



ASSOCIATION DES
MÉDECINS PSYCHIATRES
DU QUÉBEC

PANIER DE SERVICES EN GÉRONTOPSYCHIATRIE

Développé et présenté par :

Comité de gérontopsychiatrie composé de :

Dre Jessika Roy-Desruisseaux, présidente (CSSS – IUGS, site Argyll)
Dre Évelyne Thuot (services externes de psychiatrie, St-Jean-sur-Richelieu)
Dre Cynthia Bellavance (CISSS de Chaudière-Appalaches, Hôtel-Dieu de Lévis)
Dre Élisabeth Cournoyer (CISSS de Lanaudière, Hôpital de Joliette)
Dre Jess Friedland (CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire en santé mentale Douglas)
Dr Vincent Jetté-Pomerleau, R5 (Université de Montréal)

2023/2024

Table des matières

REMERCIEMENTS	4
MISE EN CONTEXTE.....	5
OBJECTIFS.....	6
STRATÉGIES RETENUES	7
PRINCIPES DIRECTEURS.....	7
DÉFINITION DE LA SURSPÉCIALITÉ EN GÉRONTOPSYCHIATRIE	7
FIGURE 1 : VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS EN SANTÉ DES AINÉS	9
1. BESOINS POPULATIONNELS	10
1.1 DÉMOGRAPHIE ET CLIENTÈLES	10
1.2 UTILISATION DES SERVICES.....	11
1.3 SERVICES ESSENTIELS.....	11
2. PANIER DE SERVICES EN GÉRONTOPSYCHIATRIE.....	12
2.1 TRAJECTOIRES DE SOINS	13
2.1.1 ÉQUIPE DE GÉRONTOPSYCHIATRIE	13
2.1.2 PARTENAIRES.....	15
2.1.3 DISPOSITIFS DE SOINS.....	16
2.1.3.1 Soins ambulatoires	16
2.1.3.2 Soins hospitaliers aigus	17
2.1.3.3 Soins dans les milieux de vie.....	18
2.1.3.4 Les particularités de la trajectoire SCPD	19
2.2 EFFECTIFS ET RESSOURCES REQUIS POUR L'ACCÈS	20
TABLEAU 1 : LES EFFECTIFS MÉDICAUX EN GÉRONTOPSYCHIATRIE PAR RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES (INCLUANT LES PSYCHIATRES EN CABINET).....	22
FIGURE 2 : JALONS DE DOTATION SUGGÉRÉS EN GÉRONTOPSYCHIATRIE POUR LE CANADA.....	24
TABLEAU 2 : LA POPULATION ÂGÉE ET LES CIBLES EN TERME D'EFFECTIFS MÉDICAUX PAR RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES (INCLUANT LES PSYCHIATRES EN CABINET).....	26
2.2.1 L'IMPORTANCE DE PROTÉGER LES RESSOURCES	27
3. RÔLE DU GÉRONTOPSYCHIATRE ET SA PLACE DANS LE RÉSEAU	28
3.1 ACCÈS LIMITÉ	28
3.2 TRANSFERT DE CONNAISSANCES	29
3.2.1 SOUTIEN AUX ÉQUIPES DE PREMIÈRE LIGNE	29

3.2.2 MSRP ET GASMA	30
3.2.3 INTÉGRATION DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES (IPS)	31

4. ENSEIGNEMENT, PROMOTION DE LA SANTÉ GLOBALE (MENTALE ET PHYSIQUE) ET DÉFENSE DES DROITS DES AINÉS..... 32

4.1 ENSEIGNEMENT	32
4.2 PROMOTION DE LA SANTÉ ET DÉFENSE DES DROITS DES AINÉS.....	32

5.RECOMMANDATIONS 35

5.1 MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS POPULATIONNELS	35
5.2 S'AJUSTER À LA DÉMOGRAPHIE	35
5.3 AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DES SERVICES EN GÉRONTOPSYCHIATRIE	36
5.4 FAVORISER LA RÉTENTION DES EFFECTIFS MÉDICAUX	37

CONCLUSION..... 38

RÉFÉRENCES 39

ANNEXE 1 : COMPENDIUM DE CAS GÉRONTOPSYCHIATRIQUES 42

EXEMPLE 1 – SERVICE HOSPITALIER, CLIENTÈLE 1.	43
EXEMPLE 2 : SUIVI EN CLINIQUE DE GÉRONTOPSYCHIATRIE (CLIENTÈLE 1), SERVICE EN MILIEU DE VIE (RPA) ...	44
EXEMPLE 3 : ÉVALUATION AVEC ÉQUIPE DE GÉRONTOPSYCHIATRIE DANS LE MILIEU DE VIE. CLIENTÈLE 3, SERVICE DANS MILIEU DE VIE 2	45
EXEMPLE 4 : ÉVALUATION EN CLINIQUE EXTERNE ET SUIVI DANS LE MILIEU DE VIE (COMMUNAUTÉ RELIGIEUSE) CLIENTÈLE 2, SERVICE DANS MILIEU DE VIE	46
EXEMPLE 5 : CLIENTÈLE 3, SERVICES CONSULTATION EN MILIEU DE VIE 2	47
EXEMPLE 6 : ÉVALUATION ET SUIVI PAR L'ÉQUIPE DE GÉRONTOPSYCHIATRIE EN MILIEU DE VIE, RÉSIDENCE POUR PERSONNES AUTONOMES (RPA) CLIENTÈLE 2, SERVICE 2 ET 3	47
EXEMPLE 7 : ÉVALUATION ET SUIVI PAR L'ÉQUIPE DE GÉRONTOPSYCHIATRIE EN MILIEU DE RESSOURCES INTERMÉDIAIRES (RI). CLIENTÈLE 1, SERVICE 2	48
EXEMPLE 8 : ÉVALUATION ET SUIVI PAR L'ÉQUIPE DE GÉRONTOPSYCHIATRIE EN MILIEU DE VIE : CENTRE HOSPITALIER DE SOINS LONGUE DURÉE (CHSLD) CLIENTÈLE 3, SERVICE 2 EN MILIEU DE VIE	49
EXEMPLE 9 : ADMISSION DANS UNE UNITÉ SPÉCIALISÉE DE GÉRONTOPSYCHIATRIE. CLIENTÈLE 3, SERVICE 3A	50
EXEMPLE 10 : HOSPITALISATION DANS UNE UNITÉ DE PSYCHIATRIE POUR ADULTES SOUS LES SOINS D'UN GÉRONTOPSYCHIATRE. CLIENTÈLE 1, SERVICE 1 ET 3B	51
EXEMPLE 11 : HOSPITALISATION DANS UNE UNITÉ DE PSYCHIATRIE AVEC SERVICE DE CONSULTATION DE LA PART D'UN GÉRONTOPSYCHIATRE CLIENTÈLE 2, SERVICE 3C	52
EXEMPLE 12 : HOSPITALISATION DANS UNE UNITÉ DE GÉRIATRIE AVEC SERVICE DE CONSULTATION DE LA PART D'UN GÉRONTOPSYCHIATRE CLIENTÈLE 1 ET 3, SERVICE 3D.....	52
EXEMPLE 13 – SERVICE HOSPITALIER, CLIENTÈLE 2.	53

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier la Dre Marie-France Tourigny-Rivard, gérontopsychiatre fondatrice de la surspécialité au Canada. En tant que collaboratrice depuis plusieurs années, nous nous sommes naturellement tournés vers elle. Grâce à ses connaissances sur les défis relatifs à l'organisation des services dans différentes provinces et comme co-auteure des Lignes directrices de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), elle est une gestionnaire chevronnée en gérontopsychiatrie. Clinicienne ayant travaillé dans presque tous les types de services de gérontopsychiatrie (unités intra-hospitalières, hôpital de jour, cliniques communautaires, consultation-liaison en Centre de soins de longue durée (CSLD) et hôpitaux généraux), en milieu urbain, rural et en région éloignée (nord-est de l'Ontario) et en collaboration avec les services de santé primaires (médecins de famille, personnel des CSLD et équipes communautaires de santé mentale), les services de psychiatrie adulte et les services de gériatrie des régions de Champlain et du Nord-Est de l'Ontario, elle connaît le terrain du bout des doigts. Et enfin, comme elle le dit si bien, elle est elle-même maintenant une personne âgée, à même de constater que chaque famille a à composer avec les problèmes de santé mentale liés à l'âge, comme patient ou comme proche-aidant. Sa vision est à la base de l'inspiration de notre comité. Elle nous rappelle que nous sommes amenés à prendre le témoin dans cette longue et importante course à relais : celle d'assurer les soins de qualité aux personnes âgées qui sont nos pairs, des citoyens bâtisseurs de notre société.

Nous remercions également la Dre Paule Hottin, elle aussi gérontopsychiatre fondatrice. Reconnue pour sa rigueur et son dévouement dans l'enseignement, elle a été un exemple probant pour démontrer comment le transfert des connaissances permet de mieux traiter un grand nombre d'aînés malgré des effectifs médicaux limités. Durant sa carrière, elle a su développer le service de gérontopsychiatrie de Sherbrooke en collaborant avec les services gériatriques et en composant une équipe d'infirmières spécialisées en gérontopsychiatrie. Son souci pour la personnalisation des approches thérapeutiques afin de tenir compte de l'histoire de vie des patients et de la réalité des milieux de vie reste encore à ce jour une source d'inspiration à soigner avec humanisme nos concitoyens.

MISE EN CONTEXTE

C'est en 2009 que le Collège Royal a reconnu la surspécialité de la gérontopsychiatrie (1). Bien avant, des pionniers, dont plusieurs sont aujourd'hui les gérontopsychiatres fondateurs de la surspécialité, avaient amorcé l'organisation de soins en santé mentale des aînés, et participé au développement clinique du domaine et à son enseignement. La gérontopsychiatrie s'était organisée selon l'initiative de collègues engagés, souvent par des collaborations régionales et en fonction du soutien d'équipes de direction. Nous verrons que cette particularité influence encore à ce jour le développement des services en gérontopsychiatrie.

Malgré certaines avancées, force est de constater que les soins de santé mentale aux aînés sont bien inégaux et variables au Québec. Par exemple, l'accès à un gérontopsychiatre consultant en Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) peut être complètement inexistant dans certains territoires, plusieurs services de psychiatrie n'ont pas encore intégré l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) dans leur offre de services et l'accessibilité de la sismothérapie est limitée dans certaines régions. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ces disparités : le manque d'effectifs et des enjeux organisationnels sont les raisons les plus souvent soulevées. En filigrane, la discrimination et l'âgisme sont parfois mis en cause et appellent à une vigie de notre part.

Plusieurs changements secouent actuellement la santé mentale des aînés au Québec et justifient un système de soins solide et organisé : les effets de l'isolement pandémique, le défi de la main d'œuvre, les changements sociaux comme l'aide médicale à mourir, sans oublier la vague démographique d'aînés qui est déjà à nos portes. En somme, nous faisons face à plusieurs obstacles pour bâtir et consolider les services en gérontopsychiatrie pour répondre à notre mission populationnelle. C'est suite au mandat donné par le conseil d'administration de l'AMPQ de définir notre panier de services que nous nous attelons à la tâche.

OBJECTIFS

Dans le présent document, nous verrons à :

1. Définir les besoins populationnels en services psychiatriques des aînés au Québec;
2. Définir le panier de services en gérontopsychiatrie, avec ou sans gérontopsychiatre certifié;
- 2.1 Discuter des enjeux de trajectoires de soins spécifiques à cette population et souligner l'importance de la collaboration avec les partenaires leur offrant des services;
- 2.2 Déterminer les effectifs et les ressources requis pour favoriser l'accès;
3. Définir le rôle du gérontopsychiatre et sa place dans le réseau, afin de prioriser la clientèle âgée présentant des situations cliniques complexes;
4. Reconnaître le rôle du gérontopsychiatre dans les équipes soignantes et les institutions en matière d'enseignement, de promotion de la santé globale (mentale et physique) et de défense des droits des aînés;
5. Émettre des recommandations pour des soins de santé mentale à la personne âgée de qualité et accessibles partout au Québec et proposer des améliorations aux conditions de pratique des gérontopsychiatres.

STRATÉGIES RETENUES

Notre démarche s'est appuyée sur les travaux d'acteurs canadiens comme la démarche de la reconnaissance de la surspécialité par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (1) et les propositions de la Commission de la santé mentale du Canada (2,3). Nous nous sommes aussi référés à nos collègues seniors et fondateurs qui ont contribué à développer plusieurs services de gériopsychiatrie à travers le Québec. Nous avons réétudié les sondages réalisés par le comité de gériopsychiatrie de l'AMPQ de 2017 et de 2018. Enfin, forts de notre expérience clinique, nous avons aussi travaillé dans une démarche dialogique entre collègues de régions différentes du Québec, en prenant soin d'élaborer un projet réaliste mais porteur d'espoir pour nos aînés et ce, à travers tout le Québec. Nous sommes conscients que les services psychiatriques aux aînés ne peuvent être assumés entièrement par les gériopsychiatres et c'est dans cet esprit que nous avons établi nos objectifs et nos principes directeurs.

PRINCIPES DIRECTEURS

- Les soins en santé mentale des aînés doivent être accessibles et de qualité peu importe la situation géographique, dans des délais acceptables;
- Il faut favoriser le déploiement des gériopsychiatres à travers tout le Québec.
- Le gériopsychiatre a un rôle de premier plan pour la promotion de la santé mentale des aînés, de par son leadership positif à même le milieu, sa collaboration à l'organisation de soins adaptés et ses enseignements;
- La collaboration interprofessionnelle et l'expertise face à la complexité clinique sont des forces précieuses de la gériopsychiatrie pour la santé mentale des aînés et de leurs proches aidants;
- Le gériopsychiatre doit pouvoir exercer sa profession dans une trajectoire de soins fonctionnelle et avec des ressources matérielles et professionnelles convenables;
- Le rôle du gériopsychiatre doit être bien protégé par les départements de psychiatrie;
- Les fondements de la responsabilité populationnelle encouragent à ce que les gériopsychiatres priorisent la clientèle gériopsychiatrique complexe.

