou, au contraire, insuffisantes.

Quand on propose des changements dans la législation, il faut reconnaître que même s'il se peut que les médecins et travailleurs sociaux à qui incombe la responsabilité des soins aux personnes âgées prêtent attention aux problèmes et besoins particuliers de celles-ci, il pourrait être nécessaire d'envisager, sur le plan législatif, la mise en place d'un organe aussi novateur qu'un comité de santé mentale pour protéger les intérêts d'un plus large groupe de personnes à risque, parmi lesquelles des sujets plus jeunes atteints de maladies ou handicaps mentaux.

4.6 La situation à l'étranger

Les très intéressants rapports sur la situation aux Pays-Bas, en Norvège, en Suisse et aux Etats-Unis d'Amérique ont confirmé et renforcé l'opinion selon laquelle les dispositions légales actuelles ne répondent pas de façon satisfaisante aux besoins des personnes âgées. On peut constater que ces pays connaissent les mêmes problèmes que le Royaume-Uni et que, d'une façon générale, on souhaite mettre en place un nouveau cadre légal répondant mieux à ces besoins.

Aux Pays-Bas, par exemple, la loi de 1984 sur la démence a eu pour effet que presque tous les malades âgés hospitalisés le sont volontairement, en tant que patients libres, sur l'ordre de parents ou d'un curateur, sans les garanties dont ils pourraient bénéficier s'ils avaient été hospitalisés d'office. Mais la mise en place d'un processus légal plus rigide pour tous les patients souffrant de démence et dont l'état nécessite une hospitalisation soulève des problèmes, car il risque fort de surcharger les services juridiques et d'entraîner des frais prohibitifs. La curatelle et la protection administrative sont des moyens de gérer les affaires financières et personnelles des malades, mais leur adoption entraîne des frais, et un nouveau système de "mentorat" de toutes les affaires personnelles est actuellement à l'étude.

En Suisse, où l'on attache une grande importance à la Cour européenne des droits de l'homme, des contrôles à trois niveaux de limitation différents sont institués pour la protection des personnes âgées, ce qui permet à l'individu de conserver, dans la plus large mesure possible, ses droits au regard de la loi.

Les dispositions norvégiennes concernant la supervision des personnes atteintes de troubles mentaux sont actuellement contenues dans quatre lois différentes, et l'on constate dans certains milieux un mouvement en faveur d'un regroupement de ces dispositions dans une loi unique. Il est intéressant de constater que les propositions visant à établir une législation globale relative à la santé mentale ne tentent pas de définir des problèmes touchant spécialement les personnes âgées, car on pense que cela pourrait avoir un effet discriminatoire à leur égard.

Aux Etats-Unis, on s'accorde à reconnaître qu'il existera toujours un conflit entre le désir de favoriser l'autonomie de l'individu et le désir d'apporter une assistance, considérée souvent comme une forme de paternalisme professionnel. Les nombreux changements intervenus récemment dans la situation des personnes âgées - changements démographiques, nouvelle structure familiale, phénomène de "désinstitutionnalisation", entre autres - ont contraint la société à revoir la législation actuelle pour tenir compte des bruyantes protestations des "aînés" contre les limitations trop nombreuses apportées à leur autonomie et, en même temps, à prendre en considération les contradictions et lacunes de la législation actuelle. La procuration, la tutelle libre et la tutelle traditionnelle sont des moyens reconnus, et l'on a proposé une forme de tutelle limitée, où le degré de responsabilité est déterminé de façon formelle selon une échelle convenue. Parmi les autres mesures à l'étude aux Etats-Unis, on peut mentionner les services offrant une aide à l'individu à risque sans que des contrôles légaux officiels soient nécessaires. L'assistance en matière de gestion des affaires bancaires et des biens, la mise au point d'un service bénévole de protection des adultes, la rédaction d'un "testament" précisant les souhaits de son auteur en cas de maladie terminale, et l'établissement d'une procuration permanente dans laquelle est désigné un tuteur déterminé, sont des approches intéressantes et pertinentes.

