

Les
Cahiers
du
CREGÉS

Pour une gérontologie sociale du XXI^e siècle

Numéro 2012, vol. 2

Kareen Nour
Marijo Hébert
Jean-Pierre Lavoie
Alan Regenstreif
Bernadette Dallaire
Isabelle Wallach
Nona Moscovitz

Évaluation du programme communautaire de santé mentale du CSSS Cavendish pour les plus de 60 ans



Centre de recherche et d'expertise
en gérontologie sociale

Centre de santé et de services sociaux
Cavendish
Health and Social Services Centre
Affilié universitaire



La collection **Les cahiers du CREGÉS** a pour thème général la gérontologie sociale et vise à diffuser:

- des communications en congrès scientifiques;
- des versions préliminaires d'articles;
- des recensions des écrits;
- des rapports de recherche, etc.

Les textes qui y sont présentés sont l'œuvre des membres chercheurs, étudiants ou praticiens du Centre de recherche en gérontologie sociale (CREGÉS). Ces cahiers ont pour objectif d'encourager et de soutenir les membres du CREGÉS dans la création et le partage de savoirs de même que de diffuser rapidement les résultats de recherche. Ainsi, un cahier de recherche se construit au fur et à mesure que des documents intéressants sont présentés au comité de rédaction, ces documents réunis, ils constituent alors un cahier de recherche qui sera publié dans les plus brefs délais.

N'hésitez pas à utiliser **Les cahiers du CREGÉS** pour partager vos résultats récents et assurer la diffusion de vos publications.

Pour plus d'informations, visitez notre site Internet
www.creges.ca

ISBN – 978-2-922582-19-2 (version imprimée) | ISBN – 978-2-922582-20-8 (version pdf)

Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés
©2012 Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale

Dépôt légal – 3^e trimestre 2012
Bibliothèque et Archives nationales du Québec/ Bibliothèque et Archives Canada

Évaluation du programme communautaire de santé mentale du CSSS Cavendish pour les plus de 60 ans

Rapport de recherche

Kareen Nour, Ph.D., Chercheure, Direction de santé publique de la Montérégie et chercheure associée au Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS) du CSSS Cavendish-CAU

Marijo Hébert, M.Sc., Professionnelle de recherche au CREGÉS, CSSS Cavendish-CAU

Jean-Pierre Lavoie, Ph.D., Chercheur au CREGÉS, CSSS Cavendish-CAU

Alan Regenstreif, MSW., TSP, coordonnateur de la pratique de pointe en santé mentale et vieillissement au CSSS Cavendish-CAU

Bernadette Dallaire, Ph.D., Professeure agrégée, École de Service social, Université Laval

Isabelle Wallach, Ph.D., Professeure au Département de sexologie, Université du Québec à Montréal et chercheure, Clinique médicale l'Actuel

Nona Moscovitz, MSW., Chef d'administration de programmes de santé mentale au CSSS Cavendish-CAU

Table des matières

LISTE DES ACRONYMES	4
MISE EN CONTEXTE	5
CHAPITRE 1 : RÉSUMÉ DE LA PROBLÉMATIQUE	6
1.1. LA DESCRIPTION DE LA PROBLÉMATIQUE : LES AÎNÉS AVEC DES PSM	6
1.2. LES PROGRAMMES POUR LES ADULTES ET LES AÎNÉS AVEC DES PSM ET LEURS ÉVALUATIONS.....	6
1.3. LA SITUATION AU QUÉBEC.....	7
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIES DE RECHERCHE	8
2.1. OBJECTIFS ET TYPES DE MÉTHODOLOGIES	8
2.2. ÉVALUATION DE PROCESSUS	8
2.2.1. <i>L'analyse d'implantation du programme : du PCSM 60+ au PSMA</i>	9
2.2.2. <i>L'analyse du processus des SSSM 60+ au sein du PSMA</i>	9
2.3. EXPLORATION DES RÉPERCUSSIONS DES SSSM 60+ AU SEIN DU PSMA	9
2.4. STRATÉGIES DE COLLECTES ET D'ANALYSE DE DONNÉES.....	10
2.4.1. <i>Une revue documentaire</i>	10
2.4.2. <i>Une enquête auprès des intervenants et des responsables du PCSM 60+ et du PSMA</i>	11
2.4.3. <i>Une enquête auprès des usagers</i>	11
CHAPITRE 3	17
PREMIÈRE PARTIE : LE PCSM 60 + : HISTORIQUE ET DESCRIPTION	17
3.1. UNE IDÉE QUI FAIT SON CHEMIN	17
3.2. L'INSTAURATION DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE AUX PERSONNES ÂGÉES AU CLSC RC.....	18
3.3. LE PCSM 60+ (1999-2009 AU CLSC RC)	19
3.3.1. <i>Les quatre grands volets</i>	19
3.3.2. <i>Deux concepts fondamentaux</i>	20
3.3.3. <i>Premier volet : les services directs à la population</i>	20
3.3.4. <i>Deuxième volet : Les collaborations et les partenaires de la communauté</i>	23
3.3.5. <i>Troisième volet : la recherche</i>	24
3.3.6. <i>Quatrième volet : la formation</i>	24
3.4. L'IMPLANTATION DU PCSM 60+ AU CLSC NDG-MO (2004-2009)	24
DEUXIÈME PARTIE : PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE ET DU PCSM 60+	25
3.5. LE PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE EN 1999	25
3.6. LE PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE POUR LA PÉRIODE 2004 À 2009.....	28
3.6.1. <i>Le nombre d'usagers desservis</i>	29
3.6.2. <i>Les données sociodémographiques des usagers</i>	29
3.6.3. <i>La quantité d'interventions</i>	30
3.6.4. <i>Les lieux d'interventions</i>	31
3.6.5. <i>La proportion des usagers desservis par type d'intervenant</i>	32
3.6.6. <i>La proportion d'interventions réalisées par type d'intervenants</i>	33
3.6.7. <i>L'intensité des services par catégorie d'intervenants</i>	34
3.6.8. <i>La prévalence des PSM</i>	35
3.6.9. <i>Les raisons de l'intervention</i>	36
CHAPITRE 4	41
PREMIÈRE PARTIE : LES SERVICES SPÉCIALISÉS EN SANTÉ MENTALE 60+ (SSSM 60+) DU PROGRAMME DE SANTÉ MENTALE ADULTE (PSMA)	41
4.1. L'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE	41
4.2. LA DESCRIPTION DU PSMA	42
4.2.1. <i>Premier volet : les services directs à la population</i>	42

4.2.2 Deuxième volet : les collaborations et les partenaires de la communauté.....	46
4.2.3. Troisième volet : la recherche.....	47
4.2.4. Quatrième volet : la formation.....	47
DEUXIÈME PARTIE: ÉVALUATION DES SSSM 60+ AU SEIN DU PSMA	48
4.3. RÉSUMÉ DU DEVIS DE RECHERCHE ET DES PARTICIPANTS REJOINTS	48
4.4. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES, DE SANTÉ ET COMPORTEMENTALES	48
4.5. OFFRE DE SERVICE	54
4.6. VARIABLES DE PROCESSUS.....	56
4.7. VARIABLES DE RÉPERCUSSIONS.....	58
4.8. ANALYSES CORRÉLATIONNELLES.....	62
4.9. ANALYSES DE RÉGRESSION.....	63
4.10. DISCUSSION	63
4.10.1. Une offre de service optimale?.....	64
4.10.2. Explorer la boîte noire dans l'offre de service :l'importance des variables de processus.....	66
4.10.3. Répercussions des SSSM 60+ et que penser du modèle conceptuel du mécanisme de changement....	67
CHAPITRE 5 : QUESTIONS DE DÉPART ET RÉPONSES	70
5.1. EST-CE QUE LE PROGRAMME OFFERT AUX CLIENTÈLES ÂGÉES DU CSSS CAVENDISH EST EFFECTIVEMENT CELUI IMAGINÉ ET CONÇU EN 1999?	70
5.2. EST-CE QUE LE PROGRAMME ATTEINT SES OBJECTIFS D'AMÉLIORER LA SANTÉ MENTALE À COURT TERME POUR LA CLIENTÈLE CIBLÉE?.....	70
CHAPITRE 6 : RECOMMANDATIONS.....	71
6.1. REVOIR LA PHILOSOPHIE DU PROGRAMME	71
6.1.1. Positionner l'alliance thérapeutique et l'empowerment au cœur des interventions à offrir en santé mentale gériatrique.....	71
6.1.2. Redéfinir et resituer les notions fondamentales de l'autonomie psychosociale et des comportements à risque	72
6.1.3. Utiliser des modèles d'intervention qui tiennent compte des particularités liées au vieillissement et des problématiques psychosociales.....	72
6.1.4. Clarifier les champs d'intervention.....	72
6.1.5. Évaluer les besoins pour déterminer le lieu des services : à domicile ou en établissement.....	72
6.2. REVOIR LES FACTEURS ORGANISATIONNELS	73
6.2.1. Ajouter des ressources humaines.....	73
6.3. RÉFLÉCHIR SUR LES MODALITÉS DE PRESTATION	73
6.3.1. Harmoniser l'offre de service.....	73
6.3.2. Réduire le temps d'attente.....	73
6.3.3. Favoriser la collaboration entre les programmes.....	73
6.3.4. Établir des liens avec les partenaires et le continuum de soins.....	74
6.3.5. Continuer de développer un réseau communautaire de services de santé mentale gériatriques.....	74
6.3.6. Offrir des services aux proches aidants.....	74
CHAPITRE 7 : FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	75
7.1. FORCES ET LIMITES DE L'ANALYSE D'IMPLANTATION.....	75
7.2. FORCES ET LIMITES DE L'ANALYSE DES RÉPERCUSSIONS.....	75
CHAPITRE 8 : CONCLUSION	76
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	77
LISTE DES TABLEAUX.....	84
LISTE DES FIGURES.....	85
LISTE DES ANNEXES	86

Liste des acronymes

AVD :	Activités de la vie domestique
AVQ :	Activités de la vie quotidienne
CLSC :	Centre local de services communautaires
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NDG–MO :	Notre-Dame-de-Grâce–Montréal-Ouest
PALV :	Programme pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
PARBAS:	Psycho-geriatric And Risk Behaviour Assessment Scale
PCSM 60+ :	Programme communautaire en santé mentale pour les adultes âgés de 60 ans et plus
PSM :	Problèmes de santé mentale
PSMA :	Programme de santé mentale-adulte
RC :	René-Cassin
RSSS :	Réseau de la santé et des services sociaux
SAD :	Services à domicile
SGS :	Services de gérontologie sociale (ancienne dénomination pour le PCSM 60+)
SSSM 60+ :	Services spécialisés de santé mentale auprès de personnes âgées de 60 ans et plus

MISE EN CONTEXTE

Le Québec voit sa population vieillir rapidement (ministère de la Famille et des Aînés, 2008) et on estime que le tiers des aînés présenteront des problèmes de santé mentale (PSM), incluant des troubles mentaux graves, qui nécessiteront une intervention dans les prochaines décennies (Bartels & Smyer, 2002). Offrir des services adéquats à la clientèle âgée aux prises avec des problèmes de santé mentale¹ représente un défi colossal pour les services sociaux et de santé, car cette clientèle est sous-desservie et sous-diagnostiquée (Cohen, 2001). Ainsi, au Québec, comme dans les autres provinces canadiennes, on se questionne sur la façon de desservir efficacement cette clientèle vulnérable en première ligne.

Or, depuis plus de 10 ans, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Cavendish, Centre affilié universitaire en gérontologie sociale, par ses deux Centres locaux de services communautaires (CLSC), soit le CLSC René-Cassin (RC) et le CLSC de Notre-Dame-de-Grâce-Montréal-Ouest (NDG-MO), offrent des services cliniques de 1^{ère} ligne novateurs à la clientèle âgée de son territoire. Ces services se veulent à la fine pointe : ils découlent de l'expertise des cliniciens y œuvrant ainsi que des meilleures pratiques présentées dans les écrits scientifiques et les documents officiels nationaux et internationaux dans le domaine.

C'est en 1999 que le Programme communautaire de santé mentale 60 + (PCSM 60+) du CLSC René-Cassin se met en place pour offrir des services spécialisés en santé mentale pour les personnes âgées de 60 ans et plus souffrant de PSM. Au cours des dix années qui suivront, le programme subira d'importantes transformations. En effet, en 2004-2005, le Plan d'action ministériel en santé mentale réorientera la vision, la philosophie et les mandats des services de santé mentale pour toute la population, incluant les adultes plus âgés. En 2008-2009, le PCSM 60+ s'intégrera au Programme santé mentale-adulte (PSMA). On ne parlera plus d'un programme spécifique pour la population âgée, mais plutôt de services spécialisés de santé mentale pour les personnes âgées de 60 ans et plus (SSSM 60+). Si cette transformation dans les services ne remettra pas en question la promotion et le développement de pratiques et de services de pointe en santé mentale, il apparaîtra néanmoins important d'évaluer le volet gérontologique des services de santé mentale. En effet, à notre connaissance, la philosophie, les activités cliniques et de recherche dans le domaine des pratiques gérontologiques en santé mentale des SSSM 60+ demeurent uniques au Québec. Ainsi, avant même de songer à exporter ou implanter les services dans d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, l'équipe s'est posée deux questions :

- 1- Est-ce que le programme de santé mentale offert aux clientèles âgées de son territoire est effectivement celui imaginé et conçu en 1999?
- 2- Est-ce que le programme atteint ses objectifs de santé à court terme pour la clientèle ciblée?

Pour répondre à ces questions, trois objectifs sont poursuivis par le projet de recherche : *Évaluation du programme communautaire de santé mentale du CSSS Cavendish pour les plus de 60 ans*² :

- 1- Décrire l'évolution du PCSM 60+ depuis sa conceptualisation, en 1999, jusqu'à son intégration dans le PSMA (2009).
- 2- Analyser les processus influençant la mise en œuvre des services spécialisés de santé mentale (SSSM 60+) pour les personnes âgées de 60 ans et plus, à l'intérieur du PSMA, et les résultats.
- 3- Explorer les répercussions, à court terme, des SSSM 60+ sur diverses dimensions de santé des usagers.