DÉFINITION DE LA SURSPÉCIALITÉ EN GÉRONTOPSYCHIATRIE

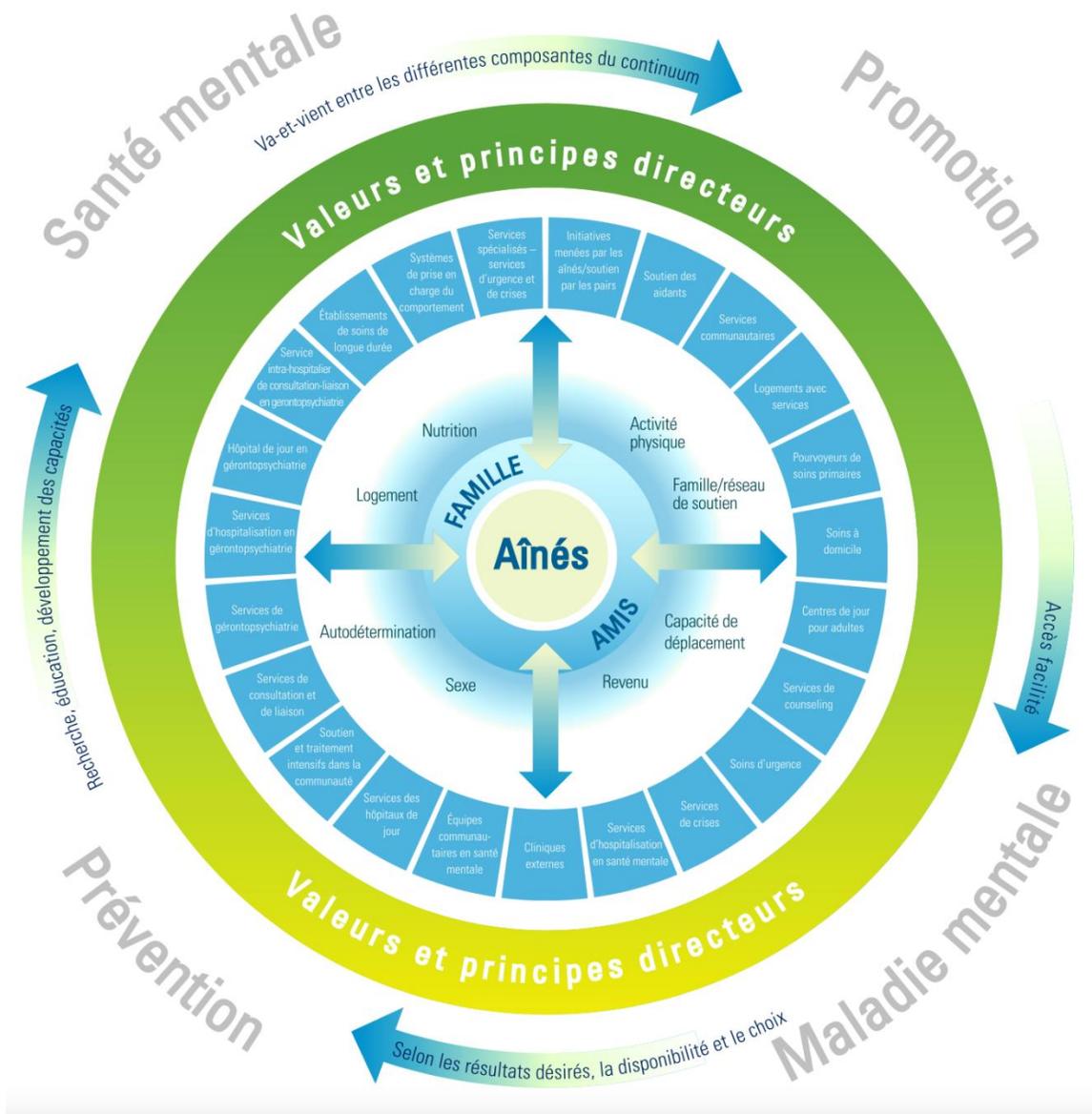
Tel que décrit par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) (1) :

La gériopsychiatrie est une surspécialité de la psychiatrie qui s'intéresse à l'évaluation, au diagnostic et au traitement des troubles mentaux complexes qui se manifestent précisément chez

les personnes âgées. La gériopsychiatrie est axée sur la prestation de soins à des patients aux besoins intenses multiples et à leur famille en fin du cycle de la vie, à une période où l'on observe conjointement de nombreux problèmes complexes de santé physique et mentale. La gériopsychiatrie organise la prestation des soins psychiatriques aux personnes âgées en collaboration avec des équipes multidisciplinaires et dans des lieux adaptés aux besoins de cette population âgée. La gériopsychiatrie est engagée dans la défense des intérêts et l'élaboration de politiques en santé mentale des personnes âgées. Elle est aussi dédiée à la planification des services de santé mentale et pour les affections mentales. Elle offre un soutien aux aidants, aux fournisseurs de soins et aux systèmes de santé.

La Commission canadienne de santé mentale (CCSM) propose un schéma intéressant pour résumer les ingrédients liés de la santé mentale des aînés.

FIGURE 1 : VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS EN SANTÉ DES AÎNÉS



Tiré de MACCOURT, P., K. WILSON et M.-F. TOURIGNY-RIVARD. Lignes directrices relatives à la planification et à la prestation de services complets de santé mentale pour les aînés canadiens. Ottawa (Ontario), Commission de la santé mentale du Canada, 2011.

1. BESOINS POPULATIONNELS

1.1 DÉMOGRAPHIE ET CLIENTÈLES

Au 1^{er} juillet 2020, les aînés de plus de 65 ans comptaient pour 19,7% de la population québécoise (4). En 2031, il est attendu que ce segment de la population monte à 25 %, et à 28 % en 2066. Le Québec fait aussi face à un vieillissement interne, principalement parce la population âgée augmente en espérance de vie à 65 ans; les hommes pouvaient espérer vivre 19,4 ans de plus et les femmes 21,8 ans en 2020. L'espérance de vie en santé à 65 ans était toutefois de 15 ans pour les deux sexes en 2015-2017 (5).

Non seulement plusieurs adultes souffrant de troubles mentaux verront des symptômes se poursuivre à l'âge d'or, plusieurs aînés feront aussi face à de nouvelles épreuves qui affecteront leur santé mentale. Pensons aux maladies physiques, à la perte d'autonomie ou aux deuils de proches qui se présenteront nécessairement à un moment ou un autre pour eux. Plusieurs d'entre eux deviendront aussi proches aidants, ajoutant à leurs soucis. Enfin, plusieurs troubles neurocognitifs ou neuropsychiatriques causeront eux aussi une variété de symptômes psychiatriques. Selon l'INSPQ, en 2009-2010, la prévalence annuelle des troubles mentaux était de 14 % chez les femmes et 9 % chez les hommes de 65-69 ans; cette proportion grimpeait à 25 % et 21 % respectivement pour les 85 ans et plus. Les troubles anxiodépressifs comptent pour la majorité de ces diagnostics (6).

En 2022, était publié le Plan d'action interministériel en santé mentale (PAISM) 2022-2026 (7). Une brève mention des aînés y figure sous l'intitulé Une offre de soins et services intégrés aux aînés, encourageant à tenir compte du contexte démographique pour pouvoir répondre aux besoins de la population et soulignant la vulnérabilité des aînés au déconditionnement en période pandémique. La section soulève l'importance de tenir compte des proches-aidants, d'encourager les collaborations avec le Soutien à domicile (8), de prévenir et chercher des alternatives à l'hospitalisation, et d'éviter que le profil santé mentale ne soit un frein à l'hébergement. Déjà dans le plan 2015-2020 (9), on notait la croissance démographique à venir, l'importance de former toutes les équipes et de réserver les services de gérontopsychiatrie aux cas les plus complexes. À ce jour, aucune action spécifique n'est toutefois prévue.

Les personnes qui sont vues en consultation en gérontopsychiatrie sont généralement divisées en 3 clientèles âgées selon le CRMCC et l'ACGP, que nous définirons comme les suivantes :

- Les personnes qui, durant l'âge adulte, avaient une maladie mentale récurrente, persistante ou chronique, et qui présentent des comorbidités médicales ou cognitives complexes surajoutées;
- Les personnes dont la maladie mentale apparaît tardivement;

- Les personnes qui présentent des symptômes comportementaux et psychologiques associés à la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs.

1.2 UTILISATION DES SERVICES

L'INSPQ précise que les patients consultent le plus souvent leur médecin de famille en cas de troubles mentaux, dans une proportion d'un peu plus de 75 % (6). En deuxième position, c'est le psychiatre en externe qui est consulté dans 20 % des cas, suivi par la salle d'urgence autour de 12 % et l'hospitalisation dans 3 % des cas. Les autres patients consultent d'autres médecins spécialistes. Malheureusement, ces données ne sont pas publiées en fonction de l'âge et concernent donc tous les adultes.

1.3 SERVICES ESSENTIELS

C'est à partir du concept de la responsabilité populationnelle que nous situons les services psychiatriques essentiels aux aînés. En 2005, la révision de la Loi sur les services de santé et services sociaux situe la responsabilité populationnelle comme l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire (10). L'Institut national de la santé publique du Québec nous rappelle les trois principaux objectifs :

- Rendre accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population;
- Assurer l'accompagnement des personnes et le soutien requis;
- Agir en amont, sur les déterminants de la santé (11).

L'INSPQ souligne également le rôle des CISSS et des CIUSSS dans le développement de collaborations entre les organisations publiques et communautaires des divers secteurs, les établissements privés de santé et les partenaires socioéconomiques agissant sur le territoire local et régional. L'organisme rappelle que c'est ensemble que ces partenaires «mettent à profit leurs leviers et leurs compétences au bénéfice de la population et assument collectivement leur responsabilité.» (10)

Cela nous invite donc à opter pour une approche collaborative entre les différents services. En effet, en définissant très précisément des trajectoires de soin, l'éligibilité et l'accès des patients peuvent être compromis lorsqu'ils présentent des doubles diagnostics ou des situations complexes. Dans certains cas, cela peut glisser jusqu'à de l'âgisme, voire même de maltraitance institutionnelle (12).

De notre point de vue, tout comme celui de la CSMC, les services psychiatriques en centre hospitalier, en clinique externe et dans les milieux de vie (incluant les CHSLD) sont les trois premiers secteurs à consolider. En effet, il est capital qu'un aîné dont l'état mental est gravement atteint puisse être hospitalisé dans une unité sécuritaire, compétente à l'approche adaptée aux personnes âgées (5) et disposant de l'expertise nécessaire pour soigner les principales conditions gérontopsychiatriques. Il est tout aussi essentiel de déployer des services de consultation externe permettant à ces mêmes aînés d'avoir des services plus tôt dans l'épisode de la maladie afin d'agir en temps opportun et d'éviter le plus possible les hospitalisations. Offrir des services mobiles ponctuels dans les milieux de vie des aînés est aussi nécessaire, soit les résidences privées pour personnes âgées, les ressources intermédiaires et les CHSLD. Il n'est pas toujours possible de déplacer les patients en raison de la complexité clinique et les soigner est primordial étant donné le risque élevé de passage en soins hospitaliers aigus. Dans le sondage de l'AMPQ de 2018, une forte majorité des répondants (gérontopsychiatres) appuyait d'offrir des services dans ces trois secteurs.

L'enjeu qui se présente pour répondre à ces besoins essentiels est principalement celui des effectifs en place. Lorsqu'il n'y a qu'un psychiatre ou un gérontopsychiatre pour assumer cette responsabilité, il faut chercher d'autres moyens de soutenir les ressources en place pour y arriver. Par exemple, à des degrés divers, les équipes de gérontopsychiatrie peuvent faire du soutien aux médecins et aux équipes de première ligne (via notamment la fonction du psychiatre répondant) ainsi que la consultation aux services de gériatrie devraient être mis en place. Enfin, des consultations ponctuelles peuvent être réalisées en soins hospitaliers aigus à la demande d'un psychiatre. C'est dire qu'il faut être créatifs et flexibles pour planifier l'offre de ces soins essentiels, et miser davantage sur les objectifs que les limites.

2. PANIER DE SERVICES EN GÉRONTOPSYCHIATRIE

Offrir des services de santé mentale à l'ensemble de la clientèle adulte du Québec est déjà un défi, et il en va de même avec les aînés. Notre travail s'inscrit dans un contexte où les ressources sont déjà limitées et le demeureront. D'entrée de jeu, soulignons une recommandation névralgique de la CSMC, sur l'organisation des soins qui résume l'esprit de notre démarche :

Les composantes propres à un système de santé mentale intégré pour les aînés peuvent varier selon les contextes et les ressources disponibles à l'échelle locale. Toutefois, chaque système devrait offrir aux aînés qu'il dessert l'ensemble des services suivants : du soutien communautaire, des services de soins primaires ainsi que des services généraux et spécialisés de santé mentale (y compris des équipes mobiles de gérontopsychiatrie œuvrant dans la communauté et les établissements de soins de longue durée ainsi que des services spécialisés en psychiatrie

gériatrique pour les personnes hospitalisées). Plus important encore, des mécanismes clairs devraient être mis en place afin de faciliter la collaboration entre ces services et leur accès de manière à offrir un système complet, efficace et intégré qui soit plus réceptif aux besoins des aînés et qui mise sur le rétablissement, le bien-être et la liberté de choix pour ces derniers et leurs aidants.

L'outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés (13) de la CSMC peut aussi guider les changements de politique au sein d'un milieu de soins de santé.

2.1 TRAJECTOIRES DE SOINS

2.1.1 ÉQUIPE DE GÉRONTOPSYCHIATRIE

Les gérontopsychiatres sont beaucoup plus efficaces et répondent mieux aux besoins de la population qu'ils desservent lorsqu'ils travaillent en équipe. Les équipes de gérontopsychiatrie sont formées de plusieurs professionnels, en plus des médecins.

Elles incluent minimalement :

- Une ou des infirmières cliniciennes;
- Une ou des infirmières praticiennes spécialisées (IPS);
- Une assistante au supérieur immédiat (ASI) ou infirmière de liaison.

Elles devraient inclure idéalement un ou des :

- Travailleur(s) social(ux);
- Ergothérapeute(s);
- Psychologue(s);
- Neuropsychologue(s);
- Psychoéducateur(s);
- Éducateur(s) spécialisé(s).

Elles pourraient ponctuellement inclure un ou des :

- Préposé(s) au bénéficiaire(s);
- Pharmacien(s);
- Nutritionniste(s);
- Physiothérapeute(s);
- Orthophoniste(s).

Le noyau de l'équipe soit absolument inclure des professionnels aptes à poser des diagnostics, soient les médecins et les IPS. Lorsque le diagnostic est déjà posé (et adéquat), par exemple par le médecin de famille, la clinique de mémoire ou les services gériatriques, il pourrait être envisagé que l'équipe intervienne jusqu'à un certain point sans le médecin. L'autonomie professionnelle croissante des infirmières et des autres professionnels visés par un ordre pourrait être un atout pour intervenir auprès des patients.

Quant à l'ASI ou l'infirmière de liaison, leur implication peut soutenir une gestion active de la liste d'attente et de procéder à une priorisation clinique. Lorsque le guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA) fonctionne bien, il est possible d'intégrer la gérontopsychiatrie ou de développer un partenariat.