4.7 La situation en Angleterre

Les trois contributions anglaises ont permis de constater que malgré des différences en matière de législation, les problèmes qui se posent à ceux qui s'occupent des soins aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux sont très semblables en Ecosse et en Angleterre, et quelques-uns des aspects généraux et spécifiques de la question qu'ont abordés les conférenciers ont été repris par les participants au cours de la discussion générale qui a suivi.

4.8 Discussion

Toute étude concernant la démence sénile doit tenir compte du fait que cet état peut prendre de multiples formes et que, dans les phases initiales de la maladie, son diagnostic peut plonger dans l'embarras les médecins qui, quand il s'agit de déterminer si un sujet présentant des symptômes évidents de démence souffre d'une maladie mentale, peuvent avoir des opinions différentes. Cela peut rendre difficile l'application des dispositions de la législation actuelle sur la santé mentale, en particulier si le souci d'établir un diagnostic précis l'emporte sur la constatation de la présence d'une incapacité mentale.

Poser en principe qu'une personne est soit totalement capable, soit totalement incapable de s'occuper de ses propres affaires, c'est nier qu'il existe une situation qui exige une prise de décision concernant la nécessité d'une intervention. Beaucoup de personnes âgées sont partiellement capables - elles peuvent s'occuper des activités routinières de la vie quotidienne, mais elles sont incapables de décisions importantes affectant leur propre vie. Il convient de toujours respecter leur autonomie, et il est peut-être plus facile de parler de vulnérabilité plutôt que de capacité, car la vulnérabilité peut se prouver et se définir précisément - par exemple quand il s'agit d'un risque physique ou d'un abus d'influence de la part de tiers.

Il ne sert pas forcément à grand-chose de discuter de la question du point de vue des droits reconnus par la loi, car il est absurde de penser que l'on puisse utiliser des mesures de coercition pour assurer la satisfaction des nombreux besoins des personnes âgées vulnérables. Il vaut mieux parler de justice sociale à l'égard des personnes âgées et faire en sorte que, partout dans le pays, on dispense des soins égaux à ceux dont les besoins sont égaux.

Ce qu'il convient de rechercher, c'est une législation favorisant et appuyant une bonne pratique clinique, des installations adéquates, une surveillance appropriée des soins et une gestion convenable des affaires financières. Un bon exemple de législation est la loi de 1987 relative aux personnes affligées d'incapacité, qui permet à un représentant de la personne incapable mandaté à cet effet d'obtenir des informations au nom de son mandant. Une autre mesure légale raisonnable consiste à poser en principe qu'une procuration permanente peut encore être valablement établie alors que la phase initiale du processus de détérioration mentale est déjà engagée.

Il semble parfois que la législation ne réponde pas de façon adéquate aux besoins des personnes à risque. Ainsi le Tribunal de protection et la curatelle s'occupent des biens plutôt que des besoins pratiques du malade, et la tutelle établie en vertu de la Loi actuelle relative à la santé mentale ne permet d'assurer qu'un contrôle très restreint sur la vie de la personne à risque et aucun contrôle sur ses biens.

Toute législation nouvelle doit tenir compte du caractère progressif de la démence et considérer la faisabilité d'un échelonnement de la délégation des pouvoirs, soit dans le cadre de la tutelle ou de l'intervention professionnelle.

4.9 Conclusions

Au cours des discussions de groupe qui ont suivi la présentation des exposés et de la séance plénière qui a clôturé l'atelier, un certain nombre de thèmes d'importance majeure ont été dégagés.

Le conflit évident entre autonomie et coercition doit être posé en fait dans tout examen des droits des personnes âgées et de leur besoin de justice sociale. Toute proposition législative doit avoir pour principe que plus une disposition érode l'indépendance, plus il est nécessaire de pouvoir disposer d'un mécanisme de protection légale.