¹Dans le présent document, seront utilisés de façon synonyme : problèmes de santé mental et troubles de santé mentale. Les deux appellations se retrouvent dans la littérature scientifique ainsi que dans les documents de référence qui ont été consultés.

²Cette recherche évaluative a bénéficié d'une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) qui en a rendu la réalisation possible.

CHAPITRE 1 : RÉSUMÉ DE LA PROBLÉMATIQUE

1.1. La description de la problématique : les aînés avec des PSM

Le vieillissement de la population jumelé, dans les années 1960, à la désinstitutionalisation des individus hospitalisés pour des problèmes psychiatriques au Canada (Depla et al., 2003; Dorvil & Guttman, 2005), a fait augmenter, de façon importante, le nombre d'aînés de 60 ans et plus ayant un ou des PSM et vivant dans la communauté. Plus d'un aîné sur quatre présente un PSM (Bartels et al., 2004; Narrow et al., 2000). Les PSM désignent des diagnostics psychiatriques (*i.e.* dépression majeure, schizophrénie) associés à une détresse et à un dysfonctionnement significatifs ainsi qu'à d'autres risques élevés, dont le décès et la perte de liberté (APA, 2000). Les PSM, chez les aînés, peuvent engendrer des problématiques sévères et récurrentes telles : 1- les comportements à risque; 2- de faibles niveaux de fonctionnement et d'autonomie; 3- une aggravation des symptômes psychiatriques et médicaux; 4- une comorbidité excédant les ressources; 5- une réduction du bien-être, de la qualité de vie, de l'intégration et du respect dans la communauté; 6- une augmentation des coûts de santé et des services sociaux (Bartels, 2003; Kilbourne et al., 2005; Nour et al., 2011; Nikolova, Carignan, Moscovitz & Demers, 2004; USDHHS, 1999).

Ces constats suscitent l'inquiétude des communautés, des intervenants, des chercheurs et de diverses instances en santé publique (Bartels, 2003, 2004; Nour et al., 2011; USDHHS, 1999). Tous considèrent qu'il est prioritaire d'identifier les meilleures pratiques pour les services communautaires de santé mentale œuvrant auprès des aînés avec des PSM. Au Canada, bien que l'on encourage l'adaptation des programmes de santé aux besoins spécifiques des plus âgés (Romanow, 2002), on reconnaît, du même coup, le manque d'écrits empiriques sur les meilleures pratiques en santé mentale auprès des aînés (Kirby & Keon, 2004). À ce jour, le rapport de Kirby et Keon (2004) et certaines études internationales préconisent une approche biopsychosociale à domicile centrée sur les besoins des aînés aux prises avec des PSM et portée par une équipe interdisciplinaire spécialisée (Miranda, Moscovitz, & D'Altilia, 2003).

1.2. Les programmes pour les adultes et les aînés avec des PSM et leurs évaluations

Au cours des années, on assiste à l'émergence de programmes communautaires pour les adultes aux prises avec des PSM. Leurs buts sont : 1) le maintien dans le milieu de vie; 2) la prise en compte de la multiplicité des besoins; 3) le développement ou la préservation de l'autonomie et; 4) l'intégration dans la communauté (CSMQ, 1997). Dans l'ensemble, ces programmes débutent par un dépistage proactif, suivi d'une évaluation des besoins et le développement d'un plan d'intervention. Les services sont dispensés dans la communauté par une équipe multidisciplinaire, le plus souvent à domicile. Les types de services offerts incluent l'intervention de crise, le suivi dans la communauté, l'hospitalisation partielle et le suivi ambulatoire ainsi que les soins psychiatriques à domicile (Olson, 1990). Le programme « Assertive Community Treatment » (ACT) est un exemple qui se démarque depuis quelques années (Gomory, 2002). Toutefois, il adopte une perspective biomédicale (*i.e.* participation basée sur la présence d'un diagnostic et un suivi assuré par des psychiatres/infirmiers) et la gestion de cas se fait en équipe multidisciplinaire (Bartels et al., 2002; Bruce et al., 2002; Donnelly & MacCourt, 2002; Myers & Harper, 2004).

Les répercussions de ces programmes sont notables. D'un point de vue clinique (*efficacité*), il y a amélioration du fonctionnement général et satisfaction des usagers, réduction des symptômes psychiatriques et amélioration de la qualité de vie. D'un point de vue économique (*efficacité*), il y a réduction de l'usage et des coûts reliés aux services, amélioration du dépistage et réduction de réadmission et des jours d'hospitalisation (Ackerman et al., 2003; Bartels et al., 2004; Florio et al., 1998; Kohn et al., 2002; Rabins et al., 2000; Robbins et al., 2000). Toutefois, il y a peu d'évaluations à devis quasi-expérimental ou expérimental et la plupart des évaluations n'explorent pas les répercussions des programmes sur les dimensions psychosociales.

Aucune évaluation d'implantation n'est quant à elle recensée alors que peu d'études ont été réalisées dans des contextes communautaires canadiens.

1.3. La situation au Québec

Devant l'absence de politiques de santé adaptées aux besoins spécifiques des aînés aux prises avec des PSM (Plan d'action en santé mentale : 2005-2010 du MSSS, 2005) et devant la croissance de cette population, plusieurs CSSS se mettent à réfléchir sur les soins à leur offrir et sur la manière de mieux les desservir. L'implantation d'équipes interdisciplinaires, la réorganisation des soins et l'intégration de nouvelles pratiques afin d'offrir des services communautaires et du soutien biopsychosocial à cette population sont perçues comme nécessaires (Bartels, et *al.*, 2005, Ciechanowski et *al.*, 2004). Certaines équipes prodiguant ce type d'intervention se forment au Québec et dans le reste du Canada (MacCourt, 2008; Pauzé & Gagné, 2005). Toutefois, en 2008, et selon une recension exhaustive des écrits sur les meilleures pratiques en santé mentale communautaires des dix dernières années, il semble qu'il n'existe qu'un seul programme qui inclurait l'ensemble des meilleures pratiques identifiées par la littérature: le PCSM60+ (Nour et *al.*, 2011).

CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIES DE RECHERCHE

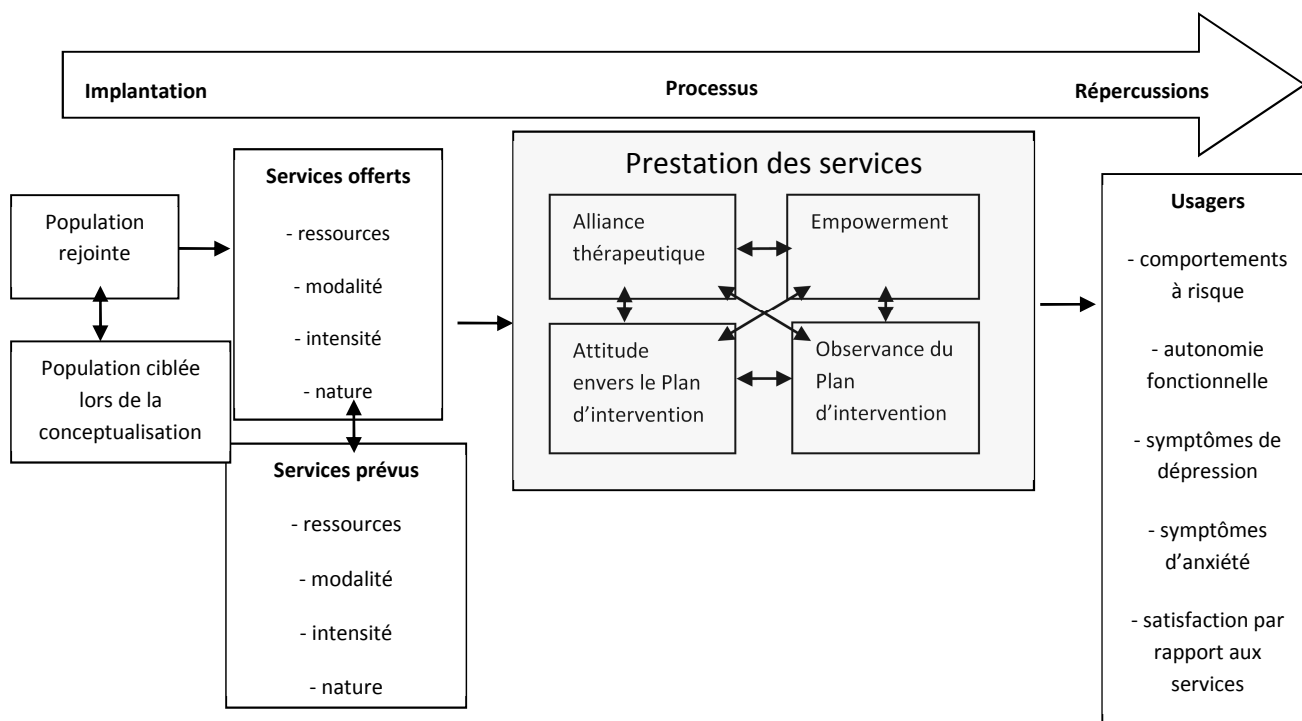
2.1. Objectifs et types de méthodologies

Afin de répondre aux trois objectifs du projet de recherche, deux types d'évaluation ont été préconisés : une évaluation de processus et une évaluation des effets. Le protocole de recherche a été composé de trois volets:

- 1) une étude transversale sur le programme, de sa conceptualisation (1999) à son application actuelle (2010) pour les usagers qui débutent le programme PSMA au CSSS Cavendish;
- 2) une étude basée sur un devis longitudinal de six mois sur les effets liés à la prestation des services pour ces usagers;
- 3) une étude s'appuyant sur un devis longitudinal de six mois relatif à l'exploration des répercussions des services de SSSM 60+ sur des dimensions de santé des usagers.

La figure 1 illustre le modèle conceptuel du mécanisme de changement sur lequel s'est appuyée l'évaluation des SSSM 60+. Cette dernière sera décrite et présentée en détails dans les pages suivantes.

Figure 1 : Modèle conceptuel du mécanisme de changement sur lequel s'appuie l'évaluation du SSSM 60+.



2.2. Évaluation de processus

L'évaluation de processus se divise en une analyse d'implantation et une analyse des processus. Elle est primordiale afin d'explorer le fonctionnement du programme (écart entre le programme planifié au départ et celui offert actuellement) et pour analyser les dynamiques du programme (implication des participants, relation avec l'intervenant) ainsi que les facteurs qui l'influencent.

2.2.1. L'analyse d'implantation du programme : du PCSM 60+ au PSMA

L'analyse d'implantation vise à répondre à diverses questions afin de s'assurer que le programme offert rejoint ses objectifs fixés (Bishop & Vingilis, 2006; Calsyn et al., 2005; Condandriopoulos et al., 2000; Dunn & Bentall, 2007; Garfield & Bergin, 1994; Health Education Unit Communication, 2002; Morse, Calsyn, Allen & Kenny, 1994). Est-ce qu'on rejoint la population cible? Est-ce que les services prévus (nombre de rencontres, type de services, nombre de personnes suivies et sur la liste d'attente) respectent les critères préétablis? Est-ce que l'intensité des services est suffisante (combinaison de services à l'intérieur du CSSS et avec d'autres établissements, durée du suivi)? Quelles sont les ressources connexes en place (présence d'aidants et implication d'organismes communautaires)? Quelles sont les ressources humaines nécessaires à l'intervention (nombre, composition de l'équipe)? Quelles sont les ressources matérielles nécessaires pour la mise sur pied et le fonctionnement d'un tel programme (coût, financement et équipement)? Quelles sont les modalités de prestation des services (lieux d'intervention)?

2.2.2. L'analyse du processus des SSSM 60+ au sein du PSMA

L'analyse du processus s'intéresse au cheminement d'une personne lors de l'intervention. Comment progresse-t-elle? Quel sont les effets de l'intervention sur sa santé? À cette fin, le modèle du mécanisme de changement proposé par Bishop & Vingilis (2006) ainsi que les résultats de consultations auprès des intervenants nous ont amené à explorer quatre variables de processus liées de près à l'évolution de l'utilisateur lors de la prestation de services (voir figure 1) :

- 1- L'alliance thérapeutique, soit la relation de confiance entre l'utilisateur et ses intervenants (Calsyn et al., 2005; Dunn & Bentall, 2007; Howgego et al., 2003).
- 2- L'observance du plan d'intervention, soit la prise de médicaments, telle que prescrite, ainsi que l'assistance et la participation active aux rencontres psychosociales (Dunn & Bentall, 2007; Fernandez, Evans, Griffiths & Mostacchi, 2006).
- 3- L'attitude face au plan d'intervention, soit l'ensemble des éléments d'auto-évaluation ou les attentes d'un individu à l'égard d'une situation (Corrigan, 2002; Tabor & Lopez, 2004).
- 4- L'*empowerment*, soit le rôle actif joué par l'utilisateur pour contrôler sa vie, sa santé et son rétablissement, et ce, en prenant bien sa médication, en utilisant les ressources disponibles et en mettant en œuvre des stratégies de gestion (Kirby & Keon, 2004; Klam, McLay & Grabke, 2006). Les cinq facteurs qui englobent le concept (l'estime de soi, le pouvoir, l'activisme, le contrôle, et la colère) permettent d'évaluer le degré de participation de l'utilisateur au plan d'intervention.

Les quatre variables sont étroitement liées aux processus de restructuration cognitive (*i.e.* avoir confiance en soi, comprendre son PSM et ses conséquences) et d'adoption de nouveaux comportements favorables à la santé (*i.e.* prendre sa médication, participer à des activités sociales) visant l'amélioration de l'état psychosocial et physique de la personne vivant avec des PSM (Bandura, 1977; Bishop & Vingilis, 2006).

