RÉSEAU UNIVERSITAIRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

RUISSS

Université de Montréal

Vers des soins intégrés en santé mentale, dépendance et itinérance chez les aînés

Une revue narrative de la littérature

Rédigée par :
Jean-François Carmel, MD, FRCPC
Gérontopsychiatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, coresponsable du sous-comité SAPA, santé mentale, dépendance et itinérance du Comité du RUISSS de l'UdeM sur le vieillissement

27 janvier 2025

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

Table des matières

Introduction 3
Méthodologie 4
Résultats 4
Synthèse globale des résultats *4*
Perspectives sur les services et programmes en santé mentale à l'international *5*
Perspectives sur les interventions liées à la consommation de substances *8*
Perspectives sur les interventions en matière d'itinérance *8*
Pistes et perspectives en recherche *10*
Discussion 10
Conclusion 13
Références 14

© 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

Le système de santé canadien est confronté à l'un de ses plus grands défis, car sa population vieillit rapidement. En effet, les prévisions indiquent qu'en 2036, 24,5 % de la population sera âgée de plus de 65 ans [1]. Les troubles mentaux sont courants chez les personnes âgées. La dépression chez les aînés entraîne des coûts élevés pour les patients et leurs familles. La dépression tardive est particulièrement fréquente, avec une dépression majeure touchant 2 à 5 % des personnes âgées vivant dans la communauté [2]. Entre 6 et 10 % répondent aux critères d'un ou de plusieurs troubles anxieux. Les troubles psychotiques primaires ont, quant à eux, une prévalence sur 12 mois de 0,03 à 0,5 % chez les personnes âgées [3].

Plusieurs études suggèrent également que l'usage de drogues chez les aînés est en augmentation. Au Québec, le pourcentage de personnes de 65 ans et plus qui consomment des drogues est passé de 0,7 % en 2008 à 1,9 % en 2015. En ce qui concerne la consommation d'alcool, on estime qu'environ 15,7 % des individus âgés de 65 à 69 ans et 11 % des 70 à 75 ans ont une consommation excessive au Québec [4]. La qualité de vie et la capacité fonctionnelle des personnes âgées présentant des problèmes de santé mentale sont considérablement affectées, entraînant des coûts de santé accrus, du stress familial et un risque accru de suicide. Le besoin d'accroître l'accès des personnes âgées au soutien en santé mentale est bien reconnu, en particulier pour celles souffrant de maladies chroniques [5].

Les soins de santé doivent donc s'adapter pour mieux répondre aux besoins de la population âgée. Parmi les services prioritaires à intégrer pour les adultes âgés, tels que rapportés dans la littérature, les services de santé mentale, en itinérance et de lutte contre les dépendances émergent comme une priorité pour la population gériatrique [6]. L'intégration de ces services aux soins primaires est essentielle pour améliorer significativement la qualité de vie et les résultats de santé de ces populations.

La coordination des actions gouvernementales est marquée par une multitude de politiques et de programmes hautement interdépendants, qui fonctionnent parfois en silos [7]. Une étude populationnelle a montré des coûts accrus associés à la présence de troubles mentaux chez les adultes âgés ayant des affections chroniques, atteignant 600 $ par personne. Toutefois, malgré le lourd fardeau associé aux troubles mentaux, les études populationnelles indiquent que moins de 50 % de ces patients reçoivent un traitement adéquat [8].

Ainsi, il apparaît essentiel de repenser l'organisation des soins destinés aux personnes âgées souffrant de problèmes de santé mentale, de dépendance ou en situation d'itinérance. Dans ce contexte, le sous-comité SAPA[1]/santé mentale/dépendance/itinérance a reçu le mandat, de la part du Comité du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université de Montréal sur le vieillissement, de formuler plusieurs propositions visant à optimiser l'offre de services et de soins pour ces populations vulnérables.

Ce mandat inclut également la nécessité d'identifier les enjeux rencontrés dans d'autres systèmes de santé et d'examiner les initiatives et programmes développés ailleurs. Pour ce faire,

[1] SAPA : Soutien à l'autonomie des personnes âgées

© 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.

une revue narrative de la littérature a été réalisée afin de mieux comprendre les pratiques exemplaires et les approches innovantes sur ce sujet.

Méthodologie

Le sous-comité souhaitait explorer la littérature internationale des dix dernières années afin d'identifier des pistes de solutions susceptibles de répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et présentant des problèmes de santé mentale, de consommation ou d'itinérance. Dans cette optique, l'expertise de Madame Amy Bergeron, bibliothécaire de l'Université de Montréal, pour nous accompagner dans l'élaboration de la méthodologie de cette revue narrative.

Concernant la stratégie de recherche, une recherche préliminaire a d'abord été effectuée afin de vérifier l'existence de revues antérieures portant sur ce sujet. Au cours de cette étape, le « Recueil de pratiques exemplaires pour améliorer la santé mentale des aînés au Canada » de la Commission de la santé mentale du Canada, rédigé par la Dre Marie-France Tourigny Rivard, a été identifié. L'accès à ce recueil a permis de recenser divers services disponibles avant 2019. Les lecteurs sont invités à consulter ce document pour de plus amples informations sur les services accessibles jusqu'en 2019 [9]. Toutefois, des revues de la littérature traitant du sujet n'ont pas été repérées après cette date.

La stratégie de recherche finale a ensuite été établie en combinant plusieurs mots-clés et termes MeSH. Les détails de cette stratégie sont présentés en annexe. Les articles en français et en anglais indexés dans Medline et CINAHL, publiés entre janvier 2014 et novembre 2024, ont été inclus. La recherche a été élargie à la littérature grise en utilisant le moteur de recherche Google.

