

ORDRE DE L'EXCELLENCE



RÉCIPIENDAIRE SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL



Commission de  
la santé mentale  
du Canada

Mental Health  
Commission  
of Canada

# Recueil de pratiques exemplaires pour améliorer la santé mentale des aînés au Canada

Ressource visant à soutenir la mise en œuvre des *Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens*

Compilé par Marie-France Tourigny - Rivard, M.D., FRCPC

Commission de la santé mentale du Canada

[commissionsantementale.ca](http://commissionsantementale.ca)

## Remerciements

Ce recueil doit beaucoup à la communauté canadienne de gérontopsychiatrie, dont de nombreux membres ont aimablement fourni de précieux conseils, renseignements et contacts avec les principaux responsables cliniques ou administratifs des services décrits. Nous remercions plus particulièrement Keri-Leigh Cassidy, Terry Chisholm, Catherine Hickey, Maryse Turcotte, Jessika Roy-Desruisseaux, Maria DiTomasso, Andrew Wiens, Dallas Seitz, Lisa Van Bussell, Barry Campbell, Craig Omelan, Marla Davidson, Alanna Baillod, Suparna Madan et Carolyn Gosselin.

Nous tenons également à remercier les personnes suivantes, qui ont fourni des renseignements sur leurs programmes et services et ont accepté que nous communiquions avec elles par courriel : Beverley Cassidy, Anthony Kupferschmidt, Michèle Tremblay, Gordon Thomas, Linda Gobessi, Vickie Demers, Kiran Rabheru, Tim Lau, Carol Ward, Petra Bader, Sarah Halliday, Kathryn Bell, Monica Bretzlaff, David K. Conn, Marie-Andrée Bruneau, Carolyn Ménard et Christine Fournier.

Ce projet n'aurait pas été possible sans le soutien et la collaboration des membres du personnel du Royal Ottawa Mental Health Centre; notamment Cathy McLean (bibliothécaire), Adele Loncar (coordonnatrice des évaluations, gérontopsychiatrie), Michèle Tremblay (directrice clinique, gérontopsychiatrie) et Carol-Anne Cumming (directrice des soins aux patients, gérontopsychiatrie).

La rédaction du présent guide a été soutenue et finalisée par l'équipe du Centre d'échange des connaissances de la Commission de la santé mentale du Canada : Kam Tello (courtière du savoir), Alexa Bol (gestionnaire, SPARK et Mobilisation des connaissances) et Francine Knoops (gestionnaire intérimaire, Politiques et recherche).

*This document is also available in English.*

## Citation suggérée

Commission de la santé mentale du Canada et Rivard, M.-F., (2019). *Recueil de pratiques exemplaires pour améliorer la santé mentale des aînés au Canada*. Ottawa, Canada. Auteur.

Ce document est accessible sur le site [www.commissionsantementale.ca](http://www.commissionsantementale.ca).

## Droits d'auteur

©Commission de la santé mentale du Canada, 2019

ISBN : 978-1-77318-140-0 (Ressource en ligne)

978-1-77318-139-4 (Imprimé)

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada



Santé Health  
Canada Canada

Les points de vue présentés ici représentent uniquement les points de vue de la Commission de la santé mentale du Canada. Le présent matériel a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada.

## Table des matières

Introduction .....	1
Références .....	2
Modèle de services et de programmes .....	2
<b>1. Promotion et prévention .....</b>	<b>2</b>
Littérature récente.....	2
Exemples d’outils de promotion et de prévention en matière de santé mentale .....	3
Fountain of Health .....	3
Description .....	3
Approche.....	3
Premiers soins en santé mentale pour les aînés.....	4
Description .....	4
Service de soutien par les pairs (Vancouver) .....	5
Description .....	5
Approche.....	6
Programmes communautaires mobiles visant à réduire l’isolement et la solitude .....	6
Description .....	6
Soins continus pour les aînés LGBTQ2S+ : Ressources pour les fournisseurs (Alberta) .....	6
Description .....	6
Autres programmes de promotion et de prévention .....	7
Exemples : .....	7
Références .....	8
Autres lectures .....	8
<b>2. Services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie.....</b>	<b>8</b>
Littérature récente.....	8
Services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie aux États-Unis.....	9
Services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie en Australie .....	10
Services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie au RU et en France .....	10
<b>Exemples de services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie au Canada .....</b>	<b>11</b>
Services communautaires de gérontopsychiatrie d’Ottawa.....	11
Restez à l’affût! .....	12
Références .....	12
<b>3. Services intrahospitaliers de gérontopsychiatrie.....</b>	<b>13</b>

Littérature récente .....	13
<b>Exemples de services intrahospitaliers de gérontopsychiatrie au Canada .....</b>	<b>14</b>
Services intrahospitaliers de gérontopsychiatrie du Royal Ottawa Mental Health Centre .....	15
Unité intrahospitalière de soins gériatriques tertiaires de l'intérieur de la Colombie-Britannique...	15
Restez à l'affût! .....	16
Références .....	16
<b>4. Services offerts dans les hôpitaux de jour de gérontopsychiatrie .....</b>	<b>16</b>
Littérature récente .....	16
<b>Exemples de services hospitaliers de jour en gérontopsychiatrie au Canada.....</b>	<b>18</b>
Services hospitaliers de jour en gérontopsychiatrie du Royal Ottawa Mental Health Centre .....	18
Description .....	19
Approche.....	19
Hôpital de jour STAT Centre de l'hôpital général de Vancouver .....	20
Description .....	20
Approche.....	20
Restez à l'affût! .....	20
Références .....	21
<b>5. Unités de soutien et de transition en cas de troubles du comportement pour les soins complexes aux personnes atteintes de démence .....</b>	<b>21</b>
Littérature récente .....	21
<b>Exemples d'unités de soutien et de transition en cas de troubles du comportement au Canada ..</b>	<b>24</b>
Restez à l'affût! .....	24
Références .....	25
<b>6. Services de gérontopsychiatrie dans les établissements de soins de longue durée .....</b>	<b>25</b>
Littérature récente .....	25
Le contexte canadien .....	26
<b>Exemples de services de gérontopsychiatrie dans les établissements de soins de longue durée au Canada .....</b>	<b>27</b>
Services de gérontopsychiatrie mobiles dans les établissements de soins de longue durée dans la région de Champlain .....	27
Regional Knowledge Coordinators — Complex Behaviours, Réseau des établissements de soins de longue durée, intérieur de la Colombie-Britannique.....	27
Restez à l'affût! .....	28
Références .....	28

<b>7. Télésychiatrie .....</b>	<b>29</b>
Littérature récente.....	29
<b>Exemples de services de télésanté au Canada .....</b>	<b>31</b>
Service de télégérontopsychiatrie pour aînés du nord-ouest de l'Ontario .....	31
Description .....	31
Approche.....	32
Restez à l'affût! .....	32
Service d'éducation et de mentorat en matière de télégérontopsychiatrie .....	32
Description .....	32
Approche.....	32
Restez à l'affût! .....	33
Références .....	33
<b>8. Services de gérontopsychiatrie en collaboration.....</b>	<b>35</b>
Littérature récente.....	35
<b>Exemples de services de gérontopsychiatrie en collaboration au Canada .....</b>	<b>36</b>
Restez à l'affût! .....	36
Références .....	36
Conclusion.....	37

## Introduction

En 2011, la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a publié les *Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens (lignes directrices)*. Depuis, les *lignes directrices* sont devenues la norme idéale pour répondre à la croissance rapide de la demande de services en gérontopsychiatrie et sont utilisées par les planificateurs et les fournisseurs de services de santé mentale dans tout le pays (Wilson et Stinchcombe, 2017). Le document met l'accent sur la prévention, l'intervention précoce et la collaboration, en insistant sur le fait qu'une coordination efficace des soins primaires et spécialisés peut aider les gens à obtenir les soins et les services dont ils ont besoin.

À la lumière de discussions tenues avec des experts (Wilson et Stinchcombe, 2017) et des répondants clés<sup>1</sup>, il apparaît toutefois que les planificateurs et les administrateurs ont besoin de plus amples renseignements sur la façon d'appliquer les recommandations présentées dans les *lignes directrices* afin d'améliorer les services dans leurs collectivités. Ils ont notamment besoin de savoir comment obtenir des résultats, comment surmonter les obstacles (comme les ressources limitées) et comment créer des processus pour maximiser l'accès aux ressources en santé mentale (souvent rares) de la façon la plus rentable possible, que ce soit en milieu urbain, en milieu rural ou en région éloignée, ou en présence des défis uniques que pose le fait de composer avec des milieux ou des besoins différents. Les discussions ont aussi fait ressortir la nécessité de donner la priorité à l'élargissement des services de santé mentale intégrés pour les aînés.

Regorgeant d'exemples canadiens de services bien intégrés ou novateurs parmi une gamme de ressources et de profils démographiques, le présent recueil vise à aider les planificateurs à mettre en œuvre le modèle de services de santé mentale proposé dans les *lignes directrices* dans leurs collectivités et administrations respectives. Le conseil consultatif à la tête du projet a aussi demandé d'y inclure des exemples dans le continuum des soins, de la promotion de la santé mentale aux services intensifs. Ceux qui sont utilisés dans le recueil proviennent d'une revue de la littérature publiée depuis la parution des *lignes directrices* et de répondants clés dans le domaine de la santé mentale chez les aînés. Parmi les activités de sensibilisation auprès des répondants, mentionnons l'atelier de dialogue de la conférence annuelle tenue à l'automne 2018 avec l'Académie canadienne de gérontopsychiatrie (ACGP), la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) et l'Association canadienne de gérontologie (ACG). Les sondages de suivi menés après l'atelier, diffusés par ces partenaires et les participants individuels, ont permis d'identifier des organisations et des répondants clés en mesure de partager certaines pratiques exemplaires relatives aux services et aux programmes pour les fins du présent recueil.

---

<sup>1</sup> Dans le cadre de l'atelier de la CSMC sur la planification de la transposition des connaissances qui s'est déroulé le 21 novembre 2017 : *Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens*.

Sans être exhaustifs, les exemples utilisés dans le présent recueil illustrent quelques-unes des façons dont les services canadiens ont commencé à mettre en œuvre les *lignes directrices*. Bien que de nombreux défis restent à relever pour satisfaire aux besoins en santé mentale des aînés canadiens, ces résultats sont encourageants. Nous espérons que le présent recueil inspirera et appuiera d'autres initiatives en puisant dans l'expérience des nombreux fournisseurs et planificateurs de soins de santé dévoués qui ont eu la bonne idée de mettre en place le modèle de services et de programmes.

## Références

Wilson, K. et Stinchcombe, A. (2017). Uptake of the Guidelines for Comprehensive Mental Health Services for Older Adults: Environmental Scan. Rapport interne préparé pour la Commission de la santé mentale du Canada.

## Modèle de services et de programmes

### 1. Promotion et prévention

#### Littérature récente

*Les lignes directrices de 2011 recommandent l'élaboration de stratégies pour amener les aînés à pratiquer des activités favorisant la santé et à réduire la stigmatisation associée aux maladies mentales. Les sections portant sur la promotion (pages 31 à 37), la prévention (pages 38 à 45) et les programmes communautaires (pages 55 à 59) font valoir l'étendue de ces stratégies.*

Selon les *lignes directrices* de la CSMC, la promotion et la prévention en matière de santé mentale sont des éléments importants d'un système de soins pour les aînés. Depuis leur publication, plusieurs outils de promotion et de prévention à l'intention des aînés ont vu le jour.

Gough et Cassidy (2017) se sont penchés sur les données démontrant les avantages de se concentrer sur ce pôle du continuum et présentent les résultats d'une série de formations dirigées par des pairs, reposant sur des documents de promotion de la santé mentale élaborés dans le cadre de l'initiative Fountain of Health, mise sur pied en Nouvelle-Écosse. Selon Gough et autres (2018), le matériel de transposition des connaissances de Fountain of Health a amélioré la connaissance des initiatives de promotion de la santé mentale fondées sur des données probantes et leur application dans la vie quotidienne, et ce, tant dans les milieux de soins primaires individuels que de groupe. Les participants ont rapporté une amélioration de leurs connaissances des facteurs épigénétiques (c.-à-d. modifiables) ayant une incidence sur la santé et dans leur confiance quant à l'établissement d'objectifs liés au comportement en matière de santé, alors qu'on observe « des différences importantes sur le plan des résultats en matière d'auto-perception du vieillissement dans l'intervention de groupe » (Résultats, paragr. 1).

# Exemples d'outils de promotion et de prévention en matière de santé mentale

## Fountain of Health

### Description

L'initiative Fountain of Health (FOH) a été fondée en 2010 par Keri-Leigh Cassidy, M.D., et une équipe multidisciplinaire du programme pour la santé mentale des aînés du département de psychiatrie de l'Université Dalhousie. La Dre Cassidy et son équipe sont membres d'un service spécialisé en santé mentale pour les aînés et incarnent le rôle important des centres universitaires pour la transposition des connaissances et l'élaboration d'outils pédagogiques pour appuyer la promotion et la prévention en matière de santé mentale. L'équipe se compose de gérontopsychiatres, d'infirmiers en santé mentale pour les aînés, ainsi que de représentants de 13 intervenants multidisciplinaires, dont la Société Alzheimer de la Nouvelle-Écosse, la CCSMPA, le Centre de recherche sur le vieillissement de l'Université Mount Saint Vincent, les ministères provinciaux responsables des aînés et de la santé, Caregivers Nova Scotia, Community Links Nova Scotia et la faculté de médecine gériatrique de l'Université Dalhousie. Au cours des trois dernières années, FOH est devenu un projet national sans but lucratif sur la santé du cerveau, doté d'une équipe nationale dirigeant des initiatives interprovinciales. Les partenaires nationaux incluent le CCSMPA, l'ACPG, le Centre international de la longévité — Canada et Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC).