Avant de se lancer dans une nouvelle législation, il vaut la peine d'examiner de près le cadre légal existant, en vue de déterminer si l'on en fait un usage efficace. On peut s'apercevoir que la législation semble inadéquate seulement du fait de l'insuffisance des ressources, ou parce que les professionnels des soins n'arrivent pas à s'accorder sur la façon dont on pourrait faire le meilleur usage de la législation et des ressources. Le souci exprimé par certains au sujet de l'hospitalisation de facto peut se révéler mal fondé si une procédure de surveillance indépendante est en mesure de prouver que les soins sont satisfaisants. Si, de plus, une telle surveillance s'appliquait non seulement aux personnes hospitalisées mais aussi à celles qui sont hébergées en maisons de retraite, et notamment dans des établissements privés, elle pourrait calmer quelques-unes des appréhensions actuelles; la question de l'adéquation de la surveillance des personnes vivant à leur domicile ou dans leur famille resterait toutefois un sujet de préoccupation.

S'agissant des questions financières, on pourrait utilement, en apportant de légères modifications à la loi, étendre aux autorités des services sociaux locaux dispensateurs de soins aux personnes âgées la responsabilité de gestion des affaires financières des malades qui incombe actuellement aux directeurs des commissions sanitaires.

Le législateur doit prendre en compte l'effet sur la famille et le voisinage d'un comportement perturbé d'une personne âgée atteinte de confusion mentale. Il peut être admirable de ne pas dépasser un niveau minimal d'intervention dans la vie d'un individu, mais si cela mène à une détérioration des relations avec l'entourage, le résultat final sera la perte du soutien social, et les possibilités pour le malade de conserver son indépendance s'en trouveront encore diminuées.

En agissant contre le gré d'une personne à risque, il vaut la peine de se demander ce que, dans l'état où elle se trouvait avant le début de sa maladie, elle aurait elle-même souhaité, et si, à ce stade, elle aurait accepté des conseils concernant un traitement et des soins.

Les propositions relatives à de nouvelles législations doivent prévoir des mandats de caractère habilitant plutôt que limitant, qui ne devraient pas être mis en échec par des contraintes financières. Aucune nouvelle disposition législative ne devrait être adoptée avant d'avoir effectué des études adéquates sur les conséquences des changements. On devrait s'efforcer de dispenser des services d'information et de préparation à la retraite afin d'inciter les personnes âgées à faire usage des nouveaux moyens prévus par la loi, tels la procuration permanente ou le "testament" à titre viager.

Les pouvoirs légaux d'intervention dans les affaires personnelles d'un individu devraient comprendre des mesures d'urgence à court terme, suivies de mesures à long terme demandant un examen minutieux ou judiciaire. Il faut aussi examiner dans quelle mesure la législation permettra à un assesseur d'exercer son jugement personnel, ou jusqu'à quel point les décisions devront se fonder sur des critères formels. Il semblerait avantageux de laisser une possibilité d'examen de chaque cas pris individuellement et de prise en compte de problèmes particuliers.

On s'accorde à reconnaître que toute nouvelle mesure législative ayant pour objet la surveillance des soins dispensés aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux doit protéger toute personne à risque : il faut que l'application de la loi soit jugée impartiale. Toutefois les opinions concordent aussi pour reconnaître que dans la grande majorité des cas, on peut répondre de façon satisfaisante aux besoins du client ou du malade en procédant à l'examen de son cas dans le cadre d'une consultation regroupant les parties intéressées, et que ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles qu'il sera nécessaire de faire appel à la procédure de supervision légale supplémentaire envisagée dans certains des changements proposés.

Le modèle de comité de santé mentale mis en avant par le groupe de travail du SAD a suscité un certain nombre de réserves de la part de participants, qui jugent que la mise en place d'un service complet poserait des problèmes d'ordre pratique et économique. Toutefois, la valeur potentielle d'un tel système, qui offre une excellente occasion de rassembler des points de vue de professionnels et de non-professionnels, ne fait aucun doute, et son application pratique devrait être suivie de près. En même temps, on devrait étudier des procédures en usage ou en projet actuellement dans d'autres pays, notamment la protection administrative et le régime de tutelle.

4.10 Recommandations

Il semble clair que pour améliorer les soins aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux, il convient d'adopter un système plus adéquat de supervision légale.