2.3. Exploration des répercussions des SSSM 60+ au sein du PSMA

Une étude des répercussions a également déjà été effectuée. Celle-ci n'a cependant pas fait l'objet principal de la recherche. Elle consistait à explorer l'atteinte des objectifs visés par les services offerts par l'équipe SSSM 60+ pour certains indicateurs de santé qui ressortaient dans la littérature comme parmi les plus susceptibles d'être influencés.

1- Les comportements à risque amènent un dysfonctionnement sur les plans personnel et social présentant un danger pour la santé et la sécurité des individus (*i.e.* consommation d'alcool) et celle des autres. Ils déstabilisent les environnements sociaux et physiques et compromettent l'autonomie et le maintien à domicile des personnes. Les comportements se répartissent sur un continuum, qui débute avec des risques qui ont peu d'effets, jusqu'à des risques qui sont fréquents et qui peuvent mettre en danger la vie des individus ayant des PSM (Bartles, Levine & Shea, 1999; Dallaire *et al.*, 2000; Moscovitz, 2000).

2- La perte d'autonomie fonctionnelle correspond aux limitations des fonctions et à la restriction des activités sociales (Henrard, 1979). Elle se décline en trois niveaux : la déficience, l'incapacité et le handicap. Les écrits soutiennent que les aînés qui vivent avec un PSM mettent en péril leur autonomie fonctionnelle, alors qu'on observe un développement des incapacités et une réduction des ressources (*i.e.* isolement social dû à la maladie) qui pourraient pallier certaines incapacités (Arcand & Hébert, 1994; Cohen 2001; Kohn *et al.*, 2002).

3- Les symptômes de dépression amènent l'individu à ne plus s'engager dans ses activités de la vie quotidienne, domestiques et sociales. Définie comme un état durable de profonde tristesse et d'abattement, la dépression se caractérise par une augmentation de la fréquence et la diminution de la maîtrise des crises d'angoisse ou de panique et une augmentation du taux de détresse, menant au suicide (DSM-IV, 1994).

4- Les symptômes de l'anxiété regroupent : 1) un sentiment d'un danger imminent, une appréhension de quelque chose d'indéfini, d'inconnu, de troubles diffus; 2) une attitude d'attente devant ce danger; 3) une sensation de désarroi (Arcand & Hébert, 1994). Ces symptômes affectent le déroulement normal de la vie quotidienne. Ainsi, une personne « anxieuse » peut éprouver de la difficulté à gérer certains aspects de sa vie, comme les relations sociales, les rapports familiaux, le travail ou les études (DSM-IV, 1994).

5- La satisfaction des services offerts est l'état psychologique d'un individu, donnant son appréciation quant aux services et aux soins qu'il reçoit. Elle se décompose en satisfaction générale face aux services, aux comportements, aux habiletés des professionnels et à l'efficacité des services (Ruggeri & Tansella, 1996). Cette satisfaction influence la poursuite et l'utilisation des services de santé mentale ainsi que l'adhérence aux traitements et leurs répercussions (Kalman, 1983; Ruggeri & Tansella, 1996). Cette variable aurait pu être (et est probablement) une variable de processus également, mais elle ne fut évaluée qu'en fin de traitement. C'est pour cette raison qu'elle fut considérée comme une variable d'effet.

2.4. Stratégies de collectes et d'analyse de données

Trois stratégies de collecte de données ont été retenues pour atteindre les objectifs fixés. Chacune de ces stratégies cible des populations de participants et adopte des méthodes d'analyses différentes.

2.4.1. Une revue documentaire

Pour documenter l'historique et l'évolution du PCSM 60+ (objectif #1) entre 1999 et 2009 et les services de SSSM 60+ au sein du PSMA, une recension et un examen documentaire ont été réalisés. Premièrement, les informations liées au PCSM 60+, et son évolution, ont été recueillies à partir de tous les documents produits (*i.e.* articles scientifiques, documents de travail, d'information et de promotion) au cours des années. D'autres documents, plus récents, ont été consultés pour décrire le PSMA et les SSSM 60+ (2010).

Deuxièmement, d'autres informations ont été recueillies à partir des bases de données des archives du système I-CLSC. Il s'agit de statistiques que les intervenants ont eu à compléter sur chacun des usagers suivi durant la période allant de 2004 à 2009. Afin d'avoir des données comparables entre les années de référence, les données de la période 2004 à 2009, pour le CLSC RC, et celles de la période 2006 à 2009, pour le CLSC de NDG-MO, ont été considérées. Notons que 2006 fut l'année où le cadre normatif du Plan d'action du PCSM60+

a été appliqué par les intervenants au CLSC de NDG–MO. Des analyses quantitatives descriptives ont aussi été menées.

2.4.2. Une enquête auprès des intervenants et des responsables du PCSM 60+ et du PSMA

Dans le but de documenter l’historique et l’évolution du programme (objectif #1) entre 1999 et 2009 ainsi que le service tel qu’actualisé aujourd’hui, des entretiens et des groupes de discussion ont été menés auprès des intervenants et des responsables des programmes du CSSS Cavendish.

D’abord, quatre entretiens individuels, d’une durée moyenne de 60 minutes, ont été réalisés sur le lieu de travail avec deux responsables des SSSM 60 + à l’aide d’un guide contenant une dizaine de questions ouvertes.

Puis, deux *focus group*, d’une durée de 90 minutes, ont été réalisés au CLSC de NDG–MO et au CLSC RC au mois de mai 2010. Une douzaine d’intervenants offrant des SSSM 60+ ont participé sur une base volontaire. Un guide contenant une dizaine de questions a servi à mener la discussion. Il couvrait sensiblement les mêmes sujets que ceux abordés au cours des entretiens individuels.

Les entretiens individuels et les *focus groups* ont été enregistrés puis retranscrits. Il a fallu organiser, reformuler et reconstruire les transcriptions des entretiens et des notes afin d’effectuer une analyse adéquate du matériel (Bardin, 1977; Crabtree & Miller, 1999). Ce processus s’est réalisé par étapes. Le matériel qualitatif a été soumis à une analyse qualitative de contenu selon les règles de Thomas (2006, dans Blais & Martineau, 2007). Le logiciel QDA Miner a été utilisé aux fins d’analyse.

Enfin, dans le but de décrire sommairement l’offre de service actuelle des SSSM 60+ (objectif #1), un bref questionnaire quantitatif maison, axé sur les processus et répercussions des SSSM 60+ offerts au sein du PSMA, a été complété par les gestionnaires de cas pour chacun des usagers participant à l’enquête (voir section 2.4.3). Des données ont été colligées pour identifier le CLSC (NDG ou RC) qui offrait les services à l’usager, le type de gestionnaire de cas³, le diagnostic de santé mentale de l’usager, les sources de revenus déclarées par l’usager, le temps d’attente en jours entre la demande de service et la première rencontre, les modes d’intervention, le nombre total d’interventions, les lieux d’intervention, les intervenants impliqués, la proportion d’actions de concertation, les raisons sous-jacentes à l’intervention, les types d’actes, la cessation de l’intervention et ses motifs.

2.4.3. Une enquête auprès des usagers

Dans le but de documenter les processus et les répercussions des SSSM 60+(objectifs 2 et 3) offerts aux clients via le PSMA (2010), une enquête synthétique a été réalisée auprès des usagers.

2.4.3.1. Participants et processus de recrutement

Pour pouvoir participer à l’enquête, les usagers devaient être assignés à un gestionnaire de cas du SSSM 60+ entre septembre 2009 et juin 2010 et devaient consentir à participer à l’étude. Certains usagers ont été exclus:

1. ceux qui ne semblaient pas avoir les capacités cognitives pour consentir et répondre aux questions;
2. ceux qui ne parlaient ni français, ni anglais;
3. ceux qui n’avaient pas de domicile fixe ou étaient considérés violents.

Le processus de recrutement s’est déroulé selon une démarche systématique et rigoureuse en raison de la vulnérabilité des usagers recrutés. Par le biais d’une grille prévue à cet effet, la spécialiste en activités cliniques

³ La gestion de cas est une stratégie axée sur le client en vue de dispenser des services de santé et de soutien de qualité en utilisant les ressources disponibles de manière efficace et efficiente pour aider l’usager à vivre une vie saine dans son milieu et selon ses capacités.

du programme PSMA a fourni le nom et le numéro de téléphone de tous les usagers qui avaient fait une demande de services et qui pouvaient être admis au projet de recherche. Ces personnes ont été référées au responsable du projet après le triage.

Tous les usagers admissibles ont été contactés afin de leur décrire le projet de recherche, ses implications et obtenir leur consentement verbal à participer à l'étude. Chaque usager était libre de consentir ou non au projet. Ceux qui ont accepté ont été contactés dans le but de fixer un rendez-vous pour le premier entretien. Les participants ont reçu une compensation de 20\$ par entrevue en guise de remerciement pour leur participation.

2.4.3.2. Devis

Le devis global de l'enquête (processus et répercussion) est une étude à cas unique. Un devis longitudinal sans groupe de comparaison a été utilisé. Un questionnaire standardisé et quantitatif a été administré aux usagers participant lors des trois temps de mesure: avant (T1), trois mois (T2) et six mois plus tard (T3). Il comprenait des échelles de mesure standardisées visant à évaluer les dynamiques du programme et les répercussions sur la santé. Afin de documenter la prestation de services, une section de nature qualitative complétait le questionnaire. Les entrevues ont duré 90 minutes en moyenne. Il y a eu un pré-test du questionnaire dans ses deux versions (française et anglaise) auprès de quatre usagers âgés présentant un profil en santé mentale.

Lorsque le projet fut approuvé par le comité d'éthique du CSSS Cavendish, les participants ont lu et signé le formulaire de consentement lors de la première entrevue, soit au temps de mesure 1. Toutes les entrevues (n=31) ont eu lieu au domicile des participants ou au CLSC, selon leur convenance.

2.4.3.3. Variables à l'étude et échelles de mesure

Des données descriptives ont été colligées afin de décrire l'échantillon et les services reçus.

Au niveau des variables individuelles, quelques questions ont découlé de l'enquête de santé du Québec (Institut de la statistique du Québec, 2008). Outre les questions sur l'âge et le pays d'origine, des questions à choix multiples ont été posées en lien avec le genre, l'état matrimonial, le mode de vie (le fait de vivre seul ou non), le dernier niveau de scolarité complété, la langue maternelle et les événements majeurs de la vie. Trois questions ouvertes, à choix multiples, ont été posées en lien avec le fait d'avoir été d'hospitalisé dans la dernière année (jours et raisons), d'avoir visité une urgence dans la dernière année (fréquence et raisons) et d'avoir des problèmes de santé diagnostiqués (lesquels). Pour cette dernière variable, des catégories ont été créées.

Quatre variables de processus sont à l'étude et des échelles de mesure standardisées ont été retenues pour mesurer chacune des variables. Elles mesurent toutes le point de vue de l'utilisateur face à l'intervention.

L'alliance thérapeutique: Le *Working Alliance Inventory* (Horvath & Greenberg, 1989) évalue l'engagement entre l'utilisateur et le thérapeute, l'approbation mutuelle quant au but du traitement et la coresponsabilité quant aux efforts faits. Cet instrument comporte 12 questions avec des choix de réponse de type Likert, variant de 1 (ne correspond pas du tout) à 7 (correspond exactement). La consistance interne est de 0,93 (alpha de Cronbach) et l'échelle possède une bonne validité de convergence (Goering et al., 1984 ; Horvath & Greenberg, 1989; Horvath & Luborsky, 1993). La version française de l'instrument a été évaluée pour validité par Corbière, Bisson, Lauzon et Ricard (2005). Elle présente les mêmes caractéristiques métriques. Dans les analyses, deux types de variables ont été créés. Premièrement, une variable dichotomique divisée en trois catégories: faible alliance

thérapeutique (réponses de 1 à 3), moyenne alliance thérapeutique (réponses 4 et 5) et forte alliance thérapeutique (réponses 6 et 7). Deuxièmement, une moyenne sur 7 à été calculée pour obtenir un score continu moyen de l'alliance usager-intervenant.

L'*empowerment Scale* (Rogers, Chamberlain, Ellison & Crean, 1997) mesure l'*empowerment* en lien avec la santé mentale de l'usager. L'échelle compte 28 items divisés en cinq facteurs : estime de soi, pouvoir, activisme, contrôle et colère. Les scores varient de 1 (très bas niveau) à 4 (très haut niveau). La consistance interne est de 0,86 (alpha de Cronbach) et l'échelle possède une bonne validité discriminante. La validité de construit⁴ sur des usagers avec PSM qui sont partiellement hospitalisés était également bonne (Corrigan, Faber, Rashid & Leary, 1999; Rogers, Chamberlain, Ellison & Crean, 1997; Wowra & McCarter, 1999). La version française provient du Center for Psychiatric Rehabilitation (Boston), notamment de Rogers et de son équipe qui assurent la traduction et la validité de leurs échelles. Dans les analyses, deux types de variables ont été créés. Premièrement, une variable dichotomique divisée en deux catégories : faible empowerment (scores de 1 et 2) et fort empowerment (scores 3 et 4). Deuxièmement, une moyenne sur 4 a été calculée pour obtenir un score continu moyen d'empowerment. Les résultats sont présentés pour l'ensemble des 28 items réunis, soit une donnée globale d'empowerment et pour chacun des cinq facteurs pris séparément, soit une donnée pour chacun des facteurs d'empowerment.

L'observance du plan d'intervention : L'observance est explorée pour les deux items principaux du plan d'intervention: la prise de médication et l'intervention psychosociale.

- a. Pour la médication, le *Medication Adherence Inventory* (Miklowitz, Goldstein, Nuechterlein, Snyder & Doane, 1986) a été retenu ; il s'agit d'une question à 5 choix de réponse variant de 1 (n'a pas oublié de prendre la médication) à 5 (a cessé complètement de prendre la médication dans le mois précédent). L'alpha de Chronbach est de 0,82 (Miklowitz et al., 1986). Une double traduction a été effectuée pour obtenir la version française et le pré-test de l'échelle, auprès de personnes âgées vivant avec un PSM, a démontré une validité de contenu acceptable.
- b. Pour l'intervention psychosociale, un *questionnaire maison* d'intervention à un item, comportant cinq choix de réponse variant de 1 (a assisté à toutes les rencontres et a évolué dans sa réflexion), à 5 (a cessé complètement son intervention dans le mois précédent) a été utilisé. Le pré-test de l'échelle, auprès de personnes âgées vivant avec un PSM, a démontré une validité de contenu acceptable. Un score moyen a été mesuré pour chacun des items, pour un maximum de 5.

