RÉSEAU UNIVERSITAIRE
INTÉGRÉ DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX

RUISSS

Université de Montréal

Soins et services aux personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique liée au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance

Rapport de propositions

Préparé par :
Sous-comité SAPA, santé mentale, dépendance et itinérance du
Comité du RUISSS de l'UdeM sur le vieillissement

Version 27 janvier 2025

www.ruisss.umontreal.ca
514-343-6450

Table des matières

Sommaire exécutif **3**

Lexique **6**

Glossaire **8**

Membres du sous-comité de travail SAPA/santé mentale/dépendance/itinérance **9**

Membres du comité sur le vieillissement **10**

Introduction **12**

Méthodologie **13**

Propositions **15**

Conclusion **17**

Remerciements **17**

Annexe 1. Explications détaillées des propositions 22

Annexe 2. Extraits des cadres de référence, politiques et plans d'action ministériels québécois en lien avec l'offre de soins et services aux personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de SM/D/I 32

Annexe 3. Axes d'action 39

Il est important de noter que les travaux du sous-comité ont été réalisés avant la mise en place de Santé Québec. Les rôles et responsabilités de chaque instance (MSSS, Santé Québec et les établissements de santé et services sociaux) n'étaient pas encore clairement définis quant à l'application sur le terrain. La réalisation des propositions devra prendre en compte ces nouvelles modalités pour la suite des travaux.

Note : De façon générale dans l'ensemble du texte, le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Sommaire exécutif

Dans le cadre des travaux du comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, un sous-comité sur le continuum SAPA/santé mentale/dépendance/itinérance (SAPA/SM/D/I) a été mis en place pour réaliser les mandats suivants en 2024-2025:

1. Inventorier, dans toutes les régions du Québec, les soins et services offerts par les établissements de santé et services sociaux aux personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique liée au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance;
2. Identifier, auprès des établissements de santé et services sociaux, les obstacles et facilitateurs au continuum de soins et services auprès de ces clientèles;
3. Recenser les diverses initiatives réalisées ou planifiées issues des établissements de santé et services sociaux, des organismes communautaires (via les établissements de santé) et de la recherche auprès de ces clientèles;
4. Formuler des propositions/pistes de solutions pour l'organisation d'un continuum efficace de soins et services inter-programmes et inter-établissements permettant de mieux répondre aux besoins de ces clientèles.

Pour répondre aux trois premiers mandats, un portrait de situation a été réalisé au printemps 2024 afin d'avoir une vue d'ensemble 1) des soins et services offerts par les établissements de santé et les organismes communautaires; et 2) des programmes et outils qui ont été développés par la voie de la recherche à l'intention de la clientèle ciblée.

Dans le cadre de son dernier mandat ainsi que du rôle des RUISSS ([1], le sous-comité a formulé 16 propositions pour favoriser l'organisation d'un continuum efficace de soins et services inter-programmes et inter-établissements aux différents acteurs impliqués au niveau du MSSS, à Santé Québec et les établissements de santé et services sociaux. Ces propositions sont basées sur une analyse des résultats du portrait de situation, l'expérience des membres du sous-comité de travail ainsi qu'une revue narrative de la littérature québécoise, canadienne et internationale).

Dans le tableau suivant, les propositions sont :

- ordonnées en fonction de neufs axes d'action inspirées principalement du Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 [2];
- toutes importantes mais la réalisation de certaines propositions peut être préalables à d'autres selon les instances impliquées;
- identifiées par deux étoiles ★★ si jugées prioritaires (celles qui sont les plus importantes à réaliser);
- identifiées par une étoile ★ si jugées réalisables à court terme (celles qui peuvent se mettre en place plus rapidement que les autres propositions);
- regroupées en deux catégories de niveaux décisionnels concernant leur réalisation : le niveau « orientation » pour celles qui devraient s'adresser au MSSS et le niveau « opération » pour celles qui devraient s'adresser à Santé Québec et aux établissements de santé et services sociaux.

L'explication détaillée de chaque des propositions est présentée à l'**annexe 1**.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Propositions du sous-comité	Niveau de priorité	Niveaux décisionnels	Axes d'action								
			Promotion-prévention	Intervention de crise	Partenariat avec les organismes communautaires	Proches-familles	Amélioration de l' accès	Alternatives aux hospitalisations	Concertation et amélioration des pratiques	Structure de gouvernance	Autres
1. Sensibiliser la population sur comment prendre soin de sa santé mentale et prévenir une perte d'autonomie prématurée.		Orientation	√								
2. Créer des corridors de services incluant une équipe de gestion de crise, un psychiatre répondant et la téléconsultation.		Opération		√			√				
3. Soutenir les établissements et autres partenaires à participer à la Stratégie d'accompagnement provincial pour l'appropriation du Guide sur l'implication des proches en santé mentale et bonifier les ressources dédiées pour les proches d'une personne vieillissante qui présente des troubles concomitants (SAPA/SM/D/I).		Orientation			√	√					
4. Pour la clientèle âgée hébergée dans une ressource en santé mentale, intégrer le programme SAD dans le volet SM/D/I pour éviter leur relocalisation précoce dans un autre milieu de vie.	★	Opération					√		√		
5. Intégrer des infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM) dans les équipes des milieux de vie SAPA et faciliter l'accès aux IPSSM pour les équipes santé mentale de 1ère ligne.	★	Opération					√				
6. Accroître l'accessibilité aux services spécialisés de gériatrie et de gérontopsychiatrie, notamment dans les régions éloignées.		Orientation et opération					√				
7. Développer les ressources d'hébergement court et long terme pour une clientèle SAPA/SM/D/I avec des équipes dont l'expertise serait mixte, en adéquation avec les besoins évolutifs et spécifiques à la clientèle ciblée, incluant les cas atypiques.	★★	Orientation et opération					√	√			
8. Renforcer la collaboration interdirection et intersectorielle SAPA/SM/D/I.	★★	Opération							√	√	
9. Former en continu les intervenants cliniques du programme SAPA pour mieux intervenir en situations de crise, troubles psychotiques, usage de substances, etc.	★	Orientation et opération							√		
10. Créer une équipe d'intervention interdirections SAPA/SM/D/I ou renforcer la collaboration entre les services existants pour les cas complexes (style gestion de cas) avec médecin et autres professionnels pertinents.	★	Opération							√		

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Propositions du sous-comité	Niveau de priorité	Niveaux décisionnels	Axes d'action								
			Promotion-prévention	Intervention de crise	Partenariat avec les organismes communautaires	Proches-familles	Amélioration de l' accès	Alternatives aux hospitalisations	Concertation et amélioration des pratiques	Structure de gouvernance	Autres
11. Adapter les outils cliniques d'évaluation et de suivi auprès des usagers pour favoriser le travail interdirection SAPA/SM/D/I	★★ et ★	Opération							√		
12. Développer un cadre de référence ministériel élaboré conjointement avec les acteurs SAPA/SM/D/I et des usagers	★★	Orientation							√		
13. Développer un modèle de guide de soutien à l'orientation des demandes de services pour une clientèle adulte qui inclurait les personnes en perte d'autonomie présentant une problématique de SM/D/I		Orientation							√		
14. Adapter les modalités financières des établissements pour la clientèle SAPA/SM/D/I afin de leur permettre d'obtenir les services appropriés.		Orientation et opération									√
15. Identifier des indicateurs de suivi associés à chacun des axes d'action afin de suivre la mise en place de la trajectoire SAPA/SM/D/I	★	Orientation et opération									√
16. Mettre en valeur le travail des centres de recherche en optimisant l'intégration des initiatives de recherche dans l'offre de services de la clientèle SAPA présentant des enjeux SM/D/I, afin de renforcer la qualité et l'efficacité des interventions dans les milieux de soins		Orientation									√

★★ Propositions jugées prioritaires (celles qui sont les plus importantes à réaliser)

★ Propositions jugées réalisables à court terme (celles qui peuvent se mettre en place plus rapidement que les autres propositions)

Conclusion et suite

Des responsables clinico-administratifs des directions SAPA, santé mentale, dépendance et itinérance des établissements de santé et services sociaux ont mis en commun leur vision quant aux propositions prioritaires qui contribueraient à permettre l'amélioration du continuum de soins et services aux personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance.

Le présent rapport a été adopté par le comité sur le vieillissement (24-01-2025) et ensuite déposé au comité directeur (24-02-2025) du RUISSS de l'Université de Montréal.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Lexique

AAOR	Accueil, d'analyse, d'orientation et de référence
ABC	Accompagnement bref dans la communauté
APPR	Agent de programmation, planification, recherche
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CES	Chèque emploi service
CLSC	Centre local de services communautaires
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
FACT	Flexible assertive community treatment
GMF	Groupe de médecine de famille
IUGM	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
IPAM	Institut de la pertinence des actes médicaux
IPSSM	Infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OC	Organismes communautaires
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RAC	Résidences à assistance continue
RHUT	Ressource d'hébergement d'urgence temporaire
RI	Ressources intermédiaires
RPA	Résidence pour personnes âgées
RUISSS	Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SAPA/SM/D/I	Soutien à l'autonomie des personnes âgées/santé mentale/dépendance/itinérance
SBNI	Suivi de bas niveau d'intensité
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SIAD	Soins intensifs à domicile
SIF	Suivi d'intensité flexible

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIV	Suivi d’intensité variable
SM	Santé mentale
TGC	Trouble grave du comportement
TIBD	Traitement intensif bref à domicile
TIC	Technologie de l’information et de la communication
TNC	Trouble neurocognitif
TNCM	Trouble neurocognitif majeur
UIB	Unité d’intervention brève

© Comité du RUISSS de l’Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l’utilisation soit à des fins non commerciales.

Glossaire

Milieux de vie SAPA : Ces milieux de vie comprennent le domicile, les résidences privées pour aînés (RPA), les ressources intermédiaires (RI), les ressources de type familial (RTF), les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et les maisons des aînés.

Perte d'autonomie

Se traduit notamment par une diminution significative des capacités fonctionnelles, physiques, cognitives, intellectuelles ou affectives [3].

Personnes âgées en perte d'autonomie

Qui présentent des incapacités significatives et persistantes en raison de problèmes de santé ou de maladies chroniques ayant ou non un caractère dégénératif. Plus précisément, il s'agit d'aînés fragiles présentant des déficits importants sur le plan physique ou psychique, dont l'état de santé est complexe. De ce groupe, 70 à 80 % sont atteints d'un trouble neurocognitif majeur. De ce nombre, environ 90 % présenteront au cours de la maladie des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) qui seront résorbés dans la mesure où la cause est évaluée et où l'approche adaptée est appliquée [3].

Personnes aux prises avec une dépendance ou en situation d'itinérance

Avoir un vécu d'itinérance ou présenter des comportements à risque ou un trouble associé à l'utilisation de substances psychoactives. Les personnes en situation d'itinérance font face encore plus prématurément aux enjeux du vieillissement avec une aggravation des problèmes de santé et sociaux. De surcroît, on remarque davantage de troubles mentaux et de troubles associés à l'usage de substances chez les personnes en situation d'itinérance comparativement à la population générale [3].

Personnes présentant un trouble mental

Le terme trouble mental désigne un état de santé qui se caractérise par l'altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement, qui perturbe le fonctionnement de la personne et entraîne de la détresse. Une personne peut présenter un ou plusieurs troubles mentaux, conditions ou maladies à la fois. Certaines concomitances sont particulièrement fréquentes, comme la présence d'une dépendance et d'un trouble mental [2, 4].

Trouble neurocognitif majeur

Se caractérise par un déclin des capacités cognitives (ex. : la mémoire, le langage, la compréhension) et affecte significativement le fonctionnement quotidien de la personne, qui doit désormais recevoir de l'aide pour répondre à ses besoins de base [3].