### Approche

Les outils de changement de comportement — qu'il s'agisse d'outils papier ou d'applications — offrent aux utilisateurs l'encouragement et le soutien nécessaires pour atteindre leurs objectifs en matière de santé. Plus de 80 % des quelque 500 utilisateurs ont atteint leurs objectifs en matière de santé (certains en partie) ou les ont surpassés au cours d'une période de suivi de quatre mois. Au cours des deux dernières années, la CCSMPA a organisé des groupes dirigés par des pairs pour aider les aînés canadiens en se servant des outils de FOH. Grâce à une subvention de 425 000 \$ du Centre for Aging and Brain Health Innovation, ces outils font maintenant (2019) l'objet d'une évaluation dans des établissements de soins de première ligne auprès de 650 participants en Ontario et en Colombie-Britannique (projet mené conjointement avec FOH et la CCSMPA). D'autres travaux sont réalisés à l'échelle nationale, dont une collaboration multidisciplinaire accrue avec la Société Alzheimer du Canada (SAC) et l'Association canadienne de santé mentale (ACSM), qui intègrent les ressources FOH dans leur matériel pédagogique et leurs programmes.

Les résultats obtenus avec Google Analytics montrent que, l'année dernière, plus de 7 000 personnes ont bénéficié des services de l'initiative FOH. L'activité Web comprend 39 000 pages consultées par des utilisateurs provenant de 10 provinces et 2 territoires, des participants aux groupes dirigés par des pairs (100) et des participants à des présentations sur la santé du cerveau (1 000) par le bureau national des conférenciers de FOH. Plus de 500 personnes ont utilisé les ressources FOH dans les milieux où

l'assurance de la qualité était officiellement mesurée grâce à un partenariat avec des cliniciens de première ligne. Les ressources cliniques évaluées comprennent des outils papier et une application de bien-être FOH invitant les utilisateurs à se fixer des objectifs en matière de santé et leur offrant du soutien. Un suivi a aussi été assuré dans les principaux domaines de la santé reconnus pour favoriser le bien-être à long terme et réduire le risque de démence et de dépression.

Les limites actuelles comprennent les ressources financières et humaines pour accroître la disponibilité et la diffusion des outils cliniques et pédagogiques de FOH. Ces ressources serviraient à soutenir les groupes dirigés par des pairs dans toutes les provinces, financeraient la formation médicale continue des cliniciens sur des plates-formes Web nationales, et à rendre les outils de changement de comportement dans les soins de santé primaires disponibles à l'échelle nationale dans les deux langues officielles.

Les priorités pour répondre aux besoins non satisfaits comprennent l'établissement de collaborations durables à long terme, y compris le partage des subventions avec les principaux organismes nationaux de santé du cerveau et de santé mentale, comme la CCSMPA, la SAC, l'ACSM, le CMFC et l'ACGP. Le bureau national des conférenciers de FOH assure un leadership durable dans toutes les provinces en offrant une formation continue aux cliniciens et au public. Les conférenciers sont en mesure de discuter de la science actuelle de la santé du cerveau ainsi que des stratégies et des outils pratiques pour soutenir le bien-être à long terme. Ils offrent aussi de la formation aux formateurs afin d'instaurer un changement de comportement en matière de santé et des mesures de prévention durables (dans les milieux cliniques à l'échelle nationale). Mettre davantage l'accent sur des collaborations à long terme favorisera la pérennité du programme grâce à la recherche sur l'assurance de la qualité, la formation médicale continue et la diffusion clinique à grande échelle des ressources FOH sur la santé du cerveau.

Pour de plus amples renseignements, adressez-vous à : [beverley.cassidy@nshealth.ca](mailto:beverley.cassidy@nshealth.ca).

## Premiers soins en santé mentale pour les aînés

*Les lignes directrices soulignent l'importance d'amener les aînés à réduire la stigmatisation associée aux maladies mentales. La formation Premiers soins en santé mentale (PSSM) pour les aînés est un excellent exemple d'une stratégie visant à améliorer la littératie en matière de maladies mentales.*

### Description

La formation PSSM apprend aux gens à apporter de l'aide à une personne qui commence à manifester un problème de santé mentale ou qui traverse une situation de crise. Tout comme les premiers soins apportés en cas de blessures physiques, les PSSM sont prodigués jusqu'à ce qu'un traitement approprié soit offert ou jusqu'à ce que la crise se résorbe. Le cours PSSM aide les participants à reconnaître un

changement de comportement, à démontrer de l'assurance lors des conversations et à diriger les gens vers les ressources et les mesures de soutien appropriées.

Adapté du cours PSSM de base, le cours PSSM pour les aînés vise à accroître la capacité des aînés, des membres de leur famille (soignants informels), des amis, du personnel des établissements de soins et des collectivités à promouvoir la santé mentale, à prévenir le suicide (si possible) et à intervenir lorsque des problèmes surgissent. Les documents pour ce cours de 18 heures reposent sur les meilleures données probantes disponibles et lignes directrices de pratique en vigueur, et ont été élaborés en consultation avec des experts canadiens en gérontopsychiatrie. Le programme, offert depuis 2017, a été élaboré pour la CSMC par Trillium Health Partners, un organisme qui priorise la santé et le bien-être des aînés.

Les cours PSSM ont été conçus dans le but de créer un rapprochement avec les personnes qui éprouvent un problème de santé mentale ou qui traversent une crise, de mieux faire connaître les signes et les symptômes des problèmes de santé mentale les plus courants, et de renforcer la confiance des participants à intervenir. Les évaluations de cours indiquent que ces objectifs sont toujours atteints. On retrouve actuellement des formateurs de PSSM pour les aînés dans six provinces — Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Ontario, Québec et Terre-Neuve-et-Labrador — mais il est possible de faire appel à eux dans d'autres administrations en communiquant avec les bureaux responsables des cours PSSM à Ottawa.

Au 1<sup>er</sup> avril 2019, 5 508 personnes avaient suivi le cours PSSM pour les aînés depuis 2017 — dont 3 425 entre avril 2018 et février 2019.

Pour de plus amples renseignements, adressez-vous à : [pssm@commissionsantementale.ca](mailto:pssm@commissionsantementale.ca).

## Service de soutien par les pairs (Vancouver)

*Les lignes directrices indiquent que les programmes de soutien par les pairs jouent un rôle important dans les initiatives menées par les aînés dans les programmes et services communautaires (pages 55 à 56).*

### Description

Ce service offre du soutien émotionnel individuel, confidentiel et sans jugement aux adultes de 55 ans ou plus qui font face à un facteur de stress de la vie comme la retraite, la maladie, l'isolement ou une perte significative. Même s'il est généralement offert à des fins de promotion de la santé et de prévention primaire, le service est également proposé aux personnes atteintes de dépression ou d'anxiété légère, et peut aussi venir en aide à celles éprouvant d'autres problèmes de santé, en particulier dans les cas où le soutien par les pairs est approprié.

## Approche

Les clients sont jumelés à un bénévole formé pour des séances individuelles qui durent jusqu'à 15 semaines. Le service est offert dans un centre commercial local (Kay's Place), en partenariat avec le West End Seniors' Network, et est facilement accessible à pied ou en transport en commun.

Pour de plus amples renseignements, adressez-vous à Anthony Kupferschmidt à : [executivedirector@wesn.ca](mailto:executivedirector@wesn.ca).

## Programmes communautaires mobiles visant à réduire l'isolement et la solitude

### Description

Divers programmes communautaires mobiles visant à lutter contre la solitude et l'isolement chez les aînés ont été élaborés au sein des différentes administrations. Ceux-ci comprennent les services communautaires traditionnels — visites amicales, popotes roulantes et dîners-sorties — et les innovations plus récentes, comme le mouvement Men's Sheds, qui a vu le jour lors d'une campagne Movember.

En outre, de plus en plus de programmes de prévention du suicide comme les groupes de discussion communautaires pour les hommes d'âge moyen ou avancé font leur apparition. Le guide pour les animateurs qu'on retrouve dans la Trousse d'outils de la CCSMPA pour la prévention du suicide chez les personnes âgées (2016) peut être utilisé pour soutenir ces groupes.

Un [guichet unique de connaissances](#) s'adressant aux gens qui travaillent à réduire l'isolement social et à accroître l'inclusion chez les aînés a également été mis au point. Subventionné dans le cadre du programme Nouveaux Horizons pour les aînés d'Emploi et Développement social Canada, le site regroupe des ressources conçues pour s'attaquer à ces questions au niveau de la population, ainsi que des rapports et d'autres ressources provenant du monde entier.

## Soins continus pour les aînés LGBTQ2S+ : Ressources pour les fournisseurs (Alberta)

### Description

Ces ressources Web des Services de santé de l'Alberta à l'intention des fournisseurs comprennent une vidéo éducative et des conseils sur la prestation de soins chaleureux plus sûrs, la programmation des activités et l'établissement d'un « champion du site » au niveau de l'organisation. Leur élaboration, qui s'est échelonnée sur 18 mois, a nécessité la participation de bénévoles de la communauté et d'experts en matière d'orientation sexuelle et d'identité et d'expression de genre des Services de santé de l'Alberta.

## Autres programmes de promotion et de prévention

### Exemples :

- [Senior Alcohol Misuse Indicator \(SAMI\)](#) : Outil de dépistage concis et gratuit, conçu pour détecter les problèmes d'alcool existants ou potentiels chez les aînés sans susciter le déni et la défensive des personnes faisant l'objet d'un dépistage — Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH).
- [Collectivités-amies des aînés au Canada : Guide de mise en œuvre à l'échelon de la collectivité — Boîte à outils](#) : Gamme d'outils pour aider à faire des collectivités des lieux mieux adaptés aux besoins des aînés – Agence de la santé publique du Canada.
- [Lignes directrices nationales de la CCSMPA sur la santé mentale chez les aînés](#) : Série de lignes directrices cliniques, comprenant des recommandations sur les risques associés aux problèmes de santé mentale courants chez les aînés, comme la dépression, la démence, le suicide et l'abus de substances.
- [Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario \(STCO\)](#) : Initiative mise sur pied pour améliorer les services de soins de santé aux aînés qui présentent (ou sont à risque de présenter) des comportements réactifs ou des expressions personnelles associés à la démence, à des problèmes de santé mentale, à la toxicomanie et/ou à d'autres troubles neurologiques. Le programme offre aussi du soutien aux aidants naturels dans la communauté, dans les établissements de soins de longue durée ou quel que soit le lieu où habite le patient et/ou le ou les aidants naturels. Une initiative linguistique centrée sur la personne, des outils pédagogiques communs et de l'information pour faciliter l'élaboration de services spécialisés pour les personnes présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) font partie des ressources offertes.
- [Vivre sa vie pleinement, pour les aînés](#) : Cours en 12 volets, élaboré par l'ACSM (Ontario) pour aider les gens à acquérir des compétences d'autogestion au moyen de concepts et de techniques de thérapie cognitivo-comportementale (TCC).
- [brainXchange](#) : Ressource Web consultable qui propose des outils pédagogiques et cliniques que les fournisseurs de services cliniques et les planificateurs peuvent consulter et partager. brainXchange « s'emploie à améliorer la qualité de vie des personnes ayant ou à risque d'avoir des besoins en santé du cerveau liés à la démence ou des troubles neurologiques et de santé mentale liés au vieillissement ou au fait d'avoir subi, plus jeunes, des changements sur le plan de la santé du cerveau qui sont plus complexes en vieillissant, ainsi qu'à soutenir ces personnes ». brainXchange compte notamment parmi ses membres la CCSMPA, l'ACPG, la SAC et le Consortium canadien en neurodégénérescence associée au vieillissement (CCNV). Voici quelques ressources et outils offerts :
  - Saines habitudes de vie et recommandations pour la prévention de la démence
  - Soutien aux proches aidants de personnes atteintes de démence ou d'autres problèmes de santé mentale ou neurologiques
  - Renseignements sur la facilitation du vieillissement chez soi pour les personnes atteintes de démence (télé-surveillance à domicile pour les aînés vivant en milieu rural et programme de soutien à domicile SMILE [Seniors Managing Independent Life Easily])

## Références

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2016). Trousse d'outils de la CCSMPA pour la prévention du suicide en fin de vie : Guide pour les animateurs (en anglais seulement). Tiré du site <https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/FacilitatorsGuide.pdf>.

Gough, A. et Cassidy, K.-L. (2017). Toward psychosocial health in age-friendly communities: The Fountain of Health peer-led education series. *Mental Health and Prevention*, 2017(8), pages 14-19. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2017.08.002>.

Gough, A., Cassidy, B., Rabheru, K., Conn, D., Canales, D. D. et Cassidy, K.-L. (2018). The Fountain of Health: Effective health promotion knowledge transfer in individual primary care and group community-based formats. *International Psychogeriatrics*, 31, pages 173-180. <https://doi.org/10.1017/S1041610218000480>.

## Autres lectures

- Nombreuses [références établissant la preuve](#) de l'efficacité de FOH et de la promotion de la santé mentale chez les aînés.
- Ressources et résumés de la littérature de la section Santé du [McMaster Optimal Aging Portal](#) (portail sur le vieillissement optimal).

## 2. Services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie

### Littérature récente

Des articles récents (provenant principalement de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni [RU]) décrivant les services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie confirment le rôle essentiel de ces équipes qui offrent des soins spécialisés de gérontopsychiatrie. Ces articles présentent des renseignements sur les ressources dont ces équipes sont dotées ainsi que les résultats obtenus. Le RU joue un rôle de premier plan dans la promotion et la description des services spécialisés de gérontopsychiatrie depuis la fin des années 1970. La littérature australienne est particulièrement intéressante en raison de ses nombreuses similitudes avec le Canada en ce qui concerne les systèmes de santé, la taille des populations<sup>2</sup>, la dispersion de la population<sup>3</sup> et le nombre d'aînés vivant dans des collectivités rurales et éloignées. Dans une certaine mesure, les deux pays ont fixé des objectifs (jalons) quant aux ressources nécessaires pour répondre aux besoins des aînés dans une zone géographique ou une région administrative donnée.

*Les lignes directrices ont adapté ces jalons pour les services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie; à savoir une équipe multidisciplinaire (incluant un psychiatre) pour 10 000 personnes de plus de 65 ans.*

<sup>2</sup> 24,6 millions (Australie) par rapport à 37 millions (Canada).