L'attitude envers le plan d'intervention : L'attitude est explorée pour les deux items principaux du plan d'intervention soit la prise de médication et l'intervention psychosociale.

- c. Pour la médication, le *Drug-Attitude Inventory* (DAI-10; Hogan, Award & Eastwood, 1993) a été retenu. Cette échelle comporte 10 items. Les répondants inscrivent vrai ou faux à chacun des items. L'échelle démontre une très bonne fiabilité (test-retest : 0,93; 0,82 à 4 semaines) ainsi qu'une bonne validité discriminante (entre les usagers adhérents et les usagers non-adhérents). La version française démontre les mêmes qualités métriques (Bonsack, Conus, Philippoz, Bovet, Spagnoli & Dufour, 1998). Deux types de données ont été constitués. Premièrement, les items négatifs (2, 5, 6, 8) et positifs (1, 3, 4, 7, 9, 10) ont été pondérés: pour les réponses VRAI, 1 point a été alloué pour les items positifs et -1 pour les items négatifs. Pour les réponses FAUX, 1 point a été alloué pour les items négatifs et -1 pour les items positifs. Un score total variant -10 à 10 a été calculé. Cela a permis par la suite de constituer trois

⁴ Terme méthodologique qui exprime qu'on mesurait bien ce que l'on voulait mesurer.

catégories d'attitude : attitude négative (score moyen négatif de -10 à -3), attitude neutre (score moyen neutre de -2, 0 et 2) et attitude positive (score moyen positif de 3 à 10).

- d. Pour l'intervention psychosociale, la version courte de l'échelle *Attitudes Towards Seeking Professional Psychological Help* (Fischer & Farina, 1995) a été retenue. Cette échelle comporte dix questions auxquelles les répondants indiquent s'ils sont en désaccord, quelque peu en désaccord, quelque peu en accord ou en accord avec l'énoncé. La consistance interne de l'échelle est indiquée par un alpha de 0,75; la corrélation est de 0,87 avec l'échelle complète. Sa validité de discrimination entre les usagers qui ont reçu de l'aide psychologique et ceux qui n'en ont pas reçue, est très bonne ($p < 0,0001$). Un score total moyen (sur un maximum de 4) a été calculé pour chaque participant quant à l'attitude face à l'intervention. Une double traduction a été effectuée pour obtenir la version française de l'échelle. Son pré-test, auprès de personnes âgées vivant avec un PSM, a démontré une validité de contenu acceptable.

Les variables de répercussions sont les suivantes :

Les comportements à risque : Le *Psychogeriatric and RiskBehavior Assessment Scale* (PARBAS; Nikolova, Carignan, Moscovitz & Demers, 2004), en versions française et anglaise, est un instrument à compléter par les intervenants qui concerne la situation actuelle de l'utilisateur. Il a été bâti pour évaluer les comportements à risque des personnes âgées vivant avec un PSM et vivant dans la communauté. Il contient 34 items, répartis en dix sections: 1- négligence de soi; 2- non-adhérence; 3- abus de substance; 4- risques envers soi-même et les autres; 5- comportement agressif; 6- détresse émotionnelle; 7- comportements suicidaires; 8- sécurité personnelle; 9- risques de victimisation par les autres; 10- sécurité financière. L'échelle possède de bonnes qualités psychométriques en ce qui a trait à la validité de contenu, la fiabilité inter-juges, l'analyse d'items (Nikolova, Carignan, Moscovitz & Demers, 2004). Pour les analyses statistiques, les scores ont été calculés selon les dix comportements à risque. Pour chaque comportement, deux catégories ont été créées au niveau de la fréquence: (1) absent ou peu présent (scores 0 et 1), et (2) présent et toujours présent (scores 2 et 3) obtenant la cote 1. Une moyenne a également été calculée pour avoir un score continu variant de 0 à 3. Pour ce qui est des conséquences des comportements, deux catégories ont par ailleurs été créées : (1) pas de conséquence (score 0) et (2) conséquences mineures et majeures (scores 1 et 2). Les conséquences sont définies comme des impacts négatifs sur la vie des clients ou celle de leurs proches tels : un isolement accru, une perte d'autonomie plus prononcée, des symptômes de santé mentale plus sévères.

L'autonomie fonctionnelle : Le *système de mesure de l'autonomie fonctionnelle* (SMAF), en versions française et anglaise, a été retenu. Cette échelle mesure les habiletés fonctionnelles des usagers dans cinq domaines: les activités de la vie quotidienne (AVQ), la mobilité, la communication, les fonctions mentales et les activités instrumentales de la vie quotidienne (AVD). Seules les AVQ et AVD ont été mesurées dans la présente étude. Elles sont évaluées sur une échelle de 4 ou 5 points, de 0 (indépendant) à 3 (dépendant) pour l'incapacité et pour le handicap. Le coefficient kappa pondéré moyen est de 0,75; le coefficient de corrélation intra-classe (CCQ) est de 0,95 (intervalle de confiance à 95% : de 0,90 à 0,97) pour la fidélité test-retest; à 0,96 (intervalle de confiance à 95% de 0,93 à 0,98) pour l'inter-juges. Le coefficient de corrélation est de 0,88 ($p < 0,01$) entre le SMAF et le PLAISIR 84 (Hébert, Carrier & Bilodeau, 1983, révisé en 2002 ; Desrosiers, Bravo, Hébert & Dubuc, 1995; Hébert, Carrier & Bilodeau, 1988 ; Hébert, Dubuc, Buteau, Desrosiers, Bravo, et al., 2001). Des scores moyens d'incapacité et d'handicap sur -3 ont été calculés pour les AVD et les AVQ.

Les symptômes de dépression : L'échelle de dépression gériatrique a été utilisée (Sheik & Yesavage, 1986). Elle compte 15 items ayant oui ou non comme choix de réponse en fonction de l'état dans

lequel l'utilisateur s'est senti pendant la semaine précédente. Elle possède une bonne stabilité temporelle ($r=0,83$ et $r=0,70$), une bonne cohérence interne : 0,84 et 0,90 et une validité concomitante avec le Questionnaire de dépression de Beck. Son coefficient de corrélation est de 0,76 et l'analyse factorielle indique un seul facteur qui explique 23% de la variance totale (Bourque & Beaudette, 1982). Pour les analyses statistiques, un score total a été calculé. Trois catégories ont par la suite été créées : un score de 0 à 5 signifie l'absence de symptômes de dépression, de 5 à 10 des symptômes légers et de 10 à 15 des symptômes modérés à graves.

L'anxiété : l'outil *Anxiety Inventory*, ou *inventaire d'anxiété de Beck* (IAB) (Beck, 1990), a été retenu. Cet outil est composé de 21 symptômes d'anxiété. Il a été développé à partir de grands échantillons cliniques. Les items correspondent aux symptômes principaux du trouble panique et de l'anxiété généralisée du DSM III-R. La fréquence du symptôme est mesurée pendant les sept derniers jours sur une échelle de 0 à 3. La version française de l'IAB a démontré un accord inter-juges de 77%. Les validités de convergence et divergence de l'IAB étaient bonnes, les scores moyens obtenus, aux deux administrations, étaient de 11,2 (e.t. 8,34), et 10,3 (e.t. 8,45). La corrélation était significative ($r=0,63$, $p<0,0001$) et une bonne cohérence interne fut notée, avec des coefficients alpha variant de 0,84 à 0,93 (Freeston et al., 1994). Un score total a été calculé par participant, pour un maximum de 63. Par la suite, quatre catégories furent créées : 1- anxiété normale (scores de 0 à 9), 2- anxiété légère (scores de 10 à 18), 3-anxiété modérée (scores de 19 à 29) et 4- anxiété sévère (scores de 30 et plus).

La *satisfaction des services* : La version adaptée du *Verona Service Satisfaction Scale-54 items* en version anglaise et française (Corbière, Lesage, Lauzon, Ricard & Reinharz, 2003, Ruggeri & Dall'agnola, 1993), a été retenue. L'échelle est constituée de six dimensions conceptuelles: la satisfaction générale (3 items), les comportements et les habiletés des professionnels (16 items), les informations et l'accès aux services (5 items), l'efficacité des services (8 items), les types d'intervention (17 items) et l'implication des proches (5 items). Cette échelle est de type Likert en 5 points. Les questions sur les types d'intervention, sur la satisfaction générale et sur l'accessibilité ont été retirées, car elles ne concordaient pas avec des services de type communautaire (mais plutôt avec des services de type hospitalier). De plus, certaines questions ont été reformulées afin de les adapter au programme évalué. Il restait donc 29 items, répartis en sept catégories. L'alpha de Cronbach variait de 0,57 à 0,91 pour les cinq domaines retenus par l'analyse factorielle confirmatoire. Les résultats montraient des corrélations significatives élevées entre toutes les dimensions (0,58 à 0,87; $p < 0,05$) (Ruggeri & Dall'agnola, 1993). Pour les analyses statistiques, un score moyen a été calculé pour chacune des sept catégories pour un maximum de 5. Un score moyen final a également été calculé.

Des variables en lien avec l'offre de service ont été recueillies auprès des gestionnaires de cas des usagers des SSSM 60+ afin de documenter l'intervention offerte. Les variables à l'étude sont, à titre d'exemple: le site du CLSC (RC ou NDG-MO), le type de gestionnaire de cas (*i.e.* infirmières, intervenants sociaux), le diagnostic de santé mentale et de santé physique, les modalités de rencontre (en personne, à domicile ou au CLSC) et de contacts téléphoniques, le nombre total d'interventions, le nombre d'actions de concertation (rencontres d'équipe), la raison de l'intervention (*i.e.* counseling, adaptation, enseignement), les types d'actes et la cessation de l'intervention (date et raison).

2.4.3.3. Analyses statistiques

D'un point de vue statistique, des analyses de fréquence ont permis de vérifier le type de distribution des variables.

Quant aux caractéristiques sociodémographiques, psychologiques et comportementales, des analyses descriptives ont été réalisées pour dépeindre l'échantillon. Les mêmes analyses ont été réalisées pour dresser un portrait de l'offre de service SSSM 60+ auprès des participants.

Des analyses corrélationnelles ont été réalisées afin d'explorer le lien entre les variables de processus. Le coefficient de corrélation, soit le r qui mesure la force ou le degré d'une association linéaire entre deux variables, a été calculé. Les mesures utilisées sont celles du T3, car il peut s'écouler un certain temps avant que le lien entre les variables de processus soit optimisé.

Les analyses de type pré-post sur les variables de processus et de répercussions du programme ont été réalisées par l'entremise de tests non-paramétriques ($p= 0,10$). Elles ont permis d'apprécier l'évolution des paramètres de santé à travers le temps. En effet, malgré le fait que ces tests soient moins puissants⁵, il semblait y avoir de sérieuses réserves au présupposé du test T pour que ce dernier soit utilisé dans l'étude. La petite taille de l'échantillon, l'absence de groupe témoin et la variance légèrement anormale de certaines variables ont amené le choix des tests non paramétriques. Les tests retenus ont été ceux de Wilcoxon, Friedman et de W de Kendall.

Des analyses de régression (Raudenbush & Bryk, 2002) ont permis d'explorer ce qui peut expliquer, en partie, les changements observés sur la santé de la clientèle des SSSM 60+ en lien avec les variables de processus, certaines caractéristiques sociodémographiques et l'offre de service (Bishop & Vingilis, 2006). Le R-deux ajusté⁶ a été calculé. Les analyses de régression linéaire *pas à pas* ont inclus des modérateurs (caractéristiques de la population : âge, genre, statut socio-économique, statut civil; caractéristiques liées aux services : nombre d'interventions, diagnostics principaux, lieux d'intervention) et des médiateurs personnels (quatre variables de processus) dans l'exploration du rôle des variables de processus dans la production des effets (Raudenbush, & Bryk, 2002). Cette technique est la meilleure méthode, car les prédicteurs sont ajoutés à l'équation un par un et peuvent même être enlevés subséquentement s'ils ne contribuent plus significativement à la régression. Le logiciel SPSS a été utilisé pour l'entrée, le nettoyage et l'analyse des données et un seuil de 0.05 a été fixé pour apprécier les résultats significatifs.

⁵ C'est-à-dire qu'ils rejettent moins l'hypothèse nulle alors qu'elle est fautive.

⁶ Estimation de la proportion de variance des variables de répercussion expliquée par les variables de processus et sociodémographiques.

CHAPITRE 3

PREMIÈRE PARTIE : LE PCSM 60 + : HISTORIQUE ET DESCRIPTION

Cette première partie présente l'historique et les différents aspects de l'ancien PCSM60+ pour situer le lecteur. Quelques éléments d'analyse complètent également ce portrait. Ils seront repris dans la deuxième partie du présent chapitre. Les trois dates suivantes sont d'emblée à souligner:

- 2004, le début de la fusion des deux CLSC pour devenir un CSSS, le CSSS Cavendish;
- 2005, l'entrée en vigueur du Plan d'action ministériel en santé mentale;
- 2009, l'intégration du PCSM dans le PSMA.

3.1. Une idée qui fait son chemin

La volonté, au CLSC René-Cassin, de mettre en place des services spécifiques pour les personnes âgées souffrant de PSM a émergé durant les années 1990, époque où on a constaté un retard important dans la mise en place de tels services auprès de cette population. La situation était d'autant plus inquiétante compte tenu du mouvement de désinstitutionalisation et du nombre grandissant de ces personnes vivant ou amenées à vivre dans la communauté.