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

Comportements observables, potentiellement dangereux pour l'usager ou les autres, occasionnant du stress, de la peur ou de la frustration pour le résident ou son entourage, et considérés comme socialement inacceptables ». Une autre définition est également proposée: « symptômes découlant d'une perturbation de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement, qui apparaissent fréquemment chez les personnes atteintes d'un trouble neurocognitif [3].

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Membres du sous-comité de travail SAPA/santé mentale/dépendance/itinérance

- Brigitte Brabant, Directrice SAPA hébergement, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (coresponsable du sous-comité)
- Jean-François Carmel, Gérontopsychiatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (coresponsable du sous-comité)
- Manon Boulianne, Adjointe au directeur SAPA SAD-RI-SAACS, CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (représentante SAD)
- Katy Duguay, Gestionnaire de site du CHSLD Idola St-Jean, CISSS de Laval (représentante hébergement)
- Elisabeth Hamel, Directrice des programmes santé mentale et dépendance, CISSS de la Montérégie -Est (représentante santé mentale)
- Sandra D'Auteuil, Directrice programme santé mentale, dépendance et itinérance, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et responsable de l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal (représentant itinérance – direction clinique)
- Catherine Giroux, Cheffe du service régional de l'itinérance, Direction des services généraux et des partenariats urbains, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (représentant itinérance – coordination régionale)
- Caroline-Anne Routhier, Conseillère, Direction du soutien à domicile, Sous-ministériat aux aînés et aux proches aidants, MSSS
- Nathalie Allard, Conseillère, Direction des services résidentiels et d'hébergement, Sous-ministériat aux aînés et aux proches aidants, MSSS
- Geneviève Lessard, Conseillère en santé mentale, Direction des services en santé mentale – volet adulte, MSSS
- Vanessa Ruel-Champagne, agente de programmation et de recherche, Conseillère en itinérance, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

Coordonnatrice du sous-comité de travail et du comité sur le vieillissement:
M^me^ Aline Bolduc
Chargée de projet, RUISSS de l'Université de Montréal
Courriel : aline.bolduc.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca ou aline.bolduc@invite.umontreal.ca

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Membres du comité sur le vieillissement

Président: Luc Méthot, Directeur SAPA- Soutien à domicile, ressources intermédiaires et continuum SAPA, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Vice-présidente : Dre Marie-Jeanne Kergoat, gériatre, Chef du service de médecine spécialisée, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Département de gériatrie, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Coordonnatrice : Aline Bolduc, professionnelle de recherche
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Établissements	Personnes désignées
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	M. Sébastien Rouleau, Directeur du programme SAPA - SAD
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	Mme Caroline Gadoury, Directrice continuum SAPA - hébergement
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Mme Brigitte Brabant, Directrice SAPA hébergement en soins de longue durée, coresponsable du sous-comité SAPA/santé mentale/dépendance/itinérance
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Mme Cathy Dresdell, Directrice intérimaire, Direction du service à domicile et de proximité
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Mme Jouhayna Zahreddine, Directrice, Direction de l'hébergement
CISSS de la Montérégie-Est	Mme Sophie Berger, Directrice des soins infirmiers – Intérim, représentante de la Table des soins infirmiers du RUISSS de l'UdeM
CISSS de Laval	Mme Caroline Delisle, Directrice SAPA - volet hébergement
CISSS de Laval	Mme Annie Fortier, Directrice SAPA – Services de 1ière et 2ième ligne gériatriques
CISSS de Lanaudière	Mme Isabelle Durocher, Directrice du programme de soutien à domicile, services gériatriques et posthospitaliers
CISSS de Lanaudière	M. Jean-François Blais, Directeur de l'hébergement
CISSS des Laurentides	Mme Chrystel Delisle, Coordonnatrice des services gériatriques et Gestionnaire responsable du site LG Rolland, Direction SAPA-SAD-RI-Services Gériatriques
CISSS des Laurentides	Mme Nathalie Houle, Directrice SAPA – Hébergement en CHSLD
CISSS de la Montérégie-Centre	Mme Isabelle Caron, Directrice SAPA
CISSS de la Montérégie-Est	Mme Sandrine Billeau, Directrice SAPA, responsable du sous-comité sur les technologies pour le maintien à domicile
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Mme Geneviève Archambault, Directrice SAPA Hébergement
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Mme Julie Sigouin, chargée de projet territoire du RUISSS de l'UdeM – Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Dre Lucie Boucher, Chef du département de gériatrie, coresponsable du sous-comité de travail sur la santé publique

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Personnes désignées
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Dr Jean-François Carmel, gérontopsychiatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, coresponsable du sous-comité SAPA/santé mentale/dépendance/itinérance
CISSS des Laurentides	Dre Alexandra Paradis, Médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive, Direction de santé publique des Laurentides, coresponsable du sous-comité de travail sur la santé publique
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	Dre Francine Gaba, Chef du service de gériatrie
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	Mme Géraldine Clerjuste, Conseillère en soins spécialisés Personnes âgées
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	Dr Philippe Desmarais, Gériatre, responsable du sous-comité sur les SCPD en soins de courte durée
Faculté de médecine, Université de Montréal	Dre Diana Cruz-Santiago, Médecin de famille, Directrice du programme de compétences avancées en soins aux personnes âgées, département de médecine de famille et d'urgence, UdeM
Faculté de médecine, Université de Montréal	Mme Chantal Bémeur, Vice-doyenne associée aux sciences de la santé
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal	Mme Véronique Dubé, Professeure agrégée, coresponsable du sous-comité de travail sur la formation
Faculté de pharmacie, Université de Montréal	Mme Louise Papillon-Ferland, Professeure adjointe de clinique
Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal	M. Jean Ignace Olazabal, Responsable de programmes, professeur associé au département d'anthropologie, Faculté AS, coresponsable du sous-comité de travail sur la formation
École d'optométrie, Université de Montréal	Dr Benoît Tousignant, Professeur agrégé
Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal	M. Pierre Rainville, professeur titulaire
École de santé publique, Université de Montréal	Mme Roxane Borges Da Silva, Professeure titulaire
Faculté des arts et sciences, Université de Montréal	M. Sébastien Grenier, Professeur agrégé, département de psychologie
Faculté des arts et sciences, Université de Montréal	Mme Maryse Soulières, Professeure adjointe, École de travail social

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Introduction

La population vieillissante fait face à des risques accrus de problèmes de santé physique et psychologique, de fragilisation des réserves cognitives, de perte d'autonomie, d'augmentation des chutes, d'isolement, de polypharmacie et de malnutrition. Ces multiples enjeux complexifient souvent la prise en charge et le suivi de cette population vulnérable.

Le programme de Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) au Québec a été mis en place pour offrir des services aux personnes en perte d'autonomie, principalement liée à l'âge avancé, que ce soit à domicile, en établissement ou dans d'autres milieux. Parallèlement, les programmes en santé mentale et dépendance proposent une gamme de services pour soutenir les individus confrontés à des troubles mentaux ou des problèmes de dépendance, comprenant des interventions de première et de deuxième ligne dans des contextes souvent spécialisés et multidisciplinaires.

La clientèle âgée est fréquemment affectée à la fois par des enjeux d'autonomie et de santé mentale, nécessitant une approche intégrée, structurée et concertée entre les différents programmes. Ces situations sont souvent exacerbées par des problématiques telles que l'itinérance, rendant la gestion des cas encore plus complexe. Par ailleurs, plusieurs obstacles et barrières peuvent limiter la qualité des soins et l'accès aux services pour ces personnes vulnérables.

On dénombre actuellement près de 2 millions de personnes âgées de 65 ans et plus au Québec [5], soit plus de 20% de la population québécoise [6]. Les projections indiquent que cette proportion atteindra 25% en 2031 et 28% en 2066 [7]. Le vieillissement progressif de la population entraîne également une augmentation de la prévalence de nombreuses conditions de santé dans cette tranche d'âge. En 2017, plus de 100 000 personnes au Québec étaient atteintes d'un trouble neurocognitif majeur (TNCM) [8].

En outre, selon une étude de l'INSPQ (2009-2010), la prévalence annuelle des troubles mentaux était de 14 % chez les femmes et 9 % chez les hommes âgés de 65 à 69 ans; ces proportions grimpaient respectivement à 25 % et 21 % chez les 85 ans et plus [9]. Depuis plusieurs années, on observe également une augmentation progressive de la consommation de substances et de drogues chez les personnes âgées, l'alcool étant la substance la plus couramment utilisée [10]. Enfin, l'itinérance constitue un enjeu croissant pour cette population, accélérant le vieillissement et augmentant la vulnérabilité. En 2018, un recensement au Québec révélait que 27% des personnes itinérantes avaient entre 50 et 64 ans, tandis que 8 % étaient âgées de 65 ans et plus [11].

La prise en charge de cette population gériatrique, souvent complexe, exige une coordination efficace entre divers intervenants issus de multiples domaines et spécialités. La coordination des actions gouvernementales est marquée par une multitude de politiques et de programmes hautement interdépendants, qui fonctionnent parfois en silos [12]. En effet, malgré le lourd fardeau associé aux troubles mentaux, les études populationnelles indiquent que moins de 50 % de ces patients reçoivent un traitement adéquat [13]. Les directions SAPA membres du comité du vieillissement soulignent que l'offre de services en santé demeure limitée pour les usagers en perte d'autonomie qui présentent des enjeux de santé mentale, de dépendance ou d'itinérance. Les services en santé mentale seraient par ailleurs moins accessibles aux usagers atteints d'un TNCM. Les services SAPA, bien qu'efficaces pour certaines situations, seraient peu adaptés pour

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

répondre aux besoins spécifiques des usagers en perte d'autonomie combinée à des problématiques de santé mentale, de dépendance et d'itinérance. En conséquence, ces usagers ne reçoivent pas toujours des services pleinement adaptés à leurs besoins.

Il est donc impératif d'améliorer la coordination entre les programmes SAPA, santé mentale, dépendance et itinérance pour offrir des soins et services adaptés aux personnes âgées souffrant de pertes d'autonomie cognitive et/ou physique. Une approche intégrée, structurée et concertée s'impose pour l'organisation des soins destinés à cette population.

En conséquence, dans le cadre des travaux du comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, un sous-comité sur le continuum SAPA/santé mentale/dépendance/itinérance (SAPA/SM/D/I) a été mis en place pour réaliser les mandats suivants en 2024-2025:

1. Inventorier, dans toutes les régions du Québec, les soins et services offerts par les établissements de santé et services sociaux aux personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance;
2. Identifier, auprès des établissements de santé et services sociaux, les obstacles et facilitateurs au continuum de soins et services auprès de ces clientèles;
3. Recenser les diverses initiatives réalisées ou planifiées issues des établissements de santé et services sociaux, des organismes communautaires (via les établissements de santé) et de la recherche auprès de ces clientèles;
4. Formuler des propositions/pistes de solutions pour l'organisation d'un continuum efficient de soins et services inter-programmes et inter-établissements permettant de mieux répondre aux besoins de ces clientèles.

Les informations recueillies dans le cadre des trois premiers mandats ont été présentées dans un rapport intitulé « Portait de situation sur les soins et services aux personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance ».

Le présent document porte sur les propositions qui ont découlé de l'analyse de ce portrait de situation.