Les critères d'inclusion comprenaient les études portant sur les enjeux, interventions, programmes ou initiatives ciblant la population gériatrique en perte d'autonomie et présentant des problèmes de santé mentale, de dépendance ou d'itinérance. Les critères d'exclusion concernaient les articles rédigés dans une langue autre que le français ou l'anglais, ainsi que ceux portant exclusivement sur des populations ne relevant pas de la démographie gériatrique.
Le tri et la sélection des études ont été effectués par l'auteur principal de cette revue narrative (JFC). Étant donné la nature de la revue et des objectifs du sous-comité, une analyse quantitative n'a pas été menée et une analyse qualitative des résultats a été privilégiée.

Résultats

Synthèse globale des résultats

Après une recherche initiale, 133 résultats ont été identifiés provenant de la littérature scientifique et 11 documents issus de la littérature grise, pour un total de 144 résultats. Suite à l'évaluation des titres et des résumés, 61 articles issus de la littérature scientifique ont été retenus, ainsi que les 11 documents de la littérature grise pour une révision du texte complet.

Lors de l'analyse des textes complets, les articles les plus pertinents ont été sélectionnés. Au terme de cette étape, un total de 37 documents a été jugé pertinent. Plus précisément, 32 articles provenant de la littérature scientifique ont été retenus. Concernant la littérature grise, certains

© 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.

documents ont permis d'explorer des programmes mis en œuvre dans d'autres régions, notamment dans d'autres provinces canadiennes, en Australie et en Grande-Bretagne. Au total, 5 documents de la littérature grise ont été retenus.

Perspectives sur les services et programmes en santé mentale à l'international

Tout d'abord, au niveau local, une étude a été identifiée concernant le programme Participe-présent, développé au Québec, qui promeut la participation communautaire. Une équipe formée d'intervenants, de représentants des aînés et de chercheurs du Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS) et de l'Équipe de recherche en partenariat Vieillissements, exclusions sociales et solidarités (VIES) ont créé le programme Participe-présent. Celui-ci vise la participation communautaire des aînés qui vivent avec des problèmes de santé mentale ou des difficultés psychosociales. Cette démarche vise à soutenir la création d'environnements favorables à l'inclusion de cette clientèle vulnérable [10].

Un seul autre article d'une autre province canadienne a été identifié, soit le rapport « Improving Access and Coordination of Mental Health and Addiction Services: A Provincial Strategy for all Manitobans » qui met en lumière les défis importants liés au soutien des personnes âgées au Manitoba face au vieillissement rapide de la population. L'une des problématiques urgentes est la capacité limitée à traiter des conditions complexes telles que la démence, la dépression et les troubles liés à la consommation de substances ou aux dépendances, incluant la gestion du risque accru de suicide dans cette tranche d'âge. Avec le vieillissement de la population, la demande de services dans divers milieux de soins augmente également, un phénomène désigné par l'expression « aging in place ». Cette tendance se manifeste dans des contextes tels que le Selkirk Mental Health Centre (SMHC), les équipes du Programme de traitement communautaire intensif (PACT), les maisons de soins résidentiels, les logements supervisés, et même les établissements correctionnels comme Winding River [11]. Un nombre croissant de communautés développent des programmes conçus pour améliorer l'identification, le traitement et le suivi des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées à domicile. Un rapport récent conclue que malgré tous les obstacles financiers et administratifs, de nombreuses communautés trouvent des moyens de fournir ces services. Sur le plan clinique, on discute de l'importance de l'évaluation des besoins, de l'addition de services complémentaires, de la gestion des médicaments et de l'utilisation dès le départ d'outils d'évaluation clinique. Sur le plan administratif, on discute de l'importance de l'adaptabilité du programme, des partenariats, des sources de référencement, de la croissance du soutien, de la participation aux discussions et d'équilibrer les ressources [12]. Un autre défi majeur réside dans les limitations des résidences pour personnes âgées (personal care homes, PCH)[2], qui peinent à offrir un soutien adéquat aux personnes âgées ayant des diagnostics de troubles mentaux, en particulier ceux présentant des troubles du comportement. À cela s'ajoute le problème généralisé de l'isolement social parmi les aînés, qui nécessite des efforts accrus de sensibilisation et une collaboration renforcée entre les ressources communautaires [11].

Au Québec, le système de santé distingue les services de santé mentale des services pour les aînés (SAPA). Cette séparation permet une prise en charge spécialisée, adaptée aux besoins

[2] Ces milieux se rapprochent plus des résidences pour personnes âgées (RPA ou « retirement home ») avec un peu plus de services. Toutefois, ces milieux n'offrent pas le même niveau de soins qu'un « nursing home » qui serait l'équivalent des CHSLD.

© 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.

spécifiques de chaque groupe. D'une manière similaire, en Grande-Bretagne, le programme « National Health Service (NHS) Continuing Care » désigne l'ensemble des soins financés par le NHS pour les personnes ayant des besoins de soins de santé complexes à long terme, à domicile ou en centre de soins de longue durée. Le NHS offre également des services de santé mentale dans divers contextes, notamment les soins primaires, les services communautaires et les soins aigus. Bien que ces services s'adressent à tous les adultes, une attention particulière est accordée aux personnes âgées dans le cadre de la santé mentale. Le soutien spécialisé pour le trouble neurocognitif majeur et la santé mentale est donc fourni par le NHS, mais les autorités locales (unités de gouvernement local) sont responsables des services sociaux. Étant donné le chevauchement inhérent de ces fonctions, de nombreuses localités coordonnent leurs activités via des équipes multidisciplinaires composées de professionnels enregistrés (par exemple, psychiatres, travailleuses sociales, infirmières en santé mentale) et de travailleurs auxiliaires [13].