<sup>3</sup> La densité de population est de 3,1 habitants par km<sup>2</sup> en Australie, et de 3,7 au Canada.

En Australie et en Nouvelle-Zélande, les services communautaires sont offerts aux aînés présentant divers diagnostics, en collaboration avec les fournisseurs de soins primaires.

### Services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie aux États-Unis

L'examen des modèles de services de santé mentale à domicile aux États-Unis, réalisé par Reifler et Bruce (2014), a permis de dégager un certain nombre de caractéristiques à prendre en considération lors de la conception de programmes. Des dix modèles examinés :

- huit relevaient d'un organisme communautaire et deux d'un département de psychiatrie d'une école de médecine;
- six étaient principalement axés sur les aînés présentant des troubles de l'humeur et de l'anxiété et avaient recours à une gamme de psychothérapies individuelles;
- quatre acceptaient les patients présentant une variété de diagnostics psychiatriques (incluant la démence) et offraient la gestion des traitements pharmacologiques parmi leurs services;
- tous croyaient fermement en « la nécessité du programme dans leur collectivité, la capacité de travailler dans le cadre de leur organisation mère et de former des partenariats avec d'autres, et l'engagement à surmonter les obstacles qui se posent en permanence » (Discussion, paragr. 1).

En ce qui concerne l'organisation d'un tel programme, l'examen a révélé que, compte tenu des besoins complexes en jeu, il « peut être intégré dans différents types d'organismes offrant des soins de santé, de santé mentale ou des services sociaux ou encore ceux dédiés spécifiquement aux personnes âgées ». (Questions administratives, paragr. 1).

Bien que Reifler et Bruce se soient aussi penchés sur le nombre de cas traités chaque année<sup>4</sup> et aient fourni des renseignements sur la dotation en personnel et le budget, on ne dispose pas de données suffisantes sur la population du territoire couvert pour étudier le pourcentage de jalons de dotation en personnel atteints ou la gamme de services mis à la disposition de la population.

En outre, un rapport américain s'est penché sur les programmes mobiles de gérontopsychiatrie offrant des visites aux aînés vivant chez eux qui sont incapables de se rendre dans un établissement de soins ambulatoires (Johnston et autres, 2010). L'âge moyen des patients vus était de 79,7 ans, et 74 % d'entre eux étaient des femmes. Les diagnostics psychiatriques les plus fréquents étaient la dépression (50 %) et la démence (45 %), avec une moyenne de 1,4 diagnostic psychiatrique par patient. Ces patients avaient aussi reçu un certain nombre de diagnostics médicaux (4,8 en moyenne) — dont des problèmes cardiovasculaires, musculo-squelettiques, endocriniens, neurologiques et gastro-intestinaux — et prenaient plusieurs médicaments (6,8 en moyenne). Les patients ont reçu en moyenne 4,2 visites en personne et ont eu en moyenne 30,2 contacts supplémentaires (appels téléphoniques, courriels, télécopies).

---

<sup>4</sup> 50-300 nouveaux cas.

Les patients décrits dans cette étude ressemblent à ceux évalués à domicile par les équipes offrant des services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie au Canada : ils avaient généralement une combinaison complexe de diagnostics médicaux et psychiatriques et bénéficiaient de contacts en plus des visites en personne. Les raisons les plus courantes justifiant la nécessité de leur fournir des soins à domicile étaient un faible soutien social, l'incapacité de conduire, le niveau de stress vécu par les proches-aidants, une mauvaise santé physique et une diminution de la mobilité physique. Le modèle décrit (impliquant la participation d'un gérontopsychiatre, d'un infirmier gériatrique praticien et d'un coordonnateur ayant de l'expérience dans les soins aux personnes atteintes de démence) ressemble aussi à celui adopté par les équipes offrant des services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie dans les régions rurales du district de la santé de Champlain, en Ontario.

### **Services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie en Australie**

Crotty, Henderson, Martinez et Fuller (2014) ont décrit l'importance de la collaboration entre les services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie, les médecins de premier recours, les ressources des services sociaux et les établissements de soins de longue durée. L'étude soulignait la nécessité, pour les cliniciens et les organismes, d'avoir un premier contact en personne pour en apprendre davantage sur leurs services, responsabilités et critères d'aiguillage et d'admissibilité respectifs. Elle recommandait également la création d'occasions de réseautage et de renforcement des relations par le biais d'activités éducatives conjointes. Les services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie doivent donc inclure des activités qui facilitent la collaboration avec les fournisseurs de soins primaires et autres organismes de services sociaux ou liés à la santé mentale, à la santé ou au vieillissement.

George et Bradshaw (2006), ainsi que Loi, Bradshaw et Gilbert (2017), ont décrit un service de gérontopsychiatrie dans les régions rurales de l'état de Victoria, en Australie. Durant dix ans, ce service a assuré un accès rapide aux services de consultation (habituellement dans les 2 à 3 jours), ainsi que la prise en charge des cas et le traitement, au besoin. George et Bradshaw se sont penchés sur le personnel nécessaire pour fournir ce service, ainsi que sur le nombre de patients ayant consulté, les taux d'admission et les services locaux concernés (p. ex., les lits d'hôpitaux disponibles pour l'admission). Selon George et Bradshaw, le taux d'admission variait de 11,5 à 13,6 %. Dix ans plus tard, Loi et autres rapportaient que 17 % des patients reçus en consultation ont dû être hospitalisés (les deux tiers de façon informelle et le tiers contre leur volonté). Cette augmentation pourrait être partiellement attribuable à la proportion de patients ayant un diagnostic principal<sup>5</sup> de délire (15,7 %) et de troubles psychotiques (10 %), en plus de la dépression (31,5 %) et de la démence (30 %).

### **Services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie au RU et en France**

Ryder (2015) a décrit une initiative menée par une équipe communautaire de santé mentale nouvellement formée : le service de soins flexibles, visant à « aider les aînés ayant des problèmes de santé mentale à trouver des façons d'améliorer leur qualité de vie et à accéder aux ressources et aux

---

<sup>5</sup> Problème responsable de la plus grande partie du séjour.

mesures de soutien appropriées et, le cas échéant, à donner du répit à leurs aidants » (pages 30 à 34). Le document décrivait un aspect du travail des équipes offrant des services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie, mais ne précisait pas les ressources nécessaires pour offrir ce type de service aux patients à domicile.

Krolak-Salmon et autres (2016) ont documenté les effets d'une équipe mobile spécialisée en troubles du comportement associés à la démence. Pour ce faire, les médecins traitants de 424 aînés (vivant chez eux ou dans un centre de soins infirmiers) ont été interrogés sur les autres plans d'intervention qu'ils auraient mis en œuvre si l'équipe mobile n'existait pas. Les médecins de premier recours ont indiqué que, sans l'aide de l'équipe mobile, ils auraient hospitalisé 51,9 % des patients qu'ils ont dirigés vers cette dernière (soit 220 patients). Grâce à l'équipe mobile, 181 admissions ont été évitées et les soins ont été prodigués avec succès dans la collectivité. D'importantes améliorations ont été observées lors des bilans neuropsychiatriques réalisés un mois après l'intervention de l'équipe. Environ 18 % des personnes dirigées nécessitaient encore des soins hospitaliers, ce qui nous rappelle que l'accès aux soins hospitaliers doit faire partie du système de soins aux aînés ayant des problèmes de comportement ou de santé mentale.

## **Exemples de services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie au Canada**

Les services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie deviennent progressivement plus accessibles dans la plupart des régions de soins de santé au Canada. Certains ont été mis sur pied avec des ressources libérées à la suite de la fermeture des hôpitaux psychiatriques provinciaux, en élargissant les services communautaires en dehors des grands centres urbains, en partie pour aider les patients à retourner dans leur collectivité.

*Cependant, à notre connaissance, toutes les équipes existantes affichent des niveaux de dotation en personnel inférieurs aux jalons recommandés dans les lignes directrices, à savoir 5,5 professionnels spécialisés en gérontopsychiatrie en équivalent temps plein (ETP) par tranche de 10 000 aînés.*

Dans certaines régions, comme l'intérieur de la Colombie-Britannique, les services mobiles offerts dans les centres de soins infirmiers sont décrits comme des « services internes ».

### **Services communautaires de gérontopsychiatrie d'Ottawa**

Au Canada, on recense quelques exemples de services de gérontopsychiatrie intégrés aux programmes gériatriques régionaux, comme à l'Institut Universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) et à London, Ontario. Cependant, la plupart des services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie sont élaborés par et intégrés dans les services de santé mentale communautaires ou spécialisés. En Ontario, les services de santé mentale affiliés aux centres universitaires ont commencé à établir des services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie il y a plus de 40 ans. Ces services s'inspiraient du

modèle britannique prédominant; notamment en considérant les visites à domicile comme une bonne façon de réaliser une évaluation complète. Par exemple, les Services communautaires de gérontopsychiatrie d'Ottawa (SCGPO) ont été créés il y a plus de 43 ans, sous la direction clinique de David Harris, gérontopsychiatre formé au Royaume-Uni et ancien membre du département de psychiatrie de l'Hôpital d'Ottawa. Les SCGPO ont calqué le modèle britannique en fournissant des services par le biais de visites à domicile.

## Restez à l'affût!

Dans une publication prévue prochainement, vous trouverez une description plus détaillée des services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie dans la région de Champlain. Il y sera notamment question du personnel multidisciplinaire, des activités, de la population desservie, des résultats et des défis, ainsi que du rôle important qu'ils jouent dans l'accès opportun à des évaluations et des soins spécialisés en gérontopsychiatrie. La publication illustrera également la façon dont l'équipe responsable des services communautaires et mobiles de gérontopsychiatrie a utilisé les jalons proposés dans les *lignes directrices* pour parvenir à une répartition équitable des ressources cliniques au sein d'une région administrative donnée.

Pour de plus amples renseignements, adressez-vous à Michèle Tremblay, M.D., [michele.tremblay@theroyal.ca](mailto:michele.tremblay@theroyal.ca) ou Gordon Thomas, M.D., [gordon.thomas@theroyal.ca](mailto:gordon.thomas@theroyal.ca) (Royal Ottawa Mental Health Centre); ou Linda Gobessi, M.D., [lgobessi@bruyere.org](mailto:lgobessi@bruyere.org) ou Vickie Demers, [vdemers@bruyere.org](mailto:vdemers@bruyere.org) (Services communautaires de gérontopsychiatrie d'Ottawa).

## Références

- Crotty, M. M., Henderson, J., Martinez, L. et Fuller, J. D. (2014). Barriers to collaboration in mental health services for older people: External agency views. *Australian Journal of Primary Health*, 20, pages 250-256. doi : 10.1071/PY12144.
- George, K. et Bradshaw, L. (2006). An aged persons mental health service in remote Victoria. *Australasian Psychiatry*, 14, pages 202-205. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1665.2006.02280.x>.
- Johnston, D., Smith, M., Beard-Byrd, K., Albert, A., Legault, C., McCall, W. V., . . . et Reifler, B. V. (2010). A new home-based mental health program for older adults: Description of the first 100 cases. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, pages 1141-1145.
- Krolak-Salmon, P., Roubaud, C., Finne-Soveri, H., Riolacci-Dhoyen, N., Richard, G., Rouch, I., . . . et Dauphinot, V. (2016). Evaluation of a mobile team dedicated to behavioural disorders as recommended by the Alzheimer Cooperative Valuation in Europe joint action: Observational cohort study. *European Journal of Neurology*, 23, pages 979-988. <https://doi.org/10.1111/ene.12975>.
- Loi, S. M., Bradshaw, L. et Gilbert, V. (2017). Aged persons mental health service in rural Victoria. *Australian Journal of Rural Health*, 25, pages 68-70. <https://doi.org/10.1111/ajr.12179>.
- Reifler, B. V. et Bruce, M. L. (2014). Home-based mental health services for older adults: A review of ten model programs. 22, pages 241-247. doi : 10.1016/j.jagp.2012.12.002.

Ryder, E. (2015). The flexible care service: A third-sector service for older people with mental health needs. *British Journal of Community Nursing*, 20, pages 30-34.

<https://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.1.30>.

### 3. Services intrahospitaliers de gérontopsychiatrie

#### Littérature récente

Depuis la parution des *lignes directrices* de 2011, très peu de publications ont abordé la question des services hospitaliers spécialisés, et aucune au Canada. Peut-être cela est-il dû en partie au fait que les services intrahospitaliers étaient autrefois établis dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux qui, depuis, ont vu leur capacité réduite ou leurs unités de réadaptation fermer. Malgré le virage important vers les services communautaires et autres (unités comportementales spécialisées dans les établissements de soins de longue durée), comme l'indiquent les *lignes directrices*, les services intrahospitaliers de gérontopsychiatrie demeurent un élément essentiel des services de santé mentale complets pour les aînés au Canada.

Gomersall (2009) a décrit un service communautaire de soins intermédiaires au RU ayant recours à une équipe multidisciplinaire et multiagences pour évaluer, traiter et soutenir à domicile des aînés ayant une maladie mentale. Bien que ce service de soins d'urgence à domicile offert en tout temps ait contribué à réduire le taux d'occupation des lits d'hôpitaux, l'auteur a fait remarquer que le service n'aurait pas bien fonctionné « sans l'engagement et le soutien des unités intrahospitalières de santé mentale pour aînés, des hôpitaux de jour et des équipes communautaires » (Conclusion, paragr. 3).

Madaras et Hilton (2010) ont décrit une unité de réadaptation de soins intermédiaires comptant 12 lits, située dans un établissement de soins de longue durée pour aînés atteints de maladies physiques qui éprouvaient aussi des besoins en santé mentale. Leurs diagnostics comprenaient le delirium, la dépression, la démence, les problèmes d'alcool, la schizophrénie, les troubles de la personnalité et les atteintes au lobe frontal (causées par une hémorragie cérébrale ou l'ablation d'une tumeur cérébrale). Le delirium, avec et sans démence, était le diagnostic le plus fréquent. La durée moyenne du séjour était de 55 jours, et tous les patients ont été admis en provenance d'un hôpital de soins de courte durée. Ce service a donc été principalement conçu dans le but de soulager la pression exercée sur les lits d'hôpitaux de soins de courte durée et de permettre une période de réhabilitation plus appropriée que celle qui est habituellement offerte en soins de courte durée.