Méthodologie

Dans le cadre de son dernier mandat ainsi que du rôle des RUISSS ([1], le sous-comité a formulé 16 propositions pour favoriser l'organisation d'un continuum efficace de soins et services inter-programmes et inter-établissements aux différents acteurs impliqués au niveau du MSSS, à Santé Québec et les établissements de santé et services sociaux. Pour formuler les propositions, les membres du sous-comité de travail ont réalisé les étapes suivantes :

1) Analyse des pistes de solutions rapportées dans le portrait de situation. À partir de cette analyse, chaque membre a proposé individuellement son top 3 de propositions. La mise en commun de ce travail individuel a résulté en 21 recommandations qui ont été discutées en groupe. Un total de 16 propositions a été retenu et couvrent neufs axes d'action (**annexe 3**).
2) Identification dans les principaux cadres de références, politiques et plans d'action ministériels québécois [2-4, 14-20] (**annexe 2**) des éléments portant sur l'importance de la transversalité dans les soins et services et ceux qui touchent plus directement l'offre de

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

soins et services aux personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance. Cette étape visait à s'assurer que les propositions puissent s'intégrer aux orientations ministérielles québécoises en cours. De plus, les « Lignes directrices relatives à la planification et à la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens » [21] et le « Recueil de pratiques exemplaires pour améliorer la santé mentale des aînés au Canada » publiés en 2019 [22] par la Commission de la santé mentale du Canada offrent des conseils incontournables à mettre en place pour favoriser un réseau intégré de soins et services visant à répondre aux besoins particuliers de la clientèle SAPA/SM/D/I.

3) Rédaction de la version préliminaire des explications associées à chacune des propositions par les co-responsables du sous-comité, puis validation et bonification par l'ensemble des membres du sous-comité.
4) L'identification des propositions jugées prioritaires (celles qui sont les plus importantes à réaliser) et celles jugées réalisables à court terme (celles qui peuvent se mettre en place plus rapidement que les autres propositions) ont été identifiées par un vote individuel parmi 7 membres du sous-comité, soit en excluant les représentantes du MSSS afin de conserver une neutralité à cet effet. Chaque membre devait identifier une proposition prioritaire et une proposition réalisable à court terme;
5) Réalisation d'une revue narrative de la littérature nationale et internationale par Dr Jean-François Camel avec l'aide de Mme Amy Bergeron, bibliothécaire de l'Université de Montréal, afin d'identifier les publications scientifiques et issues de la littérature grise dans les 10 dernières années (2014-2024) portant sur des pistes de solutions susceptibles de répondre aux besoins de la clientèle SAPA/SM/D/I. Une synthèse complète des informations issues de la revue de la littérature est présentée dans un document distinct. En résumé, cette revue narrative met en évidence l'importance cruciale de répondre aux besoins complexes des populations âgées confrontées à des troubles de santé mentale, à la consommation de substances ou à l'itinérance. Plusieurs thèmes importants sont ressortis, notamment au niveau de l'intégration des soins de santé [12, 23], de la collaboration intersectorielle [24, 25], de l'importance du repérage des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées [26], des enjeux liés aux services de santé offerts électroniquement [27, 28] et de la nécessité de développer des mesures de performance et standardisation [29-32]. Plus spécifiquement, on y retrouve des perspectives sur :
    a. Les services et programmes en santé mentale au niveau national (Manitoba [33]) et international (Grande-Bretagne [26, 31, 34-36], Australie [37-41], Irlande [42], États-Unis [43] et Hong Kong [44]). Bien que ces services et programmes s'adressent à tous les adultes dans ces pays, des services spécifiques y sont aussi offerts aux personnes âgées;
    b. Les interventions liées à la consommation de substances [45, 46];
    c. Les interventions en matière d'itinérance [12, 47-52];
    d. Les projets de recherche auprès de la clientèle SAPA/SM/D/I [25, 53, 54];
6) Rédaction de la version finale des propositions et de leurs explications, puis dépôt pour adoption par les membres du comité du RUISSS de l'UdeM sur le vieillissement (rencontre du 24 janvier 2025) et par le comité directeur du RUISSS de l'UdeM (rencontre du 24 février 2025) [1].

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Propositions

Le sous-comité s'est donné deux principes directeurs pour formuler ses propositions :

- **L'usager et ses proches sont au cœur de la démarche**. Les programmes SAPA/SM/D/I doivent adapter et arrimer leur offre de soins et services pour répondre aux besoins évolutifs de l'usager et ses proches.
- Optimiser les instances en place afin de **ne pas créer de nouvelles structures**.

Dans le tableau suivant, les propositions sont :

- ordonnées en fonction de neufs axes d'action inspirées principalement du Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 [2];
- toutes importantes mais la réalisation de certaines propositions peut être préalables à d'autres selon les instances impliquées;
- identifiées par deux étoiles ★★ si jugées prioritaires (celles qui sont les plus importantes à réaliser);
- identifiées par une étoile ★ si jugées réalisables à court terme (celles qui peuvent se mettre en place plus rapidement que les autres propositions);
- regroupées en deux catégories de niveaux décisionnels concernant leur réalisation : le niveau « orientation » pour celles qui devraient s'adresser au MSSS et le niveau « opération » pour celles qui devraient s'adresser à Santé Québec et aux établissements de santé et services sociaux.

L'explication détaillée de chaque des propositions est présentée à l'**annexe 1**.

Propositions du sous-comité	**Niveau de priorité**	**Niveaux décisionnels**	**Axes d'action**								
			Promotion-prévention	Intervention de crise	Partenariat avec les organismes communautaires	Proches-familles	Amélioration de l' accès	Alternatives aux hospitalisations	Concertation et amélioration des pratiques	Structure de gouvernance	Autres
1. Sensibiliser la population sur comment prendre soin de sa santé mentale et prévenir une perte d'autonomie prématurée.		Orientation	√								
2. Créer des corridors de services incluant une équipe de gestion de crise, un psychiatre répondant et la téléconsultation.		Opération		√			√				
3. Soutenir les établissements et autres partenaires à participer à la Stratégie d'accompagnement provincial pour l'appropriation du Guide sur l'implication des proches en santé mentale et bonifier les ressources dédiées pour les proches d'une personne vieillissante qui présente des troubles concomitants (SAPA/SM/D/I).		Orientation			√	√					
4. Pour la clientèle âgée hébergée dans une ressource en santé mentale, intégrer le programme SAD dans le volet SM/D/I pour éviter leur relocalisation précoce dans un autre milieu de vie.	★	Opération					√		√		

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Propositions du sous-comité	Niveau de priorité	Niveaux décisionnels	Axes d'action								
			Promotion-prévention	Intervention de crise	Partenariat avec les organismes communautaires	Proches-familles	Amélioration de l' accès	Alternatives aux hospitalisations	Concertation et amélioration des pratiques	Structure de gouvernance	Autres
5. Intégrer des infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM) dans les équipes des milieux de vie SAPA et faciliter l'accès aux IPSSM pour les équipes santé mentale de 1ère ligne.	★	Opération					√				
6. Accroître l'accessibilité aux services spécialisés de gériatrie et de gérontopsychiatrie, notamment dans les régions éloignées.		Orientation et opération					√				
7. Développer les ressources d'hébergement court et long terme pour une clientèle SAPA/SM/D/I avec des équipes dont l'expertise serait mixte, en adéquation avec les besoins évolutifs et spécifiques à la clientèle ciblée, incluant les cas atypiques.	★★	Orientation et opération					√	√			
8. Renforcer la collaboration interdirection et intersectorielle SAPA/SM/D/I.	★★	Opération							√	√	
9. Former en continu les intervenants cliniques du programme SAPA pour mieux intervenir en situations de crise, troubles psychotiques, usage de substances, etc.	★	Orientation et opération							√		
10. Créer une équipe d'intervention interdirections SAPA/SM/D/I ou renforcer la collaboration entre les services existants pour les cas complexes (style gestion de cas) avec médecin et autres professionnels pertinents.	★	Opération							√		
11. Adapter les outils cliniques d'évaluation et de suivi auprès des usagers pour favoriser le travail interdirections SAPA/SM/D/I	★★ et ★	Opération							√		
12. Développer un cadre de référence ministériel élaboré conjointement avec les acteurs SAPA/SM/D/I et des usagers	★★	Orientation							√		
13. Développer un modèle de guide de soutien à l'orientation des demandes de services pour une clientèle adulte qui inclurait les personnes en perte d'autonomie présentant une problématique de SM/D/I		Orientation							√		
14. Adapter les modalités financières des établissements pour la clientèle SAPA/SM/D/I afin de leur permettre d'obtenir les services appropriés.		Orientation et orientation									√
15. Identifier des indicateurs de suivi associés à chacun des axes d'action afin de suivre la mise en place de la trajectoire SAPA/SM/D/I	★	Orientation et opération									√

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Propositions du sous-comité	Niveau de priorité	Niveaux décisionnels	Axes d'action								
			Promotion-prévention	Intervention de crise	Partenariat avec les organismes communautaires	Proches-familles	Amélioration de l' accès	Alternatives aux hospitalisations	Concertation et amélioration des pratiques	Structure de gouvernance	Autres
16. Mettre en valeur le travail des centres de recherche en optimisant l'intégration des initiatives de recherche dans l'offre de services de la clientèle SAPA présentant des enjeux SM/D/I, afin de renforcer la qualité et l'efficacité des interventions dans les milieux de soins		Orientation									√

★★ Propositions jugées prioritaires (celles qui sont les plus importantes à réaliser); ★Propositions jugées réalisables à court terme (celles qui peuvent se mettre en place plus rapidement que les autres propositions).

Conclusion

Des responsables clinico-administratifs des directions SAPA, santé mentale, dépendance et itinérance des établissements de santé et services sociaux ont mis en commun leur vision quant aux propositions prioritaires qui contribueraient à permettre l'amélioration à court et moyen terme du continuum de soins et services aux personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance. Le présent rapport a été adopté par le comité sur le vieillissement (24-01-2025) et ensuite déposé au comité directeur (24-02-2025) du RUISSS de l'Université de Montréal.

Remerciements

Les membres du sous-comité remercient sincèrement les directions du Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), santé mentale, dépendance et itinérance ainsi que les directions de la recherche des établissements de santé et services sociaux qui ont répondu au sondage du sous-comité. Nous remercions également des directions des centres de recherche ainsi que les chercheurs pour leur participation.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Références

1. Assemblée nationale du Québec: **Chapitre V. Réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux**. In: *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace.* Québec (Québec, Canada): Éditeur officiel du Québec; 2023, https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2023/2023C34F.PDF.
2. Bleau P, Breton D, Maltais C, Morin S, Bélanger S, Bellemare S, Brunelle MC, Lessard G, Perron J, Gingras C: **Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026: S'unir pour un mieux-être collectif**: Gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2022, https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf.
3. Rosebush N, Defoy V, Garneau D, Tremblay N, Pronovost M: **Politique d'hébergement et des soins et services de longue durée: Des milieux de vie qui nous ressemblent** Québec (Québec, Canada): Gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2021, https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-814-01W.pdf.
4. Rosebush N, Gagnon S, Tremblay N, Desmarais MJ, Dumais C, Forest A: **Mécanisme d'accès à l'hébergement en centres d'hébergement et de soins de longue durée, en ressources intermédiaires et en ressources de type familial pour aînés: Cadre de référence provincial**. Québec (Québec, Canada): Gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2023, https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-814-08W.pdf.
5. Institut de la statistique du Québec: **Estimations de la population selon l'âge et le genre, Québec, 1er juillet 1971 à 2023**. Québec (Québec, Canada): Gouvernement du Québec; 2023, https://statistique.quebec.ca/fr/document/population-et-structure-par-age-et-sexe-le-quebec/tableau/estimations-de-la-population-selon-lage-et-le-sexe-quebec#tri_pop=30.
6. Institut de la statistique du Québec: **Le bilan démographique du Québec. Édition 2022**. Québec (Québec, Canada): Gouvernement du Québec; 2022, https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2022.pdf.
7. Institut de la statistique du Québec: **Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2016-2066**. Québec (Québec, Canada): Gouvernement du Québec; 2019, https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/perspectives-demographiques-du-quebec-et-des-regions-2016-2066-edition-2019.pdf.
8. Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC): **Démence, y compris la maladie d'Alzheimer, prévalence brute, pourcentage, 65 ans et plus**: Gouvernement du Canada, Agence de la santé publique du Canada; 2023, https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/outil-de-donnees/.
9. Institut national de santé publique du Québec: **Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services**. Montréal (Québec, Canada): Gouvernement du Québec; 2012, https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1578_survtroublesmentauxqc_prevalmortaprofilutiliservices.pdf.
10. Kuerbis A, Sacco P, Blazer DG, Moore AA: **Substance abuse among older adults**. *Clin Geriatr Med* 2014, **30**(3):629-654.
11. Latimer E, Bordeleau F: **Dénombrement des personnes en situation d'itinérance sur l'île de Montréal le 24 avril 2018 (version révisée du 8 avril 2019**. Montréal (Québec, Canada): Ville de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; 2019, https://icountmtl2018.ca/wp-content/uploads/2019/04/rapport-montral-rvision-8-avril-2019-2.pdf.
12. Marier P, Joy M, Smele S, Zakaria R, Beauchamp J, Bourgeois-Guerin V, Lupien PL, Sussman T: **Older Adults in Administrative Quagmire: A Scoping Review of Policy and Program Coordination Across Six Marginalized Older Adult Populations**. *Gerontologist* 2024, **64**(11).
13. Lamoureux-Lamarche C, Berbiche D, Vasiliadis HM: **Health care system and patient costs associated with receipt of minimally adequate treatment for depression and anxiety disorders in older adults**. *BMC Psychiatry* 2022, **22**(1):175.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