Le « NHS Long Term Plan » met l'accent sur un accès cohérent aux soins et services de santé mentale pour les personnes âgées atteintes de troubles tels que la dépression, l'anxiété et les troubles mentaux graves. De plus, le NHS a développé le « Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults », visant à intégrer les services et à garantir que les personnes âgées reçoivent des soins et services de santé mentale adaptés au sein de la communauté. Dans le « Mental Health Delivery Plan 2021-2022 », on note tout d'abord qu'on ne voit pas d'intégration de soutien à l'autonomie. Par contre, de manière intéressante, on note que les aspects liés aux soins et services concernant les troubles neurocognitifs sont intégrés dans le plan en santé mentale [14]. On remarque que les initiatives du NHS partagent des objectifs similaires à ceux du Québec dans l'orientation des soins et services aux personnes âgées ayant des enjeux de santé mentale, notamment l'identification précoce et l'accès à une évaluation spécialisée à l'échelle de toute la communauté, l'amélioration de la compréhension des problèmes de santé mentale et de la démence par le personnel non spécialisé, l'augmentation de la qualité et de la coordination des soins et services spécialisés et généraux pour les personnes présentant des troubles mentaux ou de troubles neurocognitifs, la facilitation des sorties précoces de l'hôpital avec des plans de soins appropriés, la maximisation de l'autonomie des individus, l'évitement ou le report de l'institutionnalisation, ainsi que l'amélioration du soutien aux aidants [14].

Depuis 2008, le programme « Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) » offre aux adultes en Grande-Bretagne des traitements psychologiques fondés sur des preuves pour les troubles mentaux courants (TMC), tels que la dépression et les troubles anxieux. Cependant, les inégalités dans l'accès à ces services n'ont pas été explorées à l'échelle nationale [15]. Parmi les objectifs fixés à long terme, on note, par exemple, l'augmentation de l'accès aux services IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) pour 1,6 million d'adultes et de personnes âgées. Les priorités spécifiques pour les années 2021 et 2022 incluaient l'amélioration de l'accès aux services IAPT pour les personnes âgées, soulignant l'engagement du NHS à répondre aux besoins spécifiques de cette population [14].

Les statistiques récentes estiment que les personnes âgées de 65 ans et plus au Royaume-Uni devraient vivre près de 50 % de leurs années restantes avec une condition physique ou mentale de longue durée limitante, ce qui augmente leurs besoins en soins et en soutien [5]. Plusieurs initiatives ont donc été développées afin d'intégrer des services en santé physique et en santé mentale. Par exemple, l'essai NIHR TEAM a évalué une unité intégrée dédiée à la santé mentale. On juge que les approches combinées pour la santé physique et mentale peuvent réduire l'utilisation des ressources en offrant une gestion plus proactive de ces deux dimensions [16].

© 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.

En Australie, plus de la moitié des personnes présentant des troubles mentaux ne reçoivent pas de soins professionnels en santé mentale [17]. Certains usagers des services de santé mentale présentent des symptômes persistants et des problématiques complexes qui entraînent des hospitalisations prolongées et récurrentes. Les « National Guidelines to Improve Coordination of Treatment and Supports for People with Severe and Complex Mental Illness », publiées par le Département de la Santé du gouvernement australien insistent sur l'importance de la coordination des soins et de la prise en compte des transitions de vie, mais ne semble pas comme son homologue britannique traiter de manière spécifique des dispositions spécifiques pour les personnes âgées [18]. Par contre, on note plusieurs initiatives qui ont tout de même été développées au niveaux local et national dans les dernières années pour la population gériatrique. Par exemple, l'État de Nouvelle-Galles du Sud (NSW) a financé l'initiative « Pathways to Community Living Initiative (PCLI) », conçue pour soutenir cette population dans leur transition vers un hébergement communautaire [19]. Ce programme a été développé en réponse au plan stratégique « Living Well: A Strategic Plan for Mental Health in NSW 2014–2024 », qui appelait à des alternatives communautaires aux soins hospitaliers de longue durée et à l'expansion des services de santé mentale communautaires. Le premier objectif du PCLI était de développer des options d'hébergement pour les personnes ayant à la fois des problèmes liés au vieillissement et des problèmes de santé mentale, adaptées aux besoins individuels. Cette initiative gouvernementale implique une collaboration entre les districts de santé locaux (services de santé mentale), les services communautaires, les centres d'hébergement, les soins primaires, ainsi que les personnes présentant de troubles mentaux et leurs familles/aidants. L'évaluation du programme PCLI en NSW a démontré que cette population peut maintenir son intégration dans la communauté avec un soutien approprié [20].

En 2020, le « Eastern Melbourne Primary Health Network (EMPHN) » s'est associé à l'hôpital St Vincent de Melbourne pour développer un programme pilote de soutien en santé mentale appelé le « Mental Health and Primary Care Partnership (MaP) ». Le programme MaP avait pour mission d'améliorer la qualité de vie et la santé mentale des personnes âgées de plus de 65 ans ayant des préoccupations en matière de santé mentale. Le programme a impliqué le développement d'un nouveau modèle travaillant en collaboration avec les services locaux de santé mentale existants et les soins primaires. Opérationnel de janvier 2020 pour une durée de 12 mois, le programme MaP a fourni un soutien gratuit et bref en matière d'intervention en santé mentale aux résidents vivant dans la communauté ou en centre d'hébergement. Le soutien était dispensé par une équipe multidisciplinaire comprenant une infirmière en santé mentale, un psychologue et un psychiatre [21].