Il est certain qu'un médecin peut voir des patients seul, poser des diagnostics et débiter des traitements. Quelle que soit la taille de l'équipe médicale, l'ajout de professionnels permet de mieux intervenir auprès des patients et de leurs proches aidants:

- Procéder à des évaluations cliniques plus efficaces;
- Coordonner le suivi externe de patients ciblés;
- Implanter des approches non pharmacologiques qui permettent d'adapter l'environnement et d'améliorer les symptômes et la qualité de vie des patients;
- Favoriser le transfert des connaissances aux équipes soignantes et à la première ligne;
- Faciliter l'intégration entre les soins aigus et communautaires, à l'occasion d'hospitalisations;
- Développer une expertise dans les problématiques de type SCPD.

L'équipe de gérontopsychiatrie peut intervenir chez les aînés ou chez la clientèle à profil gériatrique. Un seuil d'âge est généralement proposé à 65 ans, mais il sert davantage à simplifier les procédés administratifs. Nous précisons d'emblée que le vieillissement est un processus hétérogène (14) et que le critère d'âge pourrait être modulé en fonction des ressources disponibles dans la région. Il en va de même pour le profil gériatrique, où l'apparition de grands syndromes gériatriques (déconditionnement, chutes, troubles cognitifs, par exemple) ou de fragilité peut orienter l'évaluation vers la gérontopsychiatrie plutôt que la psychiatrie, et ce, même avant 65 ans à l'occasion. La fragilité peut prendre plusieurs définitions, mais nous la décrivons comme un état multidimensionnel de réserve physiologique diminuée qui résulte en une diminution de la résilience, une perte des capacités adaptatives et une vulnérabilité aux éléments stressants.

La consultation en gérontopsychiatrie peut consister des éléments suivants :

- ♦ Une évaluation diagnostique;
- ♦ L'élaboration d'un plan de traitement pharmacologique et non-pharmacologique;

- ♦ Des recommandations biopsychosociales à court, moyen et long terme au demandeur;
- ♦ De façon ciblée, un suivi à court terme pour la mise en application du plan de traitement, en collaboration avec le médecin de famille.

2.1.2 PARTENAIRES

Les collaborations interprofessionnelles, à travers tout le continuum de soins, sont vitales pour mieux desservir les aînés, autant en santé mentale que physique. La prévention et l'intervention précoce sont nécessaires afin de réduire le passage aux urgences, les hospitalisations et les relocalisations d'urgence. C'est pourquoi les médecins de famille, les IPS, les équipes des GMF et les équipes des CLSC gagnent à allier leurs forces. En effet, les aînés ont souvent des besoins multiples et la co-intervention permet des interventions plus fluides. Des collaborations sont encouragées entre les équipes de la DPSAPA et de la DPSMD (15).

En plus du soutien clinique pouvant être offert par les différentes parties, des collaborations réciproques sont souvent nécessaires. Les services gériatriques et les organismes communautaires sont les plus souvent sollicités; on ajoute évidemment les psychiatres et les gérontopsychiatres en cas de troubles mentaux. Nous entendons par services gériatriques tous les services offerts par les médecins de famille spécialisés dans les soins aux personnes âgées (16), les gériatres, les neurologues et autres médecins spécialistes offrant des services aux aînés.

Il est essentiel de s'intéresser à la trajectoire des patients afin de dépister de potentiels trous de services. Dans les trajectoires de soins, il est inévitable que les usagers des clientèles gérontopsychiatriques soient initialement évalués et même pris en charge par d'autres secteurs. Cela peut se produire à la clinique externe, à l'urgence ou en soins hospitaliers aigus, le plus souvent dans les lits d'hospitalisation de gériatrie, de neurologie et de médecine de famille. Il peut être difficile de déterminer dès le début de l'épisode de soins s'ils sont « à la bonne place », de par des présentations cliniques complexifiant le diagnostic différentiel, sans compter la comorbidité. C'est pourquoi la fragmentation des services peut être particulièrement délétère pour les patients gérontopsychiatriques. Il faut ainsi prioriser les besoins des patients en acceptant parfois des compromis dans l'offre de services. Il peut être utile de mieux gérer la durée d'une hospitalisation en s'alliant de consultants compétents. Ceci dit, une évaluation plus détaillée permet en général d'identifier une majeure dans la présentation clinique, mais pas toujours. Des soins intégrés, là où le patient se trouve hospitalisé, sont probablement aussi efficaces et plus humains que de chercher à cohorter les patients à tout prix. En définitive, le gérontopsychiatre ne doit pas agir comme un portier qui trie là où les patients devraient être soignés.

L'implication des proches aidants comme d'authentiques partenaires permet de mieux diagnostiquer la source des symptômes, d'identifier plus clairement les besoins et d'amorcer un traitement adapté. Il ne faut pas oublier qu'ils sont souvent impliqués depuis une période soutenue, et qu'ils demeurent engagés peu importe où consulte le patient et où il est hébergé.

2.1.3 DISPOSITIFS DE SOINS

Sur une base temporaire épisodique, l'équipe de gérontopsychiatrie offre un service d'évaluation et de suivi de deuxième et de troisième ligne pour le territoire du CISSS-CIUSSS dans les dispositifs de soins suivants :

- Soins ambulatoires;
- Soins hospitaliers aigus;
- Soins de longue durée ;
- Soutien aux équipes de première ligne, incluant discussions de cas.

Des critères d'admissibilité doivent être précisés en fonction des effectifs et des services complémentaires dans la région, et peuvent inclure notamment :

- Limites géographiques dans le territoire quand la clientèle est desservie par un autre établissement;
- Critères de complexité clinique;
 - o Par exemple, en regard de l'évaluation de l'aptitude, le médecin demandeur doit avoir amorcé l'évaluation et référer en lien avec des interrogations diagnostiques
- Évaluations préalables, comme l'évaluation cognitive de base en GMF ou une évaluation en gériatrie ou en psychiatrie pour une consultation en soins hospitaliers aigus;
- Interventions de base par les équipes de première ligne des DPMSD et DPSAPA.

2.1.3.1 SOINS AMBULATOIRES

Les soins ambulatoires en gérontopsychiatrie consistent en une évaluation clinique incluant une révision du dossier et la collecte d'informations collatérales suivie de recommandations pharmacologiques et non pharmacologiques pour le médecin traitant. Occasionnellement, une prise en charge a lieu de manière temporaire pour stabiliser le patient et prévenir une hospitalisation ou des visites aux urgences. La contribution d'une infirmière de gérontopsychiatrie en clinique externe est essentielle pour assurer qualité des soins et efficacité de notre pratique.

Ce travail est principalement fait en clinique externe, mais peut se déployer dans d'autres milieux de soins, selon le dispositif de soins local. Citons par exemple des évaluations en hôpital de jour gériatrique, en clinique de la mémoire, en GMF ou à domicile, chez certains.

Tel que décrit dans la CSMC, les services de gérontopsychiatrie bien dotés sont évalués plus efficaces que les services médicaux gériatriques et les services de santé mentale pour adultes pour la prise en charge holistique des soins en santé mentale des aînés.

Les soins psychiatriques aux aînés incluent aussi les clientèles aux troubles sévères et persistants. Ainsi, des équipes de suivi intensif dans le milieu (SIM) et de suivi d'intensité variable (SIV) pourront travailler de pair avec un gérontopsychiatre auprès de ces clientèles. Une petite étude a suggéré la supériorité de programmes dédiés (SIM pour aînés) par rapport à un SIM général (17).

Les soins ambulatoires par téléconsultation ont connu un essor, principalement dans les dernières années. Le Plan d'Action 2022-2026 (7) recommande l'intégration des interventions numériques dans les services de santé mentale pour favoriser l'accès aux soins et c'est également l'avis du comité.

Dans les équipes mieux dotées, il est envisageable d'offrir davantage de suivis ambulatoires ainsi que des traitements psychothérapeutiques à court terme, et de prévenir davantage d'hospitalisations en permettant des prises en charge plus rapides et intensifiées. Il est aussi possible de créer des hôpitaux de jour gérontopsychiatriques et d'opter pour un modèle d'hospitalisation à domicile.

2.1.3.2 SOINS HOSPITALIERS AIGUS

La présence des gérontopsychiatres dans les milieux hospitaliers de soins aigus est incontournable pour prendre soin de clientèles âgées aux prises avec des troubles mentaux sévères. Leur apport permet de soutenir un diagnostic différentiel complexe, de choisir une thérapeutique sécuritaire chez les aînés, et éventuellement de réduire la durée de séjour et les complications associées à l'hospitalisation.

En fonction de l'organisation locale, il existe quatre principaux milieux où prévoir l'accès à l'hospitalisation pour les aînés :

- Dans une unité spécialisée en gérontopsychiatrie, traité par un gérontopsychiatre et une équipe multidisciplinaire dédiée aux aînés;
- Dans une unité de psychiatrie pour adulte avec lits réservés pour la clientèle de plus de 65 ans et traité par un gérontopsychiatre;
- Dans une unité de psychiatrie adulte, traité par un psychiatre en liaison avec un gérontopsychiatre;

- Dans une unité de gériatrie (UG) ou de courte durée gériatrique (UCDG), traité par un gériatre ou un médecin de famille en gériatrie, en liaison avec un gériopsychiatre.

Dans tous les cas, en raison de la comorbidité très fréquente chez les aînés, de bonnes collaborations avec les autres services médicaux comme la médecine de famille, la gériatrie et la médecine interne sont à développer et à maintenir.

Selon les effectifs en présence, peuvent s'ajouter différentes déclinaisons à la participation du gériopsychiatre en soins hospitaliers aigus :

- Dans les cliniques d'électroconvulsivothérapie ou de neuromodulation;
- En consultation dans les ressources de réadaptation, comme les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) ou unités transitoires de récupération fonctionnelle (UTRF);
- Comme consultant dans les urgences psychiatriques.

2.1.3.3 SOINS DANS LES MILIEUX DE VIE

Les enjeux de santé mentale demeurent présents pour les patients au moment où quittent le domicile, que ce soit vers les résidences pour personnes âgées, les ressources intermédiaires ou les soins de longue durée. En effet, ils font souvent face à une adaptation majeure dans leur vie, ce qui les place à risque de présenter des symptômes dépressifs. Ils peuvent aussi présenter des symptômes psychiatriques en lien avec des conditions neurodégénératives, comme la maladie de Parkinson ou la sclérose en plaques, par exemple. Enfin, le développement de troubles neurocognitifs majeurs s'associe aussi à des symptômes comportementaux et psychologiques.

La présence de l'équipe de gériopsychiatrie est donc essentielle pour répondre aux besoins des aînés vivant en institution. Des discussions de cas avec le médecin de famille et l'équipe soignante sont encouragées. Lors de situations cliniques plus complexes, le patient peut être évalué par l'équipe de gériopsychiatrie suite à une révision du dossier (notes médicales et infirmières/professionnelles), de la médication actuelle et antérieure et une histoire collatérale détaillée.

L'implication d'une infirmière dédiée permet des consultations efficaces et de qualité. Son rôle est particulièrement important dans les cas de SCPD où les recommandations non pharmacologiques devront être transmises à l'équipe soignante formée par les infirmières et les préposées. Le gériopsychiatre sera davantage impliqué lorsque des recommandations pharmacologiques sont aussi requises. Il est alors possible de faire un suivi conjoint à court terme pour mettre en place le plan de traitement. Les équipes

traitantes demeurent responsables de mettre en application les plans de traitement, d'intervenir auprès des proches aidants et de poursuivre les approches de base avec l'ensemble des patients.

La recherche tend à démontrer l'efficacité des équipes mobiles en gérontopsychiatrie en CHSLD, notamment pour diminuer le risque d'admissions en milieu hospitalier (18). En soutenant les équipes soignantes, il est désormais possible de mieux les outiller face aux SCPD, de souligner leurs bons coups et permettre de maintenir les patients dans leur milieu de vie. Ceci est encore plus vrai quand une infirmière de l'équipe intervient.

Actuellement, la rémunération est maigre lors de visites à domicile et limitée par des pools de services en CHSLD.

2.1.3.4 LES PARTICULARITÉS DE LA TRAJECTOIRE SCPD

Concernant plus précisément le champ de l'Alzheimer et des maladies apparentées, déjà en 2009, le rapport Alzheimer (19) nommait l'importance de faire de l'organisation des soins une priorité, basé sur la gestion des maladies chroniques et sur le modèle de pratique collaborative. Entre autres, il était recommandé d'outiller les GMF à mieux diagnostiquer et prendre en charge les troubles neurocognitifs et de créer des équipes SCPD ambulatoires de première ligne (parfois appelées les infirmières ressources SCPD).

La création de cliniques de cognitions locales était également supportée, avec une équipe spécialisée désignée dans chaque réseau universitaire intégré de services (RUIS) pour les appuyer pour les cas complexes.

En 2014, un rapport pour l'organisation des équipes ambulatoires SCPD (20) recommandait la désignation d'équipes SCPD ambulatoires (dites de deuxième ligne) composées :

- D'un médecin compétent dans le diagnostic du trouble neurocognitif et du traitement des SCPD (gérontopsychiatre, gériatre, [neurologue] ou omnipraticien, selon le contexte local);
- D'une infirmière clinicienne;
- D'un intervenant psychosocial;
- D'un coordonnateur.

Il est aussi prévu des équipes RUIS pour les cas très complexes (dites de troisième ligne) composées notamment d'un médecin expert (gérontopsychiatre, neurologue, gériatre).

Il existe actuellement à Québec et à McGill deux unités hospitalières de stabilisation des SCPD, dont les gérontopsychiatres sont responsables. D'une région à l'autre, il existe également des unités prothétiques

(aussi appelées unités spécifiques) hiérarchisées et pour les SCPD plus sévères, où l'environnement est contrôlé et les équipes théoriquement mieux dotées et formées de façon plus avancée. La plupart de ces unités sont situées dans les CHSLD et bénéficient de la présence régulière de médecins de famille.

Les troubles neurocognitifs étant de mauvais pronostic et s'associant à une détérioration clinique à court ou moyen terme, il est important de constater que les besoins en lien avec des SCPD sont susceptibles de se produire dans tous les dispositifs de soins. En peu de temps, les patients peuvent passer du domicile à des milieux de vie protégés privés et institutionnels. Soulignons au passage le problème de l'ISO-SMAF, souvent utilisé pour offrir des services à domicile ou pour identifier le milieu de vie à privilégier par les mécanismes d'accès à l'hébergement, qui tient peu compte des SCPD dans la cotation. Ceci mène parfois à de mauvais aiguillages des aînés dans les ressources d'hébergement et peut dans certains cas mener à des relocalisations en série suite à des dépassements de services. De plus, c'est largement en lien avec la trajectoire SCPD que les hôpitaux sont remplis de patients placés en niveau de soins alternatifs (ou autrement dit en attente d'hébergement).