Dans le cadre de son Plan triennal de transformation du réseau de la santé et des services sociaux(RSSS), la Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal a demandé au CLSC RC (faisant maintenant partie du CSSS Cavendish) de produire un document d'orientation sur les services offerts aux personnes âgées aux prises avec des PSM. Ce document, intitulé *Orientation Document on Mental Health Services to the Elderly at CLSC René Cassin* (Amzallag et al., 1995), recommandait la mise sur pied d'un service distinct pour la clientèle de 60 ans et plus souffrant de problèmes émotionnels ou psychiques en raison d'une détresse psychosociale ou d'une crise transitoire. En effet, une évaluation descriptive effectuée par le biais de consultations auprès de gestionnaires, d'intervenants et de chercheurs des services 60+ mettait en lumière certaines problématiques en lien avec les services de santé mentale. On relevait, en particulier, le manque de services, les besoins de formation du personnel et la nécessité de sensibiliser certains acteurs de la communauté aux besoins des personnes âgées souffrant de PSM. De plus, on déplorait le manque de coordination dans les services offerts par les différents partenaires de la communauté, le manque de coopération avec les services de psychogériatrie de l'hôpital, la concertation défailante et bien d'autres aspects (Amzallag et al., 1995).

En 1997, à l'instar d'Amzallag et al. (1995), et dans un document officiel de la programmation de services, Moatti (1997) recommandait la création d'une équipe de santé mentale spécifique aux personnes âgées. Elle soulignait le sentiment d'inquiétude existant quant au fait que cette clientèle était moins bien desservie. Le document faisait également part de la réticence des intervenants à travailler auprès de cette clientèle. De plus, il abordait plusieurs aspects à considérer dans le développement et la mise en place de services de santé mentale, telle la clientèle à desservir, les modalités des services, les ententes entre les partenaires de la communauté, la coordination et la continuité des services, pour ne nommer que ceux-là. Au cours de la même année, le ministère de la Santé et des Services sociaux faisait connaître ses orientations concernant la transformation des services de santé mentale (MSSS, 1997). Les CLSC étaient alors mandatés pour prodiguer des soins et des services communautaires à long terme aux personnes qui présentaient des troubles psychiatriques et ils devaient coordonner les services offerts à l'intérieur du réseau (MSSS, 1997). Deux clientèles prioritaires furent identifiées : les adultes souffrant de troubles mentaux graves ainsi que les enfants et les jeunes souffrant de troubles mentaux. En aucun temps, ces orientations faisaient référence à la situation des personnes âgées aux prises avec des PSM et vivant dans la communauté. Convaincu de la nécessité d'agir, le CLSC RC a mis en place ses premiers services de santé mentale pour les personnes âgées de 60 ans et plus.

3.2. L'instauration de services de santé mentale aux personnes âgées au CLSC RC

En 1998, le mandat de la *santé mentale* fut donné aux services de gérontologie sociale (SGS) du CLSC RC et des services pour les personnes âgées de 60 ans et plus furent ainsi mis en place. Connu à l'époque sous la dénomination de services de gérontologie sociale/santé mentale, le PCSM 60+ visait à répondre aux multiples besoins de cette population âgée. Entre autres, il favorisait l'intégration et le maintien des individus dans la communauté (ou dans leur milieu de vie). L'accent fut placé sur le développement ou la préservation de leur autonomie.

Dès leur mise en place, ces services se sont distingués des services à domicile (SAD) offerts aux personnes âgées (figure 2). En dépit des nombreux changements qui se sont opérés dans la structure organisationnelle au fil des ans, ces services sont demeurés autonomes (figure 3) et ont conservé leur propre enveloppe budgétaire. Selon les responsables du programme, cet aspect aurait facilité leur développement et leur spécificité. Il faut dire que les services de santé mentale aux personnes âgées étaient plutôt novateurs. À cette époque, aucun autre CLSC, ou organisation du même genre au Canada, offrait de tels services. Selon les données recueillies, l'ouverture, la créativité et la volonté du CLSC d'être à l'avant-garde auraient facilité leur mise en place, tout comme le soutien scientifique et financier du centre de recherche affilié au CLSC (anciennement Institut universitaire de gérontologie sociale).

Figure 2 : Positionnement des services de gérontologie sociale au sein du CLSC René-Cassin (Moscovitz, 2000)

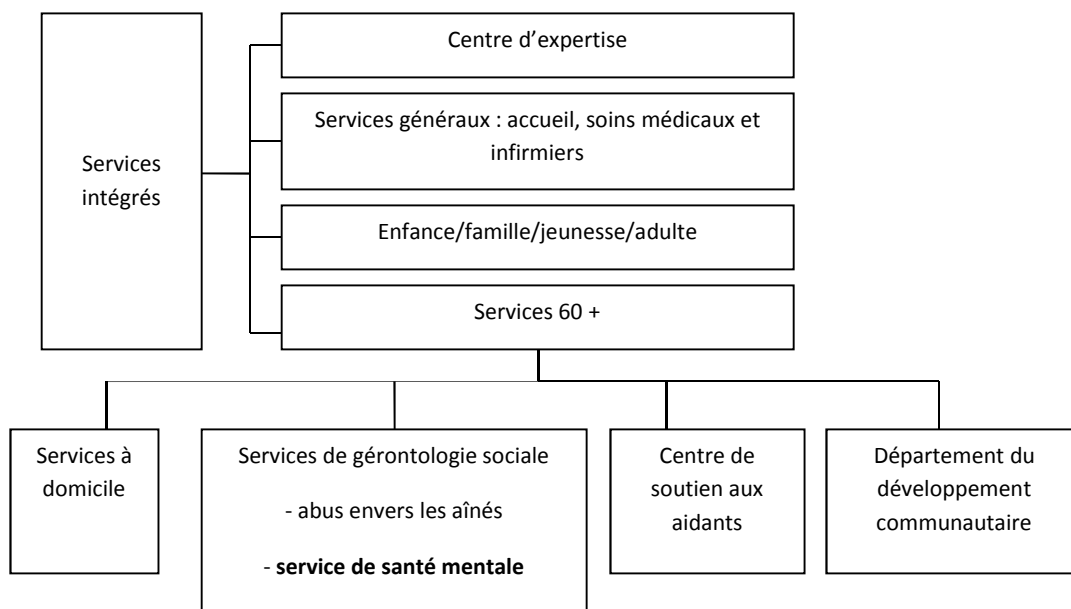
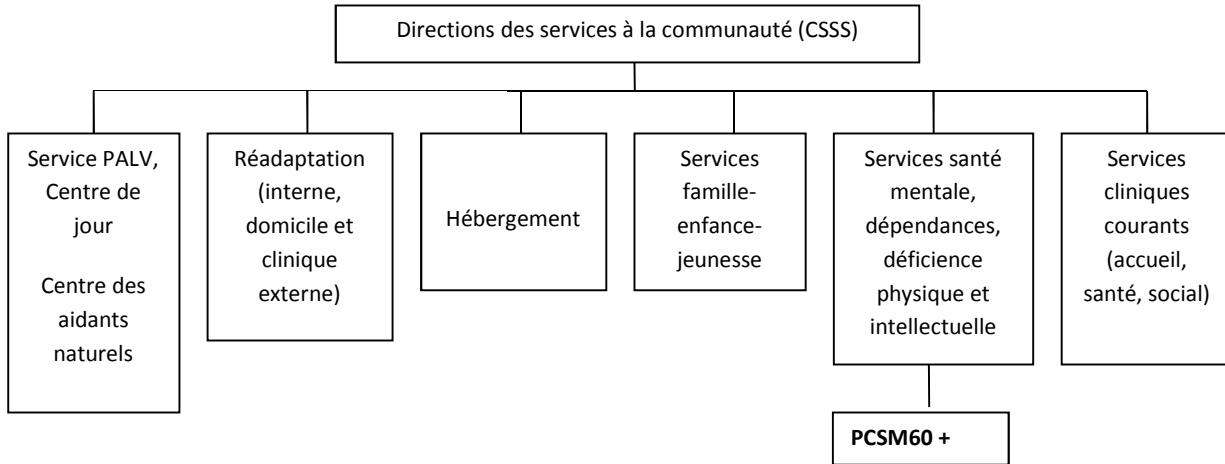


Figure 3 : Positionnement du PCSM60+ au CLSC RC en 2004

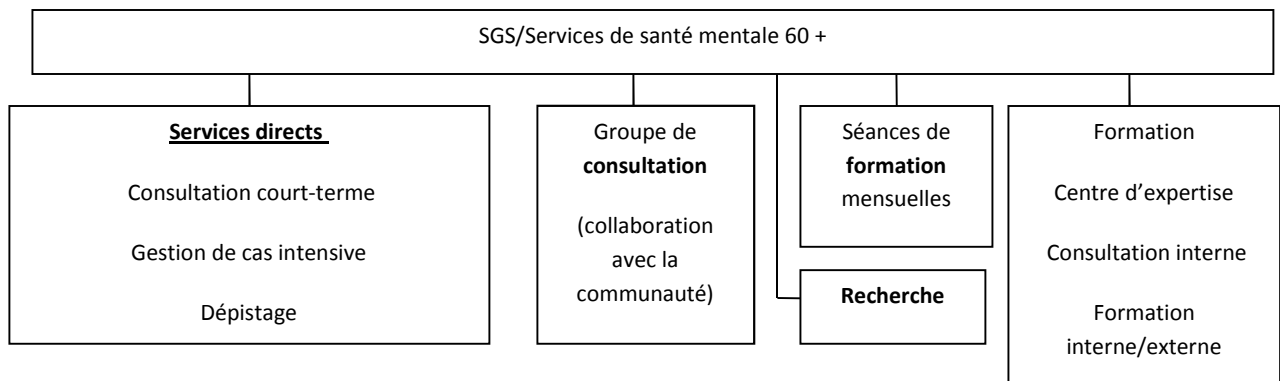


3.3. Le PCSM 60+ (1999-2009 au CLSC RC)

3.3.1. Les quatre grands volets

Le PCSM 60+ est organisé en quatre grands volets (figure 4) qui sont inchangés depuis sa création : les services à la population, le groupe de consultation de santé mentale 60+, la recherche et la formation.

Figure 4: Les volets des services de santé mentale 60+ du CLSC René-Cassin (Moscovitz, 2000)



Depuis sa mise en place, le PCSM 60+ figure parmi les services de pointe du CLSC René-Cassin. Il est à noter que ce CLSC a toujours eu une désignation d'établissement universitaire. Il fut, à ses débuts, l'Institut universitaire de gérontologie sociale du Québec. Aujourd'hui, le CSSS Cavendish porte le nom de Centre affilié universitaire de gérontologie sociale. De par la collaboration entre la mission universitaire et les services de pointe, les intervenants et les chercheurs travaillent étroitement au développement de services spécialisés, d'activités de recherche et de transfert des connaissances ainsi qu'au leadership et au partenariat avec la communauté. Cette situation de collaboration est relativement novatrice et prometteuse pour le développement des pratiques.

3.3.2. Deux concepts fondamentaux

3.3.2.1. L'autonomie psychosociale

Dès la mise en place des services de santé mentale auprès des personnes âgées, le CLSC souhaitait développer une approche différente pour être en mesure de mieux répondre aux besoins. Il y a ainsi eu une transition de la notion de perte d'autonomie physique (causée par une maladie physique ou cognitive) et caractéristique des SAD pour les personnes âgées en perte d'autonomie, à la notion de perte d'autonomie psychosociale, causée par le PSM. Selon les responsables du programme, ce changement de paradigme était devenu essentiel au fonctionnement du programme. Dorénavant, les personnes âgées aux prises avec un PSM pouvaient recevoir des services à domicile. Plus précisément, et dans le but d'accroître leur autonomie psychosociale, les usagers pouvaient recevoir du soutien pour les activités de la vie domestique. Par ailleurs, cette approche permettait aussi de rejoindre une clientèle qui ne voulait pas se présenter au CLSC pour des services de santé mentale. En contrepartie, l'intervention à domicile permettait aux intervenants d'avoir une idée plus complète et plus juste des conditions de vie des usagers. En 2003, Miranda et ses collègues précisaient que cette stratégie rejoignait le besoin exprimé par une étude nationale. Celle-ci soulignait l'urgence de développer des services de maintien à domicile pour les personnes souffrant de PSM et n'ayant pas de perte d'autonomie physique. Cette approche fut donc à la croisée des recommandations scientifiques et des besoins exprimés par le terrain.

3.3.2.2. Les comportements à risque

Au CLSC René-Cassin, l'approche des comportements à risque fut intégrée dans les services en santé mentale dès 1998. Cette démarche fut justifiée par de nombreux écrits dans le domaine et se voulait également novatrice à l'époque. Les comportements à risque se sont ainsi retrouvés au cœur du dépistage, de l'intervention et du suivi des usagers avec un PSM.

3.3.3. Premier volet : les services directs à la population

3.3.3.1. Le modèle de prestation de services

L'approche des comportements à risque est venue définir et baliser l'ensemble du modèle de prestation de services. Afin de l'actualiser, un outil de dépistage (*screening*) des comportements à risque fut développé. Nommé *Psychogeriatric and risk behaviour assessment scale*, ou PARBAS, l'outil (annexe 2) comprenait 34 items divisés en dix sections: négligence de soi, non adhérence, abus de substance, risques envers soi-même et les autres, comportements agressifs, détresse émotionnelle, comportements suicidaires, sécurité personnelle, risques de victimisation par les autres et sécurité financière. L'outil fut utilisé sur le terrain à partir de janvier 2000 (SGS-Équipe santé mentale 60+, 2001).

Un ensemble de règles opératoires à suivre pour l'évaluation, l'orientation et l'intervention fut donc défini sur la base du modèle de prestation de services (annexe 1). Ainsi, dans le cadre du PCSM 60+, l'intervention poursuivie visait la réduction des comportements à risque et non seulement la réduction des symptômes associés au diagnostic de santé mentale. Cette approche élargissait l'accès aux services de santé mentale 60+ aux personnes qui n'avaient pas reçu un diagnostic de santé mentale, mais qui présentaient de tels comportements. Par souci de démontrer la rigueur scientifique de l'approche, celle-ci fut consolidée et validée quelques années plus tard (Dallaire et *al.*, 2003; Nikolova, Carignan, Moscovitz & Demers, 2004).