Même si l'on peut mieux utiliser la législation écossaise actuelle ou l'améliorer par des modifications mineures, il est justifié de suggérer qu'une législation entièrement nouvelle est nécessaire pour satisfaire les besoins raisonnables des personnes âgées et assurer leur bien-être.

Une procédure de supervision de haute qualité est essentielle, qu'elle soit exercée par des équipes spécialisées ou par l'examen des cas individuels dans le cadre de consultations entre professionnels de diverses disciplines, mais une telle supervision peut avoir pour effet d'entraver la liberté de l'individu à risque, et c'est pourquoi elle devrait être appliquée sous le couvert de dispositions législatives appropriées, élaborées suivant les recommandations des articles 5 et 6 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Un certain nombre de mesures novatrices, parmi lesquelles l'instauration du comité de santé mentale proposée par le SAD, méritent de faire l'objet d'une évaluation ultérieure dans chaque pays où la législation concernant les personnes âgées est en cours de révision.

5. Les bons exemples pourraient-ils avoir un effet multiplicateur à l'égard d'autres Etats Membres ?

Les besoins des personnes âgées dans le domaine de la santé mentale occupent une position centrale dans les activités inter pays du programme de santé mentale du Bureau régional en collaboration avec les Etats Membres.

Un aspect important à considérer est la mise au point, au niveau national et international, de principes directeurs concernant la protection des droits des personnes qui, en raison de leur état mental déficient, ne sont plus capables de s'occuper de leurs affaires personnelles ou financières ou doivent être placées en établissement.

L'initiative qu'a prise la Commission de bien-être mental en soulevant ces questions et en les discutant, semble utile pour d'autres Etats Membres de la Région européenne qui pourraient envisager d'organiser des réunions analogues sur ce thème.

Il faut espérer que l'exemple écossais ainsi diffusé aux Etats Membres, aux experts et aux organisations non gouvernementales stimulera ou renforcera les actions déjà engagées en faveur de la promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées de la Région européenne.

Annexe 1

Groupe de travail sur la prévention
et la réduction des problèmes de santé
mentale chez les personnes âgées

ICP/PSF 002/m02(S)
0289V
23 mai 1985

Groningue, 29 avril - 3 mai 1985

ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT SOMMAIRE

Le groupe de travail avait pour tâche d'étudier les problèmes de santé mentale des personnes âgées, compte tenu des informations disponibles sur les services psychogériatriques en Europe et sur divers aspects des soins de santé aux personnes âgées mis en lumière par le groupe de travail de l'OMS qui s'est réuni à Cork, du 3 au 7 octobre 1983. Il devait en particulier étudier la possibilité de prévenir ou de réduire les problèmes de santé mentale chez les personnes âgées par une intervention précoce ou par des techniques de gestion spécifiques.

Les participants venus de 15 pays formaient un groupe composé de 16 conseillers temporaires, 11 représentants d'organisations intergouvernementales, non gouvernementales et nationales ainsi que des représentants de sept centres collaborateurs de l'OMS dans le domaine de la santé mentale.

Discussion

La discussion a porté sur les points suivants :

- l'application à la planification sanitaire de la méthode du "scénario" qui a été mise au point aux Pays-Bas et qui repose sur une étude de toutes les transformations susceptibles de se produire indépendamment les unes des autres au sein d'un système de soins de santé ainsi que de leurs implications pour les politiques à élaborer;
- l'identification des problèmes de santé mentale au moyen de la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps, parallèlement à la Classification internationale des maladies plus couramment utilisée;
- les approches adoptées par divers pays pour faire face aux problèmes de santé mentale chez les personnes âgées;
- l'intérêt du contrôle de qualité auquel sont soumis les services offerts aux personnes âgées afin d'atténuer les risques inhérents aux soins en institution et, ce qui est tout aussi important, aux soins dans la communauté;
- les stades fonctionnels de la démence du type Alzheimer en tant qu'exemple d'une évaluation plus précise que de coutume de l'incapacité.

Certaines idées générales qui se sont fait jour lors de la réunion méritent d'être mentionnées.