Dans le cadre d'une étude réalisée par Seitz et autres (2012) auprès d'adultes ayant obtenu leur congé d'unités de soins intensifs psychiatriques de l'Ontario entre 2008 et 2010, on a comparé les besoins en matière de traitement des adultes plus jeunes et des aînés. Les résultats ont démontré que les aînés représentaient 8,8 % des congés et 12,3 % des admissions de plus de trois jours, ce qui met en évidence le rôle continu et important des unités de soins intensifs psychiatriques dans la prestation de soins hospitaliers aux aînés. Les troubles dépressifs (32,1 %), la démence (19,5 %), la psychose (15,9 %) et le

trouble bipolaire (11,3 %) étaient les diagnostics primaires les plus fréquemment posés à la sortie des patients, représentant 78,8 % de toutes les admissions. Alors que la plupart des patients vivaient dans une résidence privée avant leur admission, 10 % vivaient dans un établissement de soins de longue durée. Cependant, les deux tiers des aînés avaient une certaine déficience cognitive (modérée à sévère dans 47 % des cas). Un grand pourcentage (46 %) des aînés avaient une déficience dans au moins une activité de la vie quotidienne (modérée à sévère dans 22 % des cas).

Sans surprise, Seitz et autres ont constaté que les aînés avaient en moyenne 3,3 maladies chroniques, et 84 % avaient deux comorbidités ou plus (par rapport à 20,5 % chez les adultes plus jeunes). Cette étude fait ressortir la nécessité, pour les unités de soins intensifs psychiatriques, d'avoir une expertise tant dans les soins médicaux de haute qualité que dans les soins psychiatriques, tout en intégrant les pratiques exemplaires gériatriques recommandées pour le traitement des troubles responsables des admissions dans les unités de soins intensifs psychiatriques. Elle montre également l'absence de lignes directrices cliniques précises sur la prise en charge des personnes atteintes de démence dans les établissements de soins de courte durée. De plus, compte tenu de la vulnérabilité sociale des aînés, il existe un besoin très net sur le plan du soutien social et des soins psychiatriques suivant le congé de l'hôpital pour prévenir la réapparition des symptômes<sup>6</sup>.

Dans l'ensemble, nous n'avons trouvé aucune nouvelle littérature publiée sur les services intrahospitaliers de gérontopsychiatrie décrits dans les *lignes directrices*.

### **Exemples de services intrahospitaliers de gérontopsychiatrie au Canada**

Grâce aux contacts personnels avec des responsables cliniques de services spécialisés de gérontopsychiatrie dans diverses provinces, nous avons constaté que la plupart des unités intrahospitalières offraient un traitement efficace, avec une durée moyenne de séjour inférieure à 90 jours. Les seules exceptions étaient les clients nécessitant des services de réadaptation intrahospitaliers plus intensifs en raison de troubles psychiatriques et/ou neurocognitifs graves et complexes. Pour ces unités, la durée moyenne du séjour pouvait dépasser 90 jours (mais n'excédait pas 120). Tous ces services bénéficiaient du soutien et de la collaboration du secteur des soins de longue durée ou des soins en établissement, ainsi que de mécanismes clairs pour faciliter le retour dans ces centres lorsque les soins intrahospitaliers n'étaient plus nécessaires ou pouvaient se poursuivre dans ces établissements.

Certains de ces mécanismes comprenaient les critères d'admission par écrit et des ententes de services entre les hôpitaux de soins de courte durée, les centres de soins en établissement et les unités spécialisées. Ces mécanismes visaient les réadmissions dans les établissements de soins de longue durée ou un autre niveau d'unités de soins dans les hôpitaux de soins de courte durée une fois le traitement terminé dans les unités spécialisées. Ils comprenaient également des politiques provinciales prévoyant un délai raisonnable permettant aux résidents des établissements de soins de longue durée de

---

<sup>6</sup> Remarque : Cette étude excluait les aînés admis aux services intrahospitaliers de gérontopsychiatrie ou à long terme au cours des deux ans qu'elle a duré.

conserver leur lit durant leur hospitalisation dans une unité psychiatrique. Lorsque les unités de gérontopsychiatrie intrahospitalières étaient incapables de transférer ou de donner congé à leurs patients dans des délais raisonnables, leurs lits devenaient inaccessibles ou étaient “bloqués” et très peu de personnes âgées pouvaient recevoir ces soins spécialisés à temps. Par ailleurs, les personnes vivant dans un centre de soins de longue durée ou de soins en établissement courraient un risque élevé de perdre leur lit. Dans la plupart des provinces, les aînés aux prises avec des troubles neurocognitifs, du comportement et de santé mentale complexes étaient ceux qui avaient le plus de difficulté à accéder à des soins intrahospitaliers appropriés en raison de la crainte que les lits de soins intermédiaires ou de courte durée soient bloqués par des patients nécessitant un placement. Cette situation met en évidence la nécessité de disposer d’une gamme appropriée de services et de politiques bien conçues qui favorisent la collaboration entre les secteurs de soins communautaires et en établissement, les hôpitaux de soins de courte durée et les services de santé mentale spécialisés.

### **Services intrahospitaliers de gérontopsychiatrie du Royal Ottawa Mental Health Centre**

Les services intrahospitaliers du centre sont une unité de 43 lits, dont la durée moyenne de séjour varie (sur plusieurs années) entre 45 et 65 jours. Le centre est en mesure d’admettre directement les patients provenant d’établissements de soins de longue durée et de transférer rapidement les patients provenant d’hôpitaux de soins de courte durée ou de la collectivité lorsque des soins spécialisés de gérontopsychiatrie sont nécessaires. Cet exemple illustre comment il est possible d’assurer un accès équitable et en temps opportun à ces soins pour les aînés vivant dans une région administrative donnée où il existe une gamme de services de santé mentale. Son succès tient à la bonne collaboration entre les hôpitaux de soins de courte durée, les services communautaires de gérontopsychiatrie et les services mobiles aux établissements de soins de longue durée ou aux centres de soins en établissement. Pour de plus amples renseignements, adressez-vous à Michèle Tremblay, M.D., [michele.tremblay@theroyal.ca](mailto:michele.tremblay@theroyal.ca) ou Tim Lau, M.D., [tim.lau@theroyal.ca](mailto:tim.lau@theroyal.ca).

### **Unité intrahospitalière de soins gériatriques tertiaires de l’intérieur de la Colombie-Britannique**

L’unité intrahospitalière de soins gérontopsychiatriques tertiaires pour les régions desservies par l’Interior Health et la Northern Health de la Colombie-Britannique fait partie du Hillside Centre, à Kamloops. Il s’agit d’un service intrahospitalier de 12 lits, mis sur pied en 2006 afin de mieux répondre aux besoins des populations du centre et du nord, lors du redéploiement des ressources de l’hôpital psychiatrique provincial. Cette unité intrahospitalière sécurisée offre des services complets d’évaluation et de traitement grâce à une approche holistique et à la planification des soins aux personnes ayant des problèmes de comportement. La durée moyenne actuelle des séjours à cette unité est de 112 jours. Cet exemple illustre à quel point un petit service intrahospitalier peut jouer un rôle essentiel dans le continuum de soins pour les collectivités rurales et éloignées, et montre les mécanismes qui doivent être mis en place pour assurer un accès continu à une ressource très limitée. Pour de plus amples renseignements, adressez-vous à Carol Ward, M.D., à : [carol.ward@interiorhealth.ca](mailto:carol.ward@interiorhealth.ca).

## Restez à l'affût!

Un document (en préparation) décrira ces deux unités intrahospitalières de soins gérontopsychiatriques tertiaires : une qui fait partie du continuum de soins aux aînés de la région de Champlain (Ottawa et les zones environnantes [principalement] rurales) et une qui sert les régions de l'intérieur et du nord de la Colombie-Britannique (Hillside Centre, à Kamloops).

Pour donner suite aux conclusions de Seitz et autres (2012), Dr Rabheru et ses collègues décriront un nouveau service de soutien en cas de troubles du comportement offert dans les hôpitaux de soins de courte durée de la région de Champlain, mis sur pied afin de mieux répondre aux besoins des aînés. Dans les publications futures, nous espérons également mettre en évidence les unités de soins intensifs psychiatriques qui ont élaboré des stratégies pour répondre aux besoins complexes des aînés.

Pour de plus amples renseignements sur les services de soutien en cas de troubles du comportement offerts dans les hôpitaux de soins de courte durée, adressez-vous à Kiran Rabheru, M.D., à : [krabheru@toh.ca](mailto:krabheru@toh.ca).

## Références

Gomersall, C. (Mai 2009). A rapid response intermediate care service for older people with mental health problems. *Nursing Times*, 105(17), pages 12-13.

Madaras, A. et Hilton, C. (Août 2010). Developing an intermediate care unit for older people with mental and physical illnesses. *Nursing Times*, 106(30), pages 18-19.

Seitz, D. P., Vigod, S. N., Lin, E., Gruneir, A., Newman, A., Anderson, G., . . . et Herrmann, N. (2012). Characteristics of older adults hospitalized in acute psychiatric units in Ontario: A population-based study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57, pages 554-563.  
<https://doi.org/10.1177/070674371205700906>.

## 4. Services offerts dans les hôpitaux de jour de gérontopsychiatrie

### Littérature récente

*Les programmes des hôpitaux de jour permettent à « un nombre plus grand d'aînés d'avoir accès aux services d'hospitalisation spécialisés, généralement très limités, en réduisant la durée moyenne de séjour dans cette unité tout en offrant la possibilité à chaque patient de se rétablir pleinement » (Tourigny-Rivard et Potoczny, 1996). (CSMC, 2011, p. 69)*

Les services hospitaliers de jour de gérontopsychiatrie sont actuellement offerts seulement dans certains grands centres universitaires, comme à Ottawa, à Vancouver, à Toronto, à Calgary, à Edmonton, à London et à St. John's. Les hôpitaux de jour qui sont co-localisés ou situés à proximité des services intrahospitaliers de gérontopsychiatrie s'avèrent souvent une solution de rechange utile aux soins intrahospitaliers, en évitant les admissions (lorsque possible), en permettant aux patients d'obtenir plus

rapidement leur congé et en assurant un retour sécuritaire à la maison grâce à un traitement ambulatoire continu.

Certains hôpitaux de jour offrent un nombre de jours donné de traitement et admettent une cohorte de patients pour cette période; par exemple, un programme de 12 semaines pour les troubles de l'humeur et de l'anxiété où la thérapie cognitivo-comportementale de groupe est une partie importante du traitement, de même que d'autres interventions psychosociales (Conn, Clarke et van Reekum, 2000). D'autres hôpitaux de jour échelonnent les admissions en fonction de la nécessité d'externaliser les soins intrahospitaliers ou d'offrir un programme de traitement plus intensif.

*Les lignes directrices incluent les hôpitaux de jour de gérontopsychiatrie comme l'un des services spécialisés à prendre en considération lors de l'élaboration d'une gamme complète de services de santé mentale pour une région administrative donnée (p. 67).*

Certains hôpitaux de jour de gérontopsychiatrie sont co-localisés ou intégrés dans des hôpitaux de jour de médecine gériatrique. Par exemple, à l'hôpital général de Vancouver, l'hôpital de jour de gérontopsychiatrie fait partie d'un hôpital de jour de gériatrie, qui comprend des médecins et des membres de la pratique de la médecine familiale, de la médecine gériatrique et de la gérontopsychiatrie (situé à proximité d'une unité intrahospitalière [STAT Centre], sur le même étage que l'équipe mobile de gérontopsychiatrie). Ses principaux objectifs sont de fournir une évaluation et un traitement aux aînés fragiles ayant les besoins les plus complexes, de réduire les visites à l'urgence et les admissions en soins de courte durée (grâce aux interventions d'urgence et à l'accès rapide aux services d'évaluation et de traitement), de fournir des services permettant aux patients d'obtenir plus rapidement leur congé (suivi médical et psychiatrique et réadaptation), d'offrir de la formation et du soutien aux soignants, et de prévenir les placements en centre de soins en établissement en mettant en place les ressources nécessaires à la maison (K. Bell, communication personnelle, mai 2019). La durée moyenne du séjour à l'hôpital général de Vancouver est de trois mois.

Knight and Alarie (2017) ont décrit un service multimodal de traitement gérontopsychiatrique de jour de 10 semaines, mis sur pied à Calgary à l'intention des aînés présentant des troubles de l'humeur et de l'anxiété légers à modérés, où les admissions sont échelonnées en fonction des besoins. L'étude décrit brièvement les niveaux de dotation en personnel pour le modèle de pratique, qui incluait des stratégies cognitivo-comportementales de groupe et interpersonnelles mettant l'accent sur l'activation et la socialisation comportementales. Après avoir examiné les dossiers de 255 aînés sur trois ans et tenu des groupes de discussion avec des clients ayant participé au programme au cours des mois précédents, les auteurs ont constaté des améliorations statistiques et cliniques importantes dans la symptomatologie des patients, d'après la diminution des scores sur l'échelle de dépression gériatrique et les résultats au questionnaire d'auto-évaluation *Clinical Outcomes in the Routine Evaluation Outcome Measure* (CORE-

OM). Les groupes de discussion ont soulevé la nécessité d'un mécanisme de soutien continu en santé mentale au terme de ce programme d'une durée limitée.