Puisque l'outil PARBAS servait pour le dépistage, l'évaluation, les objectifs d'intervention et l'organisation des services, des formations furent organisées et offertes aux intervenants. L'outil servait aussi de grille de collecte de données pour des fins de recherche. Enfin, il attira l'attention de plusieurs autres établissements du

Les cahiers du CREGÉS, numéro 2012, vol. 2. 20

réseau de la santé et des services sociaux. Quelques années plus tard, il fut l'objet d'une révision en profondeur et d'une validation avec la participation d'intervenants et de chercheurs (Nikolova, Carignan, Moscovitz & Demers, 2004).

En 2005, les nouvelles orientations du modèle de prestation de services du Plan d'action ministériel en santé mentale eurent un impact important sur l'évaluation des demandes de services, sur l'orientation et l'intervention et, principalement, sur l'approche des comportements à risque. Selon les critères d'accès établis par le Plan d'action, les demandes de services devaient dorénavant être traitées par le guichet d'accès⁷, un lieu où devaient s'effectuer l'évaluation et l'orientation de nouvelles demandes de services par des intervenants de première ligne. Même si ces nouveaux mécanismes d'accès et de prestation de services ressemblaient aux mécanismes du PCSM 60+, on ne pouvait s'empêcher de constater l'évacuation de l'approche des comportements à risque.

Le dépôt du Plan d'action amena un autre changement majeur. Bien qu'utilisé pour soutenir les intervenants dans la planification et l'organisation des services, l'outil PARBAS ne devait plus servir au dépistage ou à l'évaluation pour l'attribution des services en santé mentale. Il ne fut utilisé dorénavant qu'à la discrétion des intervenants. Ce changement représenta une modification lourde de conséquences puisque les objectifs mêmes de l'intervention n'étaient donc plus comportementaux, mais médicaux.

3.3.3.2. Critères d'admissibilité

Au cours de la première année d'existence du PCSM 60+ (1998), la présence d'un trouble de santé mentale sévère et persistant était le principal critère d'admissibilité. Cependant, étant donné que les usagers qui bénéficiaient le plus des services de santé mentale étaient ceux qui manifestaient des comportements à risque observables, le critère d'admissibilité principal est devenu celui-ci. Il était donc convenu que les usagers ne devaient pas obligatoirement avoir un diagnostic psychiatrique ou encore être suivis par un psychiatre pour avoir accès aux services. L'expérience clinique du PCSM 60+ a de plus mené à exclure les personnes atteintes de déficits cognitifs importants (Moscovitz, 2000). De 2002 à 2005, et jusqu'à l'arrivée du Plan d'action, l'accessibilité aux services reposait sur quatre critères: 1) Résider sur le territoire du CLSC; 2) Être âgé de 60 ans et plus; 3) Présenter des troubles de comportements identifiables; 4) Avoir un PSM, transitoire ou sévère et persistant, avec ou sans diagnostic.

Ces critères connurent une transformation importante avec l'arrivée du Plan d'action en 2005; celui-ci venant déterminer le principal critère d'accès aux services de santé mentale : un diagnostic ou une impression diagnostique d'un trouble mental⁸.

Si l'approche des comportements à risque, conjuguée avec celle de l'autonomie psychosociale, tentaient de remettre en question l'approche médicale, la venue du Plan d'action a eu l'effet contraire. On a vite vu un recul important d'une approche qui se voulait biopsychosociale. La présence d'un diagnostic venait renforcer la tendance, encore bien présente, de la médicalisation des PSM, et ce, même si le Plan d'action tentait de reconnaître les impacts de la maladie sur les différents aspects de la vie (familiale, sociale, etc.).

⁷Les nouvelles demandes de services qui entrent par le guichet d'accès sont évaluées par des infirmières et des intervenants sociaux. Dans le cadre de cette évaluation, ils peuvent communiquer avec les personnes qui ont fait une demande de services (ou pour qui est faite une demande) pour obtenir des renseignements additionnels. Une fois les demandes traitées au guichet d'accès et discutées avec les responsables cliniques, les demandes sont classifiées selon leur urgence et le type de services requis, puis sont référées vers les services de première, deuxième ou troisième ligne. De nombreuses demandes sont orientées vers d'autres ressources de la communauté. Les délais d'attente entre l'assignation à un intervenant et le début des services rendus, selon les intervenants interrogés, dépassent souvent 30 jours (soit la période d'attente déterminée par le Plan d'action de 2005). Les intervenants du guichet d'accès assument aussi un rôle de liaison (par exemple, avec les médecins) et de soutien. Durant le délai d'attente. Il se peut enfin que des personnes aient trouvé une réponse à leurs besoins ou que leur situation problématique se soit réglée ou résorbée.

⁸ Les personnes sans un diagnostic sont desservies par les services généraux.

3.3.3.3. Les services offerts

Les services rendus par le PCSM 60+ (tableau 1) avaient pour but de trouver des solutions adaptées aux besoins des usagers. Ces services visaient à prévenir la détérioration de leur situation, à préserver leur indépendance et à identifier les facteurs environnementaux qui pouvaient influencer leur santé mentale (SGS-ÉSM 60 +, 2001). Les services étaient offerts aux personnes âgées et à leurs proches et étaient classés en deux grandes catégories : 1) un service de consultation à court terme pour les usagers qui présentaient des situations problématiques transitoires (*i.e.* deuil, dépression) et, 2) des services pour les personnes aux prises avec des PSM sévères et persistants.

Tableau 1 : Listes des services rendus par type d'intervenants (Moscovitz, 2000)

Intervenants sociaux	Infirmières	Auxiliaire familiale et sociale ⁹	Psychiatre
Gestion de cas	Bilan de santé	Soins/hygiène personnelle	Évaluation
Références vers d'autres ressources	Promotion de la santé	Aide à la préparation de repas	Consultation
Évaluation du risque	Information et enseignement	Surveillance (sécurité, comportements)	
Gestion des comportements	Psychoéducation	Information et enseignement	
Intervention psychosociale (counselling à court terme, surveillance)	Soins à domicile	Stimulation	
Soutien aux aidants (proches)	Gestion des médicaments	Soutien émotionnel	
Intervention de crise	Consultation		
Demandes d'hébergement			
Défense des droits			

3.3.3.4. L'équipe multidisciplinaire et l'intervention interdisciplinaire

Les services du PCSM 60 + étaient offerts par une équipe multidisciplinaire. Au cours des premières années, l'équipe était composée d'infirmières, d'intervenants sociaux, d'auxiliaires de santé et de services sociaux et d'un psychiatre consultant. Les ergothérapeutes ont été intégrés plus tard. Par ailleurs, les intervenants ont souligné à ce propos qu'il était difficile d'avoir des équipes complètes et stables, en mesure d'offrir l'ensemble des services prévus et capables de répondre aux besoins des usagers. Des prêts de personnel inter-programmes (SAD vers PCSM 60 +) ont permis de pallier, en partie, à l'instabilité de l'équipe.

Les intervenants préconisaient le travail en interdisciplinarité. Ce fonctionnement permettait d'harmoniser les objectifs de l'intervention tout en favorisant une complémentarité des rôles de chacun. Les intervenants travaillaient aussi en collaboration et en complémentarité avec ceux de la communauté et du réseau professionnel (SGS-ÉSM60 +, 2001). L'équipe a donc su développer son orientation et son expertise de concert avec les ressources de la communauté.

⁹ Maintenant désigné ASSS : Auxiliaires de santé et de services sociaux

3.3.3.5. La collaboration entre les programmes

La réponse aux besoins des usagers desservis par le PCSM 60+ requérait parfois l'implication d'intervenants en provenance d'autres programmes. Dans de tels cas, les intervenants et les usagers pouvaient compter sur des services complémentaires d'autres programmes. Les usagers pouvaient aussi être transférés d'un programme à un autre. Par exemple, quand la composante psychiatrique compromettait l'offre de service et la réponse aux besoins des usagers desservis par le SAD, les usagers étaient orientés vers un autre programme. Les intervenants du SAD pouvaient aussi recevoir un soutien des intervenants du PCSM 60+. Des collaborations furent ainsi établies.

3.3.3.6. Les lieux d'intervention

Selon les besoins identifiés, les interventions avaient lieu à domicile ou au CLSC. Tel que mentionné plus tôt, les services (ou interventions) à domicile étaient un aspect important, une valeur même du PCSM 60+. Même si les usagers étaient en mesure de se déplacer au CLSC, ils avaient accès à des services à domicile.

3.3.3.7. Le financement

C'est sur le financement que le PCSM 60+ s'est distingué des autres programmes. En effet, le PCSM60+ s'est développé à partir du programme de soins à domicile déjà existant au CLSC RC. Son émergence fut facilitée par une allocation de ressources en provenance des services de soins à domicile. Le transfert de ressources financières fut aussi accompagné d'un transfert de ressources humaines. Ainsi, dès sa création, le PCSM 60+ bénéficiait déjà d'une enveloppe budgétaire lui garantissant une liberté d'action et de décision.

De plus, le PCSM60+ disposait d'argent supplémentaire octroyé par le Ministère de la santé et des services sociaux en lien avec sa désignation de Centre affilié Universitaire (CAU) où les intervenants travaillaient au développement des pratiques et à la recherche. Au fil des années, le programme a aussi bénéficié de financement du Fonds de Recherche du Québec Société et Culture (FRQSC), alors connu sous le nom de Conseil québécois de la recherche sociale, et de plusieurs autres sources, tels la Fondation pour le Bien-Vieillir, le Prix du fonds d'innovation pour les services aux personnes âgées, la Fondation RBC, etc.

3.3.4. Deuxième volet : Les collaborations et les partenaires de la communauté

Les responsables du programme et l'équipe du PCSM 60+ ont toujours travaillé en collaboration avec la communauté. Au cours des ans, plusieurs partenariats se sont développés, avec, par exemple, le département de psychogériatrie de l'HGJM (où l'équipe a pu avoir accès à un psychogériatricien consultant lors de ses rencontres interdisciplinaires); afin de dépister et de référencer au CSSS des personnes âgées aux prises avec un PSM (le projet P.I.E); les organismes communautaires du milieu offrant des services spécifiques aux aînés vulnérables sont d'autres partenaires. Enfin, l'équipe s'est aussi beaucoup impliquée dans diverses associations québécoises et canadiennes de santé mentale.

Selon les responsables du programme, le leadership de l'équipe du PCSM 60+ a permis de revendiquer des services et de défendre les droits des personnes âgées vivant avec un PSM. De plus, l'implication du CSSS dans la communauté a grandement contribué à sensibiliser plusieurs acteurs aux problèmes grandissants de santé mentale chez les personnes âgées ainsi qu'à l'importance de mettre en place des ressources adaptées de répondre à leurs besoins. En effet, selon les informations recueillies sur le programme, le PCSM 60+ s'est démarqué avec ce volet de son mandat. L'arrivée du Plan d'action ministériel (2005) a ici aussi amené d'importants changements. Par exemple, lorsqu'ils sont interviewés, les intervenants soulignent de plus le manque d'arrimage entre les partenaires de la première et de la deuxième ligne.

3.3.5. Troisième volet : la recherche

Au cours de ses dix années d'existence, l'équipe du PCSM 60 + s'est impliquée dans plusieurs projets de recherches. Ceux-ci ont, entre autres, porté sur les services offerts à la clientèle âgée aux prises avec des PSM sévères et persistants, les comportements à risque chez ces personnes et l'évaluation des interventions menées auprès de celles-ci. L'équipe a également collaboré avec d'autres établissements de la santé afin d'améliorer les soins offerts aux personnes âgées confrontées à d'autres problématiques en lien avec les PSM, telles celles touchant leur santé physique, leur environnement et leur mieux-être sur le plan social.

3.3.6. Quatrième volet : la formation

Enfin, un autre aspect important des services de pointe qu'est la formation a toujours été une préoccupation du PCSM 60+. Mentionnons qu'il existait peu de formations dans le réseau sur les pratiques gériatriques en santé mentale. En s'appuyant sur la littérature existante, plusieurs formations ont ainsi été développées par le CSSS. Celles-ci ont non seulement été offertes aux intervenants du programme, mais également à d'autres établissements. Parmi les quelques formations données aux intervenants des CSSS, soulignons, à nouveau, la grille d'évaluation des comportements à risque chez les personnes âgées de 60 ans et plus ayant un PSM, « le PARBAS »; le suicide et la dépression chez la clientèle âgée; l'évaluation des risques et la gestion de cas auprès d'une clientèle ayant des PSM. De plus, des rencontres mensuelles portant sur l'enseignement en santé mentale 60+ ont été mises sur pied par et pour les intervenants, les étudiants du PCSM 60+ et d'autres personnes intéressées. Différents sujets en lien avec la pratique ont ainsi été abordés et certains ont été présentés par des invités en provenance d'autres établissements.

3.4. L'implantation du PCSM 60+ au CLSC NDG-MO (2004-2009)

Avec la fusion des établissements amorcée en 2004 par l'entremise de la loi 25¹⁰, le CLSC RC, le CLSC de NDG-MO, le Centre Hospitalier Richardson et le Centre d'hébergement Henri-Bradet, sont devenus le CSSS Cavendish. Dans un objectif d'harmonisation et d'amélioration des pratiques et des services, le PCSM 60+ fut graduellement implanté au CLSC de NDG-MO.

Selon les responsables du programme, l'implantation s'est faite sur une période de cinq ans, soit de 2004 à 2009, et s'est heurtée à quelques résistances en raison des transformations qu'elle a suscité, tant sur le plan de l'organisation des services (*i.e.* transfert des ressources et des usagers vers le nouveau programme) que sur le plan des modalités d'intervention (*i.e.* passage d'une approche biomédicale à une approche biopsychosociale, introduction de l'évaluation en fonction des comportements à risque, intervention à domicile).