En Irlande, une étude s'est penchée sur l'offre de service en gérontopsychiatrie en régions éloignées. L'équipe de Psychiatrie de la Vieillesse (*Psychiatry of Later Life*, POLL) d'East Galway a été créée en 2009. Il s'agit d'un service communautaire qui fournit des soins aux personnes âgées de 65 ans et plus présentant des troubles de santé mentale, ainsi qu'aux personnes atteintes de démence présentant des troubles comportementaux ou des symptômes psychiatriques. On accorde d'ailleurs dans cette initiative une importance de s'assurer que les points de vue des utilisateurs des services, des membres de la famille et des aidants soient au cœur de la conception et de la prestation des services de santé mentale, et d'inclure les utilisateurs des services dans la planification des soins [22].

Le système de santé aux États-Unis diffère davantage de celui du Québec que le système de santé en Grande-Bretagne, en Australie ou en Irlande. Toutefois, on relève tout de même une récente revue qui a examiné les interventions pouvant être mises en œuvre par des non-

© 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.

professionnels pour soutenir les besoins des aidants de personnes atteintes de démence. On discute de plusieurs interventions dont le projet « Resources for Enhancing Alzheimer's Caregivers (REACH II) », le « New York University Caregiver Intervention Program » qui représentent des exemples d'interventions multicomposantes réussies qui peuvent fournir des indications sur les caractéristiques des interventions efficaces et sur le rôle des différents prestataires de soins dans leur mise en œuvre. Le programme REACH II comprend neuf visites à domicile d'une heure, trois séances de suivi téléphonique, ainsi que des sessions de groupe de soutien par téléphone ou dans des centres. Enfin, le New York University Caregiver Intervention Program consiste en des séances de conseil individuelles et familiales ainsi qu'un groupe de soutien hebdomadaire [1].

Les soins infirmiers en santé mentale psychiatrique constituent une pratique spécialisée offrant des services complets tout au long du continuum, de l'identification des problèmes de santé mentale à la prévention et à la prise en charge des soins et traitements pour les personnes présentant divers troubles mentaux. Un article rapporte la mise en œuvre d'un service novateur local à Hong Kong, dirigé par des infirmières psychiatriques, conçu pour répondre aux besoins non satisfaits en matière de soins et services de santé mentale des adultes résidant dans des foyers pour personnes âgées [23].

Perspectives sur les interventions liées à la consommation de substances

Une étude a voulu documenter les caractéristiques des initiatives et pratiques d'intervention existantes auprès des personnes âgées qui consomment de l'alcool ou des drogues au sein de ressources d'hébergement et de soins de longue durée, et ce, afin de soutenir les décideurs dans l'amélioration des services et la qualité des soins. Les philosophies sous-tendant les pratiques d'intervention liées à la consommation de substances reflètent le difficile équilibre à trouver entre la santé, la sécurité et le respect des droits de la personne dans les milieux d'hébergement. Les pratiques se distribuent sur un continuum allant de l'exigence de l'abstinence à un « laisser-faire » vis-à-vis de la consommation. L'offre de services est variée, faisant intervenir des spécialités complémentaires afin de répondre aux besoins complexes de cette clientèle [24].

Une autre étude mentionne la pertinence d'avoir une évaluation économique des résultats des interventions afin d'établir la valeur des investissements dans des services ciblés pour cette population. Un autre thème récurrent dans les nombreuses interventions étudiées était l'importance d'établir une relation de confiance et de répondre aux besoins des individus en adoptant une approche globale. On souligne la nécessité de développer des protocoles explicites et des lignes directrices entre les services et les professionnels travaillant avec cette population pour garantir une communication et un partage d'informations efficaces entre les services, les soignants et les familles. On rapporte enfin le besoin de formations spécialisées et non spécialisées, ainsi que de systèmes de supervision et de soutien pour le personnel travaillant auprès des personnes âgées, qui peuvent ne pas se sentir en confiance ou manquer de connaissances sur ces problématiques et sur la manière d'y répondre ou d'orienter les cas [25].

Perspectives sur les interventions en matière d'itinérance

Les adultes célibataires de plus de 50 ans représentent le segment de la population connaissant la croissance la plus rapide dans les ressources d'hébergement d'urgence pour les personnes en situation d'itinérance en Amérique du Nord. La plupart des systèmes d'hébergement d'urgence

© 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 sans-abri et de soins aux personnes âgées ont de la difficulté à répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées en situation d'itinérance en raisons des politiques des refuges (interdiction des déambulateurs et de l'oxygène à domicile), des règles opérationnelles (pas d'accès de jour, durée de séjour maximale) et des caractéristiques physiques (lits superposés, escaliers). D'autre part, certaines exigences liées aux politiques de « tolérance zéro » concernant la consommation de substances excluent souvent de nombreux adultes âgés sans abri des établissements de soins pour personnes âgées. Pour certaines personnes, l'abstinence totale est inconcevable, tandis que d'autres la considèrent comme la meilleure option. Selon plusieurs études, les politiques de santé doivent intégrer une approche adaptée pour la mise en œuvre d'options de logement à long terme de cette population, que ce soit par abstinence ou par réduction des méfaits, en s'appuyant sur des données probantes pour déterminer quelles personnes bénéficieraient le plus de l'une ou de l'autre [26].