Pour terminer, la trajectoire des patients souffrant de troubles mentaux graves et qui développent des troubles cognitifs lentement évolutifs dès l'âge adulte pose un défi supplémentaire. Il est connu que les patients ayant vécu avec un problème de santé mentale sévère présentent un vieillissement précoce et une moins bonne santé générale à un âge plus avancé (21,22). En effet, plusieurs patients sont institutionnalisés tôt dans leur vie, particulièrement en présence de troubles du comportement. On peut faire l'hypothèse que puisqu'ils n'atteignent pas un niveau de fonctionnement adéquat durant leur vie, ils ne consolident pas leur réserve cognitive, sans compter des habitudes de vie délétère qui augmentent le risque de troubles neurocognitifs. Plusieurs d'entre eux vieillissent donc et développent des troubles cognitifs plus ou moins importants, ce qui mène à des dépassements de service au niveau des ressources d'hébergement en santé mentale. Lors de troubles de comportements sévères, en l'absence de CHSLD en santé mentale, les patients peuvent être orientés vers les unités prothétiques SCPD. Cela pose des défis majeurs pour les équipes, puisque les interventions à privilégier sont très différentes de celles qui fonctionnent bien avec les troubles neurocognitifs majeurs typiques. Le même cas de figure se produit avec les usagers souffrant de déficience intellectuelle et de troubles du spectre de l'autisme.

2.2 EFFECTIFS ET RESSOURCES REQUIS POUR L'ACCÈS

L'organisation des soins en gérontopsychiatrie est notablement hétérogène à travers la province et peu d'informations formelles sur l'état des lieux de la gérontopsychiatrie au Québec sont disponibles. En effet, tous les départements ne comptent pas un service de gérontopsychiatrie, et quand c'est le cas, l'arrimage est

tantôt avec la DPSAPA, tantôt avec la DPSMD. Contrairement à la pédopsychiatrie, il n'existe pas non plus de plans d'effectifs médicaux. Il n'y a pas non plus de travaux ministériels portant sur les clientèles gérontopsychiatriques. Par conséquent, il incombe au comité de gérontopsychiatrie de l'AMPQ de chercher à décrire le plus clairement possible les services et les effectifs actuels.

Lors du recensement des gérontopsychiatres du Québec fait en juillet 2022, nous avons identifié 61 psychiatres dont le statut de gérontopsychiatre était reconnu par le Collège des médecins, le Collège des médecins et chirurgiens du Canada ou les deux. À cela s'ajoutent 27 psychiatres qui consacrent 50 % ou plus de leur pratique aux soins aux personnes âgées, pour un total de 88 psychiatres dédiés. De tous ces spécialistes, 4 gérontopsychiatres et 2 psychiatres œuvrent en cabinet.

TABLEAU 1 : LES EFFECTIFS MÉDICAUX EN GÉRONTOPSYCHIATRIE PAR RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES (INCLUANT LES PSYCHIATRES EN CABINET)

Région	Emplacement géographique	Désignation	Gérontopsychiatres en poste	Psychiatres dédiés en poste (50-100%)
01	Bas-St-Laurent	Éloignée	0	2
02	Saguenay-Lac-St-Jean	Éloignée	0	0
03	Capitale-Nationale	Universitaire	10	0
04	Mauricie-Centre-du-Québec	Intermédiaire	1	1
05	Estrie	Universitaire	3	0
06	Montréal	Universitaire	31	11
07	Outaouais	Intermédiaire	1	3
08	Abitibi-Témiscamingue	Éloignée	0	0
09	Côte-Nord	Éloignée	0	0
10	Nord-du-Québec	Isolée	0	0
11	Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	Éloignée	0	0
12	Chaudières-Appalaches	Universitaire ou périphérique	7	2
13	Laval	périphérique	0	1
14	Lanaudière	Intermédiaire	1	1
15	Laurentides	Intermédiaire	0	0
16	Montérégie	Universitaire ou périphérique	7	6
17	Nunavik	Isolée	0	0
18	Terres-Cries-et-de-la-Baie-James	Isolée	0	0
Total			61	27

Les gérontopsychiatres principalement installés en milieu universitaire ou périphérique, avec près de 50 % des effectifs totaux installés à Montréal, comme c'est le cas d'ailleurs pour les psychiatres généraux. Les

régions intermédiaires, éloignées et isolées ont des effectifs limités ou nuls. Par contre, la fonction MSRP et l'organisation des services sous forme de hiérarchisation des soins y est probablement mieux développée.

En 2017, les répondants du sondage de l'AMPQ décrivaient être 50 % sous la DPSAPA, 50 % sous la DPSMD. Une forte majorité signalait qu'il n'existait aucune entente explicite à l'effet qu'un départ à la retraite d'un gérontopsychiatre serait remplacé par un gérontopsychiatre ou un psychiatre dédié aux aînés, même si la plupart souhaitait augmenter la taille du service.

En 2018, 95 % des répondants s'entendaient pour dire que la gérontopsychiatrie devrait offrir des services de deuxième et troisième ligne. 25,64 % estimaient que les gérontopsychiatres devraient œuvrer exclusivement en région universitaire, 12,82% dans toutes les régions et 61,54 % dans toutes les régions avec une pondération plus élevée en milieu universitaire. La majorité estimait que la pratique de la gérontopsychiatrie ne devrait pas être réservée aux gérontopsychiatres, mais 50 % encourageait que l'enseignement aux résidents leur soit réservé. 82,05 % souhaitait que des plans d'effectifs médicaux soient déployés en gérontopsychiatrie.

À titre indicatif, voici les balises de requis populationnels énoncés par la CSMC, pour le Canada, par tranche de 10 000 habitants (2).

FIGURE 2 : JALONS DE DOTATION SUGGÉRÉS EN GÉRONTOPSYCHIATRIE POUR LE CANADA

JALONS SUGGÉRÉS POUR LE CANADA

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

* Service principal

** Les premières recommandations de la Colombie-Britannique suggéraient de réserver trois lits par tranche de 10 000 aînés; ce ratio pourrait toutefois être réduit à un lit par 10 000 personnes âgées si, comme il a été mentionné précédemment, des établissements de soins de longue durée réservent des places à cette fin.

Pour l'équipe communautaire et mobile, 1 gérontopsychiatre ETP par 10 000 aînés est recommandé. Les recommandations sont moins claires quant aux besoins hospitaliers. Dans une conférence sur les effectifs médicaux en gérontopsychiatrie, Dre Bruneau proposait 0,5 ETP par 10 000 aînés pour 6 lits d'hospitalisation (23).

En 2022, l'institut de la statistique du Québec estime la population des plus de 65 ans à 1 810 221 personnes, soit 20,8 % de la population totale (24). Cela correspondrait donc à un idéal de 271 gérontopsychiatres pour le Québec. S'il est impensable de parvenir à ces cibles dans la conjoncture actuelle, cela peut guider les chefs de département et les directeurs des services professionnels à doter en personnel les équipes de gérontopsychiatrie. En situation de ressources professionnelles limitées, sabrer dans les ressources des équipes de gérontopsychiatrie ne ferait pas pour autant disparaître les besoins de la population. Rappelons

aussi le vieillissement interne de la population qui augmente le nombre de patients de plus de 85 ans, dont les besoins sont plus importants que les « jeunes vieux » (2).

Certaines régions sont présentement sans service de gérontopsychiatrie. Pour faciliter le développement de services de façon équitable, il faut prévoir de mettre en place un noyau initial de service dans chaque région afin de répondre aux services essentiels. C'est suite à la mise en place de ce noyau, avec une dotation en personnel adéquate – mais pas nécessairement idéale ou égale aux recommandations des Lignes directrices – qu'on peut penser à ajouter d'autres services.

Une stratégie intéressante est de considérer l'utilisation des ressources en psychiatrie et gérontopsychiatrie par les aînés afin de vérifier si les services sont suffisamment accessibles. Les cibles de dotation pourraient aussi être utilisées afin de mesurer à quel niveau une région se rapproche des recommandations, et ainsi identifier le ou les services qui, ayant une proportion plus faible, devrait recevoir les prochains investissements qui sont disponibles.

En plus des ressources professionnelles de l'équipe de gérontopsychiatrie, des locaux et un support clérical appropriés sont essentiels à la bonne marche d'un service de gérontopsychiatrie. Le tout permet d'avoir un environnement accueillant et sécuritaire pour les patients avec des troubles mentaux et neurocognitif. Une secrétaire médicale compétente peut aider à lever le stigma de la consultation en psychiatrie et convaincre les patients de venir à la première évaluation. L'accès à un dossier unique informatique et la disponibilité de la dictée permettent de mieux faire circuler les données cliniques complexes de patients qui souvent de grands utilisateurs des services de santé.

Voici les effectifs actuels en fonction de la population de 2022 (24) et le nombre de psychiatres dédiés ou de gérontopsychiatres qui seraient nécessaires pour en arriver à 50 % des jalons proposés.

TABLEAU 2 : LA POPULATION ÂGÉE ET LES CIBLES EN TERMES D'EFFECTIFS MÉDICAUX PAR RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES (INCLUANT LES PSYCHIATRES EN CABINET)

Emplacement géographique	Population de plus de 65 ans	Cible du nombre de gériopsychiatres	Cible de 50 %	Gériopsychiatres ou psychiatres dédiés en poste
Bas-St-Laurent	55 000	5,5	2,7	2
Saguenay-Lac-St-Jean	69 000	6,9	3,5	0
Capitale-Nationale	171 000	17,1	8,5	10
Mauricie-Centre-du-Québec	133 000	13,3	6,6	2
Estrie	118 000	11,8	5,9	3
Montréal	346 000	34,6	17,3	42
Outaouais	72 000	7,2	3,6	4
Abitibi-Témiscamingue	31 000	3,1	1,5	0
Côte-Nord	19 000	1,9	0,9	0
Nord-du-Québec	4 000	0,4	0,2	0
Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	27 000	2,7	1,3	0
Chaudières-Appalaches	102 000	10,2	5,1	9
Laval	82 000	8,2	4,1	1
Lanaudière	105 000	10,5	5,2	2
Laurentides	129 000	12,9	6,5	0
Montréal	287 000	28,7	14,3	13
Nunavik	495	0	0	0
Terres-Cries-et-de-la-Baie-James	930	0	0	0
Total	1 922 000	175	87,2	88

2.2.1 L'IMPORTANCE DE PROTÉGER LES RESSOURCES

La constitution de services de gérontopsychiatre a mis du temps dans plusieurs milieux maintenant bien dotés. L'histoire nous apprend que c'est bien souvent le leadership de chefs de département et de gestionnaires qui a permis le développement, mais aussi le maintien des services. Une saine cogestion est donc un atout important, mais également une volonté claire d'offrir des services psychiatriques aux aînés. Dans la dernière décennie, notamment suite à la formation des CISSS et des CIUSSS, plusieurs milieux ont décrit avoir perdu des effectifs médicaux et professionnels qui ont mis non seulement en péril leur capacité à soigner les aînés, mais également à former les résidents en psychiatrie. Pour cette même raison, il est difficilement envisageable d'offrir aux régions intermédiaires et éloignées une couverture de type RUIS, si les effectifs médicaux des régions universitaires ne sont pas protégés. Qui plus est, la démographie mettant une telle pression en termes de besoins, il faut penser que les régions universitaires desserviraient prioritairement leur population si on tentait une telle approche.

Ainsi, la mise en place de plans d'effectifs médicaux nous apparaît incontournable, comme c'est déjà le cas pour la surspécialité de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Nous recommandons que ces postes soient accessibles à des psychiatres non certifiés en gérontopsychiatrie, mais engagés à travailler à temps plein auprès des aînés.

Une autre stratégie pour favoriser le déploiement de services psychiatriques aux aînés à travers la province, utilisée notamment en Ontario, est de mettre en place des corridors de service organisés. En effet, en appuyant un corridor de service par la présence régulière d'un gérontopsychiatre dans le milieu plus éloigné, par exemple à raison d'une visite mensuelle, de réels partenariats pourraient être créés. Cela permettrait aux gérontopsychiatres des milieux urbains de mieux saisir les enjeux de services de la région soutenue et d'établir les relations humaines nécessaires au maintien du corridor de service. Avec l'avenue de la télémédecine, des suivis pourraient également être offerts virtuellement.

Pour l'heure, chaque région module son offre de service et des iniquités sont évidentes pour les patients de plusieurs régions. Sans encadrement des services essentiels par le MSSS, les CISSS et les CIUSSS répondent ainsi à la mission populationnelle selon leur bon vouloir.

3. RÔLE DU GÉRONTOPSYCHIATRE ET SA PLACE DANS LE RÉSEAU

3.1 ACCÈS LIMITÉ

Ce n'est que tardivement que la gérontopsychiatrie a été reconnue au Canada et au Québec, et les équipes québécoises demeurent sous-dotées en comparaison avec l'Ontario. La pénurie de la main d'œuvre catalysée par la pandémie ajoute aux défis auxquels nous devons faire face.

Il est dès lors nécessaire de réfléchir à l'utilisation de nos ressources de façon à optimiser les soins pouvant être offerts. Nous avons souligné à grands traits que la gérontopsychiatrie devait concentrer ses efforts sur les situations cliniques complexes et le corollaire est de miser sur la prise en charge en première ligne de plusieurs situations typiques.

Les situations suivantes devraient donc requérir un soutien minimal de la gérontopsychiatrie, en se limitant la majorité du temps à des discussions de cas :

- Deuil normal;
- Trouble d'adaptation;
- Trouble dépressif léger à modéré;
- Troubles anxieux légers à modérés;
- Troubles de personnalité sans complications;
- Troubles d'usage des substances sans complications;
- Suivi de troubles psychiatriques stabilisés;
- Plan d'ajustement de la polypharmacie chez un patient stable depuis plusieurs années;
- Trouble neurocognitif majeur avec SCPD légers.

La réponse aux besoins de cette clientèle doit donc venir des médecins de famille, des infirmières praticiennes spécialisées, des équipes du CLSC et des organismes communautaires. Lorsque les symptômes sont plus importants, de même que l'atteinte fonctionnelle, la psychiatrie générale et la gériatrie devraient également être mises à contribution pour répondre aux consultations de ce type selon les ressources disponibles dans chaque région.

Toutefois, nous faisons également face au défi d'obtenir un suivi par un médecin de famille pour tous les patients. La continuité des soins est un enjeu essentiel à considérer pour la clientèle gérontopsychiatrique, particulièrement en cas de perte d'autonomie. La gérontopsychiatrie n'a hélas pas les moyens de substituer une première ligne affaiblie. Si la création du guichet d'accès à la première ligne est une très bonne nouvelle

pour l'accès à un médecin de famille, les patients gérontopsychiatriques complexes nécessitent souvent une prise en charge et un suivi régulier qui ne pourra être répondu par cette avenue.