14. Beaulieu-Bourgeois ML, Maltais C, Morin S, Gourde MA, Gadbois J: **Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026 – S'allier devant l'itinérance**. Québec (Québec, Canada): Gourvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2021, https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-846-01W.pdf.
15. Berubé C: **Approche intégrée de proximité pour les personnes aînées: cadre de référence**. Québec (québec, Canada): Gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2024, https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-830-22W.pdf.
16. Duguay L, Lefrançois B, Beaulieu-Bourgeois ML, Boudreault P, Houle M, Morin S: **Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028**. Québec (Québec, Canada): Gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2018, https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf.
17. Gagnon S, Marino S, Lessard-Beaupré JP, Thibodeau L: **Plan d'action gouvernemental 2024-2029 - La fierté de vieillir**. Québec (Québec, Canada): Gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2024, https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-830-02W.pdf.
18. Gagnon S, Rosebush N, Marino S, Hallé MF, Gallagher R: **Favoriser la bientraitance envers toute personne aînée, dans tous les milieux et tous les contextes: cadre de référence**. Québec (Québec, Canada): Gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2023, https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-830-42W.pdf.
19. Rosebush N, Breton D, Tremblay N, Defoy V, Chabot G, Pronovost M: **Pour le mieux-être des personnes hébergées: Plan d'Action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026**. Québec (Québec, Canada): Gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2022, https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-814-01F.pdf.
20. Rosebush N, Defoy V, Archambault M, Doray G, Gagnon M, Boudreault MC, Lemieux J, Boudreau-Drouin C: **Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026 - Reconnaître pour mieux soutenir** Québec (Québec, Canada): Gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2021, https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-835-11W.pdf.
21. Commission de la santé mentale du Canada: **Lignes directrices relatives à la planification et à la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens**. Ottawa (Ontario, Canada): Commission de la santé mentale du Canada; 2019, https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2020-04/Summary_Senior_Guidelines_Fr.pdf.
22. Commission de la santé mentale du Canada: **Recueil de pratiques exemplaires pour améliorer la santé mentale des aînés au Canada**. Ottawa (Ontario, Canada): Commission de la santé mentale du Canada; 2019, https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/09/Recueil-de-pratiques-exemplaires-pour-ameliorer-la-sante-mentale-des-aines-au-Canada.pdf.
23. Adams D, Hakonarson H: **An integrated approach to service delivery for people with multiple and complex needs**, vol. No. 305. Paris (France): Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Social, Employment and Migration Working Papers; 2024, https://doi.org/10.1787/d837a06a-en.
24. Bangsbo A, Duner A, Dahlin-Ivanoff S, Liden E: **Barriers for Inter-Organisational Collaboration: What Matters for an Integrated Care Programme?** *Int J Integr Care* 2022, **22**(2):22.
25. Gosdin MM, Hoeft T, Henderson S, Wagner J, Hinton L: **Missing link: a qualitative analysis of community-based organisations' contributions to partnered collaborative care to treat late-life depression**. *BMJ Open* 2024, **14**(4):e074403.
26. Abdi S, Spann A, Borilovic J, de Witte L, Hawley M: **Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF)**. *BMC Geriatr* 2019, **19**(1):195.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

27. Gould CE, Iyer S, Filips J, Alfaro AJ, Carlson C, Trivedi R: **Delivering Virtual Care to Patients with Cognitive Impairment within the Veterans Health Administration: Multi-level Barriers and Solutions**. *J Technol Behav Sci* 2022:1-9.
28. Wilson J, Heinsch M, Betts D, Booth D, Kay-Lambkin F: **Barriers and facilitators to the use of e-health by older adults: a scoping review**. *BMC Public Health* 2021, **21**(1):1556.
29. Cations M, Wilton-Harding B, Laver KE, Brodaty H, Low LF, Collins N, Lie D, McKellar D, Macfarlane S, Draper B: **Psychiatric service delivery for older people in hospital and residential aged care: An updated systematic review**. *Aust N Z J Psychiatry* 2023, **57**(6):811-833.
30. Gee SB, Croucher MJ, Beveridge J: **Measuring Outcomes in Mental Health Services for Older People: An evaluation of the Health of the Nation Outcome Scales for elderly people (HoNOS65+)**. *International Journal of Disability, Development and Education* 2010, https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10349121003750711, **57**(2):155-174.
31. National Health Service (NHS): **Mental Health Delivery Plan 2021-2022**. Redditch (England): NHS England and NHS Improvement; 2023, https://www.kentandmedway.icb.nhs.uk/application/files/3216/3248/5325/Appendix_2_-_Mental_Health_21_22_Delivery_Plan_v2.pdf.
32. Wells J, Kennedy C, Bain H, Lee SH: **The experiences of older adults with a diagnosed functional mental illness, their carers and healthcare professionals in relation to mental health service delivery: An integrative review**. *J Clin Nurs* 2020, **29**(1-2):31-52.
33. VIRGO Planning and Evaluation Consultants Inc: **Improving Access and Coordination of Mental Health and Addiction Services: A Provincial Strategy for all Manitobans**. Toronto (Ontario, Canada): VIRGO Planning and Evaluation Consultants Inc; 2018, https://www.gov.mb.ca/asset_library/en/mhcw/docs/mha_strategic_plan.pdf.
34. Beishon L, Hickey B, Desai B, Chithiramohan T, Evley R, Subramaniam H, Maniatopoulos G, Rajkumar AP, Dening T, Mukateova-Ladinska E *et al*: **Integrated Physical-Mental Healthcare Services in Specialist Settings to Improve Outcomes for Older People Living With Mental Health Diagnoses: A Systematic Review**. *Int J Geriatr Psychiatry* 2024, **39**(9):e6146.
35. Sharland E, Rzepnicka K, Schneider D, Finning K, Pawelek P, Saunders R, Nafilyan V: **Socio-demographic differences in access to psychological treatment services: evidence from a national cohort study**. *Psychol Med* 2023, **53**(15):7395-7406.
36. Wilberforce M, Newbould L, Tucker S, Mitchell W, Niman D: **Maximising the engagement of older people with mental health needs and dementia with social care**. *Health Soc Care Community* 2022, **30**(6):e6467-e6474.
37. Australian Government Department of Health: **National Guidelines to improve coordination of treatment and supports for people with severe and complex mental illness**. Canberra Act (Australia): Australian Government Department of Health and Aged Care; 2022, https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2022/05/national-guidelines-to-improve-coordination-of-treatment-and-supports-for-people-with-severe-and-complex-mental-illness_0.pdf.
38. Findlay L, Kellett R, Lubbe S, Wand AP: **Pathways to community living in practice: Local development and adaptation within an older peoples mental health service**. *Australas Psychiatry* 2023, **31**(6):824-829.
39. Kellett R, Findlay L, Lubbe S, Wand AP: **The Pathways to Community Living Initiative (PCLI) for older adults: implementation and outcomes**. *Australas Psychiatry* 2024, **32**(5):423-430.
40. Vacher C, Skinner A, Occhipinti JA, Rosenberg S, Ho N, Song YJC, Hickie IB: **Improving access to mental health care: a system dynamics model of direct access to specialist care and accelerated specialist service capacity growth**. *Med J Aust* 2023, **218**(7):309-314.
41. Westphal A, Perin S, Harrison C, Cottrell T, Chong TW: **An evaluation of the aged mental health and primary care partnership program**. *Australas Psychiatry* 2023, **31**(1):47-52.
42. Usman M, Lally L, Costello S, Kiely A, Fahy S: **A decade of service development: audit of service users' experience of a rural Psychiatry of Later Life (POLL) service**. *Ir J Med Sci* 2022, **191**(1):347-354.
43. Huggins M, Pesut B, Puurveen G: **Interventions for Caregivers of Older Adults with Dementia Living in the Community: A Rapid Review of Reviews**. *Can J Aging* 2023, **42**(3):425-433.
44. Fung YL, Chan Z: **Implementation of a Psychiatric Nurse-led Outreach Service for Adults Residing at Subvented Old Age Homes: A Hong Kong Experience**. *Issues Ment Health Nurs* 2016:1-6.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

45. Beaujoin C, Bergeron-Longpré M, Bleau LP, Beausoleil J, Pinchinat J-CK, Guerrero M, Aubut V, Blanchette-Martin N, Ferland F, Flores-Aranda J *et al*: **Consommation de substances psychoactives chez les résident(e)s fréquentant des milieux d'hébergement et de soins de longue durée pour personnes âgées en perte d'autonomie : une revue de la portée sur les pratiques d'intervention [Substance use among older residents in residential and long-term care facilities: A scoping review on intervention practices]**. *Sante Mentale au Quebec* 2023, https://www.erudit.org/en/journals/smq/2023-v48-n2-smq09152/1109841ar/, **48**(2):257-294.
46. Hafford-Letchfield T, McQuarrie T, Clancy C, Thom B, Jain B: **Community Based Interventions for Problematic Substance Use in Later Life: A Systematic Review of Evaluated Studies and Their Outcomes**. *Int J Environ Res Public Health* 2020, **17**(21).
47. Flike K, Means RH, Chou J, Shi L, Hayman LL: **Bridges to Elders: A Program to Improve Outcomes for Older Women Experiencing Homelessness**. *Health Promot Pract* 2025, **26**(1):124-130.
48. Gordon SJ, Baker N, Marin TS, Steffens M: **Health Status of People Who Are and Are Not Experiencing Homelessness: Opportunities for Improvement**. *Int J Environ Res Public Health* 2024, **21**(10).
49. Manthorpe J, Samsi K, Joly L, Crane M, Gage H, Bowling A, Nilforooshan R. In: *Service provision for older homeless people with memory problems: a mixed-methods study.* Southampton (UK); 2019.
50. Nixon LL, Burns VF: **Exploring Harm Reduction in Supportive Housing for Formerly Homeless Older Adults**. *Can Geriatr J* 2022, **25**(3):285-294.
51. O'Connor CMC, Poulos RG, Sharma A, Preti C, Reynolds NL, Rowlands AC, Flakelar K, Raguz A, Valpiani P, Faux SG *et al*: **An Australian aged care home for people subject to homelessness: health, wellbeing and cost-benefit**. *BMC Geriatr* 2023, **23**(1):253.
52. Weldrick R, Canham SL, Sussman T, Walsh CA, Mahmood A, Nixon L, Burns VF: **"A right place for everybody": Supporting aging in the right place for older people experiencing homelessness**. *Health Soc Care Community* 2022, **30**(6):e4652-e4661.
53. Cossette B, Bruneau MA, Morin M, Gilbert S, Boyer D, Donald TM, Rheaume AA, Ben Gaied N, Tousignant M, Turcotte JP *et al*: **Optimizing Practices, Use, Care, and Services-Antipsychotics (OPUS-AP) in Long-Term Care Centers in Quebec, Canada: A Successful Scale-Up**. *J Am Med Dir Assoc* 2022, **23**(6):1084-1089.
54. Devgun M, Kittridge C, Seshadri S, Rodgers J, Sharma AN: **North East England South Asia Mental health Alliance (NEESAMA): an exemplar of global north and global south collaboration to improve research, training and service delivery in mental healthcare**. *BJPsych Int* 2023, **20**(4):92-95.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexes

Annexe 1. Explications détaillées des propositions

1. Sensibiliser la population sur comment prendre soin de sa santé mentale et prévenir une perte d'autonomie prématurée.

Le portrait de situation met en lumière le besoin de sensibiliser la population et l'ensemble du réseau de la santé sur 1) comment prendre soins de sa santé mentale ainsi que les outils d'autogestion; et 2) mieux repérer en amont les personnes à risque de développer une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement en concomitance avec des problèmes de SM/D/I. Les pistes de solutions suivantes sont proposées :

- Les bases de comment prendre soin de sa santé mentale ainsi que les outils d'autogestion sont disponibles sur Québec.ca/santementale. Le Mouvement santé mentale Québec est aussi une excellente ressource à ce propos.
- L'INSPQ a aussi développé un outil de promotion /prévention en matière de troubles cognitifs : La santé cognitive des personnes aînées : pourquoi et comment la préserver?
- Intégrer des programmes et outils issus de la recherche au sein des organismes communautaires ou des ressources comme l'APPUI, par exemple :
    - Programme Participe-Présent du CREGES (lien) : pour accompagner les personnes aînées susceptibles de vivre de l'isolement ou de l'exclusion sociale, avec ou sans diagnostic de santé mentale, qui ressentent le besoin d'explorer leurs possibilités de participation communautaire
    - Programme DIRECT-sc (soutien) : autogestion pour adultes d'âge moyen ou âgés souffrant de conditions physiques chroniques et de symptômes dépressifs comorbides.
    - Plateforme d'apprentissage du programme VIEsÂGE (Vivre sans anxiété pour les personnes âgées) (lien): ce programme vise à outiller et former les ressources humaines d'organisations œuvrant auprès des personnes aînées aux notions de psychologie afin qu'ils identifient plus rapidement la présence de détresse psychologique et qu'ils interviennent plus efficacement dans la limite de leur mandat.

2. Créer des corridors de services incluant une équipe de gestion de crise, un psychiatre répondant et la téléconsultation.

Le portrait de la situation met en avant l'importance de créer des corridors de services efficaces, comprenant une équipe de gestion de crise coordonnée, des services de téléconsultation et un accès constant à des psychiatres et gérontopsychiatres. Cela est particulièrement crucial pour les personnes résidant dans les milieux de vie SAPA qui font face à des crises de santé mentale.

Comme facilitateurs, il est recommandé d'établir un corridor de services entre les équipes des milieux de vie SAPA et celles de santé mentale pour traiter les crises de manière efficiente. Cependant, des obstacles majeurs subsistent, tels que le manque de régularité du personnel dans les milieux de vie SAPA et l'insuffisance de psychiatres spécialisés disponibles pour répondre en cas de crise.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Pour surmonter ces enjeux, plusieurs pistes de solutions sont proposées :

- Déployer un modèle national de corridors de services reliant les équipes de gestion de crise, de psychiatrie et de téléconsultation pour améliorer la fluidité et la disponibilité des soins spécialisés en situation de crise.
- Mettre en place des corridors de services formalisés entre les milieux de vie SAPA et les équipes de santé mentale pour traiter efficacement les résidents en situation de crise.
- Créer des équipes d'intervention dédiées, avec un soutien continu des professionnels de santé mentale tout au long de l'épisode de crise, pour assurer une prise en charge adéquate et coordonnée des patients vulnérables.

3. Soutenir les établissements et autres partenaires à participer à la Stratégie d'accompagnement provincial pour l'appropriation du Guide sur l'implication des proches en santé mentale et bonifier les ressources dédiées pour les proches d'une personne vieillissante qui présente des troubles concomitants (SM/D/I).

Le portrait de situation met en lumière 1) la méconnaissance des bonnes pratiques cliniques favorisant l'implication et la reconnaissance des proches[1] dans le processus de rétablissement des personnes ayant un trouble mental; 2) le besoin dans toutes les régions de ressources dédiées aux proches d'une personne vieillissante qui présente des troubles concomitants (SM/D/I).

Les pistes de solutions suivantes sont proposées :

- Utiliser le guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale et la boîte à outils développés par le CIUSSS de la Capitale-Nationale, en collaboration avec plusieurs partenaires, à l'intention des intervenants et des gestionnaires qui œuvrent auprès de la clientèle adulte en santé mentale. Il répond à plusieurs préoccupations cliniques, éthiques et légales et vise à soutenir les différents acteurs face aux défis vécus sur le terrain à l'égard de l'implication des proches.
- Parmi les ressources dédiées existantes, on retrouve la pratique de la pair-aidance famille, qui peut être un soutien important pour les proches, tout comme les ressources dédiées

[1] La notion de proche pour la clientèle SAPA/SM/D/I est en cohérence avec la *Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes (2020),* mais elle se veut plus inclusive selon le Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale, 2024, p. 8 : « La notion de proche peut désigner largement tous les membres de la famille (biparentale intacte, séparée ou recomposée) ainsi que le conjoint, la parenté, les amis, les voisins, les employeurs, les collègues de travail, etc. Leur implication peut parfois se présenter par un soutien intensif ou encore une présence discrète, mais constante. Les proches sont identifiés par la personne et constituent son réseau de soutien dans son regard à elle.».

Définition de proche aidant selon le Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026 – Reconnaître pour mieux soutenir: Toute personne qui apporte un soutien à un ou à plusieurs membres de son entourage qui présentent une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non. Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme, et est offert à titre non professionnel, de manière libre, éclairée et révocable, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée et le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie. Il peut prendre diverses formes, par exemple le transport, l'aide aux soins personnels et aux travaux domestiques, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et des services. Il peut également entraîner des répercussions financières pour la personne proche aidante ou limiter sa capacité à prendre soin de sa propre santé physique et mentale ou à assumer ses autres responsabilités sociales et familiales.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

aux proches des personnes présentant un trouble mental (https://www.capsantementale.ca/), qui sont complémentaires aux services du RSSS.
- Ajout d'une ressource dédiée à l'APPUI pour les proches aidants d'une personne vieillissante avec une problématique de santé mentale, dépendance et ou itinérance.

4. **Pour la clientèle âgée hébergée dans une ressource en santé mentale, intégrer le programme SAD dans le volet SM/D/I pour éviter leur relocalisation précoce dans un autre milieu de vie.**

Le portrait présente l'importance de l'accès à l'expertise pour les équipes terrain dans les deux programmes SAPA et SM/D/I. Nous suggérons l'implication des équipes SAPA SAD auprès des usagers suivis en SM/D/I afin de permettre l'adaptation des services en prenant en compte les besoins reliés au vieillissement des usagers tout en maintenant les services en place pour les problématiques de SM/D/I. L'inverse devrait aussi s'appliquer lorsqu'un usager suivi au programme SAPA présente des enjeux de SM/D/I.

Certaines pistes de solutions sont proposées, par exemple :

- Accès à des équipes spécialisées sur le terrain en temps opportun. Avoir une équipe mobile SM/D/I. Avoir accès à de la téléconsultation.
- Concertation entre les équipes du HDRC, TIBD, SIAD et SAD pour l'hospitalisation et le maintien à domicile pour une clientèle âgée et nécessitant des soins physiques et de santé mentale.
- Améliorer les liens entre les spécialistes et les médecins de famille. Plus d'interventions des médecins de famille, mais lesquels seraient supportés par les spécialistes.

5. **Intégrer des infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM) dans les équipes des milieux de vie SAPA et faciliter l'accès aux IPSSM pour les équipes santé mentale de 1e ligne**.

Le portrait de la situation discute de l'importance d'intégrer des infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM) au sein des équipes de soutien à domicile (SAD) et des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Cette intégration vise à améliorer les soins offerts aux personnes âgées ayant des besoins complexes en santé mentale et physique. Il est également recommandé de formaliser un modèle de soutien pour renforcer les compétences des équipes de première ligne.

Des facilitateurs sont identifiés, notamment la collaboration encouragée entre les équipes SAPA, SAD et santé mentale grâce à l'intégration d'intervenants spécialisés en santé mentale. Cependant, un obstacle majeur réside dans le manque d'accès aux spécialistes tels que les psychiatres et gérontopsychiatres, surtout dans les régions éloignées.

Pour surmonter ces enjeux, plusieurs pistes de solutions sont proposées :

- S'assurer d'avoir un ratio personnel/résident adapté à la clientèle dans les ressources à double vocation SAPA et santé mentale, et améliorer l'intégration des IPSSM dans les équipes SAD pour assurer un meilleur suivi des patients.
- Mieux former/outiller nos IPS SAPA actuellement aux enjeux de la clientèle SAPA/SM/D/I

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

- Accroître la visibilité et la reconnaissance du travail des intervenants psychosociaux spécialisés en santé mentale.
- Garantir un accès à un soutien plus spécialisé pour les intervenants psychosociaux lorsque cela est nécessaire.
- Étant donné les ressources limitées en IPSSM, explorer parallèlement des moyens d'améliorer la formation en santé mentale des IPS déjà en poste dans les équipes SAPA.

6. **Accroître l'accessibilité aux services spécialisés de gériatrie et de gérontopsychiatrie, notamment dans les régions éloignées**.

Le portrait de la situation souligne le défi majeur de l'accessibilité limitée aux services spécialisés, particulièrement dans les régions éloignées. Pour répondre aux besoins des patients âgés ayant des problèmes de santé mentale et physique, il recommande de renforcer les services de téléconsultation et d'intensifier la collaboration entre les disciplines de psychiatrie et de gériatrie.

Des facilitateurs existent déjà, tels que la mise en place de téléconsultations dans certaines régions, ce qui facilite l'accès aux services spécialisés pour les personnes de plus de 65 ans. Néanmoins, l'éloignement géographique et le manque d'expertise locale demeurent des obstacles significatifs à l'accessibilité de ces services. De plus, il est important de prendre en considération les spécificités culturelles des Premières Nations dans l'offre de services en santé mentale, notamment dans les régions de la Baie-James, de la Côte-Nord et du Nunavik.

Pour surmonter ces enjeux, plusieurs pistes de solutions sont proposées :

- Développer en régions éloignées un modèle de services de crise et de traitements intensifs spécifiques aux personnes âgées, incluant la téléconsultation et des équipes mobiles en gérontopsychiatrie pour mieux répondre aux besoins des régions éloignées.
- Améliorer l'expertise partagée entre la gériatrie, la gérontopsychiatrie et la psychiatrie pour assurer une continuité des soins aux personnes âgées vivant dans les milieux de vie SAPA.
- Structurer un modèle de soutien-conseil par les équipes de gérontopsychiatrie pour les équipes de première ligne et les milieux de vie comme les CHSLD et les résidences pour personnes âgées (RPA).