Tout examen des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées doit dissocier les besoins des "jeunes vieillards" de ceux des grands vieillards (75 ans et au-delà) en termes de santé mentale et de tendance démographique.

Si l'on reconnaît généralement qu'il faudrait se doter de ressources adéquates pour lutter contre l'épidémie silencieuse de démence, cela ne veut pas dire que l'on se désintéresse des autres problèmes de santé mentale que connaissent les personnes âgées, la dépression en particulier.

Dans tout débat sur la prévention des troubles mentaux chez les personnes âgées, il faut reconnaître les répercussions que peuvent avoir les décisions politiques prises dans des domaines aussi importants que le logement, les services sociaux et le soutien financier, ainsi que la nécessité d'instaurer une coopération entre les secteurs.

Les efforts déployés pour obtenir des soins de santé plus satisfaisants d'ici l'an 2000 sont certes méritoires, mais il est évident qu'il faudra sans doute attendre un grand nombre d'années avant que les mesures destinées à améliorer l'état de santé mental des personnes âgées produisent leurs effets, notamment dans le domaine de l'éducation sanitaire et de la promotion de la santé.

Conclusions

Planification. La prévention et la réduction des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées passent obligatoirement par la planification, qu'il s'agisse d'élaborer des programmes d'éducation, d'identifier les groupes les plus vulnérables ou de dispenser des soins appropriés à ceux qui en ont besoin. Outre les méthodes consacrées de l'épidémiologie et de la recherche de cas, la planification des infrastructures appropriées pourrait être facilitée si l'on tenait compte de toutes les éventualités, comme le démontre la formule du "scénario" mise au point aux Pays-Bas. Les méthodes que propose le projet de classification internationale pour l'identification des déficiences, incapacités et handicaps sont un autre moyen d'évaluer les avantages et l'efficacité de différents services.

Variété des services. Les services offerts aux personnes âgées varient considérablement d'un pays à l'autre et même d'une région à l'autre au sein d'un même pays. Cela n'a rien de grave tant que les ressources disponibles peuvent être utilisées avec souplesse et que les équipements sont répartis en fonction des besoins de la population locale. Toutefois, un service devrait toujours regrouper diverses institutions dont l'utilisation appropriée serait garantie par une véritable coordination. En outre, le placement dans un type d'établissement plutôt que dans un autre ne devrait entraîner aucune difficulté d'ordre financier pour la personne âgée ou pour le dispensateur des soins.

Etant donné la confusion qui a régné en permanence entre les participants sur les termes employés pour désigner les établissements destinés aux personnes âgées, qu'il s'agisse de services d'évaluation, de maisons de cure ou de centres de jour, il faudrait mettre au point une nomenclature et un glossaire généralement acceptés.

Contrôle de qualité. Il faudrait prévoir l'évaluation et la supervision non seulement de toutes les institutions, mais aussi des services communautaires. Il est important de parvenir à un accord international sur des critères de base acceptables en matière de soins. Quoi qu'il en soit, ces critères ne seront appliqués que s'ils font l'objet d'un contrôle régulier de la part d'un organe agréé par le gouvernement et d'un groupe professionnel de pairs et si des membres des familles, des représentants locaux et les personnes âgées elles-mêmes prennent part à l'organisation des services. Pour plus de sécurité, un avocat pourrait être officiellement chargé des problèmes financiers et personnels des personnes âgées rendues vulnérables par des déficiences mentales. Les garanties juridiques tendant à prévenir le placement et le traitement d'office de ceux qui souffrent de démence méritent une étude sérieuse.

Education et formation. La prévention et la réduction des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées dépendent de la compréhension des effets nuisibles que peuvent avoir sur les personnes âgées la solitude, l'isolement, le deuil, le fait d'avoir récemment eu des problèmes de santé d'ordre physique ou mental, ou encore de subir un traitement et des soins inadéquats. Tout le monde gagnerait à être informé sur ces questions, mais plus particulièrement les hommes politiques, les professionnels de la santé et les familles. Ces dernières seraient, par exemple, moins livrées à elles-mêmes si elles en savaient davantage sur l'issue probable des maladies psychiatriques et sur le soutien dont elles pourraient bénéficier aux divers stades de la maladie.