3.2 TRANSFERT DE CONNAISSANCES

3.2.1 SOUTIEN AUX ÉQUIPES DE PREMIÈRE LIGNE

Il est essentiel de favoriser le transfert de connaissances à la première ligne. Plusieurs professionnels décrivent des besoins de formation qui ne sont pas répondus et qui sont aggravés par le roulement de personnel des équipes. Ce transfert de connaissances peut s'opérer de plusieurs façons, soit par des collaborations ponctuelles, à l'occasion de suivis conjoints ou lors d'offres de formation continue. Il peut s'accomplir à la fois par le gérontopsychiatre et par les professionnels de l'équipe de gérontopsychiatrie. Ce faisant, plusieurs objectifs peuvent être atteints :

- Outiller les équipes de première ligne à intervenir dans les situations plus simples et courantes;
- Agir plus précocement dans l'histoire de la maladie en pistant la première ligne vers des interventions qui permettent de régler ou de commencer à soulager les patients;
- Mieux hiérarchiser les demandes et réduire les consultations en surspécialité;
- Limiter les effets iatrogéniques de la polypharmacie en éduquant sur les symptômes susceptibles de répondre à la pharmacothérapie et sur les effets secondaires à surveiller.

Ce soutien peut donc être fait auprès des médecins, mais également auprès des infirmières des GMF et des équipes du CLSC tous programmes confondus. Par exemple, on peut impliquer l'intervenant pivot ou le gestionnaire de cas :

- En les invitant à des suivis à la clinique de gérontopsychiatrie pour qu'ils comprennent mieux notre rôle et nos attentes;
- En les contactant entre les rendez-vous pour qu'ils colligent les observations du milieu de vie;
- En communiquant avec eux verbalement ou par écrit suite aux rendez-vous pour les informer des diagnostics, des traitements et des enjeux importants.

À l'occasion de suivis plus courts, les médecins (omnipraticiens, gériatres, neurologues) doivent aussi être informés sur :

- Les objectifs et la durée attendue du suivi;
- Les tâches à accomplir par le gérontopsychiatre et par le médecin de famille;
- Les résultats du suivi;

- Lorsque le suivi prend fin et les interventions à privilégier par le médecin de famille en cas de récurrence de symptômes ou d'évolution de la situation (parfois prévisible de par l'évolution naturelle de la maladie).

Ceci dit, il est important de souligner les enjeux médico-légaux qui peuvent s'associer à des conseils sans avoir vu le patient. Le Collège des médecins du Québec a publié des fiches informatives sur ce qu'il nomme les téléavis, qui peuvent s'opérer de façon synchrone ou asynchrone. Le médecin doit notamment « s'assurer qu'il dispose d'une information suffisante pour formuler une opinion professionnelle adéquate. » (25)

La documentation écrite en temps réel des informations reçues par le demandeur et les conseils transmis par le gérontopsychiatre est essentielle. Il convient aussi d'évaluer en personne les patients présentant des situations plus complexes, par exemple en cas de psychose, de suicidalité importante ou de comorbidités psychiatriques ou gériatriques, en tenant compte du degré d'urgence. Le médecin demandeur partage aussi la responsabilité des soins du patient et peut requérir une demande de consultation s'il juge que c'est la solution la plus appropriée. Il n'en reste pas moins que les psychiatres ont une formation soutenue en résidence et une expérience clinique qui consolident leurs connaissances, et que seul un transfert de connaissances à la première ligne ne saurait suffire à répondre aux besoins de la population.

3.2.2 MSRP ET GASMA

Au Québec, la formule médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP) permet au psychiatre de participer à des discussions de cas auprès de deux groupes : les professionnels des CLSC des équipes de santé mentale et des médecins (26). Dans le premier cas, ces discussions ont principalement lieu au GASMA. Les GASMA ont été créés en 2008 afin d'analyser et gérer les demandes de services en santé mentale par les médecins de famille. En outre, ils permettent des interventions systématiques, d'orienter les patients vers les ressources les plus adaptées, de permettre une liaison efficace vers ces ressources et de communiquer avec les médecins référents. Le guide GASMA proposé par l'AMPQ en collaboration avec le CNESM illustre bien l'esprit de ce dispositif :

Devant un problème de santé mentale qui dépasse leur capacité d'intervention, les omnipraticiens peuvent être tentés d'orienter le patient systématiquement vers une consultation en psychiatrie. Pourtant, pour une proportion importante des personnes référées, une orientation vers des services de santé mentale moins spécialisés permet un accès plus rapide et des soins mieux adaptés à leur situation. Par exemple, il peut s'agir de services de psychothérapie, d'éducation psychologique ou de soutien par les pairs.

La formule MSRP est donc un soutien de grande valeur pour les professionnels, en leur permettant d'augmenter leurs connaissances et leurs capacités d'intervention. Ils peuvent être actifs dans le soutien et le soin des aînés, sans nécessairement miser à tout coup sur une consultation en surspécialité. Il y a toutefois de grandes disparités dans le déploiement du psychiatre répondant entre les régions, particulièrement en regard de la population âgée. Précisons aussi qu'il n'est pas possible avec l'Annexe 42 de soutenir les équipes de la DPSAPA. Ce modèle de consultation gagnerait certainement à être actualisé pour améliorer l'accessibilité, afin de permettre la téléconsultation (et non seulement la consultation en présence), et d'être disponible à toutes les cliniques (pas seulement celles inscrites). En 2018, dans le sondage de l'AMPQ, 98 % des gérontopsychiatres étaient favorables à un élargissement des forfaits MSRP aux gérontopsychiatres. Nous espérons que les travaux de l'Institut de la pertinence des actes médicaux permettra de le faire conjointement avec les gériatres répondants.

3.2.3 INTÉGRATION DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES (IPS)

Selon l'Association des infirmières praticiennes spécialisées, deux IPS en santé mentale occupaient un poste en gérontopsychiatrie au Québec en août 2022, ainsi que deux IPS en soins adultes travaillaient en gériatrie. Parmi les IPS en première ligne, quelques-unes œuvrent dans les CHSLD. Associées à un GMF, elles peuvent se référer au médecin collaborateur au besoin. Comme il s'agit de clientèles plus complexes, l'expérience clinique est un atout pour exercer dans ces domaines et le codéveloppement devrait être encouragé, par exemple avec les équipes de gérontopsychiatrie. Leur contribution pourrait certainement améliorer l'accès à des services psychiatriques. Le Plan d'action 2022-2026 (7) recommande la poursuite de l'implantation des IPS-SM, qui devront, à au moins 60 % des effectifs, exercer dans les soins de proximité (comme les CLSC et les GMF). Ainsi, la bonification de soins en première ligne peut passer par l'ajout d'une IPS dédiée aux aînés en GMF ou au GASMA travaillant en collaboration avec un psychiatre ou un gérontopsychiatre.

4. ENSEIGNEMENT, PROMOTION DE LA SANTÉ GLOBALE (MENTALE ET PHYSIQUE) ET DÉFENSE DES DROITS DES AINÉS

4.1 ENSEIGNEMENT

Depuis maintenant 15 ans, les stages en gériopsychiatrie sont une partie importante de la formation des résidents en psychiatrie au Canada. À l'époque, les stages étaient passés de 3 à 6 mois, afin de mieux consolider les connaissances des futurs psychiatres auprès de la population âgée. Depuis juillet 2022, les programmes de résidence en psychiatrie étant passés en approche Compétence par conception, les universités du Québec ont ajusté les stages de gériopsychiatrie à une durée de 4 à 6 mois. Il faut aussi savoir que les gériopsychiatres accueillent des externes, des résidents en gériatrie et des résidents en médecine de famille – soins aux personnes âgées également.

Par ailleurs, ils sont impliqués au sein de la formation prédoctorale dans les régions universitaires et les régions où il y a des campus délocalisés. Ils peuvent être aussi impliqués dans la formation d'autres professionnels de la santé, en offrant des cours ou des stages, le plus souvent aux infirmières. S'ajoute donc à leurs tâches cliniques l'essentielle contribution à la formation des futurs médecins et professionnels de la santé. Si les postes en gériopsychiatrie ne sont ni protégés par des plans d'effectifs médicaux, ni par les chefs de département, l'enseignement pourrait être grandement fragilisé, et ce, en contexte de besoins croissants.

En ce qui concerne la surspécialité en gériopsychiatrie, trois universités offrent le programme de résidence en gériopsychiatrie, soient les Universités de Montréal, McGill et Laval. Bien qu'elles soient en mesure de former chacune deux résidents par année, pour un total de six, ce n'est qu'en 2021 que le MSSS a accepté de financer les cartes R6 sans restriction. La première cohorte qui graduera de cette résolution sera diplômée en juin 2024. Auparavant, seulement deux résidents graduaient par année, puis quatre; il faut penser que ces années de restriction ont pu affecter l'attrait pour la profession et qu'il n'est pas certain encore que six résidents gradueront tous les ans.

Enfin, plusieurs gériopsychiatres sont appelés à offrir des activités de formation continue aux médecins de famille, aux médecins spécialistes et aux professionnels du réseau de la santé.

4.2 PROMOTION DE LA SANTÉ ET DÉFENSE DES DROITS DES AINÉS

Les gériopsychiatres étant impliqués dans plusieurs dispositifs de soins et susceptibles de réévaluer les patients durant l'évolution naturelle de leur maladie, ils sont dans une position privilégiée pour faire la

promotion de la santé des aînés et agir comme agent multiplicateur au niveau local. Ils pourront être au front pour aider le département à s'adapter aux changements majeurs en cours: le vieillissement de la population, l'élargissement de l'aide médicale à mourir et les impacts de la pandémie.

Les gérontopsychiatres sur le terrain connaissent bien les ressources d'hébergement de la région, les organismes communautaires dédiées aux aînés et les adaptations nécessaires de tous les milieux, incluant de soins, afin qu'ils soient de qualité pour les aînés. Pensons ici, entre autres, à l'approche adaptée aux aînés (27).

La Commission de Santé mentale du Canada a détaillé les lourdes répercussions de la pandémie sur la santé mentale des aînés : isolement social accru, possibilité de détérioration cognitive et mentale, déconditionnement. Les besoins sont aussi détaillés pour les soins de longue durée : risque de dépression accru en CHSLD, ressources professionnelles déjà fragilisées, ceci accru en pandémie, etc. Des recommandations spécifiques ont été proposées et celles-ci reflètent bien le type de dossiers qui peuvent être portés par les équipes de gérontopsychiatrie:

- Encourager la réintégration des proches-aidants dans les milieux de vie;
- Rétablir dans les programmes et services des principes et valeurs individuels et systémiques qui pourraient avoir été diminués en période de COVID-19;
- Encourager à offrir du soutien et des options récréatives pour les résidents, y compris des options technologiques.

D'autre part, les problèmes psychiatriques de la population âgée peuvent parfois passer sous silence. Certains usagers isolés ne consultent que tardivement, tandis que d'autres minimisent leurs besoins et sont pris en charge par leur entourage. Ceci peut contribuer à l'épuisement des proches aidants, dont la santé mentale peut souffrir également. Les proches aidants des personnes hébergées en CHSLD et souffrant de SCPD rapportent aussi de nombreux défis pour lesquels les gérontopsychiatres peuvent apporter des solutions (28). Des troubles psychiatriques non traités peuvent aussi se répercuter en conditions médicales générales ou par une perte d'autonomie. Certaines barrières limitent aussi l'accès des aînés aux services en santé mentale; notamment lorsque sont uniquement offerts des programmes basés sur la réadaptation, le recours aux moyens technologiques, des démarches plus complexes en cas de perte d'autonomie en lien avec la cognition ou la mobilité. Les ressources étant nettement limitées en santé mentale adulte, le risque de discrimination des aînés pour avoir accès à ces ressources est bien réel.

Un soin particulier doit être porté à la lutte à la stigmatisation et l'âgisme. Nommons enfin les enjeux de maltraitance bien présents dans cette population vulnérabilisée (12).

En somme, il est essentiel de maintenir le dialogue avec les gérontopsychiatres afin de remplir notre mission populationnelle et de rehausser la qualité et l'accessibilité des services offerts dans la région.

5.RECOMMANDATIONS

Ces travaux nous ont permis de dégager les principaux défis qui nous attendent et de cibler des actions importantes à réaliser, que nous présentons en 4 axes principaux.

5.1 MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS POPULATIONNELS

- Assurer la pérennité des services en place;
- Prévoir des enveloppes budgétaires spécifiques pour les services essentiels;
- Encourager le développement des services en tenant compte de l'organisation locale;
- Travailler en complémentarité avec les partenaires locaux, tant du côté des organismes communautaires, des GMF, des CLSC que des services gériatriques spécialisés;
- Créer des plans d'effectifs médicaux en gérontopsychiatrie, pouvant être occupés par des psychiatres certifiés en psychiatrie ou en gérontopsychiatrie;
- En l'absence de plan d'effectifs médicaux, remplacer tous les psychiatres dédiés aux personnes âgées et les gérontopsychiatres sortants (changement de région ou retraite) par des effectifs équivalents pour maintenir les services en place;
- En cas d'effectifs limités, s'appuyer sur les collègues psychiatres habilités en gérontopsychiatrie pour éviter les bris de service et permettre du codéveloppement;
- Lorsque les effectifs sont suffisants, former un service de gérontopsychiatrie afin d'organiser les services et accomplir la mission clinique de manière optimisée;
- Encourager les instances gouvernementales à travailler sur l'organisation des soins en santé mentale des aînés (par exemple, dans le prochain PAISM);
- Cartographier en détail les ressources des services de gérontopsychiatrie dans les différentes régions;
- Répertorier l'utilisation réelle des services par les aînés dans les différentes régions.