Des programmes gériatriques de jour et des programmes de jour pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont été mis sur pied sur plusieurs années pour aider les personnes atteintes de démence<sup>7</sup>. Bien que ces programmes n'offrent généralement pas de soins médicaux et aient tendance à nécessiter moins de ressources que les hôpitaux de jour, ils aident les participants à maintenir le meilleur niveau d'autonomie et de socialisation possible tout en vivant chez eux. Ils soutiennent également les soignants en leur offrant des journées de répit, de l'éducation et du soutien afin de gérer les symptômes comportementaux et psychologiques légers. Ils occupent donc une place importante dans le continuum de services requis par les aînés. À Vancouver, un nouveau programme — programme de jour pour adultes d'Youville — a été mis sur pied pour les aînés présentant des symptômes plus sévères (impossibles à gérer dans le cadre des programmes de jour habituels offerts aux personnes atteintes d'Alzheimer). Situé dans un cadre sécuritaire et offrant de grands espaces extérieurs et un ratio patients/personnel plus faible, le programme offre probablement un niveau de soins plus semblable à celui d'un hôpital de jour (Vancouver Coastal Health, 2017).

Dans l'ensemble, la littérature existante met l'accent sur les résultats de la gestion des troubles spécifiques et la démonstration de l'efficacité du traitement (principalement) des troubles de l'humeur et de l'anxiété.

## **Exemples de services hospitaliers de jour en gérontopsychiatrie au Canada**

### **Services hospitaliers de jour en gérontopsychiatrie du Royal Ottawa Mental Health Centre**

Les services hospitaliers de jour en gérontopsychiatrie dans la région de Champlain offrent l'évaluation, le traitement de jour et l'intervention en situation de crise pour les aînés qui peuvent vivre en sécurité dans la collectivité, mais qui nécessitent un traitement psychiatrique urgent et intensif.

Les objectifs du programme sont les suivants :

- aider les gens à demeurer chez eux tout en recevant un traitement plus intensif que celui que sont en mesure d'offrir d'autres services de santé mentale (cliniques externes ou communautaires), évitant ainsi une admission en soins de courte durée à l'hôpital;
- aider les gens à rentrer chez eux plus tôt en poursuivant un plan de traitement mis en place au préalable et en les soutenant durant la transition de l'hôpital à la maison;
- effectuer des évaluations multidisciplinaires complètes pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et cognitifs complexes lorsque l'expertise de divers professionnels de la santé et des périodes plus longues d'évaluation sont nécessaires pour développer des interventions de traitement efficaces;

---

<sup>7</sup> La société Alzheimer d'Ottawa-Carleton a fondé le premier programme de jour au Canada en 1985.

- soutenir les gens atteints de maladies mentales graves et persistantes qui nécessitaient auparavant des années de traitement dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux en fournissant un traitement axé sur la réadaptation et en facilitant l'accès aux mesures de soutien communautaire appropriées.

## Description

L'hôpital de jour du Centre de santé mentale Royal Ottawa est un établissement de soins tertiaires régional affilié à l'Université d'Ottawa et qui offre une gamme de services spécialisés. Il offre des programmes bilingues pouvant accueillir 45 clients, dont la plupart fréquentent l'hôpital de jour deux à trois jours par semaine. Les mardis et jeudis, environ le tiers (15 à 18) des participants sont admis au programme de jour d'amélioration et d'évaluation cognitives, tandis que les lundis, mercredis et vendredis, les deux tiers (environ 30) participent aux autres programmes offerts. De 12 à 15 personnes participent quotidiennement au programme de jour d'amélioration et d'évaluation cognitives, et de 18 à 30 participent aux autres.

La durée des admissions est déterminée selon les besoins et les objectifs de chaque personne, mais le but est de diriger les participants vers des services moins intensifs dès que possible. La durée moyenne du séjour est de 114 jours (près de 4 mois), et 110 à 130 personnes uniques bénéficient du service chaque année (en moyenne 120).

## Approche

La structure de base des programmes de jour repose sur les processus psychosociaux de groupe, mais des thérapies individuelles et de groupe sont offertes, notamment la thérapie cognitivo-comportementale et interpersonnelle, la physiothérapie, l'ergothérapie, la pharmacothérapie et les interventions psychosociales. La sismothérapie est aussi disponible lorsque ce traitement est indiqué durant une admission à ce programme de jour. Les soins sont prodigués en collaboration avec le médecin de famille de la personne et d'autres fournisseurs de services spécialisés pouvant déjà intervenir dans les soins, tels que les programmes de lutte contre la toxicomanie — communautaires ou offerts par le Royal – (p. ex., « the Lifestyle Enrichment of Seniors with Addictions » (LESA)) et le soutien pour les soignants, offert par la Société Alzheimer.

Pour faciliter la transition entre la thérapie relativement intensive en hôpital de jour et un traitement moins soutenu, un certain nombre de groupes de soutien psychosocial externes ont aussi été mis sur pied, notamment le Wellness Group pour les personnes atteintes de démence, le Healthy Lifestyle Group, et le Wellness and Recovery Action Plan Group, pour les personnes ayant une maladie mentale persistante ou récurrente.

Pour de plus amples renseignements, adressez-vous à Michèle Tremblay, M.D., à : [michele.tremblay@theroyal.ca](mailto:michele.tremblay@theroyal.ca) ou Sarah Halliday, M.D., à : [sarah.halliday@theroyal.ca](mailto:sarah.halliday@theroyal.ca).

## Hôpital de jour STAT Centre de l'hôpital général de Vancouver

Le STAT Centre offre des services d'évaluation et de traitement gériatriques complets pour les aînés fragiles vivant en milieu communautaire et ayant des besoins médicaux, psychiatriques, fonctionnels et/ou sociaux complexes ne pouvant être satisfaits dans un établissement de soins primaires ou une clinique communautaire.

Les objectifs de ce programme sont les suivants :

- fournir une évaluation et un traitement pour les aînés fragiles ayant les besoins les plus complexes;
- réduire les visites à l'urgence et les admissions en soins de courte durée grâce aux interventions en cas d'urgence et à l'accès rapide aux services d'évaluation et de traitement;
- fournir des services permettant aux patients d'obtenir plus rapidement leur congé de l'hôpital (suivi médical et psychiatrique et réadaptation);
- soutenir les soignants par l'éducation et prévenir les placements en centre de soins en établissement en mettant en place les ressources nécessaires à la maison (K. Bell, communication personnelle, mai 2019).

### Description

Les clients s'y rendent deux fois par semaine, durant trois mois. Environ 110 patients sont admis au programme chaque année. Les clients suivent un programme d'activité thérapeutique qui repose sur un modèle de réadaptation psychosociale tout en bénéficiant de services de diagnostic et de traitement individuels coordonnés et rapides.

### Approche

Le personnel de l'hôpital de jour comprend des médecins et des membres de la pratique en médecine familiale, de la médecine gériatrique et de la gériopsychiatrie. Afin de maximiser l'autonomie de ses clients, l'équipe prodigue les soins en collaboration avec les fournisseurs de soins primaires, les équipes de soins de santé mentale, les gestionnaires de cas communautaires et les aides de maintien à domicile par l'entremise de soins infirmiers et de réadaptation à domicile, de services de jour pour adultes et de programmes de soutien offerts par la Société Alzheimer. Le fait de se trouver dans une unité d'évaluation gériatrique de soins de courte durée et de partager des ressources avec celle-ci (unité intrahospitalière STAT) permet des transitions en douceur des soins. Les réunions d'admission hebdomadaires permettent de trier les cas référés afin que les situations urgentes soient traitées en temps opportun. Des services de neuropsychologie sont aussi offerts, et le fait que le transport soit offert est un facteur déterminant de sa réussite.

Pour de plus amples renseignements, adressez-vous à Kathryn Bell, M.D., à : [kathyrnkathy.bell@vch.ca](mailto:kathyrnkathy.bell@vch.ca).

### Restez à l'affût!

Une évaluation détaillée des services hospitaliers de jour en gériopsychiatrie du Royal Ottawa Mental Health Centre, y compris les résultats cliniques et la durée moyenne requise pour atteindre les objectifs d'admission, est en cours. La dotation en personnel, les activités, la population desservie, les résultats et

les défis seront décrits plus en détail dans une publication à venir, ainsi que le rôle important des hôpitaux de jour de gérontopsychiatrie dans l'accès rapide à une évaluation et des soins spécialisés.

## Références

Conn, D. K., Clarke, D. et van Reekum, R. (2000). Depression in holocaust survivors: Profile and treatment outcome in a geriatric day hospital program. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, pages 331-337. doi : 10.1002/(SICI)1099-1166(200004)15:4<331::AID-GPS118>3.0.CO;2-H.

Knight, C. A. et Alarie, R. M. (2017). Improving mental health in the community: Outcome evaluation of a geriatric mental health day treatment service. *Clinical Gerontologist*, 40, pages 77-87. <https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1263709>.

Commission de la santé mentale du Canada. (2011). *Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens*. Tiré du site [https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2018-10/Senior\\_Care\\_Guideline\\_2018\\_fr.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2018-10/Senior_Care_Guideline_2018_fr.pdf).

Vancouver Coastal Health. (5 octobre 2017) New adult day program at Youville residence [communiqué de presse]. Tiré du site <http://vchnews.ca/news/2017/10/05/new-adult-day-program-youville-residence/#.XXKnvPIKipo>.

## 5. Unités de soutien et de transition en cas de troubles du comportement pour les soins complexes aux personnes atteintes de démence

### Littérature récente

Depuis la publication des *lignes directrices* de 2011, un certain nombre d'outils ont été mis au point pour faciliter l'élaboration et la mise en œuvre d'unités de soutien et de transition en cas de troubles du comportement, notamment une trousse sur le processus de désignation des unités spécialisées au sein d'établissements de soins de longue durée (Porteous, Donskov, Luciani et Orosz, 2016), un guide sur la prestation de soins axés sur la personne et la famille au sein de ces unités (collaboratif sur les unités de soutien et de transition en cas de troubles du comportement, 2018), et un rapport<sup>8</sup> sur la langue et les communications axées sur la personne, produit par [STCO](#).

---

<sup>8</sup> Cliquez ici pour consulter le [rapport « Person-Centred Language Initiative »](#) de STCO.

Les *lignes directrices* soulignent qu'« avec la réduction du nombre de lits disponibles pour les soins psychiatriques dans les hôpitaux et avec la fermeture complète d'hôpitaux psychiatriques dans certaines administrations, les établissements de soins de longue durée sont devenus, de facto, des établissements de soins de santé mentale de longue durée » (p. 70).

*« Certains de ces établissements se sont dotés d'une unité de traitement et de stabilisation à long terme ou d'unités spéciales conçues pour gérer des comportements agressifs ou problématiques manifestés par des aînés atteints de maladie mentale. » Les lignes directrices recommandent l'élaboration de telles unités dans au moins un centre de soins en établissement local ou régional, « permettant ainsi à [la] famille et [aux] amis de participer adéquatement [aux] soins [du patient] » (p. 71).*

Les unités spécialisées établies au sein d'établissements de soins de longue durée et desservant les patients présentant des besoins particuliers sont parfois appelées unités de transition ou de soutien en cas de troubles du comportement. Seuls deux jalons suggérés sont cités dans les *lignes directrices* : la recommandation australienne de 5,1 lits consacrés aux soins en établissement par tranche de 10 000 aînés; et le jalon de la Colombie-Britannique, de 10 lits par tranche de 10 000 aînés. Le tableau qui résume les jalons fait état d'une estimation de 7,5 lits par tranche de 10 000 aînés, résultat qui doit être confirmé après une évaluation plus complète de ces unités dans le système canadien actuel de soins de santé.

Nous devons examiner si les ressources hospitalières en soins de santé mentale de longue durée sont disponibles dans une région donnée et nous rappeler que ces jalons ont été suggérés il y a plusieurs années, alors que les services mobiles de consultation et de soutien en gérontopsychiatrie dans les centres de soins en établissement n'étaient probablement pas aussi développés, du moins dans certaines régions administratives.

L'expérience de l'Ontario dans la conception de ces unités, qui faisait partie de la refonte de ses services de soutien en cas de comportements réactifs associés à des troubles neurocognitifs, est bien décrite dans Gutmanis, Snyder, Harvey, Hillier et LeClair (2015). L'article apportait des preuves préliminaires de l'efficacité des unités dans la réduction des comportements réactifs dans les établissements de soins de longue durée, de l'utilisation réduite des services de soins de courte durée par les résidents des établissements de soins de longue durée, et d'une diminution du nombre de jours à bénéficier d'un autre niveau de soins<sup>9</sup>. L'article faisait aussi état des clés de leur réussite, qui comprenaient :

- élaborer et respecter un cadre stratégique panprovincial de gestion du changement;

---

<sup>9</sup> C'est-à-dire les jours où les clients qui ne sont pas gravement malades occupent un lit dans un hôpital de soins de courte durée.

- soutenir une communication efficace et l'échange de connaissances;
- avoir recours à un processus de planification, d'élaboration et de reddition de comptes à l'échelle régionale (avec examen provincial pour assurer la conformité).

La mise en œuvre a aussi été soutenue par la création d'outils standardisés, de protocoles et de communautés de pratique (p. ex., collaboratif sur les unités de soutien et de transition en cas de troubles du comportement de STCO, en plus des leurs). La mise à profit des initiatives existantes et la fourniture d'un financement fondé sur la population pour améliorer les services ou en créer de nouveaux ont aussi joué un rôle essentiel dans la réussite de cette importante initiative.

Orosz, Porteous, Donskov, Luciani et Walker (2016) ont exploré le rôle de huit unités spécialisées établies au sein d'établissements de soins de longue durée, chacune desservant un groupe bien défini de résidents dont les besoins débordent du champ habituel de pratique, mais ne nécessitant pas la complexité et la gamme de soins offerts dans les hôpitaux. Les auteurs se sont penchés sur le rôle que ces unités ont joué dans la planification des capacités du système de santé et décrit les avantages et les défis rencontrés, et sont parvenus à la conclusion qu'elles constituaient une option viable pour les résidents ayant des besoins particuliers et avaient le potentiel d'améliorer le continuum des soins et d'aider à répondre aux besoins du système de soins de santé. Il faut encore davantage de collecte systématique de données, d'évaluations rigoureuses et d'analyses coûts-avantages pour comprendre l'efficacité avec laquelle ces unités peuvent atteindre les résultats souhaités.