Un autre enjeu soulevé est que l'itinérance tardive survient dans un contexte de politique internationale de « vieillissement chez soi », selon lequel les personnes âgées sont censées bien vieillir dans leur maison et leur communauté, avec des services situés et délivrés par des programmes de soins à domicile communautaires. Cependant, le fait de ne pas avoir de domicile et/ou de famille pour fournir des soins constitue une contradiction immédiate, où vieillir dans la rue, dans des hébergements d'urgence ou dans des espaces publics devient une réalité [27]. Le concept de « vieillissement chez soi » idéalise le maintien dans son propre domicile et sa communauté au fil du temps, souvent sans tenir compte des désavantages qui excluent les personnes âgées n'ayant pas accès à un logement stable et soutenant. En réponse, des réflexions récentes ont élargi ce concept pour parler de « vieillissement au bon endroit » (Aging in the Right Place), reconnaissant la diversité au sein des populations âgées qui nécessitent différents types de logement, en fonction de leurs besoins spécifiques en matière de santé et de soutien social. On souligne également la nécessité d'une approche informée par les traumatismes pour les logements et les soutiens communautaires, reconnaissant comment les antécédents de vie marqués par l'instabilité du logement et les traumatismes impactent le vieillissement au bon endroit [28].

Plusieurs pistes de solutions sont proposées concernant l'itinérance chez les personnes âgées. La santé mentale et le bien-être occupent une place importante dans un récent programme gouvernemental britannique de prévention de l'itinérance. Le développement des obligations à impact social (*Social Impact Bonds*) vise à soutenir un groupe décrit comme le plus complexe et enraciné, à savoir les personnes vivant dans la rue, en incluant un soutien personnalisé en santé mentale [29]. Plusieurs rapportent l'importance de garantir un fournisseur de services constant et d'améliorer la collaboration entre les groupes communautaires et les professionnels, y compris le personnel hospitalier, en insistant sur le fait que les services de santé devraient être apportés là où se regroupent les personnes sans-abri [7]. Par exemple, un programme basé à Boston montre qu'une équipe composée d'une infirmière praticienne (NP) et d'un agent de santé communautaire (CHW) basé dans la communauté peut être efficace pour améliorer la situation en matière de logement, l'accès aux soins de santé primaires et les résultats de santé chroniques chez les femmes âgées en situation d'itinérance [30].

Par ailleurs, un nouvel établissement de soins pour personnes âgées, spécialement conçu pour répondre aux besoins élevés en matière de soins des personnes sans abri ou à risque d'itinérance, a été inauguré à Sydney, en Australie, en 2020. Une évaluation récente du programme révèle une économie par habitant des coûts pour le gouvernement sans qu'elle soit associée à une diminution de la qualité de vie rapportée par les résidents [31].

© 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.

Pistes et perspectives en recherche

En ce qui concerne la recherche, on ne trouve malheureusement que très peu d'études évaluant les perspectives de recherche. Les essais contrôlés randomisés sur les services hospitaliers sont difficiles à réaliser en pratique pour des raisons éthiques et pragmatiques. Des critères d'inclusion et d'exclusion stricts sont nécessaires pour garantir la sécurité, et les préférences des patients et de leurs familles peuvent limiter la faisabilité de la randomisation. Les essais sur des interventions complexes sont également vulnérables à des erreurs de fidélité, car le personnel soignant rencontre des difficultés pratiques à maintenir une distinction entre les groupes d'intervention et de contrôle [3]. En lien avec cette question, certains auteurs ont soulevé que les évaluations quantitatives ne détectaient pas les changements identifiés grâce à la recherche qualitative. Par conséquent, une utilisation accrue des méthodes de recherche qualitative pourrait permettre une compréhension plus approfondie des impacts [1]. Un autre article a soulevé des lacunes dans les soins de la dépression tardive et a identifié l'implication de soignants extérieurs à l'équipe de soins traditionnelle (ex. organismes communautaires et autres cadres de soins), comme une priorité de recherche [2].

Il est souvent souligné qu'une approche favorisant les partenariats avec d'autres environnements académiques est essentielle. À cet égard, la création de la NEESAMA (North East England South Asia Mental Health Alliance) est rapportée comme une initiative notable. Ce réseau académique et clinique se concentre sur les soins destinés aux personnes âgées et a pour objectif de collecter des données pilotes en Inde et au Népal concernant le soutien financier et les soins de santé offerts à cette population [32].

Au Canada, une autre initiative issue de la recherche visant à réduire l'utilisation des antipsychotiques a été menée entre 2014 et 2016 dans les centres d'hébergement de soins de longue durée de 6 des 13 provinces et territoires canadiens, sous la direction de Healthcare Excellence Canada. La province de Québec a rejoint cette initiative canadienne en 2018 avec la phase 1 du programme OPUS-AP [33].

Discussion

Plusieurs thèmes importants ressortent de la présente revue narrative, notamment au niveau de la collaboration intersectorielle, l'intégration des soins de santé, l'importance de la détection des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées, les enjeux liés au progrès technologiques et la nécessité de développer des mesures de performance et standardisation.

Tout d'abord, la collaboration intersectorielle est difficile mais essentielle pour répondre aux besoins complexes et globaux des personnes âgées fragiles. Il est nécessaire d'étudier l'influence des différents obstacles à la collaboration intersectorielle lors de la mise en œuvre d'un programme de soins intégrés. Selon une étude, la collaboration peut être facilitée par de bonnes relations professionnelles, qui peuvent être instaurées grâce à une formation sur les rôles professionnels respectifs [34]. Une étude discute de l'importance d'étendre les soins collaboratifs pour mieux inclure les organisations communautaires afin d'augmenter l'accès aux soins de santé et les services en itinérance. Les organismes communautaires sont dans une position unique pour aider le réseau public à fournir des soins et services en santé mentale, car ils connaissent souvent bien leur communauté et disposent d'un réseau établi pour accéder aux ressources locales et aux atouts communautaires. Les cliniques de soins primaires intégrant la 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.

devraient considérer la relation complexe entre les besoins sociaux et cliniques lors du traitement des personnes âgées et établir un réseau avec des partenaires potentiels parmi les organismes communautaires locaux [2].