5.2 S'AJUSTER À LA DÉMOGRAPHIE

- Prévoir la hausse démographique en favorisant le déploiement des gérontopsychiatres à travers la province et en sensibilisant les départements et le MSSS;
- Envisager de rehausser le seuil d'âge pour l'accès aux services à 70 ou 75 ans en cas de demande trop importante;
- Mieux recourir à la première ligne puisque le volume clinique ne permet pas d'offrir une consultation en spécialité pour tous les patients en temps utile;

- Soutenir la formation en surspécialité en maintenant 6 cartes R6 par année;
- Mieux pondérer la présence des SCPD dans l'offre de services de soutien à domicile et dans le choix d'un milieu de vie, plutôt que de se limiter seulement à l'ISO-SMAF;
- Prioriser les personnes âgées avec troubles mentaux et troubles neurocognitifs au niveau du guichet d'accès à la clientèle orpheline (GACO) dans la prise en charge par les médecins de famille;
- Continuer à outiller les psychiatres via le stage de gérontopsychiatrie durant la résidence et en offrant de la formation continue en gérontopsychiatrie;
- Renforcer l'approche adaptée aux personnes âgées sur les unités de psychiatrie;
- Soutenir la collaboration avec les médecins de famille, les gériatres, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes lors de soins hospitaliers aigus;
- Faciliter l'accès aux ECT sur tout le territoire;
- Assurer la consultation en CHSLD, tant pour les troubles mentaux que les SCPD, par l'ajout systématique d'une équipe professionnelle dédiée;
- Encourager les gérontopsychiatres en cabinet à faire des partenariats avec leur GASMA local, afin que leurs consultations reçues soient en lien avec des enjeux de deuxième ligne et ne se substituent pas à une première ligne déficiente;
- Favoriser le partenariat entre les équipes de première ligne des DPSAPA et DPSMD.

5.3 AMÉLIORER L'EFFICIENCE DES SERVICES EN GÉRONTOPSYCHIATRIE

- Consolider les GASMA et centraliser le traitement des demandes en gérontopsychiatrie;
- Outiller les GASMA face aux enjeux des aînés, via le MSRP ou la présence d'un médecin ou d'une infirmière habilitée;
- Miser sur une gestion active de la liste d'attente, afin de hiérarchiser en continu les demandes, particulièrement en cas de prolongation des délais de consultation;
- Élargir la fonction MSRP en permettant aux gérontopsychiatres de soutenir les équipes de la DPSAPA;
- Favoriser la télémédecine, y compris en MSRP, afin de répondre avec plus d'efficacité aux demandes du territoire;
- Enseigner aux résidents en psychiatrie, aux psychiatres et aux gérontopsychiatres comment exercer comme psychiatre répondant;
- Réserver le gérontopsychiatre aux cas complexes de deuxième ligne;
- Limiter les prises en charge aux cas complexes et viser des prises en charge ponctuelles épisodiques;

- Garder la première ligne impliquée en cas de suivi en gérontopsychiatrie et favoriser un transfert de connaissances par ce suivi conjoint;
- Développer des outils pour permettre de bien faire circuler les informations essentielles aux intervenants impliqués au dossier et de travailler de manière holistique et intégrée dans les dossiers complexes durant les suivis;
- Travailler au niveau provincial à développer une trajectoire hiérarchisée pour les aînés présentant des troubles du comportement (en lien avec SCPD, troubles mentaux graves, déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme);
- Encourager le partenariat avec les IPS-SM et les IPS-PL, en participant à leur formation et en les intégrant en clinique;
- Migrer vers un dossier médical informatisé unique.

5.4 FAVORISER LA RÉTENTION DES EFFECTIFS MÉDICAUX

- Soutenir les conditions de pratique en dotant adéquatement les équipes interdisciplinaires de gérontopsychiatrie et en offrant un support clérical de qualité;
- Sensibiliser les gestionnaires des DPSAPA et DPSMD, la direction du département et la direction des services professionnels à reconnaître et protéger le rôle du gérontopsychiatre au sein de leur installation;
- Consulter les gérontopsychiatres dans la planification des soins à la population âgée et miser sur des modèles de cogestion;
- Tendre vers une rémunération équitable entre les gérontopsychiatres et les psychiatres par un travail sur la valeur relative de l'acte à l'intérieur de notre profession psychiatrique;
- Favoriser la rémunération des services gérontopsychiatriques dans les milieux de vie;
- Mieux financer le soutien téléphonique aux médecins de familles, aux équipes des CHSLD et de services gériatriques afin de favoriser le transfert des connaissances;
- Développer une communauté de pratique afin de soutenir les psychiatres et gérontopsychiatres dans les régions intermédiaires, éloignées et isolées.

CONCLUSION

En collaborant avec plusieurs acteurs sur le terrain et en parcourant les travaux de nos collègues, nous avons fait de notre mieux pour synthétiser les informations disponibles et outiller les collègues psychiatres, les chefs de départements et les gestionnaires afin de mieux répondre à la mission populationnelle entourant la santé mentale des aînés. Nous encourageons tous ceux qui ont le désir et la vision d'aller plus loin à lire entièrement Les lignes directrices relatives à la planification et à la prestation de services complets de santé mentale pour les aînés canadiens. Nous ne saurions nous mesurer à la qualité de leurs travaux ni y suppléer. Par ce document, nous tentons de traduire la réalité québécoise et d'inviter les décideurs, à partir du terrain et de repères concrets, à poser des actions sans plus attendre.

Les services psychiatriques aux aînés sont résilients lorsqu'ils tiennent compte des forces locales déjà établies et qu'ils se développent de façon partenariale. Nos travaux n'ont donc pas consisté à prescrire comment les services devraient être organisés de façon spécifique, voire identique dans toutes les régions, mais bien de se donner des priorités d'actions et de proposer des approches inspirantes pour développer et consolider les services psychiatriques aux aînés. C'est face aux impasses que l'humain est le plus créatif; nous pouvons dès maintenant nous engager à mieux soigner nos aînés.

RÉFÉRENCES

1. Expériences de formations en gérontopsychiatrie, Collège Royal du Canada, 2021 (disponible en ligne).
2. MACCOURT, P., K. WILSON et M.-F. TOURIGNY-RIVARD. Lignes directrices relatives à la planification et à la prestation de services complets de santé mentale pour les aînés canadiens. Ottawa (Ontario), Commission de la santé mentale du Canada, 2011. Sur Internet : <http://www.commissionsantementale.ca>
3. 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. Ce document est accessible sur le site www.commissionsantementale.ca.
4. Institut de la statistique du Québec, site Internet : Statistiques et publications, Population et démographie, Population et structure par âge et sexe.
5. Statistique Canada, Enquête canadienne sur l'incapacité, 2017
6. Institut national de santé publique du Québec (2012) Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1578_survtroublesmentauxqc_prevalmortapr_ofilutliservices.pdf
7. S'unir pour un mieux-être collectif : Plan d'Action Interministériel en Santé mentale, 2022-2026, Gouvernement du Québec.
8. Guide d'accompagnement pour le déploiement d'une offre de service de 1ère ligne en santé mentale adulte, CNESM, 2017 (disponible en ligne).
9. Faire ensemble et autrement : Plan d'Action Interministériel en Santé mentale 2015-2020, Gouvernement du Québec.
10. Institut national de santé publique du Québec. Responsabilité populationnelle, en ligne : <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/responsabilite-populationnelle>
11. Institut national de santé publique du Québec. Déterminants de la santé, en ligne : <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante>
12. Gouvernement du Québec (2022). Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2017, en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-830-44W.pdf>
13. MACCOURT, P. (2008), Promouvoir le bien-être des aînés : l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés, Victoria, Colombie-Britannique : British Columbia Psychogeriatric Association.

14. Pelemans T. Le Patient gériatrique (profil gériatrique et fragilité), Société belge de gérontologie et de gériatrie, 2019. https://geriatrie.be/media/2019/04/vol01_chap02_fr.pdf
15. Santé mentale et vieillissement : constats et recommandations sur l'offre de services. Juin 2011. Agence de la santé et services sociaux de Montréal.
16. Programme de formation en médecine de famille – soins aux personnes âgées. En ligne : <https://www.usherbrooke.ca/dep-medecine-famille/programmes/competences-avancees-en-medecine-de-famille/soins-aux-personnes-agees>
17. Stobbe, J. The Effectiveness of Assertive Community Treatment for elderly patients with severe mental illness : a randomized controlled trial. BMC psychiatry, 2014 14:42.
18. Wiens, Ward et Tourigny-Rivard, Geriatric outreach liaison services to long term care homes: A cost effective service that reduces inpatient admissions, (2009).
19. Bergman H. et co. Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence. Santé et services sociaux du Québec, 2009.
20. Équipes ambulatoires SCPD : paramètres organisationnels. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2014.
21. Richmond-Rakerd LS, et al. [Longitudinal associations of mental disorders with physical diseases and mortality among 2.3 million New Zealand citizens](#). JAMA Network Open. 2021;4(1):e2033448. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.33448
22. Wertz, J., et al. [Association of history of psychopathology with accelerated aging at midlife](#). JAMA Psychiatry. 2021 Feb 17;e204626. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.4626
23. Marie-Andrée Bruneau (2015?) Conférence : Une organisation optimale des services pour les patients gérontopsychiatriques.
24. Bulletin sociodémographique. Volume 26, numéro 4 | Juillet 2022. En ligne : <https://statistique.quebec.ca/en/fichier/mise-a-jour-2022-perspectives-demographiques-quebec-regions-2021-2066.pdf>
25. Collège des médecins du Québec. Télémédecine. En ligne : <http://www.cmq.org/page/fr/telemedecine.aspx>
26. Guide GASMA : Organisation d'un guichet d'accès en santé mentale adulte et activités de soutien par le psychiatre répondant, proposé par l'AMPQ en collaboration avec la CNESM, mars 2019.
27. Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence. Gouvernement du Québec, 2011.
28. Bélanger-Dibblee M, Pham Thi-Desmarteau S, Jacques MC, Tremblay H, Roy-Desruisseaux J. The Experiences, Needs, and Solutions of Caregivers of Patients With Behavioral and Psychological

Symptoms of Dementia Living in Residential and Long-Term Care Centers. *Qual Health Res.* 2023 Aug;33(10):871-883. doi: 10.1177/10497323231173854. Epub 2023 Jun 4. PMID: 37271946; PMCID: PMC10426249.

ANNEXE 1 : COMPENDIUM DE CAS GÉRONTOPSYCHIATRIQUES

Afin d'illustrer la pertinence des services de gérontopsychiatrie spécialisés dans le réseau de la santé, les Dres Tourigny-Rivard et Hottin ont produit un recueil de situations inspirées de leur longue expérience clinique. Elles soulignent que les services de santé mentale pour les aînés sont à la fois importants pour les aînés, pour leurs familles mais aussi pour la survie du système de santé.

Reprenons les trois services essentiels en gérontopsychiatrie :

1. Service de clinique externe ou service pour soins ambulatoires offrant consultation et soins en collaboration avec une équipe de santé mentale pour adultes, un service de gériatrie ou autre service connexe.
2. Équipes de gérontopsychiatrie qui offrent une évaluation et un suivi en milieu de vie. Ces équipes peuvent être composées d'un gérontopsychiatre et une infirmière spécialisée ou dotées d'une équipe multidisciplinaire. Ces équipes offrent des services à domicile incluant les résidences pour personnes autonomes (RPA) et les résidences intermédiaires (RI) et les centres hospitaliers pour soins de longue durée (CHSLD). Elles travaillent en collaboration avec les intervenants de première ligne et les proches-aidants ainsi qu'avec les ressources multidisciplinaires qui sont disponibles dans (ou peuvent desservir) le milieu de vie (par exemple celles d'un CLSC ou d'une unité de médecine familiale).

De plus, les équipes de gérontopsychiatrie qui sont bien dotées en personnel peuvent aider à assurer des transitions plus efficaces entre divers milieux de soins (par exemple entre les Centres hospitaliers, les CHSLD et les RI) via des mécanismes de liaison, éducation et de soutien qui permettent de protéger l'accès aux services hospitaliers et diminuer le nombre de personnes en attente de placement. Certaines équipes peuvent aussi offrir des évaluations et traitement plus intensifs mais à court terme (programmes d'hôpital de jour) pour éviter certaines hospitalisations ou faciliter un retour à la maison plus rapide lors d'une hospitalisation.

3. Services hospitaliers

Au Québec, l'accès à l'hospitalisation pour traiter les problèmes de santé mentale peut se faire de 4 façons différentes selon les ressources locales et régionales.

- a) Dans une unité spécialisée de gérontopsychiatrie où la personne sera traitée par un gérontopsychiatre et une équipe multidisciplinaire dédiée aux personnes âgées. Ces unités n'existent présentement qu'à Québec, Montréal et Lévis.
- b) Dans une unité de psychiatrie pour adultes, avec certains lits réservés pour la clientèle de plus de 65 ans et un gérontopsychiatre qui est le médecin responsable des soins (ex. Hôpital Charles LeMoyne)

- c) Dans une unité de psychiatrie pour adultes où la personne sera traitée par un psychiatre en liaison avec un gériopsychiatre consultant, comme il se fait présentement à Sherbrooke et dans d'autres régions.
- d) Dans une unité de gériatrie où la personne sera traitée par un gériatre en liaison avec un gériopsychiatre consultant, comme il se fait présentement à Montréal, Sherbrooke, Québec et d'autres régions, surtout quand la personne a des problèmes de santé complexes ou instables en plus des problèmes de santé mentale.

Il faut noter que dans les régions administratives où les ressources en gériopsychiatrie s'approchent des cibles de dotation recommandées, d'autres services peuvent être offerts en plus de ces services essentiels. Certains sont décrits dans les Lignes directrices pour des services en santé mentale complets pour les aînés canadiens, publiées en 2011 (1) et dans le Recueil de pratiques exemplaires pour améliorer la santé mentale des aînés au Canada (2), tous deux disponibles sur le site de la Commission de la santé mentale du Canada.

Les 13 exemples cliniques de ce compendium* illustreront aussi les trois types de clientèle desservie par les services de gériopsychiatrie :

1. Les patients avec une histoire antérieure de problèmes psychiatriques et déjà suivis en psychiatrie
2. Les patients sans antécédent psychiatrique significatif avec problème de santé mentale qui se manifeste tardivement.
3. Les patients avec un trouble neurocognitif et des symptômes psychiatriques.

*Les vignettes sont basées sur des cas réels mais toute identification, incluant les initiales données à chaque cas, sont fictives.

EXEMPLE 1 – SERVICE HOSPITALIER, CLIENTÈLE 1.

Monsieur R. est âgé de 74 ans et admis à l'hôpital pour perte d'autonomie grave. Il arrive amaigri avec une diminution de l'état général. Il est désorienté et éprouve des difficultés de mobilité. Hébergé dans une résidence pour personnes âgées autonomes, monsieur est écrit comme isolé et a été retrouvé au sol. Sa condition est stabilisée et il est référé en gériatrie, qui prend la décision de l'admettre à l'unité de courte durée gériatrique.