Recommandations

Au niveau local ou national

1. Il faudrait étudier l'application de la méthode du "scénario" à la planification des services.
2. Les services de santé mentale destinés aux personnes âgées devraient être souples, complets et efficacement coordonnés.
3. Tous les patients admis dans les services devraient faire l'objet d'une évaluation sociale et clinique rigoureuse.
4. Il faudrait étudier les moyens de mettre au point des registres de personnes exposées, sur la base d'indicateurs de risque chez les personnes âgées.
5. Il faudrait améliorer les méthodes permettant aux services sociaux et médicaux d'entrer en relation avec les personnes âgées à risque qui ne se font pas connaître spontanément.
6. Il faudrait élaborer des programmes d'éducation et de formation sanitaires à l'intention des personnes âgées, de leur famille et des professionnels, en mettant l'accent sur la prévention et la réduction des problèmes de santé mentale. Il conviendrait également de souligner l'importance de l'éducation en cours d'emploi pour les professionnels des institutions et pour les agents de santé communautaires, bénévoles y compris.

Au niveau national et international

1. Il faudrait étudier dans quelle mesure les définitions contenues dans la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps permettent de déterminer de façon satisfaisante à quelle partie d'un service destiné aux personnes âgées correspond tel ou tel problème de santé mentale.
2. Il faudrait prévoir dans tout nouveau programme de soins pour les personnes âgées souffrant de troubles mentaux la possibilité d'en évaluer l'exécution et les résultats.
3. Il faudrait élaborer des directives en vue de définir et de protéger les droits des personnes âgées qui, en raison de leur état mental déficient, risquent d'être internées ou ne sont plus capables de s'occuper de leurs propres affaires.

Annexe 2

LISTE DES PARTICIPANTS

ETATS-UNIS D'AMERIQUE

Dr R. Westlake
Directeur médical adjoint, Butler Hospital, Rhode Island

NORVEGE

M. J. Hoyersten
Pathologiste clinique, Institut de gérontologie

PAYS-BAS

M. G. Dekker
Conseiller juridique, Inspection de la santé mentale

ROYAUME-UNI

M. J. Bailey
Directeur, Association écossaise pour la santé mentale

M. D.A. Bennet
Secrétaire adjoint, Social Works Services Group, Ecosse

M. W. Bingley
Directeur juridique, Association nationale pour la santé mentale en
Angleterre et au Pays de Galles (MIND)

Dr W.D. Boyd
Commissaire, Commission de bien-être mental pour l'Ecosse

M. R. Brodie
Solicitor auprès du secrétaire d'Etat pour l'Ecosse

Dr P.W. Brooks
Médecin principal, Ministère écossais de l'intérieur et de la santé

Dr E.M. Clive
Commissaire, Commission législative écossaise

Dr H.C. Fowlie
Vice-président, Commission de bien-être mental pour l'Ecosse

Dr D. Greaves
Centre de législation et d'éthique médicale, King's College, Université
de Londres

Mme S. Hornby
Conseiller juridique, Age Concern England

Mme L. Hunt

Conseiller principal, Social Works Services Group, Ecosse

Dr A. Jacques

Consultant en psychogériatrie, Edimbourg

Dr R.A. McCreadie

Maître de conférences, Faculté de droit, Université d'Edimbourg

Mme C.E. McGregor

Administrateur des services sociaux, Commission de bien-être mental pour l'Ecosse

M. P.C. Millar

Président, Commission de bien-être mental pour l'Ecosse

Dr J.A.M. Mitchell

Président, Scottish Action on Dementia

Dr D.J. Nichols

Juriste principal, Commission législative écossaise

Mme M. Rasbach

Présidente, Alzheimer's Disease Society Scotland

Professeur J. Williamson

Président, Age Concern Scotland

BUREAU REGIONAL DE L'OMS POUR L'EUROPE

Dr J.G. Sampaio Faria

Fonctionnaire régional pour la santé mentale