D'autres auteurs se sont concentrés sur la coordination des actions gouvernementales pour ces populations âgées marginalisées. Les difficultés identifiées incluaient un manque de coordination entre les psychiatres et les médecins de soins primaires, des obstacles à l'accès aux services en personne et, par conséquent, des difficultés pour les personnes âgées à naviguer dans le système. Comme solutions, on propose un système de diffusion des politiques, des outils techniques, la prise de décision partagée, des structures d'équipe claires et une connaissance des compétences de chaque membre de l'équipe, ainsi que la création d'un centre de soins et d'un coordonnateur ou navigateur des soins [3]. On discute également de la création de réseaux pour faciliter la coopération, l'échange d'informations et l'apprentissage organisationnel pour les patients gériatriques ayant des préoccupations en matière de santé mentale [7]. Le rapport « An integrated approach to service delivery for people with multiple and complex needs », financé par l'Union européenne, aborde également comment l'intégration peut être une solution à la fragmentation des services. Il traite également du « Programme Prisma », de l'importance d'avoir à la fois des intégrations horizontales et verticales, et de l'impact majeur des réformes politiques d'intégration des services multiples depuis les années 1960 au Québec sur la coordination de la prestation des services à la population [35].

Par ailleurs, on rapporte les enjeux liés à la détection des problèmes en santé mentale dans la population gériatrique. La détection insuffisante des problèmes de santé mentale est attribuée dans certains cas à la présence de symptômes communs aux problèmes de santé physique et mentale, tels que la fatigue, ainsi qu'à un manque de sensibilisation aux problèmes de santé mentale parmi les professionnels de santé et les personnes âgées elles-mêmes [5].

D'autre part, s'adapter aux enjeux liés au progrès technologique sera un enjeu de taille dans les prochaines années. L'utilisation dans la population gériatrique de service, plateforme, outil ou intervention de santé délivré électroniquement (e-santé) a un potentiel considérable pour améliorer l'accès aux soins ainsi que pour soutenir la prestation de soins efficaces et efficients pour les personnes âgées. Toutefois, des obstacles à son adoption et à son utilisation subsistent. Les résultats d'une revue suggèrent que les personnes âgées sont plus susceptibles d'utiliser des services de e-santé qui tiennent compte de leurs besoins physiques et fonctionnels, offrent une éducation et une formation appropriées pour interagir avec la e-santé, abordent les expériences négatives passées et les idées fausses sur les technologies de santé numériques, et mettent en œuvre des stratégies pour renforcer la crédibilité et la fiabilité perçues des services de e-santé [4]. Un autre article présente des stratégies concrètes pour surmonter les obstacles identifiés, notamment l'accès à la technologie, la littératie numérique, ainsi que l'ambivalence et les défis de communication lors des consultations vidéo [36].

Enfin, à l'échelle internationale, il existe des impératifs politiques croissants pour garantir que les services de santé financés par des fonds publics démontrent leur efficacité et mesurent leur performance. Pour répondre à ces exigences, les prestataires de services doivent mesurer les résultats de leurs interventions. Les mesures de résultats standardisées permettent de fournir un

[3] C'est un terme en médecine transculturel indiquant des intervenants qui permettent d'aider les patients avec des barrières sur le plan de la langue et de la culture à naviguer dans le système 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.

retour d'information aux services, d'établir des références comparatives et de démontrer l'efficacité des approches thérapeutiques. Toutefois, on souligne des risques inhérents à la généralisation non critique de mesures standardisées à des populations spéciales à travers l'évaluation d'un outil clinique. Les résultats soulignent la nécessité d'adapter les mesures à la population âgée et de réévaluer les propriétés psychométriques spécifiques à toute mesure adaptée et à la population concernée et qu'il est nécessaire de développer un ensemble de mesures qui capturent les informations importantes [37]. Dans le « Mental Health Delivery Plan 2021-2022 », on inclut des propositions de suivi des performances, des métriques et des efforts accrus de collecte de données ont été introduits pour mieux évaluer les activités en santé mentale, notamment l'accès aux services IAPT, la durée de séjour dans les services d'hospitalisation aigüe pour adultes et personnes âgées et un taux estimé de diagnostic pour les personnes atteintes de démence. Ces initiatives traduisent une volonté d'améliorer l'intégration et l'efficacité des soins pour les adultes et les aînés, tout en tenant compte des disparités amplifiées par la crise sanitaire récente [14].

Une étude s'est penchée sur l'expérience vécue par les patients et les prestataires de soins. Des points de vue divergents existent concernant l'impact des modèles de prestation de soins de santé mentale « sans limite d'âge » ou définis par âge pour les adultes âgés présentant des troubles mentaux, rendant leur impact sur les besoins de cette population ambigu [38]. La Loi sur l'égalité (*Equality Act*), adoptée au Royaume-Uni en 2010, stipule que les services de santé mentale doivent être fournis en fonction des besoins plutôt que de l'âge, afin d'éviter que les personnes âgées ne passent à travers les mailles des services pour adultes et personnes âgées. L'interprétation de cette loi a conduit à un réalignement des services vers un modèle « sans limite d'âge » dans lequel les personnes âgées présentant des troubles mentaux sont systématiquement prises en charge par des services psychiatriques généraux pour adultes, tandis que les services pour personnes âgées se concentrent sur la gestion des symptômes neuropsychiatriques liés à la démence. Cependant, des inquiétudes ont été soulevées concernant les effets potentiellement négatifs de ce réalignement des services. Une revue évaluant l'efficacité des services psychiatriques pour les personnes âgées présentant des troubles mentaux ou les personnes atteintes de démence révèle la nécessité d'avoir des unités de santé mentale pour personnes âgées pour traiter les symptômes neuropsychiatriques chez les personnes atteintes de démence, la dépression et l'anxiété chez les personnes âgées présentant des troubles mentaux [3].