Il faut dire que même s'il n'y avait pas de services de santé mentale propres aux personnes âgées, les intervenants du CLSC de NDG-MO avaient déjà leur propre approche de soins et possédaient une certaine expertise développée au cours des années. Avant l'implantation du PCSM 60+, les intervenants de cette équipe (deux psychiatres, une ergothérapeute, une travailleuse sociale et une infirmière) bénéficiaient d'un service de consultation de l'équipe de psychogériatrie de l'Institut Allan Memorial et travaillaient en collaboration avec une équipe satellite en santé mentale établie à l'Hôpital Royal Victoria. Si la collaboration avec cette équipe et le partage du savoir ont été une source de formation et de perfectionnement importante pour les intervenants, l'approche des comportements à risque – aspect fondamental à la prestation de services au CLSC RC – ne connaîtra pas, au départ, le même niveau d'intégration au CLSC de NDG-MO. Les intervenants vivront un double contexte de transformations : celles engendrées par l'implantation du PCSM 60+ et celles provoquées par le Plan d'action ministériel en santé mentale.

¹⁰ Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

DEUXIÈME PARTIE : PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE ET DU PCSM 60+

Même avec la fusion des deux établissements et l'arrivée du Plan d'action ministériel qui préconisait de « mettre des normes » dans les services en santé mentale, le constat fut qu'il existait toujours deux programmes de santé mentale au CSSS Cavendish en 2009, un dans chaque CLSC.

Cette deuxième partie du chapitre 3 fait état des données statistiques et permet de bien voir l'évolution de la clientèle et du programme à travers les années (1999 à 2009). Elle décrit la population rejointe, les services offerts ainsi que d'autres éléments structurants du PCSM 60+. Ces données ont été tirées principalement des bases d'archives I-CLSC où des limites évidentes ont toutefois été relevées, comme par exemple le manque de données pour certains éléments structurants ET une même intervention codée différemment par les intervenants d'un rapport à l'autre.

3.5. Le portrait de la clientèle desservie en 1999

Le modèle de prestation de services au CLSC RC fut l'objet d'une analyse descriptive en 1999 (Lee Maurel, 1999). Cette étude visait à évaluer sommairement le processus de dépistage, le traitement et les objectifs d'intervention en lien avec les comportements à risque. Les données ont reposé sur les 25 cas ayant été portés à étude. L'étude voulait aussi fournir un premier portrait de la clientèle suivie à cette époque. Elle se démarque donc en ce sens. Notons que les résultats obtenus indiquaient que ce modèle de prestation pouvait être utilisé avec succès dans le cadre de l'intervention et de l'évaluation auprès de personnes âgées vivant dans la communauté.

Les caractéristiques de la population desservie, qui suivent, ont été regroupées en trois tableaux: caractéristiques sociodémographiques (tableau 2), PSM (tableau 3) et profil comportemental (tableau 4). Ils sont présentés ici-bas. Déjà, il est possible de relever des tendances importantes quant au profil des usagers et de leurs conditions de vie.

Au départ, notons que le profil des caractéristiques sociodémographiques révèle que c'est surtout des femmes (84%) qui utilisaient les services de santé mentale 60+ en 1999. Les usagers étaient surtout veufs (48%) et la grande majorité vivaient seuls (60%). Ils recevaient un revenu de pension (44%), parfois accompagné d'économies personnelles (36%). Plus de la moitié avait de la famille à Montréal (60%).

Tableau 2: Caractéristiques sociodémographiques de la population desservie en 1999

	Profil sociodémographique	Pourcentage %
Sexe	Femmes	84
	Hommes	16
État civil	Veuf	48
	Célibataire	24
	Marié	20
	Divorcé ou séparé	8
Mode de vie¹¹	Seul	62
	Avec conjoint(e) ou ami(e)	38
	En résidence	16
Revenu	Pension	44
	Pension et économies	36
	Pension et supplément	12
	Assistance sociale	8
Réseau	Famille à Montréal	61
	Sans famille à Montréal	37
	Sans famille	2

Quant au profil des problèmes ou troubles de santé mentale, presque 90% des usagers présentaient une polypathologie en 1999. Une proportion de 24% n'avait pas reçu de diagnostic et la majorité des usagers souffrait de dépression.

¹¹ Plus d'une réponse pouvait être nommée (en résidence et avec conjoint\en résidence et seul).

Tableau 3 : PSM de la population rejointe en 1999

	Profil santé mentale	Pourcentage %
Profil médical santé mental	Avec diagnostic	56
	Sans diagnostic officiel mais une impression diagnostique	24
	Autre diagnostic	20
	Avec polypathologie	88
Diagnostic	Dépression	56
	Schizophrénie	8
	Désordre bipolaire	4
	Hallucinations	8
	Autres	24

Enfin, lorsqu'on regarde le profil comportemental (tableau 4), on note que plusieurs usagers étaient perçus comme non coopératifs à l'intervention (36%), à la prise de médicaments ou aux suivis médicaux. L'ensemble des usagers présentait une perte d'autonomie résultant de leur problème psychiatrique ou en raison de leurs pertes physiques et cognitives. Ils pouvaient en outre présenter des problèmes associés à une nutrition et à une hygiène déficientes, à leur isolement social, à des situations d'abus, à la gestion de leurs finances, au logement ou au manque de répit pour les proches aidants (Moscovitz, 2000). Les usagers étaient perçus comme étant plus difficiles et les cas, plus lourds. Ils se retrouvaient souvent en situation de crise ou en situation qui mettait leur vie en danger (68%). Ce portrait de la clientèle desservie en 1999 change très peu au cours des années qui suivront, exception faite que plus d'hommes sont dorénavant suivis dans le cadre du programme.

Tableau 4 : Profil comportemental de la population rejointe en 1999

	Profil comportemental	Pourcentage %
Collaboration	Refusait de voir psychiatre	8
	Non coopératif	36
Occurrences de comportements à risque	5 à 10	25
	3 ou 4	20
	1 ou 2	35
	Aucun	20
Types de comportements identifiés	Refus psychiatrique	22
	Lié à la prise de médicaments	16
	Ne suit pas la prescription	30
	Négligence de l'aïdant	14
	Problème d'hygiène	14
	Isolement	14
	Alimentation pauvre	8
	Abus financier	5
	Chutes	5
	Comportements suicidaires	2
Risques	Pour leur sécurité	68
	La famille	4
	Aucun risque	28
	Intervention contre leur gré	41
	Ont refusé les services du CLSC	12

3.6. Le portrait de la clientèle desservie pour la période 2004 à 2009

À la suite de ce premier portrait, un second fut réalisé pour la période 2004-2009 avec des données correspondant à la phase plus active du PCSM 60+. Tirées du système I-CLSC, ces données ont été présentées Les cahiers du CREGÉS, numéro 2012, vol. 2.

par le CLSC ce qui a permis de constater des différences marquantes entre les deux sites.

3.6.1. Le nombre d'usagers desservis

Dans l'ensemble, le nombre d'usagers desservis a été plus important au CLSC RC (tableau 5) qu'au CLSC de NDG-MO. L'écart s'explique de plusieurs manières. Premièrement, en 2009, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus était plus important sur le territoire du CLSC RC, soit 11 985, comparativement à 9 915 pour le CLSC de NDG-MO (Direction de santé publique de Montréal, 2008). Deuxièmement, le PCSM 60+ était implanté depuis plus longtemps au CLSC RC, l'orientation des usagers vers ce programme s'y faisait depuis un bon moment, ce qui pouvait le rendre plus efficace. Troisièmement, une meilleure application du cadre normatif permettait de faire une meilleure saisie statistique.

Malgré cette différence, on constate que le nombre d'usagers a augmenté de 32% au CLSC de NDG-MO pour la période 2006-2009 et, inversement, qu'il a diminué pour cette même période au CLSC RC. Le resserrement des critères d'admissibilité, suite au Plan d'action ministériel (2005), semblerait expliquer cette diminution. L'augmentation des usagers au CLSC de NDG-MO s'expliquerait de deux façons: l'implantation du PCSM 60+, qui s'est achevée en 2009, et la mise en place du Plan d'action qui, selon les intervenants interrogés, a eu pour effet d'augmenter les suivis d'usagers aux prises avec des troubles de santé sévères et persistants. En effet, un plus grand nombre de patients, dits chroniques mais stables, ont été dirigés vers les CLSC par les intervenants d'hôpitaux. Puis, plusieurs personnes, qui autrefois avaient l'habitude de se diriger vers les hôpitaux, ont commencé à s'adresser directement au CLSC.

En bref, en 2009, 453 usagers sur le territoire du CSSS Cavendish avaient reçu des services de santé mentale du PCSM 60+ sur une population de 21 900 personnes âgées, soit environ 2% de sa population. Cette donnée est représentative du nombre de personnes de 60 ans et plus vivant avec un PSM et consultant pour cette raison (INSPQ, 2003).

Tableau 5 : Nombre d'usagers desservis par le PCSM 60+ par points de service

CLSC René-Cassin			CLSC NDG-MO	
2004	2006	2009	2006	2009
383	455	296	107	157

3.6.2. Les données sociodémographiques des usagers

Les données sociodémographiques (tableau 6) révèlent que la clientèle était encore davantage féminine : on comptait deux à trois fois plus de femmes parmi les usagers pour les deux sites. Toutefois, si on compare avec les données de Lee Maurel (1999), on constate que les services actuels rejoignent plus d'hommes qu'au moment de leur implantation au CLSC RC. Même avec l'augmentation constatée, les intervenants soulignent que plus d'efforts sont nécessaires pour rejoindre les hommes pouvant bénéficier des services spécialisés en CSSS ainsi que des services ou des programmes offerts par les réseaux d'entraide de la communauté.

Plusieurs différences ont été relevées entre les deux sites. La moyenne d'âge des usagers du CLSC RC fut nettement plus élevée, soit 80 ans pour le CLSC RC et 68 ans pour le CLSC de NDG-MO. Soulignons que cette différence peut avoir un impact significatif sur la nature et la quantité des services offerts : une clientèle plus âgée risque de présenter une perte d'autonomie physique plus importante et davantage de problèmes de santé.

Pour l'ensemble des sites, la clientèle rejointe était surtout anglophone. Les usagers allophones ont toutefois été plus nombreux à fréquenter le CLSC de NDG-MO et ce nombre a presque doublé entre 2006 et 2009, la proportion passant de 16% à 28%. Notons que cette augmentation peut complexifier l'intervention dans la mesure où les usagers allophones ne comprennent ou ne parlent ni l'anglais, ni le français et que le recours à des interprètes s'avère nécessaire. En fait, une telle réalité doit amener des changements dans les services, c'est-à-dire l'embauche de personnel en mesure de communiquer avec cette clientèle, le développement ou la consolidation de ressources de traduction et la mise en place de formations en intervention interculturelle en santé mentale.

Tableau 6 : Caractéristiques sociodémographiques de la clientèle rejointe pour la période 2004-2009

Critères	CLSCRC			CLSC NDG-MO	
	2004	2006	2009	2006	2009
Proportion par sexe	%	%	%	%	%
Femme	71	70	75	77	66
Homme	29	30	25	23	34
Moyenne d'âge	83	81	78	69	68
État civil	%	%	%	%	%
Célibataire	18	21	18	51	63
Divorcé	13	16	15	15	9
Marié	32	30	24	17	13
Séparé	7	7	4	5	6
Veuf	30	26	13	11	8
Autre			26	1	1
Langue	%	%	%	%	%
Français	9	9	9	18	18
Anglais	81	76	76	66	54
Autre	10	15	15	16	28

3.6.3. La quantité d'interventions

Au total, environ 13 000 interventions ont été effectuées en 2009 par les intervenants du PSCM 60+ du CSSS Cavendish et ce, pour 453 usagers. Le tableau 7 permet d'observer que la variation du nombre total d'interventions est inversée pour les deux sites. Ce nombre a augmenté au CLSC NDG-MO et a diminué au CLSC RC.

La proportion des interventions a été largement plus élevée chez les femmes, soit trois à quatre fois plus importante que chez les hommes. De plus, la proportion d'interventions chez les femmes a été en légère augmentation à travers les années. Si les usagers de sexe masculin ont été plus nombreux, la proportion d'interventions reçues a diminué.

Le nombre moyen d'interventions par usager a été en croissance dans les deux sites. Il existe toutefois un écart important de la moyenne des interventions par usager entre les deux sites. En 2009, le nombre moyen d'interventions était de 38 au CLSC RC et de 14 au CLSC de NDG-MO. Le nombre moyen était ainsi environ trois fois plus important au CLSC RC. En 2009, le nombre total d'interventions était quant à lui cinq fois plus élevé au

CLSC RC. L'écart du nombre d'interventions entre les deux était deux fois plus important en 2006. Ceci permet de conclure que l'intensité des services était plus grande au CLSC RC.

Comment expliquer la différence entre le nombre d'interventions par usager entre les deux sites? Cette différence s'explique-t-elle par un besoin plus important de soutien chez les usagers du RC, qui sont aussi plus âgés, par un abandon prématuré du processus d'intervention de la part des usagers du CLSC de NDG-MO ou encore, par une approche de soins et une approche différente dans l'intervention en santé mentale dans les deux sites?

Les données issues des entrevues menées auprès des responsables du programme indiquent que la fréquence des visites et la durée du suivi ont toujours varié en fonction des besoins des usagers. Les personnes plus vulnérables et en crise ont souvent nécessité plus de visites. Les usagers qui vivent avec des problèmes chroniques ou, encore, ceux à risque de décompensation peuvent faire l'objet d'un suivi à long terme. Les suivis auprès de clients prennent souvent fin en raison d'un décès, d'un déménagement, d'un hébergement ou par l'atteinte des objectifs. À la lumière des données relatives au nombre d'interventions réalisées par usager, notamment au CLSC de NDG-MO, il est difficile de concevoir que du monitoring rapproché ait été réalisé.