La gériatre note un ralentissement psychomoteur important ainsi qu'une polypharmacie, incluant des doses importantes de benzodiazépines et d'antipsychotiques de première génération. Du parkinsonisme est observé, de même qu'un déconditionnement et une dénutrition sévères. Une consultation en

gérontopsychiatrie est demandée afin de réévaluer la médication psychotrope. La gérontopsychiatre suspecte un trouble psychotique ayant débuté à l'âge adulte, et obtient un dossier des années 90 d'une autre région qui révèle que monsieur a reçu un diagnostic de schizophrénie indifférenciée. Il vivait alors en ermite et avait fait l'objet d'une garde en établissement. Il avait reçu pendant quelques années des antipsychotiques injectables, passant par la suite à une forme orale dont il est resté observant. Dans les faits, monsieur a été mis sous régime de protection et sa sœur a agi comme curatrice privée depuis. La gériatre précise que la sœur présente visiblement des troubles cognitifs elle-même, ce qui a certainement nui dans sa capacité à protéger son frère. Sur l'unité, le patient met 2 heures à manger chacun de ses repas tellement il est ralenti. Il peine à soutenir une conversation, avec très peu d'attention soutenue lors de toutes les tâches. Alors qu'il reçoit des traitements de physiothérapie et un bon suivi en nutrition, la gérontopsychiatre déprescrit progressivement les benzodiazépines, passant d'une longue action à une courte action au coucher à dose minimale efficace. La dose d'antipsychotique est également réduite progressivement, dans un second temps. Les symptômes psychiatriques sont monitorés et monsieur ne présente pas de récurrence de sa schizophrénie. Le parkinsonisme recule significativement et son temps de réaction s'améliore, de sorte qu'il peut mieux répondre lors des entrevues, soutenir des séances de physiothérapie et terminer ses repas en 30 minutes. Après 12 semaines d'hospitalisation, monsieur quitte pour un hébergement offrant plus d'encadrement et le régime de protection est transféré à la Curatelle publique. Un suivi de courte durée est offert en externe par la gérontopsychiatre afin de terminer les derniers changements pharmacothérapeutiques et assurer la stabilité clinique avant un retour au médecin de famille.

Résultats : La disponibilité d'un gérontopsychiatre pour offrir une consultation et un suivi de courte durée aura permis de simplifier le traitement pharmacologique de monsieur R et diminuer les risques de chutes et fractures et autres effets secondaires reliés à l'utilisation des psychotropes. En plus des bénéfices pour ce patient, les collègues de gériatrie se sont sentis appuyés dans leur démarche pour offrir des soins de qualité qui correspondent aux besoins multiples de ce patient et resteront ouverts à certaines admissions futures, confiants qu'ils auront de l'aide.

EXEMPLE 2 : SUIVI EN CLINIQUE DE GÉRONTOPSYCHIATRIE (CLIENTÈLE 1), SERVICE EN MILIEU DE VIE (RPA)

Mme C. : Dame de 81 ans connue pour une maladie affective bipolaire depuis l'âge de 50 ans et traitée par l'équipe de santé mentale pour personnes âgées après son admission en Résidence pour Personnes Âgées (RPA). Ce cas illustre que certaines personnes ont besoin de suivi à long terme non-intensif et en collaboration pour permettre l'utilisation sécuritaire du lithium et la prévention d'épisodes affectifs sévères ainsi que les admissions à l'hôpital.

Mme C. est référée à l'équipe ambulatoire de gérontopsychiatrie par le médecin responsable de la RPA pour suivi en collaboration. Au moment de la consultation on voit que Mme C. est traitée avec du lithium depuis 20 ans. Elle prend 750 mg de lithium par jour et sa lithémie est passée de 0.7 à 0.9 mmol/L depuis son admission en RPA. Sa démarche est instable et elle a fait une chute environ 1 semaine après son admission en RPA. Un diagnostic d'intoxication subaigüe est posé. Cette intoxication qui survient malgré une créatinine normale est causée par la diminution de l'apport en sel car on sert de la nourriture sans sel à la résidence. Sa dose de lithium est diminuée à 600 mg par jour et elle se sent mieux. On la suit aux 3 à 6 mois et 2 ans plus tard elle présente des troubles cognitifs. Sa lithémie a encore augmenté et se situe à 0.9 mmol/L. Sa créatinine est normale. On diminue la dose du lithium à 450 mg par jour et elle continue de demeurer en RPA pour les 2 prochaines années. On la revoit ensuite car la lithémie a encore augmenté, cette fois à 1.0 mmol/L malgré une créatinine normale et on diminue la dose à 300 mg par jour.

Elle sera suivie en gérontopsychiatrie en RPA sur une période de 10 ans pendant laquelle on a dû ajuster la dose de lithium à la baisse à répétition parce que, malgré une créatinine normale, il y avait une diminution significative de la clairance de la créatinine causée par une perte de poids.

Résultats : Ce suivi sur 10 ans a permis d'éviter les hospitalisations en psychiatrie, en gériatrie ou à travers l'urgence lors d'intoxications subaigües car les ajustements de dose se sont faits rapidement par le médecin traitant sous la recommandation du gérontopsychiatre.

La gérontopsychiatrie lui a permis d'avoir accès aux ECT rapidement et de mettre en lumière les stressseurs spécifiques à son âge et stade de vie et d'avoir une approche systémique avec la famille.

EXEMPLE 3 : ÉVALUATION AVEC ÉQUIPE DE GÉRONTOPSYCHIATRIE DANS LE MILIEU DE VIE. CLIENTÈLE 3, SERVICE DANS MILIEU DE VIE 2

Dame de 84 ans avec trouble neurocognitif mixte et symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Sa famille est épuisée et les services privés, payés par la famille, refusent de continuer car les comportements sont trop difficiles à gérer. Madame est toujours en attente d'une prise en charge par le soutien à domicile du CLSC.

Mme D. est évaluée par l'infirmière en gérontopsychiatrie puis le gérontopsychiatre à la maison. Elle est effectivement agitée et irritable et semble incapable de suivre les ordres simples. La liste de ses médicaments indique que des essais de traitement avec un antipsychotique et un sédatif n'ont pas amélioré son état clinique.

Le plan d'intervention suivant est mis en place :

Par le gérontopsychiatre :

- Diminuer les psychotropes qui augmentent les déficits cognitifs (effets anticholinergiques) et aggravent l'agitation (akathisie).

Par l'infirmière en gérontopsychiatrie :

- Demande à l'ergothérapeute du CLSC d'évaluer le milieu de vie pour mettre en place certaines adaptations qui faciliteront les soins d'hygiène.
- Demande au travailleur social du CLSC de mettre en place des services pour aide à l'hygiène et
- Formation des intervenants des services privés.

Résultats : Ces interventions résultent en une amélioration et une stabilisation de la situation à la maison, une diminution de la souffrance autant pour Mme D. que pour sa famille et un maintien à domicile avec les intervenants des services communautaires et privés qui sont mieux outillés pour offrir des soins à cette clientèle. Deux années plus tard, Mme D. décède à la maison d'un AVC massif.

EXEMPLE 4 : ÉVALUATION EN CLINIQUE EXTERNE ET SUIVI DANS LE MILIEU DE VIE (COMMUNAUTÉ RELIGIEUSE) CLIENTÈLE 2, SERVICE DANS MILIEU DE VIE

Religieuse de 72 ans sans antécédent psychiatrique. Elle présente des hallucinations visuelles (petits diables qui dansent autour d'elle), elle veut aller se confesser tous les jours, elle prie jusqu'à l'épuisement et elle refuse l'aide aux soins d'hygiène. La communauté religieuse l'envoie à l'hôpital pour une évaluation car ils se sentent dépassés par la situation.

Elle est d'abord vue à l'urgence en psychiatrie et un diagnostic d'épisode psychotique est posé. Elle est d'abord traitée avec un antipsychotique qui n'amène pas d'amélioration significative.

Une équipe de gérontopsychiatrie, composée d'un gérontopsychiatre et une infirmière, la voit en consultation à sa résidence et pose un diagnostic de trouble obsessionnel compulsif (de type scrupule) sévère. Elle est traitée avec des antidépresseurs et un plan d'intervention non-pharmacologique développé par l'infirmière en gérontopsychiatrie avec l'accord de la mère supérieure de la communauté et du prêtre : encadrement de la confession et des prières avec suivi étroit à la résidence. Plusieurs ajustements de médication seront nécessaires avant d'obtenir une diminution significative de la détresse psychologique associée à cette maladie.

Résultats : L'évaluation et le suivi à domicile par une équipe de gérontopsychiatrie en collaboration avec les ressources naturelles du milieu a permis d'adapter l'approche thérapeutique aux particularités du milieu de

vie de cette patiente. Le résultat fut une diminution de la souffrance autant pour la patiente que pour la communauté religieuse et le maintien à domicile dans un environnement familial sans avoir recours à l'hospitalisation.

EXEMPLE 5 : CLIENTÈLE 3, SERVICES CONSULTATION EN MILIEU DE VIE 2

Mme F : Dame de 80 ans, connue pour quelques déficits cognitifs qui ont l'ont amenée à déménager en Résidence pour Personne Autonome (RPA) il y a 2 ans. Elle s'est bien adaptée à ce milieu et sa santé semble stable (hypertension bien contrôlée et ostéoarthrose légère) jusqu'à tout récemment lorsqu'elle devient « non-fonctionnelle » sans cause évidente (pas d'AVC). Elle semble distraite et se plaint qu'il y a des bécottes dans sa chambre. Elle voit aussi un chat se promener et dit qu'il vient dormir sur le bord de sa fenêtre. Elle appelle le personnel à répétition pour qu'on vienne enlever ces bécottes et se fâche quand on lui dit qu'on ne voit ni chat ni insecte dans sa chambre. Elle refuse aussi de venir manger à la salle à dîner. Le médecin de la résidence appelle le gériopsychiatre qui fait des consultations à domicile pour les personnes qui ont des problèmes de mobilité et demande une évaluation pour transfert de milieu car le personnel ne peut offrir les soins dont elle semble avoir besoin.

La discussion téléphonique met en évidence que la détérioration est très récente, donc delirium probable. Le gériopsychiatre recommande de rechercher les causes possibles d'un delirium avant de procéder au transfert de milieu.

Les résultats des investigations sont « négatifs » sauf pour une infection urinaire qui n'avait pas été identifiée comme cause suffisante pour un delirium. Le traitement de l'infection avec antibiothérapie a amené une résolution complète des symptômes et un retour à sa capacité fonctionnelle antérieure. Elle n'a donc pas eu à changer de milieu, l'encadrement minimal de la RPA étant suffisant au cours des 3 prochaines années.

Résultats : L'expérience clinique du gériopsychiatre a permis de faire identifier et traiter la cause du delirium avant que celui-ci se complique par une détérioration cognitive plus permanente ou qu'elle ait besoin d'hospitalisation.

EXEMPLE 6 : ÉVALUATION ET SUIVI PAR L'ÉQUIPE DE GÉRONTOPSYCHIATRIE EN MILIEU DE VIE, RÉSIDENCE POUR PERSONNES AUTONOMES (RPA) CLIENTÈLE 2, SERVICE 2 ET 3

Mme L. est âgée de 80 ans et demeure en RPA. Depuis quelques mois, elle présente une détérioration fonctionnelle ayant nécessité un ajout de services. Elle a des pertes cognitives et plusieurs symptômes

dépressifs. Son médecin de famille a fait deux essais thérapeutiques d'antidépresseurs, sans succès. Son état s'aggrave, elle perd du poids et mange très peu.

Le gériopsychiatre voit Mme L en consultation à la résidence. Son diagnostic clinique en est un de dépression majeure grave et elle aide à organiser un traitement par sismothérapie, en externe, au Centre hospitalier universitaire de la région avec le soutien de la famille et un suivi à domicile par l'infirmière en gériopsychiatrie. La dépression s'améliore rapidement avec la sismothérapie et la mise en place d'un autre antidépresseur comme traitement de maintien. Elle est suivie dans le milieu de vie par l'infirmière en gériopsychiatrie et demeure relativement stable pour plusieurs années car le suivi permet des ajustements rapides dans le traitement lors de débuts de rechute.

Résultats : L'équipe de gériopsychiatrie a permis l'accès à un traitement efficace et disponible seulement en milieu hospitalier mais sans admission intra-hospitalière. Mme L. a pu rester dans son milieu de vie et profiter d'une bonne qualité de vie pendant plusieurs années.

EXEMPLE 7 : ÉVALUATION ET SUIVI PAR L'ÉQUIPE DE GÉRONTOPSYCHIATRIE EN MILIEU DE RESSOURCES INTERMÉDIAIRES (RI). CLIENTÈLE 1, SERVICE 2

M. G., un célibataire âgé de 73 ans et vivant avec une schizophrénie connue de longue date est admis en milieu de soins pour personnes âgées (RI) à la suite d'un AVC avec hémiplégié. Il a besoin d'aide pour ses soins personnels (hygiène, alimentation, transferts). Le personnel de la résidence demande que l'équipe de gériopsychiatrie le voit en consultation pour transfert en psychiatrie car il présente un délire et des hallucinations et il est difficile de lui donner les soins requis.

L'équipe de gériopsychiatrie porte un diagnostic de schizophrénie non-décompensée mais avec symptômes psychotiques chroniques. On note aussi qu'il a de nouveaux problèmes cognitifs liés à son AVC et possiblement à certains médicaments utilisés pour le traitement de sa schizophrénie. Le plan d'intervention inclut, en priorité, la formation des membres du personnel par l'infirmière en gériopsychiatrie pour qu'ils adaptent leur approche pour les soins en tenant compte des symptômes psychotiques chroniques et les habitudes de vie antérieures de Monsieur G. On procède aussi à une diminution graduelle de la dose des psychotropes afin de diminuer la charge anticholinergique et tenir compte des changements de métabolisme liés à l'âge.

Le résultat est que M. G. a moins de problèmes cognitifs et peut collaborer plus facilement lors des soins. Il demeure dans son milieu (RI) et le personnel réussit à donner les soins nécessaires sans qu'il y ait de transfert ou d'admission au service de psychiatrie de l'hôpital.

EXEMPLE 8 : ÉVALUATION ET SUIVI PAR L'ÉQUIPE DE GÉRONTOPSYCHIATRIE EN
MILIEU DE VIE : CENTRE HOSPITALIER DE SOINS LONGUE DURÉE (CHSLD)
CLIENTÈLE 3, SERVICE 2 EN MILIEU DE VIE

Mme H. est une dame de 77 ans, sans enfant, vivant en CHSLD depuis 2 mois. Elle a un diagnostic de trouble neurocognitif majeur de type Alzheimer et a dû être admise en CHSLD car son époux ne pouvait plus fournir les soins nécessaires à la maison. Elle a une aphasie marquée, de l'apraxie et a de la difficulté à suivre les consignes simples. Elle est référée au service de gérontopsychiatrie pour agitation marquée sous forme de cris « presque 24 heures sur 24 ». Les familles qui visitent se plaignent, le personnel est épuisé et le taux d'absentéisme augmente. Le personnel aimerait qu'elle soit admise à l'hôpital car le traitement pharmacologique qui était en place au moment de l'admission (un antipsychotique) ne donne « aucun résultat ».