La présente revue narrative dispose de plusieurs points forts. Tout d'abord, elle intègre la littérature grise, offrant ainsi une perspective élargie et prenant en compte des rapports souvent absents des analyses des banques d'articles traditionnelles. Ensuite, la période couverte est à la fois récente et suffisamment étendue pour fournir une vue d'ensemble des évolutions dans le domaine. De plus, l'inclusion d'articles en français et en anglais permet de refléter une diversité de perspectives linguistiques et géographiques. Bien que cette revue narrative ait permis de recenser une quantité significative d'articles, elle présente néanmoins certaines limitations. Tout d'abord, bien que la littérature grise ait permis d'identifier plusieurs rapports provenant de différents systèmes de santé, cette approche reste moins formalisée. Cela limite l'accès à l'ensemble des rapports disponibles à l'échelle internationale, notamment ceux concernant certains programmes de santé qui pourraient ne pas être accessibles ou publiés. De plus, les critères d'exclusion basés sur la langue ont automatiquement exclu certains pays dont les langues principales ne sont ni le français ni l'anglais. Par conséquent, il est possible que des initiatives pertinentes provenant de ces pays aient été omises. Par ailleurs, les études incluses dans cette revue présentaient une grande variabilité en termes de méthodologie, de population

© 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.

cible, de contexte et de résultats. Cette hétérogénéité a rendu difficile une comparaison des articles sélectionnés. Enfin, la question de recherche choisie étant relativement large, cette revue narrative n'a pas pu explorer en profondeur certains aspects spécifiques du sujet. Ce type d'approche, par sa nature, privilégie une vision d'ensemble plutôt qu'une analyse détaillée.

Conclusion

La présente 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. Les principaux enjeux identifiés incluent une coordination insuffisante entre les acteurs du système de santé, des lacunes dans l'accès aux services spécialisés, et des défis liés à l'intégration des soins de santé mentale et physique.

Avec le vieillissement de la population canadienne, le nombre de personnes présentant des troubles de l'humeur et anxieux augmentera de 23 % au cours des 20 prochaines années, atteignant 4,9 millions de Canadiens. Les coûts excédentaires annuels des soins de santé (c'est-à-dire les visites ambulatoires, les hospitalisations, les honoraires versés aux médecins et les médicaments en ambulatoire couverts par le régime public) associés aux troubles dépressifs et anxieux chez les personnes âgées au Canada ont été estimés à 1,5 milliard de dollars [8]. Ces chiffres mettent en lumière l'urgence de transformer les soins et services pour mieux répondre aux besoins croissants de cette population.

Les défis auxquels sont confrontées les personnes âgées incluent l'âgisme, des comorbidités physiques et cognitives accrues, un accès réduit aux services de santé mentale et une entrée plus précoce en établissement de soins pour personnes âgées [39]. Clarifier ce qui se cache derrière le terme générique de « complexité » peut également doter les prestataires de services des connaissances nécessaires pour concevoir des programmes qui ne discriminent pas sur la base de critères d'éligibilité liés à l'âge chronologique et tentent de s'attaquer au désavantage avant qu'il ne s'accumule tard dans la vie [27].

Des initiatives internationales, comme celles menées au Royaume-Uni, en Australie et au Canada, montrent que des modèles intégrés, axés sur la collaboration intersectorielle, la participation communautaire et l'inclusion des aidants, peuvent améliorer la qualité de vie et les résultats de santé pour cette population vulnérable. Cependant, les milieux d'hébergement et de soins de longue durée restent souvent peu outillés pour accompagner les résidents âgés en perte d'autonomie qui présentent des problèmes de santé mentale et qui consomment des substances psychoactives.

En conclusion, cette revue appelle à une transformation systémique des soins, en intégrant des approches innovantes et inclusives pour relever les défis croissants liés au vieillissement et à la santé mentale. Il est impératif de tenir compte des particularités locales, des leçons apprises à l'international, et de renforcer les capacités des prestataires de soins pour répondre aux besoins complexes de cette population.

© 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. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Dionne E, Haggerty J, Scott CM, Doucet S, Stewart T, Quesnel-Vallee A, Montelpare W, Urquhart R, Sutherland JM, Couturier Y: **Toward Comprehensive Care Integration in Canada: Delphi Process Findings from Researchers, Clinicians, Patients and Decision Makers**. *Healthc Policy* 2023, **19**(SP):24-38.
7. 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).
8. 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.
9. 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.
10. Aubin G, Parisien M, Billette V, Beauchamp J, Smele S: **[Le programme Participe-present aupres d'aines vivant avec une problematique de sante mentale ou des difficultes psychosociales affectant leur participation communautaire : resultats d'une etude pilote sur sa faisabilite]**. *Can J Aging* 2024, **43**(1):1-11.
11. 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.
12. Reifler BV, Bruce ML: **Home-based mental health services for older adults: a review of ten model programs**. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014, **22**(3):241-247.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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**

© 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.

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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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).
26. Nixon LL, Burns VF: **Exploring Harm Reduction in Supportive Housing for Formerly Homeless Older Adults**. *Can Geriatr J* 2022, **25**(3):285-294.
27. 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).
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. 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-**

© 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.