7. **Développer les ressources d'hébergement de court et long terme pour une clientèle SAPA/SM/D/I avec des équipes dont l'expertise serait mixte, en adéquation avec les besoins évolutifs et spécifiques à la clientèle ciblée, incluant les cas atypiques.**

Nous proposons de développer des modèles novateurs d'hébergement évolutifs qui permettent à l'usager de demeurer dans le même milieu peu importe son âge. L'environnement de la ressource d'hébergement en santé mentale-dépendance-itinérance devrait prévoir des adaptations possibles des lieux physiques et l'intensification des services en cas de perte d'autonomie. Pour les cas atypiques, nous suggérons d'augmenter le nombre de lits en milieux adaptés à la gestion de troubles de comportement à dangerosité élevée et de troubles de comportement de nature sexuelle avec risque pour autrui.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

8. **Renforcer la collaboration interdirectionnelle et intersectorielle SAPA/SM/Dépendance/Itinérance**.

L'analyse des informations rapportées dans notre portrait de la situation par les établissements de santé et services sociaux sur leurs structures de gouvernance et décisionnelle actuelles nous amène à constater qu'il y a une grande variabilité entre les régions dans mécanismes de concertation et de collaboration inter-programmes pour résoudre les cas complexes dont les besoins impliquent plusieurs directions (SAPA, santé mentale, dépendance, itinérance).

Nous proposons que les établissements de santé et services sociaux identifie des modalités afin de développer ou optimiser une structure de gouvernance pour coordonner les soins et services entre ces différents secteur afin d'améliorer la fluidité des services et la gestion des cas complexes.

Nous proposons la mise en place de tables de concertation intersectorielles régionales SAPA/SM/D/I ou encore, d'intégrer le volet du vieillissement des personnes qui présentent des enjeux de santé mentale-dépendance-itinérance dans le cadre de tables de concertations existantes.

Nous proposons également que les directions concernées du MSSS ainsi que Santé Québec travaillent en collaboration afin d'établir les orientations et l'opérationnalisation des soins et services aux personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique liée au vieillissement ainsi que les enjeux de SM/D/I.

9. **Former en continu les intervenants cliniques du programme SAPA pour mieux intervenir en situations de crise, troubles psychotiques, usage de substances, etc.**

Le portrait de la situation souligne l'importance cruciale de la formation continue en cours d'emploi des intervenants cliniques pour améliorer les interventions lors de crises de santé mentale, de troubles psychotiques, de troubles de la personnalité et de situations impliquant l'usage de substances. Il est essentiel de développer des compétences pour gérer des cas complexes, y compris ceux liés à des comorbidités ou à l'itinérance. Pour ce faire, il est proposé d'organiser des sessions de formation communes entre les secteurs du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), de la santé mentale, de la dépendance et de l'itinérance.

Des programmes spécifiques comme OMEGA pour les services psychiatriques et Vigie sécure pour les services d'hébergement sont identifiés comme des facilitateurs essentiels dans la formation des intervenants SAPA. Cependant, un défi persistant est le manque de formation en situation de crise au sein des équipes de soutien à domicile (SAD) et d'hébergement pour la gestion de la santé mentale.

Pour surmonter ces enjeux, plusieurs pistes de solutions sont proposées :

- Offrir une formation de base sur l'intervention de crise en santé mentale, notamment pour les situations suicidaires ou d'homicide, et former les équipes avec des programmes comme OMEGA et Vigie sécure pour les services d'hébergement.
- Faire connaître les guides de pratiques et formations développés par des équipes cliniques ou de la recherche recensés dans le portrait de situation, par exemple :
    - Guide médical en soins de longue durée – Prise en charge des troubles liés aux substances (lien)

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

- Guide sur l'intervention en lien avec l'usage et la dépendance aux substances psychoactives pour les milieux d'hébergement des personnes en perte d'autonomie (lien)
- Guide clinique québécois d'accompagnement des personnes vivant avec un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (lien)
- Formation provinciale sur l'intervention en lien avec l'usage et la dépendance aux substances psychoactives pour les milieux d'hébergement des personnes en perte d'autonomie (en développement)
- Programme VIEsÂGE : Vivre sans anxiété pour les personnes âgées (lien)

- Adapter la formation pour prendre en compte les particularités de la clientèle, notamment en CHSLD, où le manque de formation des intervenants contribue à exacerber les crises.
- Répertorier et rendre disponible des outils cliniques validés de repérage et de dépistage afin d'intervenir en amont dans un but de prévention de crise. Plusieurs échelles validées dans la population gériatrique sont utilisées en clinique, telles que l'échelle de dépression gériatrique (GDS) pour dépister le trouble dépressif caractérisé, le Confusion assessment method (CAM) pour l'évaluation du délirium ou encore Shortened Michigan Alcoholism test – Geriatric version (SMAST-G) pour identifier les problèmes liés à la consommation d'alcool.

10. **Créer une équipe d'intervention interdirections SAPA/SM/D/I ou renforcer la collaboration entre les services existants pour les cas complexes (style gestion de cas) avec médecin et autres professionnels pertinents**.

Nous proposons la mise en place d'équipes interdisciplinaires qui permettront le partage des expertises et l'identification d'alternatives possibles pour répondre aux besoins spécifiques de ces usagers. Ces équipes permettraient d'adapter l'offre de service aux besoins de l'usager plutôt que de tenter de faire correspondre l'usager aux critères des différents secteurs d'activité. Voici quelques pistes de solutions :

- Permettre davantage de souplesse dans les critères d'admission des différents milieux d'hébergement pour admettre des usagers qui présentent à la fois des enjeux de santé mentale-dépendance-itinérance ainsi qu'une perte d'autonomie cognitive ou physique.
- Mettre en place une équipe-conseil médicale et professionnelle spécialisée pouvant accompagner et conseiller les équipes qui font face à des situations de crise ou de cas complexes (médecin, gérontopsychiatre, pharmacien, éducateur spécialisé, travailleur social, infirmière, intervenant en dépendance)
- Développement d'un professionnel répondant SAPA/SM/D/I
- Comités de coordination inter programmes avec un volet codéveloppement et partage de connaissances
- Développer une responsabilité partagée entre les programmes.
- Mise en place d'un comité cas complexes.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

11. Adapter les outils cliniques d'évaluation et de suivi auprès des usagers pour favoriser le travail interdirection SAPA/SM/D/I.

Le portrait de la situation met de l'avant la nécessité d'adapter les outils cliniques entre le SAPA et la santé mentale pour améliorer la coordination des soins pour les cas complexes. On souligne l'importance d'utiliser des outils cliniques tels que l'Outil de cheminement clinique informatisé (OCCI) et des grilles d'attribution de services adaptées aux deux milieux, ce qui faciliterait une meilleure collaboration entre les différentes directions.

Des efforts sont déjà en cours pour harmoniser le continuum de services interprogrammes, mais l'intégration de ces outils rencontre des difficultés en raison des différents critères d'admissibilité des programmes, ce qui constitue un obstacle majeur.

Pour surmonter ces enjeux, plusieurs pistes de solutions sont proposées :

- Mettre en place entre les directions SAPA/SM/D/I des outils cliniques communs pour harmoniser les pratiques entre ces secteurs.
- Créer des comités interdirections pour la concertation sur les dossiers complexes et atypiques, en veillant à éviter les barrières administratives et à adapter les critères de durée d'épisode.
- Formaliser des comités interprogrammes pour mieux coordonner les orientations de services et éviter la fragmentation des soins pour les cas complexes, assurant ainsi une prise en charge plus cohérente et efficace des usagers.

12. Développer un cadre de référence national élaboré conjointement avec les acteurs SAPA/SM/D/I et des usagers.

Le portrait de la situation met en lumière le besoin d'élaboration d'un cadre de référence national, élaboré conjointement avec les acteurs des directions du soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) et de la santé mentale et des dépendances (DSMD) et des usagers. Ce cadre viserait à clarifier l'offre de services, les critères d'admissibilité et les besoins en formation pour les professionnels œuvrant dans les domaines de la santé mentale, de la dépendance et de l'itinérance au sein des milieux SAPA.

Des facilitateurs existent, tels que la mise en place de comités régionaux et intersectoriels qui travaillent à clarifier les offres de services et les trajectoires pour les usagers. Toutefois, un obstacle notable est la difficulté de collaboration, communication et concertation entre les différents services et organismes communautaires, ce qui peut rendre difficile l'accès aux soins adaptés pour les personnes âgées ayant des besoins complexes.

Pour surmonter ces enjeux, plusieurs pistes de solutions sont proposées :

- Mettre en place des comités régionaux et nationaux pour formaliser un cadre de référence interprogrammes, en clarifiant les offres de services et les critères d'admissibilité pour les populations vieillissantes avec des troubles de santé mentale.
- Élaborer un cadre de référence visant à répondre de manière plus coordonnée aux besoins des personnes âgées présentant des problématiques complexes, à favoriser une

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

meilleure collaboration entre les différentes directions et à améliorer le continuum de soins et de services.

- Optimiser les tables de concertation interprogrammes pour élaborer des orientations en matière d'hébergement et de services adaptés aux dossiers complexes à problématiques multiples, en se basant sur les besoins en services plutôt que sur les diagnostics, tout en évitant de recourir à plusieurs niveaux d'approbation ou de concertation pour les dossiers atypiques et/ou complexes.

13. **Développer un modèle de guide de soutien à l'orientation des demandes de services pour une clientèle adulte qui inclurait les personnes en perte d'autonomie présentant une problématique de SM/D/I.**

Le portrait de la situation souligne l'importance de développer des cadres locaux de référence pour améliorer l'orientation des services destinés aux clients en santé mentale et dépendance dans le cadre du SAPA. Le guide de soutien à l'orientation pourrait faire le pont entre les différents processus d'accès aux services actuellement en place. Par exemple : le Guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA) et le Mécanisme d'accès à l'hébergement du SAPA (MAH).

En termes de facilitateurs, la mise en place de trajectoires efficaces dans certaines régions a permis de promouvoir l'accès aux services pour les usagers. Cependant, des obstacles persistent, notamment le manque d'expertise dans certaines directions et des critères d'admissibilité trop rigides, ce qui ralentit parfois la mise en œuvre de solutions adaptées.

Pour surmonter ces enjeux, plusieurs pistes de solutions sont proposées :

- Des initiatives telles que le Guide de soutien à l'orientation des demandes de services pour la clientèle adulte du CISSS de la Côte-Nord sont citées comme exemples d'efforts localisés réussis.
- Développer des cadres locaux de référence pour harmoniser l'orientation des services et soutenir les intervenants dans la gestion des cas complexes.
- Formaliser les trajectoires de soins pour la clientèle SAPA et santé mentale en tenant compte des spécificités locales, avec des outils cliniques partagés comme l'OEMC et les grilles d'allocation de services.
- Développer un cadre d'intervention flexible pour mieux répondre aux besoins spécifiques des usagers, favorisant ainsi une meilleure adaptation des services aux réalités locales.

14. **Adapter les modalités financières des établissements pour la clientèle SAPA/SM/D/I afin de leur permettre d'obtenir les services appropriés**.

Considérant que cette clientèle a augmenté en nombre dans les dernières années [9-11], nous suggérons les investissements financiers suivants par les instances gouvernementales afin que les établissements de santé et services sociaux puissent:

- Rehausser le parc d'hébergement pour la clientèle en perte d'autonomie présentant des problèmes de santé mentale/dépendance/itinérance.
- Bonifier le financement aux organismes communautaires pour le déploiement d'initiatives de collaboration innovante dans le but d'améliorer l'accès pour cette clientèle.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

- S’assurer que les ratios personnel/résident et l’expertise interdisciplinaire sont adéquats en fonction des besoins dans les milieux de vie à double vocation SAPA et santé mentale. À titre indicatif, la Commission de la santé mentale du Canada propose des points de référence par 10 000 personnes âgées pour examiner les services existants, la dotation en personnel et l’affectation des ressources [21].