La gérontopsychiatre et l'infirmière en gérontopsychiatrie se rendent au CHSLD afin de voir Mme H, réviser le dossier, saisir les défis associés à l'environnement du CHSLD et rencontrer le personnel. Une grille d'évaluation du comportement faite 24 heures sur 24 pendant 3 journées consécutives met en évidence un pattern de cris toujours plus marqués 2 heures après les repas. Il semble qu'elle ait faim. On recommande de cesser son antipsychotique qui n'est pas efficace, peut causer de l'agitation (akathisie) et augmenter son appétit. Le plan d'intervention proposé par l'infirmière inclut une rencontre avec la nutritionniste pour augmenter les apports de nourriture (incluant l'ajout de biscuits Village comme collations). Les cris disparaissent rapidement avec ces interventions.

Résultats : diminution évidente de la souffrance pour Mme H. et amélioration de la qualité de vie pour tous les résidents sur le même étage ainsi que pour leurs familles. La détresse des membres du personnel diminue ainsi que l'absentéisme et ils se sentent mieux outillés pour s'occuper de Mme H. et évaluer d'autres situations avec les grilles d'évaluation du comportement. Enfin, il n'y a pas de transfert à l'hôpital...

On note cependant que, pour mettre en place les interventions non-pharmacologiques, le personnel des CHSLD a souvent besoin de soutien de la part d'un pair ou professionnel spécialisé dans l'évaluation et le traitement des SCPD. L'ajout d'une infirmière en santé mentale au service de consultation psychiatrique en CHSLD a, par exemple, permis de diminuer les demandes d'admission à l'hôpital de 3 à 1 admission par 100 lits CHSLD par année dans la région de Champlain (réf. Lignes directrices CSMC, 2011). D'autres pratiques prometteuses telles que le programme de formation par l'équipe de gérontopsychiatrie et de liaison avec des « préposés experts en SCPD » dans chaque CHSLD de la région de Champlain s'est avéré une méthode efficace pour diminuer le nombre de résidents qui sont transférés dans les urgences des hôpitaux pour évaluation psychiatrique (données disponibles sous peu), méthode qui est maintenant préconisée à plus grande échelle par le programme « Behavioral Support Ontario ».

EXEMPLE 9 : ADMISSION DANS UNE UNITÉ SPÉCIALISÉE DE GÉRONTOPSYCHIATRIE. CLIENTÈLE 3, SERVICE 3A

Mme M :

Consultation urgente par le gériopsychiatre : Mme M, diagnostiquée il y a 3 ans avec trouble neurocognitif majeur de type Alzheimer, demeure avec son mari dans leur maison. Ils n'ont pas d'enfant ni famille proche. Son mari s'occupe d'elle et il s'occupe maintenant de la majorité des tâches quotidiennes. Depuis environ 1 mois, elle est devenue agitée. Elle dort peu, se promène constamment et elle perd du poids. Elle ne reste pas à table assez longtemps pour manger et insiste pour aller se brosser les dents. Elle brosse ses dents tellement vigoureusement que ses gencives saignent. Son époux est très inquiet car il commence à avoir des problèmes de santé lui-même. Son médecin veut l'hospitaliser pour investigations cardio-vasculaires mais il ne connaît personne qui peut s'occuper de son épouse, même pour quelques jours. Elle est effectivement très agitée durant l'entrevue, s'exprime difficilement et semble inquiète et souffrante.

Une admission urgente d'un mois: Mme M. est admise à l'unité de gériopsychiatrie pour clarifier la cause des changements comportementaux du dernier mois, permettre à son époux d'être admis pour ses problèmes de santé et initier une demande de placement en CHSLD car il est probable que son mari ne pourra pas continuer de fournir les soins dont elle aura besoin à la maison pour bien longtemps.

Quelques jours d'observation confirment un diagnostic de dépression psychotique avec idées délirantes (se sentait toujours sale), perte de poids importante et agitation sévère. Mme est traitée avec 8 traitements de sismothérapie avec succès. Les problèmes cardiovasculaires de monsieur sont maintenant bien contrôlés et il est de retour à la maison. Nous l'informons que la demande de placement a été acceptée mais il croit que le placement ne sera pas nécessaire dans l'immédiat. « Quand elle n'est pas agitée, je n'ai aucune difficulté à m'en occuper et nous passons du bon temps ensemble à la maison ».

Lors d'une visite 2 ans plus tard Mme est toujours à la maison avec son mari. Ses troubles neurocognitifs progressent lentement et la santé de monsieur est stable.

Résultats des soins gériopsychiatriques offerts : détresse et souffrance de madame et monsieur soulagées, 2 années de placement en CHSLD évitées, qualité de vie grandement améliorée pour le couple. Alors que certains craignaient que l'admission de Mme A aurait comme résultat de « bloquer un lit pendant des mois » en attente de placement, le système de santé a bien répondu aux besoins de Mme A en offrant des soins appropriés de qualité et en lui permettant de continuer de vivre à la maison pendant 2 ans.

EXEMPLE 10 : HOSPITALISATION DANS UNE UNITÉ DE PSYCHIATRIE POUR ADULTES SOUS LES SOINS D'UN GÉRONTOPSYCHIATRE. CLIENTÈLE 1, SERVICE 1 ET 3B

Monsieur N. est admis à l'unité de psychiatrie pour adultes pour un épisode dépressif sévère à l'âge de 70 ans. Un diagnostic de maladie bipolaire est établi depuis l'âge de 35 ans avec des épisodes d'hyperactivité suivis d'épisodes dépressifs qui deviennent de plus en plus sévères avec l'âge. Il a été hospitalisé au moins 5 fois dans les 10 dernières années. Les services de psychiatrie pour adultes lui ont dit qu'il n'est pas un candidat pour traitement au lithium à cause de son âge et des risques de toxicité.

Lors de son admission sous les soins d'un gérontopsychiatre, il est d'abord surpris qu'on s'intéresse à lui : « À 70 ans, je suis vieux, je n'ai pas beaucoup de temps devant moi et vous devriez vous occuper des plus jeunes ». Nous établissons une méthode pour l'utilisation sécuritaire du lithium auquel il réagit bien. Il est ensuite suivi en externe pendant 20 ans par le gérontopsychiatre qui s'assure que les problèmes physiques qui requièrent l'utilisation de médicaments ne causent pas d'épisodes de toxicité au lithium (arthrite, hypertension et autres problèmes cardiovasculaires en particulier). Les rendez-vous ne sont pas très fréquents (à tous les 3 à 6 mois). Cela permet d'établir une relation thérapeutique qui favorise la fiabilité au traitement, de suivre les lithémies ainsi que la fonction rénale et thyroïdienne ainsi que de réitérer les informations nécessaires pour l'utilisation sécuritaire du lithium en s'assurant aussi que le médecin de famille de monsieur est pleinement informé. Pour Monsieur N., il n'y aura qu'une autre admission, 20 ans plus tard lorsque le lithium a dû être arrêté de façon temporaire pour gérer de sérieux problèmes de santé. Nous avons alors utilisé la sismothérapie pour traiter ce dernier épisode dépressif majeur. Ensuite, Monsieur N. a dû être admis en CHSLD pour ses problèmes physiques. Sa nouvelle équipe de soins en CHSLD (médecin-personnel du CHSLD et équipe de consultation-liaison en gérontopsychiatrie) poursuivent son traitement pour maladie bipolaire maintenant compliquée par des troubles neurocognitifs. A 95 ans, Monsieur N me rappelle que j'avais raison de lui dire que cela valait la peine que nous essayions de mieux traiter sa maladie bipolaire car il a bien profité des 25 dernières années.

Résultats : La présence d'un gérontopsychiatre à l'unité de psychiatrie pour adultes a permis un traitement plus efficace et sécuritaire de la maladie bipolaire chez cette personne âgée. Il a pu profiter d'une excellente qualité de vie pendant plusieurs années sans rechute et sans avoir besoin d'hospitalisations à répétition. L'expertise du gérontopsychiatre a permis l'utilisation judicieuse et sécuritaire du lithium, non seulement chez ce patient mais chez d'autres patients âgés car ce patient a aidé à démontrer qu'il est possible d'utiliser le lithium de façon sécuritaire en faisant des ajustements de posologie et avec un suivi rigoureux.

EXEMPLE 11 : HOSPITALISATION DANS UNE UNITÉ DE PSYCHIATRIE AVEC SERVICE DE CONSULTATION DE LA PART D'UN GÉRONTOPSYCHIATRE CLIENTÈLE 2, SERVICE 3C

Mme P., âgée de 80 ans, est admise en psychiatrie pour dépression majeure avec perte de poids importante. Pas d'amélioration avec les antidépresseurs, elle refuse de manger et dit que « tout goûte la merde ». Consultation du gérontopsychiatre note que la patiente est amaigrie, l'humeur est irritable, l'appétit est diminué et elle continue de dire que « tout goûte la merde » mais elle n'a pas d'autres symptômes dépressifs. Révision de la médication : citalopram et zopiclone.

Hypothèse émise : mauvais goût persistant dû à la zopiclone. Elle recommande de cesser la zopiclone et la patiente recommence à manger. Son irritabilité disparaît et on procède au sevrage de son antidépresseur qui n'est plus nécessaire étant donné le changement de diagnostic.

Résultats : la gérontopsychiatre, qui avait une connaissance des particularités des effets secondaires chez les personnes âgées a réussi à réviser le diagnostic, ce qui a permis un retour à domicile après une courte hospitalisation.

EXEMPLE 12 : HOSPITALISATION DANS UNE UNITÉ DE GÉRIATRIE AVEC SERVICE DE CONSULTATION DE LA PART D'UN GÉRONTOPSYCHIATRE CLIENTÈLE 1 ET 3, SERVICE 3D

Mme S. Dame de 74 ans demeurant seule avec diagnostic de maladie affective bipolaire depuis 20 ans, traitée avec du lithium (300mg BID). Elle est suivie par son médecin de famille pour hypertension marquée et, depuis quelques mois on a ajouté Atacand plus, 16 mg à sa médication régulière. Elle présente des déficits cognitifs de plus en plus importants avec une diminution de l'autonomie quant aux activités de la vie quotidienne (AVQ) et activités de la vie domestique (AVD). Elle est admise parce qu'elle ne semble plus fonctionner et qu'elle a eu une chute. Elle est hospitalisée en gériatrie pour évaluation car sa fille pense que Mme S ne peut plus vivre seule.? Après son admission, elle est vue en consultation par un gérontopsychiatre.

À l'examen, on note un léger ralentissement psychomoteur et de l'irritabilité, un léger tremblement d'intention et une démarche lente. Ses tests cognitifs indiquent des difficultés cognitives substantielles (Folstein à 16/30). Une lithémie faite à l'admission est à 1.0 mmol/L, interprétée comme étant dans les limites de la normale par le laboratoire.

La gérontopsychiatre établit un diagnostic de détérioration cognitive causée par une intoxication subaiguë au lithium à la suite des modifications de son traitement antihypertenseur. Les recommandations suivantes sont mises en place : arrêt du lithium pendant au moins 24 heures et diminution de la dose du lithium à 300 mg en

soirée (dose unique) pour baisser sa lithémie; modification du traitement antihypertenseur pour enlever le diurétique qui a fait monter la lithémie; et suivi des lithémies pour qu'elles demeurent dans les normes gériatriques, soit entre 0.4 et 0.8 mmol/L.

Résultat : Mme S. s'améliore grandement au point de vue cognitif Folstein passe de 16 à 28 et elle retourne à la maison. Cet exemple illustre comment la collaboration avec les services de gériatrie peut permettre aux personnes âgées ayant des problèmes de santé complexes, incluant des problèmes de santé mentale d'accéder aux services hospitaliers lorsque ceux-ci sont nécessaires pour éviter une relocalisation ou admission en CHSLD.

EXEMPLE 13 – SERVICE HOSPITALIER, CLIENTÈLE 2.

Une femme de 76 ans est évaluée par le gérontopsychiatre de liaison à l'Unité des soins intensifs à la suite d'une tentative de suicide par absorption de produits nettoyants. Elle a été extubée récemment et ne peut pas parler en raison des brûlures au tractus digestif. Le gérontopsychiatre rencontre donc une dame âgée qui est cachexique, anxieuse, perplexe et hermétique.

L'équipe traitante apprend par la sœur qu'il s'agit d'une femme qui était en couple depuis plusieurs années avec un homme qui était violent physiquement envers elle. La patiente s'est séparée il y a quelques mois et a déménagé en résidence pour personnes âgées. Ensuite, elle est devenue de plus en plus anxieuse, irritable et méfiante envers ses proches. Elle s'est isolée à sa chambre, refusait les visites et refusait de s'alimenter. La famille n'a pas réalisé qu'elle pouvait avoir des idées suicidaires car la patiente refusait de leur parler et de les recevoir. La sœur avait toutefois noté que la patiente avait développé une obsession du ménage et frottait son bain plusieurs heures par jour pour le nettoyer. Elle lui disait souvent qu'elle était sale et qu'elle avait détruit la vie de son ex-conjoint et de toute sa famille.

Après avoir été libérée des soins intensifs puis des services de gastro-entérologie et de pneumologie, la patiente a été transférée sur l'unité de gérontopsychiatrie où progressivement elle s'est confiée à l'équipe traitante. Elle disait se sentir contaminée et qu'elle avait été surveillée par l'œil magique de sa porte de chambre à la résidence parce qu'elle avait commis des fautes graves, mais elle ne pouvait pas dire lesquelles. Le diagnostic retenu est celui d'une dépression sévère avec caractéristiques psychotiques. La patiente a rapidement été soignée par des traitements d'électroconvulsivothérapie suivis d'une rémission complète. Elle a ensuite bénéficié d'un suivi en externe et la médication a été diminuée progressivement pour préserver la cognition et l'autonomie.

Résultats : Cette dame de 76 ans qui a été admise dans un hôpital général suite à une tentative de suicide a pu être diagnostiquée (dépression psychotique) et traitée avec le traitement indiqué. La gérontopsychiatrie lui

a permis d'avoir accès aux ECT rapidement et de mettre en lumière les stressseurs spécifiques à son âge et stade de vie et d'avoir une approche systémique avec la famille.

Références

1. <https://commissionsantementale.ca/ressource/lignes-directrices-relatives-a-la-planification-et-a-la-prestation-de-services-complets-en-sante-mentale-pour-les-aines-canadiens/>
2. <https://commissionsantementale.ca/ressource/recueil-de-pratiques-exemplaires-pour-ameliorer-la-sante-mentale-des-aines-au-canada/>