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.
34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. 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.
38. 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.
39. McKay R, Jackson K: **What are the evidence bases for developing models of rehabilitation for older people with mental illness in Australia?** *Australas Psychiatry* 2023, **31**(5):601-606.

© 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

Stratégie de recherche préparée et exécutée par Madame Amy Bergeron, M.S.I., Bibliothèque de la santé, Université de Montréal

Sources et stratégies de recherche

Medline (Ovid) 2024-11-26

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to November 25, 2024>

#	Search	Results
1	exp Aged/	3604503
2	(old* adj2 (people or age* or adult*)).tw,kf.	330182
3	1 or 2 **[older people]**	3731296
4	Mental Disorders/ or Mental Health/	242970
5	exp "Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders"/	168005
6	Dementia/ or Alzheimer Disease/	185824
7	exp Substance-Related Disorders/	323316
8	Ill-Housed Persons/	10454
9	(substance adj3 disorder*).tw,kf.	29703
10	(homeless* or ill-hous* or under-house* or (precarious* adj2 hous*)).tw,kf.	15411
11	(mental* adj2 (ill* or health* or disorder*)).tw,kf.	345144
12	(schizophren* or psychos*).tw,kf.	347288
13	4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 **[vulnerability: mental health issues, homelessness]**	1247716
14	Delivery of Health Care/ or Delivery of Health Care, Integrated/	138597
15	((program* or service*) adj5 (model* or develop* or implement* or optimi* or improv* or evaluat* or plan* or governan* or structur* or organi?ation* or process* or coordinat* or administrat* or deliver*)).tw,kf.	453846
16	14 or 15 **[health services delivery/governance]**	572126
17	3 and 13 and 16 **[results 1 : older vulnerable people, health services delivery/governance]**	9129
18	Health Services Needs and Demand/	55868
19	(need* adj3 assess*).tw,kf.	55477
20	18 or 19 **[needs assessment/health services needs]**	109086
21	3 and 13 and 20 **[results 2 : older vulnerable people, needs assessment/health services needs]**	3299
22	17 or 21 **[results, version A : older vulnerable people AND (health services delivery/governance OR needs assessment/health services needs)]**	11853
23	(model* or develop* or implement* or optimi* or improv* or evaluat* or plan* or governan* or structur* or organi?ation* or process* or coordinat* or administrat* or deliver* or need*).ti.	4455841
24	22 and 23	3591
25	limit 24 to yr="2014 -Current"	1895
26	limit 25 to (english or french) **[both results, limited to the last ten years, with keywords for needs/governance in title]**	1843
27	9 or 10 or 11 or 12 [vulnerability issues, kw only]	674523
28	2 and 15 and 27 **[older vulnerable people, health services delivery/governance, kw only]**	1655

© 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.

#	Search	Results
29	2 and 19 and 27 [older vulnerable people, needs assessment/health services needs kw only]	217
30	28 or 29 [older vulnerable people AND (health services delivery/governance OR needs assessment/health services needs), kw only]	1833
31	23 and 30 [results, version B : older vulnerable people AND (health services delivery/governance OR needs assessment/health services needs), kw only, keywords for needs/governance in title]	514
32	limit 31 to yr="2014 -Current"	372
33	limit 32 to (english or french) [results, version B: older vulnerable people AND (health services delivery/governance OR needs assessment/health services needs), kw only, keywords for needs/governance in title, last ten years, English/French only – first 200 screened for relevance]	368
34	(canada or canadian or quebec or vancouver or montreal or toronto).tw,kf,jw.	421091
35	22 and 34	575
36	limit 35 to yr="2014 -Current" [results, version A : older vulnerable people AND (health services delivery/governance OR needs assessment/health services needs), last ten years, limited to results with terms for Canada – first 100 screened for relevance]	311
37	(australia or england or britain or british).tw,kf,jw.	941659
38	22 and 37	947
39	limit 38 to yr="2014 -Current" [results, version A : older vulnerable people AND (health services delivery/governance OR needs assessment/health services needs), last ten years, limited to results with terms for Australia & the UK – first 100 screened for relevance]	558
40	review*.ti.	820423
41	15 and 22 and 40	265
42	limit 41 to yr="2014 -Current"	211
43	limit 42 to (english or french) [results, version A : older vulnerable people AND (health services delivery/governance OR needs assessment/health services needs), last ten years, limited to review articles – all 209 screened for relevance]	209

CINAHL Complete (EBSCOhost) 2024-11-26

#	Question	Résultats
S4	S1 AND S2 AND S3	43
S3	TI ((program* or service*) N4 (model* or develop* or implement* or optimi* or improv* or evaluat* or plan* or governan* or structur* or organi?ation* or process* or coordinat* or administrat* or deliver*))	37,713
S2	TI (substance N2 disorder*) OR (TI (homeless* or ill-hous* or under-house* or (precarious* N1 hous*))) OR (TI (mental* N1 (ill* or health* or disorder*))) OR (TI (schizophren* or psychos* or dementia* or alzheimer*))	206,475
S1	TI (old* N1 (people or age* or adult*))	72,419

© 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.

Google pour la littérature grise, 2024-11-26

Requête	# résultats approx	# résultats exportés
older adults mental illness|substance abuse|homelessness|dementia intitle:delivery|coordination|governance canada|united kingdom|australia filetype:pdf	4 280	3
older adults mental illness|substance abuse|homelessness|dementia intitle:delivery|coordination|governance NHS filetype:pdf	2270	1
older adults mental illness|substance abuse|homelessness|dementia intitle:delivery|coordination|governance site:gov.uk filetype:pdf	1070	4
older adults mental illness|substance abuse|homelessness|dementia intitle:delivery|coordination|governance site:.ca filetype:pdf	401	2

© 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.