15. Identifier des indicateurs de suivi associés à chacun des axes d’action afin de suivre la mise en place de la trajectoire SAPA/SM/D/I

Le portrait de la situation actuelle met en lumière les enjeux de disponibilité de données fiables concernant la clientèle SAPA/SM/D/I. En effet, trois types d’indicateurs avaient été inclus dans le sondage auprès des établissements pour leur potentiel comme indicateurs de suivi des soins et services utilisés par la clientèle ciblée:

- Données populationnelles (ex : % de personnes du territoire qui présente une perte d’autonomie liée au vieillissement et un trouble de santé mentale);
- Données sur les soins et services (ex : % d’usagers hébergés qui présentent un trouble de santé mentale)
- Données sur le personnel du réseau (ex : Nombre d’heures de formation du personnel SAPA sur les troubles mentaux).

Peu d’établissement ont pu fournir des données et lorsque des données ont été fournies, leur source et leur méthode de calcul étaient variables. Le sous-comité a ainsi choisi de ne pas divulguer les données recueillies dans le sondage en raison des enjeux de disparité et de fiabilité des données.

Suite à ce constat, il serait souhaitable d’identifier des indicateurs de suivi uniformisés afin d’assurer la pertinence des actions mises en place et la mesure des améliorations au fil du temps. Les indicateurs devraient correspondre à chacun des axes d’action identifiés dans le sondage. La diffusion de ces données favoriserait une prise de décision efficace au sujet de l’accès et la continuité des soins et services pour cette clientèle.

16. Mettre en valeur le travail des centres de recherche en optimisant l’intégration des initiatives de recherche dans l’offre de services de la clientèle SAPA présentant des enjeux SM/D/I, afin de renforcer la qualité et l’efficacité des interventions dans les milieux de soins

Le portrait de la situation souligne les difficultés à obtenir des réponses spécifiques sur la dimension recherche. Ces résultats soulignent l'importance de renforcer cet aspect afin de développer des stratégies novatrices en matière d’évaluation et de prise en charge des populations vieillissantes présentant des enjeux SM/D/I. Une attention particulière doit être accordée à la recherche afin de répondre aux besoins complexes et croissants de cette clientèle. La contribution accrue des centres de recherche en gériatrie est essentielle pour orienter les priorités en recherche au Québec. Cette démarche permettra non seulement de répondre aux enjeux actuels, mais aussi d’innover dans la prise en charge et l’accompagnement des populations vieillissantes.

Afin de maximiser l’impact de la recherche sur la clientèle SAPA et SM/D/I :

- Mettre en place des stratégies spécifiques pour faciliter l’inclusion des résidents des milieux de vie SAPA dans les projets de recherche liés au soutien à l’autonomie et SM/D/I.

© Comité du RUISSS de l’Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l’utilisation soit à des fins non commerciales.

- Adapter ou renforcer les incitatifs financiers, institutionnels et logistiques pour encourager la réalisation de projets portant sur la clientèle SAPA et leurs problématiques en SM/D/I.
- Promouvoir l'adoption des outils d'évaluation clinique et des traitements développés par les groupes de recherche afin d'enrichir les pratiques des milieux de soins et améliorer la qualité des services offerts.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 2. Extraits des cadres de référence, politiques et plans d'action ministériels québécois en lien avec l'offre de soins et services aux personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de SM/D/I

Publications (ordre chronologique décroissant)	Extraits
Plan d'action gouvernemental 2024-2029 - La fierté de vieillir (2024) [17]	Page 46 : Promouvoir la santé mentale Des outils de promotion de la santé mentale positive qui concernent particulièrement les personnes aînées seraient à développer et à rendre disponibles. Par ailleurs, la diversité des trajectoires de vieillissement et des deuils auxquels doivent faire face les personnes aînées devrait être mieux reconnue. Il est opportun d'impliquer divers groupes concernés dans la conception de tels outils afin de maximiser leur adéquation aux besoins des personnes, par exemple pour les personnes récemment retraitées ou immigrantes. Page 46. Prévenir les dépendances aux substances psychoactives L'usage de cannabis ou d'autres substances psychoactives, ainsi que de l'alcool, doit être fait avec précaution et modération considérant les risques associés à ces substances. Pour le tabac, il est préférable d'éviter ou de cesser son usage. Une attention doit être portée aux signes de dépendance pour soutenir les personnes aînées dans une démarche vers un traitement. **Page 50 : Mesure 32. Promouvoir les conditions qui favorisent la santé mentale positive des personnes aînées** Cette mesure vise à recenser et à diffuser, auprès des intervenants de santé publique œuvrant en promotion et en prévention en santé, les connaissances scientifiques actuelles concernant la santé mentale positive des personnes de 50 ans et plus ainsi que les facteurs de risque et de protection qui y sont liés. Pour y parvenir, elle fera appel à des activités, à des outils de transferts de connaissances et à un portrait des ressources. Certaines régions pilotes seront ensuite accompagnées dans la mise en œuvre d'initiatives et de projets d'expérimentation en promotion de la santé mentale positive pour la population vieillissante. **Page 63. Continuité des services dans les programmes autres que Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)** Certaines personnes qui atteignent 65 ans reçoivent déjà des services en lien avec leur condition, telle qu'un handicap ou une dépendance, dans un programme du RSSS et des services sociaux. Leur continuité, mais aussi leur collaboration et leur partenariat avec d'autres programmes, surtout lorsqu'il est question d'un état permanent, sont nécessaires durant toute la vie adulte. Des besoins nouveaux peuvent aussi apparaître en lien avec un changement dans leur situation

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Publications (ordre chronologique décroissant)	Extraits
	familiale, par exemple la perte du conjoint ou la responsabilité trop lourde d'un enfant adulte présentant un handicap. Page 68. Les conséquences liées aux responsabilités de proche aidance peuvent se répercuter sur la santé mentale et physique, sur la vie sociale et familiale, sur la vie professionnelle ou scolaire et sur la situation financière des PPA. Page 75 : Les habitations destinées aux personnes aînées, dont les RPA, ainsi que les milieux d'hébergement de longue durée, dont les CHSLD, peuvent être moins bien adaptés aux besoins spécifiques des **personnes aînées qui ont connu un épisode d'itinérance, de dépendance ou ayant des comportements désorganisés. En effet, les problématiques de ces personnes aînées exigent des stratégies d'intervention adaptées à la complexité de leur situation. L'accès à un logement social et communautaire peut être une solution pour assurer une stabilité résidentielle, tout comme le soutien résidentiel offert en parallèle. De plus, il importe de s'assurer que les milieux d'hébergement ainsi que les soins et services qui y sont offerts sont adaptés aux besoins spécifiques de ces personnes.** Page 76. Risque d'itinérance pour les personnes aînées Les nombreuses difficultés que rencontrent certaines personnes aînées pour se loger peuvent se traduire, dans leur trajectoire résidentielle, par un basculement dans l'itinérance, complexifiant grandement l'ensemble des sphères de leur vie et, par extension, leur (ré)affiliation sociale. Cela soulève d'importantes préoccupations quant aux défis qu'elles rencontrent, de même que pour les prestataires de services qui cherchent à répondre à leurs besoins. Page 77. Le développement d'une approche de soins et services de longue durée adaptée aux personnes hébergées, la recherche de nouvelles solutions pour améliorer les sorties d'un établissement carcéral, l'augmentation du nombre de logements avec accompagnement ainsi que le renforcement des services de proximité en itinérance en sont des exemples Page 80. **Mesure 67. Faciliter l'accès à des ressources d'hébergement de longue durée adaptées et inclusives pour les personnes aînées en perte d'autonomie vivant en situation d'itinérance** Cette mesure vise à soutenir les intervenants des ressources d'hébergement existantes dans l'accompagnement des personnes en situation d'itinérance lors d'une perte d'autonomie. Une réflexion sera effectuée sur les critères d'accès aux hébergements publics (RI, RTF, CHSLD) et des projets pilotes seront amorcés pour offrir des milieux de

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Publications (ordre chronologique décroissant)	Extraits
	vie ou d'hébergement réellement inclusifs et adaptés aux besoins de ces personnes.
Cadre de référence : Approche intégrée de proximité pour les personnes aînées (2024) [15]	Définition de l'approche intégrée de proximité pour les personnes aînées: • Une façon d'agir et d'intervenir précocement avec, par et pour les personnes aînées avec les citoyens et les partenaires communautaires, privés et publics; • De manière intégrée, dans le sens d'un continuum de services coordonnés; • À l'échelle d'une communauté locale, en proximité; • En réponse aux besoins évolutifs des personnes aînées.
Cadre de référence : Favoriser la bientraitance envers toute personne aînée, dans tous les milieux et tous les contextes (2023) [18]	6 principes directeurs (page 5): • Placer la personne au centre des actions : la personne aînée juge si l'action accomplie ou suggérée lui convient, si elle est bientraitante pour elle. • Favoriser l'autodétermination et le pouvoir d'agir chez la personne aînée afin de lui permettre de prendre en main le cours de sa vie, de faire des choix en harmonie avec ses valeurs, ses habitudes de vie, sa culture, etc. • Respecter la personne et sa dignité afin qu'elle se sente considérée et qu'elle acquière son estime personnelle. • Favoriser l'inclusion et la participation sociales pour apporter du bien-être aux personnes aînées qui souhaitent briser leur isolement et contribuer à la société. • Déployer des actions et des interventions alliant compétence (savoir-faire) et jugement (savoir-être). • Offrir un soutien concerté afin de poser les gestes les plus appropriés pour chaque dimension de la vie de la personne aînée (ex. : habitation, santé, alimentation, vie amoureuse et familiale, etc.), toujours en respectant les choix de cette dernière. Page 23 : Promouvoir l'inclusion et la participation des citoyens aînés en situation de vulnérabilité: • Sensibiliser la population, les fournisseurs de services, les municipalités, etc. à la réalité des citoyens aînés atteints de troubles neurocognitifs majeurs, d'un problème de santé mentale, d'une déficience intellectuelle ou physique, etc.
Orientations en soutien à domicile - Actualisation de la Politique de soutien à domicile « Chez soi: le premier choix » (2023)	Page 10 : Ainsi, tous les programmes-services doivent s'impliquer dans le SAD afin d'assurer le continuum de soins et de services des différentes clientèles auxquelles ils répondent, ces clientèles pouvant toutes nécessiter, à un moment dans leur vie, à court ou à long terme, des soins et des services de SAD (volet 1).