Une étude rétrospective du dossier de 73 résidents du Centre Baycrest de Toronto (Cohen-Mansfield et autres, 2017) – une unité de soutien et de transition en cas de troubles du comportement de 20 lits – a révélé que les résidents devant être admis étaient majoritairement des hommes (74 %) plus jeunes que la moyenne des résidents des établissements de soins de longue durée (75 ans), avaient une déficience cognitive grave, et répondaient en moyenne à 2,6 objectifs d'admission. Les objectifs les plus communs visaient les comportements problématiques non-agressifs (52,1 %), l'agressivité physique (52,1 %) et l'agressivité verbale (41,1 %). La durée moyenne de séjour dans cette unité était de six mois et demi.

L'évaluation des résultats a montré une diminution importante des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), mais aussi une hausse du nombre de médicaments pour le système nerveux central. Aucun changement important n'a été constaté sur le plan de la cognition ou de la capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne. L'étude a conclu que les personnes admises à l'unité éprouaient des SCPD graves les exposant, eux ou d'autres personnes, à des risques importants, et ne pouvant être gérés au seul moyen d'interventions comportementales lors de l'admission. Pour déterminer s'il est possible de réduire le recours aux médicaments psychotropes par l'adoption de différentes conceptions environnementales ou stratégies d'intervention comportementale, d'autres études sur les résultats de ces unités de transition seront nécessaires.

## Exemples d'unités de soutien et de transition en cas de troubles du comportement au Canada

Une analyse environnementale<sup>10</sup> — réalisée en 2017 par le collaboratif sur les unités de soutien et de transition en cas de troubles du comportement de STCO — fait état d'au moins sept unités en Ontario. La plupart étaient situés dans des établissements de soins de longue durée et comptaient de 12 à 32 lits — médiane : 17 lits. Chaque unité disposait d'un ensemble de critères déterminant les personnes qui bénéficieraient le plus du modèle de soins offert. Après avoir atteint leurs objectifs cliniques et obtenu leur congé, les patients étaient dirigés vers une unité générale au sein du même établissement de soins de longue durée ou d'un autre. La durée moyenne du séjour était de 201 jours (6,5 mois) — médiane : 166 jours. Depuis la réalisation de l'étude, d'autres unités ont été ajoutées, comme celle de l'Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences, en 2018.

Des unités de soutien en cas de troubles du comportement ou de transition pour les soins complexes aux personnes ayant une démence ont aussi été mises sur pied dans les provinces suivantes<sup>11</sup> :

- Manitoba (unité de soins spéciaux du centre Deer Lodge)
- Colombie-Britannique
- Québec (Québec et Montréal)
- Saskatchewan (une unité d'évaluation de la démence de cinq lits à Eastview [Saskatoon] et l'unité d'évaluation de la démence du sud de la Saskatchewan, au centre de réadaptation Wascana [Regina])
- Alberta (établissement de soins de longue durée Bethany Riverview pour les soins spécialisés aux personnes atteintes de démence [Calgary])

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec l'équipe du bureau de coordination provincial de STCO à : [provincialbso@nbrhc.on.ca](mailto:provincialbso@nbrhc.on.ca) ou 1-855-276-6313.

### Restez à l'affût!

Une publication à venir fera rapport sur l'expérience de la région de Champlain et donnera un aperçu du nombre de lits nécessaires dans une région administrative relativement bien pourvue en ressources.

Une étude pancanadienne des unités existantes serait toutefois plus utile aux planificateurs de soins de santé pour établir des jalons propres au Canada.

---

<sup>10</sup> [Collaboratif « Environmental Scan of Ontario's Behavioural Support Transition Units \(BSTUs\) ».](#)

<sup>11</sup> Remarque : Il est encore impossible d'en dresser une liste exhaustive étant donné la demande importante pour ces services spécialisés partout au pays et le nombre d'unités en cours de création.

## Références

Behavioural Support Transition Units Collaborative. (2018). *Providing person and family-centred care within behavioural support transition units (BSTU): The critical elements*. Tiré du site <https://brainxchange.ca/getattachment/Public/Topics-A-to-Z/BSOCRO/Behavioural-Support-Transition-Units/BSTU-Critical-Elements-Report-FINAL.pdf.aspx>.

Cohen-Mansfield, J., Ray, C. A., Hai, T., Marcu, C., Callahan, B. L. et Freedman, M. (2017). The ultimate outlier: Transitional care for persons with dementia and BPSD. *Current Alzheimer Research*, 14, pages 969-977. <https://doi.org/10.2174/1567205014666170515141710>.

Gutmanis, I., Snyder, M., Harvey, D., Hillier, L. M. et LeClair, J. K. (2015). Health care redesign for responsive behaviours — The behavioural supports Ontario experience: Lessons learned and keys to success. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 34(1), pages 45-63. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2015-001>.

Orosz, Z., Porteous, A., Donskov, M., Luciani, T. et Walker, P. (2016). Designated specialized units: How Ontario's long-term care homes fill a gap in care. *Healthcare Management Forum*, 29, pages 264-268. <https://doi.org/10.1177/0840470416659880>.

Porteous, A., Donskov, M., Luciani, T. et Orosz, Z. (2016). Understanding the designation process for specialized units in long-term care homes: A multi-stakeholder toolkit. Tiré du site [https://clri-ltc.ca/files/2016/03/BruyereCLRI\\_SpecializedUnits\\_Toolkit.pdf](https://clri-ltc.ca/files/2016/03/BruyereCLRI_SpecializedUnits_Toolkit.pdf).

## 6. Services de gérontopsychiatrie dans les établissements de soins de longue durée

*La section des lignes directrices portant sur les services spécialisés de santé mentale aux aînés souligne l'importance d'offrir des services de consultation, des soins en collaboration, du soutien et de l'éducation dans les établissements de soins de longue durée ou les centres de soins en établissement (p. 67-69).*

## Littérature récente

Snowden (2010) s'est concentré sur les modèles de prestation de services de santé mentale et les facteurs qui influencent le développement, la persistance et la réduction des symptômes de détresse. Ayant d'abord noté les avantages des services de consultation-liaison et de télépsychiatrie, l'auteur a conclu que les problèmes de santé mentale doivent être reconnus rapidement par une équipe en mesure de les traiter au sein de l'établissement. Généralement, le personnel de l'établissement forme ces équipes multidisciplinaires en assurant la liaison avec les professionnels ou les services de santé mentale itinérants; il a donc encouragé les différentes administrations responsables des soins de santé à développer elles-mêmes ces services. Puisque les études montrent également que la qualité des soins

est influencée par l'organisation, les attitudes et l'éducation du personnel de l'établissement, il a conclu que la « prestation de soins de santé mentale optimaux en établissements de soins de longue durée dépend d'un financement adéquat, de la disponibilité des compétences et de la formation, d'attitudes positives et bienveillantes, de la reconnaissance des besoins et du travail d'équipe collaboratif. Ce dernier devrait aussi inclure des liens de coopération entre les régions bien dotées en ressources et les régions à qui elles font défaut. » (Conclusion, paragr. 1).

Molinari, Hedgecock, Branch, Brown et Hyer (2009), dans le cadre d'une enquête menée auprès de 70 % des membres du personnel administratif de centres de soins infirmiers présents à quatre conférences de formation en Floride, ont constaté que les centres offraient des services de santé mentale importants (assurés par des psychologues, des psychiatres et autres médecins consultants) sur une base hebdomadaire. Les répondants à l'enquête ont affirmé être très satisfaits des services de santé mentale offerts, bien qu'ils aient indiqué que les services de psychothérapie étaient les plus difficiles à fournir, alors que les services de pharmacothérapie étaient les plus faciles.

Krolak-Salmon et autres (2016) ont évalué une équipe mobile dédiée aux troubles du comportement associés à des troubles neurocognitifs qui a contribué à prévenir les hospitalisations. Une autre étude (Chan et autres, 2018) a révélé que l'établissement d'un service mobile d'intervention rapide et de courte durée pour les centres de soins infirmiers « a diminué le nombre de visites aux urgences de 10 % par rapport à un service qui répond aux demandes de consultation moins rapidement. » (paragr. 1). L'analyse coûts-avantages a montré une économie de cinq dollars par dollar dépensé. Une étude similaire réalisée par Street, Considine, Livingston, Ottmann et Kent (2015) a montré « une baisse importante de la durée médiane du séjour hospitalier, ainsi qu'une diminution du nombre de visites et d'admissions à l'hôpital pour les aînés qui résident dans les centres de soins infirmiers de longue durée après l'instauration d'un service mobile de soins infirmiers pour desservir ces résidences. » (Conclusions, paragr. 1).

## **Le contexte canadien**

Au cours des 10 dernières années, beaucoup de travaux de planification des services de santé se sont concentrés sur les soins de longue durée. En Ontario, ce travail a commencé une décennie plus tôt, s'appuyant sur la reconnaissance de la nécessité d'un meilleur soutien, de services de consultation et d'éducation dans les centres de soins de longue durée. D'autres initiatives pour les aînés dans la province ont conduit à une hausse progressive des ressources en santé mentale dans les centres de soins de longue durée :

- Un financement provincial permettant aux consultants en psychogériatrie d'offrir de la formation et du soutien.
- La formation des fournisseurs de soins primaires et du personnel par l'entremise de la stratégie sur la maladie d'Alzheimer et les formes de démence connexes.

- La stratégie Vieillir chez soi, qui prévoyait un financement plus important pour les équipes communautaires de gérontopsychiatrie et comprenait, dans une certaine mesure, les personnes vivant en établissement de soins de longue durée.
- Le financement de STCO pour les réseaux locaux d'intégration de services de santé (RLISS) afin de développer ou d'élargir les services qui répondent aux besoins de santé comportementale et mentale des aînés (incluant un élargissement de la formation et des services de soins de santé mentale de longue durée, ainsi que des occasions de créer des unités de soutien et de transition en cas de troubles du comportement et d'accroître la capacité des équipes communautaires de gérontopsychiatrie).
- Le renouvellement et le réaménagement de certains établissements de soins de longue durée (ayant contribué à améliorer l'environnement pour une population de plus en plus fragile, aux prises avec des problèmes physiques, cognitifs et de santé mentale complexes).

La plupart des provinces ont inclus certains ou l'ensemble de ces différents éléments dans leur stratégie de planification de la santé et ont créé des sites d'échange de connaissances contenant des outils utiles à leur conception et leur mise en œuvre, comme les sites Web de [STCO](#) et [brainXchange](#).

## **Exemples de services de gérontopsychiatrie dans les établissements de soins de longue durée au Canada**

### **Services de gérontopsychiatrie mobiles dans les établissements de soins de longue durée dans la région de Champlain**

La première équipe de base de ce programme se composait d'un gérontopsychiatre et d'une infirmière offrant un service de consultation-liaison dans les établissements de soins de longue durée d'Ottawa à raison d'une ou deux fois par mois, il y a environ 30 ans. Au cours des 10 dernières années, des ressources dédiées expressément au soutien en cas de troubles du comportement, à la consultation-liaison et au mentorat du personnel des établissements de soins de longue durée ont été ajoutées, ce qui a permis une collaboration plus étroite entre les services communautaires de gérontopsychiatrie, les unités intrahospitalières de soins tertiaires et de courte durée, et tous les établissements de soins de longue durée de la région de Champlain.

Pour de plus amples renseignements, adressez-vous à Michèle Tremblay, M.D., à : [michele.tremblay@theroyal.ca](mailto:michele.tremblay@theroyal.ca) ou Gordon Thomas, M.D., à : [gordon.thomas@theroyal.ca](mailto:gordon.thomas@theroyal.ca).

### **Regional Knowledge Coordinators — Complex Behaviours, Réseau des établissements de soins de longue durée, intérieur de la Colombie-Britannique**

Ce service est composé de 4 infirmières spécialisées en santé mentale en ETP offrant des services de consultation comportementale « internes » et du soutien au personnel de première ligne des établissements de soins de longue durée travaillant avec les résidents ayant des troubles de santé mentale complexes, y compris la démence et les comportements réactifs associés. Ces coordonnateurs

régionaux des connaissances pour les comportements complexes sont en mesure de fournir une assistance téléphonique, des visites sur place, des consultations comportementales, du coaching et de l'éducation. Ils encouragent l'utilisation de l'approche persuasive en douceur, du modèle d'apprentissage et de développement P.I.E.C.E.S., et de l'algorithme des SCPD de la Colombie-Britannique, entre autres initiatives. De plus, ils partagent leurs connaissances sur les pratiques exemplaires et offrent du soutien au personnel des établissements de soins de longue durée pour l'élaboration et/ou la révision des plans de soins aux personnes qui présentent des problèmes de comportement et la mise en œuvre des interventions non pharmacologiques dans le cas de comportements réactifs difficiles. Les coordonnateurs régionaux des connaissances pour les comportements complexes soutiennent l'aiguillage vers l'unité instrahospitalière de soins gérontopsychiatriques tertiaires du Hillside Center (lorsque l'admission à l'hôpital est nécessaire), et collaborent avec les gérontopsychiatres qui offrent aussi des services de consultation internes dans les établissements de soins de longue durée situés sur le territoire couvert.

Pour de plus amples renseignements, adressez-vous à Carol Ward, M.D., à : [carol.ward@interiorhealth.ca](mailto:carol.ward@interiorhealth.ca) ou 250-314-2598, ou Petra Bader, gestionnaire de projet, à : [petra.bader@interiorhealth.ca](mailto:petra.bader@interiorhealth.ca) ou 250-808-0364.

## Restez à l'affût!

Une description plus détaillée de ces deux services mobiles, celui de la région de Champlain et celui de la Colombie-Britannique est en cours d'élaboration. Il y sera notamment question des activités de formation, de soutien et de consultation, des niveaux de dotation en personnel, de la population desservie, des partenaires de soins, des résultats et des défis liés à la mise en place de tels services pour les résidents des établissements de soins de longue durée.

Également en cours de préparation, un document décrivant deux services de gérontopsychiatrie spécialisés venant en aide aux populations des centres de soins en établissement ou des établissements de soins de longue durée. Ce dernier comportera de plus amples renseignements sur les ressources en personnel, les populations desservies, les activités, les résultats et les défis liés à la mise en œuvre d'un service de soins infirmiers prodigués par des coordonnateurs régionaux des connaissances pour les comportements complexes dans les établissements de soins de longue durée.