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Publications (ordre chronologique décroissant)	Extraits
	Le SAD n'est donc pas un programme-services en soi, mais une manière de fournir une réponse adaptée aux besoins de l'usager et de soutenir les PPA qui l'accompagnent tout au long du parcours de la dyade aidant-aidé. Il peut prendre différentes formes : être limité dans le temps, se limiter à quelques services intégrés en complémentarité avec d'autres modalités de services, être de longue durée et requérir un amalgame de soins et services de grande intensité, etc. Ainsi, les soins et services de SAD sont une modalité d'intervention et de dispensation des soins et services. Page 11 : Sans être reconnus comme un domicile au sens de la définition précédente, d'autres milieux de vie ou ressources peuvent accueillir, de manière temporaire ou permanente, un usager pouvant nécessiter des soins et services de SAD : une ressource d'hébergement d'urgence (maison d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale, refuge pour personnes en situation d'itinérance, etc.); Page 12 : Les soins et services de SAD s'adressent à tout usager, peu importe son âge, qui a une incapacité temporaire ou permanente, dont la nature peut être physique, cognitive, liée à la santé mentale ou psychosociale, et qui doit recevoir à son domicile une partie ou la totalité des soins et services que son état requiert. Certains services de SAD s'adressent également aux PPA accompagnant un tel usager, dans le contexte de la dyade aidant-aidé qu'ils forment.
Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - S'unir pour un mieux-être collectif (2022) [2]	Page 60 : Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 19 % de la population du Québec en 2018 et pourraient compter pour 25 % de celle-ci en 2030. La planification et l'organisation des services de santé et des services sociaux doivent prendre en compte ce contexte démographique et permettre la réponse aux besoins de l'ensemble de la population. À partir de l'âge de 65 ans, la prévalence annuelle des troubles mentaux augmente, chez les femmes comme chez les hommes. La présence de troubles anxieux et de troubles dépressifs chez les 65 ans et plus est particulièrement élevée, surtout chez les personnes qui reçoivent des soins de longue durée. Plusieurs recherches démontrent une espérance de vie moindre pour les personnes présentant des troubles mentaux graves. Page 65: Les personnes ayant besoin de soins et de services en santé mentale peuvent également être aux prises avec différentes problématiques, notamment la dépendance, des problèmes de santé physique ou des incapacités fonctionnelles, une déficience intellectuelle, un TSA, la judiciarisation, l'instabilité résidentielle ou l'itinérance. **La présence de plusieurs conditions ou maladies ne**

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Publications (ordre chronologique décroissant)	Extraits
	devrait en aucun cas être un critère d'exclusion d'un programme ou d'un service. **Le gouvernement du Québec reconnaît que le décloisonnement des problématiques, particulièrement celles en dépendance, en santé mentale et en itinérance, ainsi que l'adoption d'une vision globale de la personne s'imposent.** Ainsi, la préoccupation d'offrir une réponse adéquate et adaptée aux besoins des personnes les plus désaffiliées, en particulier, est primordiale. Le PAID soutient une vision et des orientations fortes quant à l'importance de déployer des soins et services en santé mentale et en dépendance intégrés. **L'organisation des services devrait être centrée sur la personne et sur l'ensemble de ses besoins (psychosociaux, sociaux, physiques), permettre une fluidité et une flexibilité, et ce, toujours dans une approche de partenariat entre l'intervenant, la personne et ses proches.** Concrètement, une vision intégrée des services implique une réduction des limites organisationnelles et cliniques, une révision des critères d'accès aux services et un travail de proximité. Par exemple, l'idée selon laquelle les personnes doivent traiter leur dépendance avant de bénéficier de services en santé mentale doit être changée. Un changement de paradigme s'impose afin que l'organisation et la prestation des services soient réellement adaptées aux réalités et aux besoins des personnes
Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026 - Pour le mieux-être des personnes hébergées (2022) [19]	Page III : Toutes les personnes hébergées en milieu de vie et de soins de longue durée méritent de se sentir chez elles. Avec ce plan d'action, nous voulons favoriser leur mieux-être, qu'elles vivent avec une déficience intellectuelle ou physique, un trouble neurocognitif majeur, un trouble du spectre de l'autisme, un problème de santé mentale ou une dépendance. Page 1-2 : Les milieux d'hébergement de longue durée n'accueillent pas uniquement des personnes âgées, mais aussi des adultes de tous âges ayant différents profils de besoins, comme les personnes avec : • Un trouble mental ; près de 20 % de la population québécoise serait touchée ; • Un vécu d'itinérance, des comportements à risque ou un trouble associé à l'utilisation de substances psychoactives ; approximativement 10 % des personnes ayant des besoins d'hébergement de longue durée ont un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives Page 8 : Le milieu de vie étant un déterminant social important de la santé et un élément fondamental du rétablissement, la présence de troubles mentaux dans le présent ou le passé d'une personne ne peut être un frein à l'accessibilité à une ressource d'hébergement de longue durée. Les soins, les services et l'accompagnement doivent donc être

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Publications (ordre chronologique décroissant)	Extraits
	adaptés aux besoins et réalités spécifiques des personnes hébergées présentant des troubles mentaux et des mécanismes de collaboration et de soutien clinique doivent être mis en place entre les différents programmes et modalités de services Mesures pour le déploiement : Mesure 1 : gouvernance : gestionnaires de tous les secteurs concernés pour une offre intégrée de soins et services qui tient compte de l'ensemble des profils de clientèles hébergées
Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée - Des milieux de vie qui nous ressemblent (2021) [3]	Page I : Priorité : créer des milieux de vie qui mettent tout en place pour assurer la qualité de vie et le mieux-être de toutes les personnes hébergées et des plus vulnérables, qu'ils soient aînés en perte d'autonomie, avec une déficience intellectuelle ou physique, vivant avec un trouble neurocognitif majeur, un trouble du spectre de l'autisme, un problème de santé mentale ou une dépendance Pages 9 à 12 : portrait des personnes en hébergement de longue durée Page 28 à 32 : Orientation 2 : assurer une réponse aux besoin spécifiques des personnes : • En soutenant l'autonomisation des personnes âgées • En orientant les efforts vers le rétablissement des personnes présentant un trouble mental • En améliorant la qualité de vie des personnes avec une dépendance ou en situation d'itinérance
Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026 - Reconnaître pour mieux soutenir (2021) [20]	Page 28. Mesure 20 : Mettre à contribution les membres des ordres professionnels du domaine de la santé mentale et des relations humaines dans la reconnaissance et le soutien des personnes proches aidantes (PPA). Page 47. Mesure 45 : Poursuivre le développement des services de répit hors domicile avec nuitées Les maisons de répit répondent aux besoins des PPA qui soutiennent des aidés de diverses réalités : aînés, personnes présentant une DP, une DI, un TSA, une maladie chronique, un problème de santé mentale ou un jeune en difficulté
Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026 – S'allier devant l'itinérance (2021) [14]	Pages 60-61 : La présence de troubles mentaux dans le présent ou le passé d'une personne ne peut être un frein à l'accessibilité à d'autres services ou à une ressource d'hébergement et de soins de longue durée Page 65 : Les personnes ayant besoin de soins et de services en santé mentale peuvent également être aux prises avec différentes problématiques, notamment la dépendance, des problèmes de santé

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Publications (ordre chronologique décroissant)	Extraits
	physique ou des incapacités fonctionnelles, une déficience intellectuelle, un TSA, la judiciarisation, l'instabilité résidentielle ou l'itinérance. La présence de plusieurs conditions ou maladies ne devrait en aucun cas être un critère d'exclusion d'un programme ou d'un service. Le gouvernement du Québec reconnaît que le décloisonnement des problématiques, particulièrement celles en dépendance, en santé mentale et en itinérance, ainsi que l'adoption d'une vision globale de la personne s'imposent. Ainsi, la préoccupation d'offrir une réponse adéquate et adaptée aux besoins des personnes les plus désaffiliées, en particulier, est primordiale. Le PAID soutient une vision et des orientations fortes quant à l'importance de déployer des soins et services en santé mentale et en dépendance intégrés. L'organisation des services devrait être centrée sur la personne et sur l'ensemble de ses besoins (psychosociaux, sociaux, physiques), permettre une fluidité et une flexibilité, et ce, toujours dans une approche de partenariat entre l'intervenant, la personne et ses proches. Concrètement, une vision intégrée des services implique une réduction des limites organisationnelles et cliniques, une révision des critères d'accès aux services et un travail de proximité. Par exemple, l'idée selon laquelle les personnes doivent traiter leur dépendance avant de bénéficier de services en santé mentale doit être changée. Un changement de paradigme s'impose afin que l'organisation et la prestation des services soient réellement adaptées aux réalités et aux besoins des personnes
Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 (2018) [16]	Page 19 : Certaines particularités propres aux personnes aînées en lien avec la consommation d'alcool, d'autres drogues et la pratique de jeux de hasard et d'argent doivent être considérées dans l'offre de services lorsque cela s'applique. Notamment, l'enjeu du vieillissement de la population est à considérer. Les ressources spécialisées en dépendance font face à une clientèle vieillissante qui requiert une attention particulière. Par exemple, l'évaluation des pertes cognitives d'une personne est complexifiée par la consommation, ce qui peut entraîner l'absence de prise en charge de sa situation par les intervenants. Également, les normes de consommation d'alcool à faible risque peuvent être différentes et feront l'objet de travaux.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 3. Axes d'action

Les propositions ont été formulées afin de couvrir neuf axes d'action, inspirées principalement du Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 [2], auprès des personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de SM/D/I ainsi que leurs proches.

Axes d'action	Définition
Promotion-prévention	Cet axe comprend des actions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux auprès de la population générale et de groupes de population ou dans des contextes particuliers. Ces actions contribuent à l'optimisation de la santé mentale pour l'ensemble des personnes concernées, qu'elles présentent ou non des troubles mentaux [2].
Intervention de crise	Cet axe comprend plusieurs actions de rehaussement et de consolidation de services destinés aux personnes vivant de la détresse psychologique ou se trouvant en situation de crise. Les services à rehausser ou à consolider appartiennent à l'offre des services sociaux généraux à la population, qui occupe une place importante dans le continuum de services en santé mentale. Cet axe présente également des actions de consolidation et de mise en œuvre de pratiques mixtes d'interventions psychosociales et policières de proximité [2].
Partenariat avec les organismes communautaires	Cet axe comprend des actions afin de soutenir les organismes communautaires dans la réalisation de leur mission et de réaffirmer par le fait même l'importance de ceux-ci dans le continuum de services en santé mentale. La contribution des organismes communautaires nationaux et régionaux est d'une grande richesse, tant pour l'adaptation des services aux besoins et aux préférences des personnes, de la famille et de l'entourage que pour l'implantation de pratiques innovantes en santé mentale [2].
Proches-familles	Cet axe porte sur les actions afin de soutenir la qualité de vie des proches de personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance.
Amélioration de l'accès	Cet axe regroupe les actions touchant l'amélioration de l'accès aux soins et aux services à la population ainsi qu'à certains groupes ciblés. Dans les dernières années, une attention et une importance particulières ont été accordées à l'organisation et à l'adaptation des services afin que les personnes présentant des troubles mentaux ou des symptômes y étant associés, avec ou sans problématique concomitante, soient servies rapidement et efficacement. Ainsi, une intégration des soins et des services a été mise de l'avant, les services de proximité ayant été privilégiés. Les actions de cet axe visent l'amélioration de l'accès aux soins et aux services en santé mentale.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Axes d'action	Définition
	De plus, les trajectoires seront révisées pour que l'accessibilité, la fluidité, l'équité et l'efficience des soins et des services en santé mentale soient améliorées. Aussi, la consolidation et le déploiement des mesures de suivi dans la communauté (soutien de base non intensif [SBNI], soutien d'intensité variable [SIV], suivi intensif dans le milieu [SIM], suivi d'intensité flexible [SIF] se poursuivront afin d'offrir un nombre minimal de places reconnues pour chaque programme [2].
Alternatives aux hospitalisations	Cet axe regroupe des actions qui visent à prévenir l'hospitalisation ou à abréger celle-ci ainsi qu'à favoriser le maintien ou un retour rapide de la personne dans son milieu de vie [2].
Concertation et amélioration des pratiques	Cet axe regroupe les actions qui visent à rendre disponibles les données probantes et à les intégrer dans le développement des pratiques en santé mentale. Certaines actions visent le soutien et la formation des gestionnaires, des intervenants et des partenaires dans le développement de leurs compétences, l'implantation des bonnes pratiques, la transformation des services et l'exercice de leurs responsabilités. D'autres visent à améliorer la concertation entre les différentes instances engagées dans l'organisation et la prestation de soins et de services ainsi qu'à améliorer le suivi de la performance des établissements, dans un objectif d'amélioration continue [2].
Structure de gouvernance	Cet axe pour sur l'organisation des services devrait être centrée sur la personne et sur l'ensemble de ses besoins (psychosociaux, sociaux, physiques), permettre une fluidité et une flexibilité, et ce, toujours dans une approche de partenariat entre l'intervenant, la personne et ses proches. Concrètement, une vision intégrée des services implique une réduction des limites organisationnelles et cliniques, une révision des critères d'accès aux services et un travail de proximité [2]. Les gestionnaires de tous les secteurs concernés pour une offre intégrée de soins et services qui tient compte de l'ensemble des profils de la clientèle concernée [19].
Autres	Toutes les autres actions qui visent à soutenir les personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.