## Références

- Chan, D. K. Y., Liu F. X., Irwanto, D., Prasetyo, D., Ozorio, G., Li, F., . . . et Chen, J. (2018). Experience of establishing an acute geriatric outreach service versus subacute service to nursing homes. *Internal Medicine Journal*, 48, pages 1396-1399. Tiré du site <https://doi.org/10.1111/imj.14104>.
- Krolak-Salmon, P., Roubaud, C., Finne-Soveri, H., Riolacci-Dhoyen, N., Richard, G., Rouch, I., . . . et Dauphinot, V. (2016). Evaluation of a mobile team dedicated to behavioural disorders as recommended by the Alzheimer Cooperative Valuation in Europe joint action: Observational cohort study. *European Journal of Neurology*, 23, pages 979-988. doi : 10.1111/ene.12975.
- Molinari, V., Hedgecock, D., Branch, L., Brown, L. M. et Hyer, K. (2009). Mental health services in nursing homes: A survey of nursing home administrative personnel. *Aging and Mental Health*, 13, pages 477-486. doi : 10.1080/13607860802607280.

Snowden, J. (2010). Mental health service delivery in long-term care homes. *International Psychogeriatrics*, 22, pages 1063-1071. Tiré du site <https://doi.org/10.1017/S1041610210000773>.

Street, M., Considine, J., Livingston, P. M., Ottmann, G. et Kent, B. (2015). In-reach nursing services improve older patient outcomes and access to emergency care. *Australasian Journal on Ageing*, 34, pages 115-120. Tiré du site <https://doi.org/10.1111/ajag.12137>.

## 7. Télésychiatrie

### Littérature récente

Depuis la publication des *lignes directrices* de 2011, le nombre d'aînés canadiens bénéficiant de services par l'entremise de programmes de télésanté mentale a augmenté de façon importante, que ce soit dans les services directs (consultation, suivi et interventions thérapeutiques) ou dans les soins en collaboration, par l'éducation et le mentorat offerts aux fournisseurs de soins primaires.

Voici ce que révèle une enquête menée auprès de 209 gérontopsychiatres canadiens au sujet des services télésychiatrie. Ces résultats ont été présentés lors de la rencontre scientifique annuelle de l'ACGP-CCSMPA qui s'est tenue en octobre 2018, à Halifax (Conn et autres, 2018) :

- En tout, 62 gérontopsychiatres (dans 9 provinces) ont répondu au sondage (taux de réponse de 29,7 %).
- Près de la moitié des répondants (47 %) ont indiqué offrir des services de télésychiatrie, la plupart du temps dans les hôpitaux (30 %), les centres de soins infirmiers (30 %) et les organismes communautaires (27 %), et 9 % dans des établissements privés.
- Environ les deux tiers (66 %) ont indiqué avoir recours à la télésanté pour les nouvelles évaluations et les visites de suivi, 20 % effectuent des examens de dossier en l'absence du patient (probablement dans le cadre de mentorat offert à un fournisseur de soins de santé local), et 9 % offrent des séances de formation plus formelle.
- Les obstacles cités le plus fréquemment étaient le manque d'infrastructures, de soutien administratif, de financement et d'accès aux équipements. Près des trois quarts (77 %) des gérontopsychiatres n'offrant pas encore de services de télésychiatrie ont indiqué leur intention de le faire éventuellement.

Différents modèles de télésychiatrie ont été évalués dans le cadre d'un examen des services de télésanté mentale réalisé par Hilty, Srinivasan et Rabinowitz (2018). Les auteurs ont regroupé ces modèles en trois niveaux d'intensité : « faible » (télé-enseignement, examens de dossier formels et consultations de médecin à médecin « au pied levé » en personne, par téléphone ou par courriel); « modérée » (programmes intégrés de dépistage en santé mentale, thérapie sur place et consultations de télésychiatrie avec éducation et formation continue pour les fournisseurs de soins primaires); et « élevée » (module de gestion de la maladie pour un problème de santé spécifique en collaboration avec un fournisseur de soins primaires, en utilisant une approche à long terme pour établir des relations avec ceux qui se trouvent sur le territoire couvert). Les principales conclusions de cet examen sont que la télésychiatrie est de plus en plus utilisée auprès des populations gériatriques et semble être aussi

efficace que les soins en personne, selon les résultats évalués à ce jour (malgré le nombre limité d'études).

Étant donné la disponibilité croissante des technologies de vidéoconférence de haute qualité, il est possible de réaliser des évaluations et des traitements psychiatriques par télémédecine d'un peu partout (domicile du patient, établissements de soins prolongés ou de longue durée, cliniques et hôpitaux). Dans le cadre d'une évaluation d'un récent projet pilote mené au Baycrest Centre for Aging and Brain Health Innovation, Cheng Tsallis et autres (2018) ont démontré la possibilité d'utiliser la technologie de vidéoconférence personnelle Web sécurisée du Réseau Télémédecine Ontario pour fournir une évaluation psychiatrique aux patients gériatriques confinées à la maison.

Un programme de 33 séances de télémentorat sur deux ans, à l'aide du projet ECHO (extension for community health-care outcomes) GeMH (geriatric mental health), a mis 154 cliniciens de soins primaires dans 10 comtés de l'État de New York en lien avec une équipe de spécialistes de la gérontopsychiatrie (Fisher et autres, 2017). Les participants ont rapporté une amélioration des connaissances et des pratiques de traitement. L'analyse des prestations de santé a révélé une diminution des coûts liés aux urgences pour les patients ayant reçu un diagnostic de problème de santé mentale, et une augmentation des consultations externes pour les patients sans diagnostic préexistant, ce qui témoigne peut-être d'une meilleure capacité à reconnaître et à traiter les maladies mentales dans leur pratique. Cette étude a démontré l'utilité du télémentorat, son potentiel pour diminuer les visites à l'urgence, et le gain important de temps qu'il permet aux participants et aux mentors.

Au Canada, la technologie de vidéoconférence Zoom a été utilisée pour le projet ECHO COE (care of the elderly), un programme d'apprentissage à partir de cas, dirigé par un animateur qualifié et visant à maximiser l'engagement et le partage des connaissances parmi plus d'une centaine de fournisseurs de soins primaires d'une vaste région du nord de l'Ontario (Feldman et autres, 2019). Parmi les interventions réussies au moyen de la télé-gérontopsychiatrie, mentionnons l'évaluation des troubles dépressifs et neurocognitifs. Selon Ramos-Rios et autres (2012), « la télé-gérontopsychiatrie semble être une option viable bien acceptée par les patients, y compris ceux atteints de démence » (Conclusion, paragr. 1).

Une analyse plus récente de la télé-gérontopsychiatrie (Gentry, Lapid et Rummans, 2019) a recensé plusieurs études canadiennes publiées au cours des 10 dernières années : quatre menées dans des cliniques de la mémoire et deux sur le recours à la vidéoconférence pour soutenir un groupe de fournisseurs de soins aux personnes atteintes de démence. Une étude a démontré que la vidéoconférence était plus efficace qu'un groupe de clavardage sur Internet pour améliorer l'état de santé mentale de l'aidant (Marziali et Garcia, 2011). Conn et autres (2013) ont montré des niveaux élevés de satisfaction chez les patients externes et leurs médecins traitants par rapport aux consultations de télépsychiatrie. Le document a également conclu que « l'accès à un gérontopsychiatre a permis d'élargir la base de connaissances de l'équipe, ainsi que d'accroître son utilisation d'outils d'évaluation et sa capacité à mieux élaborer les plans de traitement de ses patients » (Conclusion, paragr. 1). Il a aussi mis en lumière certains défis et obstacles potentiels à l'utilisation de la télésanté,

notamment la difficulté à mobiliser les fournisseurs de soins primaires (qui préféreraient les visites en personne du gériopsychiatre) et à veiller à la mise en œuvre des recommandations lorsque la continuité des soins est limitée par le recours à des médecins suppléants<sup>12</sup>. Pour Dham et autres (2018), les consultants ont affirmé être mal à l’aise d’utiliser la télépsychiatrie communautaire avec les aînés ayant des déficiences cognitives ou sensorielles importantes, décrivant de tels programmes comme « un complément utile à la participation du psychiatre dans les soins aux aînés » (Conclusions, paragr. 1).

Alors que les études décrivent rarement de façon détaillée les ressources humaines nécessaires pour offrir des services de télépsychiatrie efficaces aux aînés, elles soulignent le besoin de coordonnateurs de télésanté pour aider à la planification et fournir une assistance technique ou en personne (pour assurer la communication et la sécurité lors des séances, au besoin). La nécessité de proches aidants présents lors des consultations et de fournisseurs de soins pour élaborer un plan de traitement efficace est aussi probable. Le temps requis par ces fournisseurs de soins doit être calculé dans les coûts du programme, et un modèle de rémunération approprié pour les médecins participants doit être élaboré — en particulier lorsque les services indirects tels que le mentorat et l’apprentissage à partir de cas sont utilisés pour renforcer leur capacité.

## Exemples de services de télésanté au Canada

### Service de télégerontopsychiatrie pour aînés du nord-ouest de l’Ontario

Le service de télégerontopsychiatrie pour aînés du nord-ouest de l’Ontario a été mis sur pied par le Centre Baycrest de Toronto et le District Mental Health Services for Older Adults Program de l’ACSM, à Fort Frances.

Ses objectifs sont les suivants :

- Fournir des conseils axés sur les patients, de l’éducation et du mentorat aux médecins de premier recours et au personnel chargé du programme.
- Aider les fournisseurs de soins, en collaboration avec les équipes de soutien comportemental locales, répondre aux besoins comportementaux et psychologiques des personnes atteintes de démence et de leurs aidants.

### Description

Ce service assure la liaison entre deux gériopsychiatres d’un centre gériatrique universitaire (Baycrest) et l’équipe mobile de psychogériatrie rurale couvrant six collectivités du Nord (districts de Kenora et de Rainy River) accueillant 36 000 aînés. Le Nord-Ouest est la région de la santé ontarienne possédant la plus grande masse terrestre (environ 47 % de la province) et la plus faible population (environ 231 000 personnes, soit 2 % des Ontariens). Elle compte également la plus forte proportion de la population autochtone de tous les membres du RLISS de la province (21 %). Le programme est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, par l’entremise du RLISS.

---

<sup>12</sup> Médecins remplaçants.

Au cours des huit dernières années, du personnel s'est ajouté, par l'entremise du programme STCO, afin de répondre aux besoins comportementaux et psychologiques des aînés atteints de démence.

### **Approche**

Les membres du personnel des équipes de psychogériatrie facilitent chaque aiguillage, fournissent leur évaluation au médecin traitant et au gériopsychiatre consultant, et assistent à chaque consultation ou séance de suivi avec le patient. Après l'évaluation et la consultation, ils offrent des soins et un suivi, en collaboration avec des médecins de premier recours ou des infirmiers praticiens. Ils effectuent également des visites à domicile et reçoivent les patients dans leurs bureaux communautaires. Le personnel de STCO assiste à la plupart des consultations réalisées dans les établissements de soins de longue durée.

### **Restez à l'affût!**

Une publication à venir décrira les ressources nécessaires à la prestation continue de ce service spécialisé, ainsi que les résultats obtenus et les défis à relever lors de la mise en œuvre de ce type de service.

Pour de plus amples renseignements, adressez-vous à David K. Conn, M.D., à : [dconn@baycrest.com](mailto:dconn@baycrest.com).

### **Service d'éducation et de mentorat en matière de télégerontopsychiatrie**

Le service d'éducation et de mentorat en matière de télésanté a été développé par l'équipe de gériopsychiatrie spécialisée de l'IUGM (CIUSSS Centre, qui dessert la région du Centre-Sud de l'île de Montréal) à l'intention de la population gériatrique résidant dans diverses régions desservies par le CISSS et le CIUSSS au Québec.

Ses objectifs sont les suivants :

- Fournir des conseils axés sur les patients, de l'éducation et du mentorat aux équipes de soutien comportemental nouvellement établies (formées dans le cadre du *Plan Alzheimer* du Québec) pour les aider à acquérir les compétences et l'expertise qui seront mises au service de leurs collectivités locales.
- Aider à atténuer les symptômes comportementaux et psychologiques des aînés atteints de démence qui vivent en établissement de soins de longue durée, en centre de soins en établissement et en résidence privée pour aînés.

### **Description**

Le service est un programme d'intensité modérée et d'une durée limitée, spécialement conçu pour aider les équipes de soins travaillant en établissement de soins de longue durée, en centre de soins en établissement et en résidence privée pour aînés à atténuer les symptômes comportementaux et psychologiques des personnes atteintes de démence (SCPD). L'équipe de consultation clinique et d'éducation comprend un gériopsychiatre, un infirmier clinicien et un psychologue de l'IUGM.

### **Approche**

En collaboration avec les équipes SCPD locales, les membres de l'équipe aident à évaluer les comportements difficiles, en clarifiant les diagnostics et les causes sous-jacentes, afin d'élaborer des plans de soins axés sur la personne. Ils assurent également le suivi de l'efficacité du plan de traitement

proposé et des obstacles à la mise en œuvre ou des besoins d'ajustement. De plus, l'équipe offre un programme de formation de deux jours et des séances mensuelles de télémentorat tout au long de l'année aux équipes SCPD nouvellement créées (dans le cadre du *Plan Alzheimer* du Québec) afin de les aider à acquérir les compétences nécessaires pour devenir des experts locaux en SCPD. Les équipes, qui se composent d'au moins un médecin, un infirmier et un professionnel psychosocial, sont situées dans différentes régions administratives urbaines, rurales et éloignées (CISSS et CIUSSS).

## Restez à l'affût!

Les résultats de ce projet ont été présentés sur une affiche (Bruneau et autres, 2018) et publiés dans un journal (Dubé et autres, pages 12-13, 2019). Une publication à venir fera état des résultats, des défis et des ressources nécessaires à son élaboration et à sa mise en œuvre.

Pour de plus amples renseignements, adressez-vous à :

- Équipe SCPD-IUGM au 514-340-2800, poste 2226
- Christine Fournier, chef d'administration de l'équipe SCPD-IUGM à : [christine.fournier.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:christine.fournier.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca)
- Caroline Ménard, psychologue et coordonnatrice clinique pour le projet de téléconsultation à : [caroline.menard.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:caroline.menard.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca) ou 514-340-2800, poste 2223
- Marie-Andrée Bruneau, gérontopsychiatre et co-chef de l'équipe clinique à : [marie-andree.bruneau.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:marie-andree.bruneau.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca)

## Références

Bruneau, M.-A., Bourbonnais, A., Daneau, S., Bier, N., Dube, C. et Menard, C. (Octobre 2018). *Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD): A teleconsultation and mentoring project*. Séance de présentation par affiches tenue lors de la rencontre scientifique annuelle de l'ACGP-CCSMPA qui s'est tenue à Halifax, en Nouvelle-Écosse.

Bruneau, M.-A., Bourbonnais, A., Bier, N., Menard, C., Villeneuve, L., Daneau, S. et Dube, C. (Octobre 2019). *A structured teleconsultation and coaching project to improve care for behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in Quebec*. Document présenté lors de la rencontre scientifique annuelle de l'ACGP-CCSMPA qui s'est tenue à Banff, en Alberta.

Dubé, C., Bruneau, M. A., Bier, N., Menard, C., Daneau, S. et Bourbonnais, A. (2019). Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : Un projet de téléconsultation et mentorat [Behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD): A teleconsultation and mentoring project]. *Le Point en Santé* 14(4), pages 12-13.

Cheng Tsallis, A., Holland, J., Trac, S., Galluci, C., Sham, R., Bandali, A., . . . et Moser, A. (Avril-mai 2018). *Your geriatric clinician is a click away: Integrating mobile solutions with homebound geriatric patients*. Séance de présentation par affiches tenue lors de la conférence annuelle de l'American Telemedicine Association à Chicago, dans l'Illinois.

Conn, D. K., Madan, R., Grief, C., Lopez de Lara, C., Bruneau, M.-A. et Yousuf, B. (2018). *Survey of Canadian geriatric psychiatrists regarding provision of telepsychiatry services* (rencontre scientifique annuelle de l'ACGP tenue en octobre à Halifax, en Nouvelle-Écosse). Tiré du site

<http://www.cagp.ca/resources/Documents/2018%20ASM/CAGP%20Telepsych%202018%20for%20distribution.pdf>.

Conn, D. K., Madan, R., Lam, J., Patterson, T. et Skirten, S. (2013). Program evaluation of a telepsychiatry service for older adults connecting a university-affiliated geriatric center to a rural psychogeriatric outreach service in Northwest Ontario, Canada. *International Psychogeriatrics*, 15, pages 1795-1800. Tiré de doi : 10.1017/S104161021300118X.

Dham, P., Gupta, N., Alexander, J., Black, W., Rajji, T. et Skinner, E. (2018). Community based telepsychiatry service for older adults residing in a rural and remote region: Utilization pattern and satisfaction among stakeholders. *BMC Psychiatry*, 18. doi : 10.1186/s12888-018-1896-3.

Feldman, S., Chau, J., Moser, A., Sokoloff, L., Gingrich, S., Boutcher, F., . . . et Conn, D. (Mars 2019). *ECHO care of the elderly: Using technology to build capacity of primary care providers in long-term care*. Séance de présentation par affiches tenue lors de la conférence annuelle de l'American Medical Directors Association à Atlanta, en Géorgie.

Fisher, E., Hasselberg, M., Conwell, Y., Weiss, L., Padron, N. A., Tiernan, E., . . . et Pagan, J. A. (2017). Telementoring primary care clinicians to improve geriatric mental health care. *Population Health Management*, 20, pages 342-347. doi : 10.1089/pop.2016.0087.

Gentry, M. T., Lapid, M. I. et Rummans, T. A. (2019). Geriatric telepsychiatry: Systematic review and policy considerations. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, pages 109-127. doi : 10.1016/j.jagp.2018.10.009.

Hilty, D. M., Srinivasan, S. et Rabinowitz, T. (2018) Geriatric telepsychiatry: Opportunities, models and outcomes. Dans A. Hategan, J. A. Bourgeois, C. Hirsch et C. Giroux (éditeurs.). *Geriatric psychiatry: A case-based textbook* (pages 709-718). Cham, Switzerland: Springer.

Marziali, E. et Garcia, L. J. (2011). Dementia caregivers' responses to 2 Internet-based intervention programs, *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 26, pages 36-43. Tiré du site <https://doi.org/10.1177/1533317510387586>.

Ramos-Rios, R., Mateos, R., Lojo, D., Conn, D. et Patterson, T. (2012). Telepsychogeriatrics: A new horizon in the care of mental health problems in the elderly. *International Psychogeriatrics*, 24, pages 1708-1724. Tiré de doi : 10.1017/S1041610212000981.

## 8. Services de gérontopsychiatrie en collaboration

### Littérature récente

Depuis la publication des *lignes directrices* de 2011, davantage d'aînés bénéficient de services par le biais d'ententes de soins en collaboration entre les services de gérontopsychiatrie spécialisés et les fournisseurs de soins primaires. L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM; 2006) voit les soins en collaboration comme une réponse au « besoin grandissant d'élaborer de nouveaux modèles de prestation des services afin de mieux aborder les besoins biomédicaux, psychologiques, sociaux, fonctionnels et environnementaux qui sont interdépendants des personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale. » (page V). Dans cette optique, bon nombre des recommandations

*Les lignes directrices soulignent l'importance des soins de santé mentale en collaboration dans les services de gérontopsychiatrie spécialisés (pages 63 à 67), les décrivant comme « une ressource spécialisée qui offre des soins partagés ou en collaboration pour soutenir les partenaires communautaires, l'apprentissage et le développement ainsi que l'amélioration des services ». Il s'agit également de l'une des recommandations spécifiques sur la collaboration et les partenariats intersectoriels que l'on retrouve à la section présentant les facteurs de réussite du document (pages 91 à 93).*

contenues dans Horgan et autres (2009), un document sur la planification des soins de santé mentale en collaboration qui répondent aux besoins d'accessibilité, et l'ICCSM (2006), une trousse d'outils pour aider les professionnels de la santé à établir une pratique collaborative pour les aînés dont ils s'occupent, demeurent utiles pour les planificateurs et les fournisseurs de soins de santé. En ce qui concerne les obstacles, la trousse d'outils a identifié le financement et la rémunération, le manque de flexibilité dans les structures et systèmes existants pour passer à un modèle de soins différents, l'adhésion, les ressources humaines, les compétences, la constitution d'une équipe, la géographie, la technologie, l'évaluation et les politiques ou législations.

D'autres pays ont adopté divers modèles de soins de santé mentale en collaboration pour les aînés. Aux États-Unis, une étude réalisée par Kaskie et Szecsei (2011) a clairement établi que les populations rurales sont moins susceptibles d'accéder aux soins de santé mentale que les populations urbaines. En Australie, Crotty, Henderson, Martinez et Fuller (2014) ont identifié des obstacles (méconnaissance des services et des critères d'admissibilité, trop peu d'occasions d'éducation conjointe entre les organismes ou de collaboration et de réseautage) qui devaient être surmontés.

Dans le cadre de leur revue systématique des soins en collaboration (2017), Dham et autres ont trouvé très peu d'études qui ont évalué les troubles psychiatriques autres que la dépression chez les aînés. Dans le cas de la dépression, l'étude a révélé que « certaines données démontrent leur rentabilité » (Résultats, paragr. 1) et que les soins en collaboration « sont possibles et bénéfiques pour les aînés dans divers contextes » (Conclusions, paragr. 1). Bien qu'il existe peu de données probantes sur l'amélioration

des soins aux personnes atteintes de démence et les résultats du recours aux soins en collaboration, d'autres études sont nécessaires pour les troubles autres que la dépression et les troubles concomitants avec ou sans problème de santé physique. Il faudrait aussi poursuivre les recherches sur l'analyse des coûts et d'autres facteurs pouvant influencer sur l'utilisation et la durabilité des soins en collaboration, en particulier dans les milieux autres que les soins primaires.

## **Exemples de services de gérontopsychiatrie en collaboration au Canada**

Le programme d'apprentissage P.I.E.C.E.S. est largement utilisé comme outil de soins en collaboration partout au Canada. Il fournit des cadres et permet la collaboration entre toutes les personnes qui fournissent des soins aux aînés, y compris les aidants naturels. Il favorise l'émergence de leur sagesse collective, met l'accent sur l'importance de valider tous les points de vue, et propose un processus permettant d'agir de manière concertée (STCO, 2019). Le programme P.I.E.C.E.S. est maintenant utilisé en Colombie-Britannique, au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest, en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, en Nouvelle-Écosse et dans certaines régions de Terre-Neuve-et-Labrador. Pour de plus amples renseignements, adressez-vous à Ken LeClair, M.D. à : [leclairk@providencecare.ca](mailto:leclairk@providencecare.ca).

### **Restez à l'affût!**

Un document en cours de préparation décrit un service intégré de soins en collaboration en Ontario pour les aînés atteints de démence et de divers troubles, appelé PRISM (primary integrated system model). Les soins centrés sur la personne mettant l'accent sur la prévention, le dépistage précoce et la collaboration sont au cœur de cette initiative de soins primaires. Ces services spécialisés de consultation en gérontopsychiatrie et de développement des capacités sont intégrés dans quatre sites de soins primaires afin d'assurer la coordination efficace des soins dans les collectivités rurales de Lanark et de la vallée Rideau.

PRISM assure la collaboration entre les fournisseurs de soins gérontopsychiatriques spécialisés et les fournisseurs communautaires œuvrant dans les programmes de santé mentale pour les aînés et la Société Alzheimer, et les équipes et fournisseurs de soins primaires, qui se composent de médecins de famille, d'infirmiers praticiens, d'infirmiers, de travailleurs sociaux et de pharmaciens. L'objectif est d'aider à réduire le fardeau de la maladie et d'améliorer la qualité de vie des clients. La publication à venir donnera de plus amples détails sur la dotation en personnel, les activités et les résultats du programme.

## **Références**

Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario. (2019). *Behavioural education and training supports inventory (BETSI)*. Tiré du site

<http://www.behaviouralsupportsontario.ca/Uploads/ContentDocuments/BETSI%202019%20Final.pdf>.

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. (2006). *Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les personnes âgées. Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la*

*planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs.* Tiré du site [http://www.shared-care.ca/files/FR\\_CompanionToolkitforSeniors.pdf](http://www.shared-care.ca/files/FR_CompanionToolkitforSeniors.pdf).

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. (2006). *La série de troussees d'outils pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs, les usagers, les familles et les aidants naturels, les éducateurs. Un document sommaire.* Tiré du site <http://www.shared-care.ca/files/FRTToolkitExecSummaries-s.pdf>.

Crotty, M. M., Henderson, J., Martinez, L. et Fuller, J. D. (2014). Barriers to collaboration in mental health services for older people: External agency views. *Australian Journal of Primary Health, 20*, pages 250-256.

Dham, P., Colman, S., Saperson, K., McAiney, C., Lourenco, L., Kates, N. et Rajji T. K. (2017). Collaborative care for psychiatric disorders in older adults: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry, 62*, pages 761-771. doi : 10.1177/0706743717720869.

Horgan, S., LeClair, K., Donnelly, M., Hinton, G., MacCourt, P. et Krieger-Frost, S. (2009). Developing a national consensus on the accessibility needs of older adults with concurrent and chronic, mental and physical health issues: A preliminary framework informing collaborative mental health care planning, *Canadian Journal on Aging, 28*, pages 97-105. doi : 10.1017/S0714980809090175.

Kaskie, B. et Szecsei, D. (2011). Translating collaborative models of mental health care for older adults: Using Iowa's experience to inform national efforts. *Journal of Aging and Social Policy, 23*, pages 258-273. doi : 10.1080/08959420.2011.579501.

## Conclusion

Cette revue de la littérature montre que d'autres études doivent être menées sur les services de gérontopsychiatrie spécialisés, en particulier celles qui décrivent les ressources nécessaires, les résultats cliniques, et/ou l'impact sur le système de soins de santé. Lors des entretiens avec les responsables cliniques de ces services, il était évident que les programmes actuels sont confrontés à de nombreux défis : augmentation rapide du nombre d'aînés nécessitant des services, ressources limitées, importantes lacunes dans la gamme de services dans une région administrative donnée, manque de temps pour assurer une collaboration active avec d'autres partenaires ou chercheurs dans le domaine des soins de la santé.

Nous espérons que cette revue contribuera à rapprocher les gens et les encouragera à apprendre les uns des autres et à partager leurs stratégies pour répondre aux besoins de leur population vieillissante. Les documents en cours d'élaboration orienteront davantage les planificateurs dans la conception de services supplémentaires (même avec des ressources limitées) et la détermination des conditions requises pour créer ou élargir les services cliniques dont les aînés ont besoin.

Même si nous nous réjouissons de l'élaboration de services depuis la publication des *lignes directrices* de 2011, force est de constater qu'il reste encore beaucoup à faire.



Commission de  
la santé mentale  
du Canada

Mental Health  
Commission  
of Canada



## Commission de la santé mentale du Canada

Bureau 1210, 350 rue Albert  
Ottawa, ON K1R 1A4

Tel : 613.683.3755  
Fax : 613.798.2989

[infocsmc@commissionsantementale.ca](mailto:infocsmc@commissionsantementale.ca)  
[www.commissionsantementale.ca](http://www.commissionsantementale.ca)

[🐦 @CSMC\\_MHCC](https://twitter.com/CSMC_MHCC) [📘 /theMHCC](https://www.facebook.com/theMHCC) [▶ /1MHCC](https://www.youtube.com/channel/UC1MHCC) [📷 @theMHCC](https://www.instagram.com/theMHCC)

[in /Commission de la santé mentale du Canada](https://www.linkedin.com/company/commission-de-la-santé-mentale-du-canada)