Tableau 7 : Quantité et proportion des interventions pour la période 2004-2009

Critères	CLSCRC			CLSC NDG-MO	
	2004	2006	2009	2006	2009
	Nombre total d'interventions				
	13 953	13 864	11 057	1 071	2 169
	Nombre moyen d'interventions par usager				
	28,5	30	38	10	14
	Nombre moyen d'interventions par sexe				
Femmes	28,5	32	41	10	14
Hommes	28,5	27	27	9	12

3.6.4. Les lieux d'interventions

Selon le cadre normatif, il existe plusieurs lieux d'intervention. Nous nous sommes toutefois intéressés aux données concernant les interventions réalisées au CLSC et à domicile (dans le cas présent, un seul participant vivait en résidence privée).

Les données du I-CLSC indiquent qu'au CLSC de NDG-MO, les visites à domicile étaient rares (tableau 8). En 2006, seulement 20% des usagers y ont été rencontrés. Cette proportion a augmenté légèrement entre 2006 et 2009, soit de 12%, pour se situer à 32% en 2009. Ainsi, la proportion d'interventions réalisées au CLSC a été nettement plus importante. En 2006, presque tous les usagers s'y sont déplacés pour recevoir des services. En 2009, cette proportion atteignait 97%.

Le CLSC RC présentait un tout autre scénario. En 2004, 91% des usagers avaient reçu des services à domicile. Même avec un certain recul des interventions à domicile, cette proportion est demeurée relativement élevée en 2009, se situant à 79%. La proportion d'usagers rencontrés au CLSC a été en constante augmentation, passant de 17%, en 2004, à 82%, en 2009. Selon les intervenants interrogés, les usagers suivis sous l'ancien PCSM 60 + maintenaient leur attente d'être rencontrés à leur domicile : il ne fut donc pas facile de leur retirer ce type de services et de s'attendre à ce qu'ils se déplacent au CLSC. En raison des difficultés

physiques ou psychiques des usagers et tout en privilégiant une approche de réduction des risques, on a voulu s’assurer de les rencontrer à domicile ou, du moins, voir leur environnement physique. Ce changement important dans les modalités de services (en CLSC versus à domicile) a eu un impact direct sur le nombre de clients rencontrés et sur leur satisfaction face aux services.

Avec l’importance accordée aux interventions réalisées à domicile à RC, la faible proportion de services offerts à domicile par les intervenants du CLSC de NDG–MO s’explique par un manque d’intégration de cet aspect du PCSM 60+ à leur pratique. En effet, selon certains entretiens, les usagers du CLSC de NDG–MO ont toujours été considérés comme ambulatoires et donc en mesure de s’y rendre. La clientèle a toujours été plus jeune, plus mobile et habituée à utiliser les services de santé mentale. Le fait que les usagers se rendent au CLSC plutôt que de recevoir les intervenants à domicile a également été expliqué par leur volonté à préserver leur vie privée ou encore, en raison de leur PSM.

Tableau 8: Lieux d’intervention

Critères	CLSCRC			CLSC NDG–MO	
	2004	2006	2009	2006	2009
Lieux d’intervention					
	%	%	%	%	%
Domicile	91	82	79	20	32
CLSC	65	77	82	99	97

3.6.5. La proportion des usagers desservis par type d’intervenant

L’implication des intervenants sociaux a été très importante. Environ 70% des usagers ont été rencontrés par ces intervenants. Toutefois, il y a eu d’importantes variations entre les deux sites. Au CLSC RC, un nombre croissant d’usagers a reçu des services d’intervenants sociaux (tableau 9). En 2009, cette proportion atteignait 100%. Leur grande implication s’explique par le fait qu’ils étaient plus souvent désignés comme gestionnaires de cas. De plus, l’approche psychosociale du PCSM 60+ favorisait leur implication auprès d’un grand nombre d’usagers. Contrairement au CLSC RC, l’implication des intervenants sociaux a diminué au CLSC de NDG–MO. En 2009, elle était nettement inférieure et se situait à 41%. En revanche, plus d’usagers ont reçu les services d’infirmières (plusieurs infirmières ont été engagées à la suite du transfert des usagers des hôpitaux vers les CSSS). En trois ans, cette proportion a presque doublé.

La proportion d’usagers recevant des services de la part d’infirmières a augmenté dans les deux sites. Elle était en moyenne de 55%. Cette augmentation a été plus importante au CLSC de NDG–MO, mais la proportion est demeurée plus grande au CLSC RC. Une clientèle plus âgée en moins bonne santé expliquerait cette différence. Puisque les usagers se déplaçaient davantage au CLSC de NDG–MO, les services infirmiers qui leur ont été prodigués pouvaient provenir d’un autre programme/service (*i.e.* prélèvement).

La proportion d’usagers recevant les services d’ASSS a été beaucoup plus élevée au CLSC RC où elle se situait à 64% en 2009, contre 2% au CLSC de NDG–MO. On a expliqué cette différence par le fait que les services à domicile étaient plus fréquents au CLSC RC, lieu principal d’intervention des ASSS. Cette proportion a toutefois diminué pour la période 2004-2009, tout comme l’ensemble des services donnés à domicile. Au CLSC de NDG–MO, la faible proportion d’usagers recevant les services d’ASSS a été expliquée par la présence tardive de ce type d’intervenants dans l’équipe du PCSM 60+ et par le fait que les interventions à domicile étaient moins importantes.

Peu d'usagers ont reçu les services d'ergothérapie pour les deux CLSC. Ceci s'explique probablement par la nature des besoins des usagers. Par ailleurs, les ergothérapeutes ont été moins nombreux dans les équipes que les intervenants sociaux et les infirmières, soit un professionnel pour les deux sites.

Une très faible proportion d'usagers a reçu des services de psychologues. La présence de psychologues, dans une seule équipe est un phénomène assez récent. Par ailleurs, les services prodigués par le médecin ont été plus importants au CLSC de NDG-MO. Cet intervenant a été plus longtemps présent dans l'équipe du CLSC de NDG-MO, mais la proportion d'usagers ayant bénéficié de ses services est restée faible, en moyenne 13,5%.

Tableau 9: Proportion d'usagers qui reçoivent des services par type d'intervenant

Critères	CLSC RC			CLSC NDG-MO	
	2004	2006	2009	2006	2009
Type d'intervenant					
	%	%	%	%	%
Intervenant (e) social (e)	76	91	100	72	41
Infirmier (ère)	59	57	64	23	47
ASSS (auxiliaire)	51	45	64	-	2
Ergothérapeute	7	1	3	-	4
Physiothérapeute	2	-	-		
Médecin	-	-	5	14	13
Psychologue	-	-	-	-	1

3.6.6. La proportion d'interventions réalisées par type d'intervenants

En 2009, on retrouve deux scénarios différents pour les deux sites. Au CLSC RC, ce sont les ASSS (M= 54%) qui ont réalisé environ la moitié des interventions (tableau 10). Au deuxième rang, figurent les intervenants sociaux dans une proportion beaucoup moins importante, soit environ 29%. Le troisième rang est occupé par les infirmières avec 14% des interventions. Au CLSC de NDG-MO, les intervenants sociaux sont impliqués dans presque les deux tiers des interventions, puis par les infirmières le quart du temps. Les interventions en ergothérapie, en psychologie et en médecine ont été, pour leur part, plutôt rares, entre 1% et 5%. En raison des grandes disparités entre les deux sites, il est difficile de présenter des données combinées pour représenter le CSSS Cavendish. La prochaine section qui aborde l'intensité des services permet de faire une meilleure analyse de ces données.

Tableau10 : Proportion des interventions réalisées par type d'intervenants

Critères	CLSC RC			CLSC NDG-MO	
	2004	2006	2009	2006	2009
Type d'intervenants					
	%	%	%	%	%
Intervenant(e) social(e)	25	31	29	69	68
Infirmier (ère)	17	15	14	26	23
ASSS (auxiliaire)	57	53	55	0	3
Ergothérapeute	1	1	1	-(¹²)	2
Médecin	0	-	1	5	3
Psychologue	-	-	-	-	1

¹² Les tirets (-) indiquent que nous n'avons pas d'information sur cet élément dans les données disponibles.

3.6.7. L'intensité des services par catégorie d'intervenants

Étant donné les grandes disparités existantes entre les deux CLSC, les données sont présentées séparément pour chacun des sites.

- Au CLSC René-Cassin

En 2009, l'intensité de services la plus importante s'est retrouvée au CLSC RC (tableau 11). En moyenne, 40 interventions furent données par les ASSS à l'utilisateur, contre 7,9 interventions par des intervenants sociaux et 6,5 par des infirmières. L'intensité des services offerts par les ASSS a été légèrement en croissance entre 2004 et 2009. Inversement, il y a eu diminution de l'intensité des interventions de la part des intervenants sociaux et des infirmières. La plus faible intensité des services s'est retrouvée dans les catégories suivantes : ergothérapeute (mais est en croissance), physiothérapeute et médecin. Les interventions auprès des personnes âgées souffrant de PSM ont donc été principalement effectuées par les ASSS. Si les usagers ont bien eu un intervenant social au dossier dans 100% des cas en 2009, on constate aujourd'hui que leur implication auprès de chaque usager est très limitée.

Tableau 11: Intensité des services : ratio du nombre d'utilisateurs recevant des interventions par catégories d'intervenants

Critères	CLSCRC								
	2004			2006			2009		
Type d'intervenant	Nb usagers	Nb interventions	Intensité	Nb usagers	Nb interventions	Intensité	Nb usagers	Nb interventions	Intensité
Intervenant (e) social (e)	292	2 786	9,54	413	3 908	9,46	314	2 507	7,9
Infirmier (ère)	225	1 815	8,06	258	1 963	7,6	191	1 232	6,5
ASSS (auxiliaire)	196	6 261	31,9	204	6 507	31,8	132	4 849	40,4
Ergothérapeute	28	79	2,8	6	13	2,16	9	47	5,2
Physiothérapeute	9	12	1,3	-	-	-	-	-	-
Médecin	-	-	-	-	-	-	14	55	3,9
Psychologue	-	-	-	-	-	-	-	-	-

- Au CLSC de NDG-MO

Même si peu d'utilisateurs ont reçu les services d'ASSS, l'intensité de leurs interventions a été importante : en moyenne, par an, un usager pouvait bénéficier de 24 interventions de leur part. Cette intensité a toutefois été deux fois moins importante qu'au CLSC RC (tableau 12). L'intensité des services offerts par les intervenants sociaux arrive au deuxième rang, avec 23 interventions par usager annuellement. Même si moins d'utilisateurs ont été desservis par ces intervenants, l'intensité de leur intervention a été trois fois plus importante qu'au CLSC RC. Ce ratio a, de plus, doublé entre 2006 et 2009. L'intensité des services offerts par les infirmières a diminué entre 2006 et 2009, passant de 11% à 7% et apparaît ainsi comparable à celle observée au CLSC RC. Enfin, même si très peu d'utilisateurs ont reçu les services de psychologie et d'ergothérapie, l'intensité a été légèrement plus élevée que celle des services infirmiers. Le nombre d'interventions réalisées par le médecin, par usager, se classe au dernier rang.

Ces résultats nous amènent à conclure que l'intervention s'est déployée de manière différente dans les deux CSLC. L'intensité des services, pour plusieurs catégories d'intervenants, a été plus élevée au CLSC de NDG-MO, peut-être en raison du profil de santé mentale et des besoins des usagers ou, encore, d'une approche d'intervention différente entre les deux sites.

Tableau 12: Intensité des services : ratio du nombre d'usagers recevant des interventions par catégories d'intervenants –CLSC NDG-MO

Critères	CLSC NDG-MO					
	2006			2009		
Type d'intervenants	Nb usagers	Nb interventions	Intensité	Nb usagers	Nb interventions	Intensité
Intervenant(e) social(e)	77	735	9,54	64	1 471	22,9
Infirmier(ère)	25	278	11,1	73	495	6,8
ASSS (auxiliaire)	-	-	-	3	72	24
Ergothérapeute	-	-	-	6	54	9
Physiothérapeute	-	-	-	-	-	-
Médecin	15	58	3,9	20	61	3
Psychologue	-	-	-	2	16	8

3.6.8. La prévalence des PSM

Les troubles de l'humeur arrivent au premier rang des PSM recensés (tableau 13). Les troubles anxieux et schizophrénie/troubles psychotiques ont également connu une prévalence élevée chez les usagers du CSSS Cavendish. Toutefois, en 2009, entre 11% et 23% des usagers du CSSS Cavendish étaient suivis par l'équipe de santé mentale en ayant un PSM non diagnostiqué. Cette situation s'explique par le fait qu'il n'était pas nécessaire d'avoir un diagnostic de santé mentale pour être admis au programme.

Là encore, le profil de santé mentale des usagers était passablement différent selon les sites. Cette différence se situe principalement sur le plan de la schizophrénie/troubles psychotiques. Ces troubles ont été trois fois plus présents chez la clientèle du CLSC de NDG-MO. En 2009, l'incidence était de 11% au CLSC RC, contre 43% au CLSC de NDG-MO, où la clientèle atteinte de ces troubles a, de plus, connu une augmentation de 9% sur trois ans. Les troubles de l'humeur étaient les plus fréquents chez les usagers du CLSC RC. Ils étaient ainsi présents chez 64% d'entre eux. En 2006, on comptait 259 usagers qui présentaient ce genre de trouble. Le pourcentage de la clientèle présentant des troubles de l'humeur a augmenté de 17% durant la période 2004-2009. Pour la même période, au CLSC de NDG-MO, l'incidence de ce trouble a fait un bond de 18%, passant de 25% à 43%. Les troubles anxieux ont été beaucoup plus présents chez les usagers du CLSC RC et ont fait un bond de 18%, en cinq ans, pour se situer à 48%, en 2009. Au CLSC de NDG-MO, ils atteignaient 7% en 2006 comparativement à 16% en 2009. Les troubles de la personnalité ont, pour leur part, été plus souvent identifiés chez les usagers du CLSC RC. Enfin, on a constaté qu'un usager pouvait avoir plus d'un diagnostic de santé mentale.

Les usagers des deux sites se sont différenciés non seulement par leurs caractéristiques sociodémographiques (*i.e.* âge et sexe), mais aussi par leur(s) diagnostic(s): des différences qui ont certainement eu des impacts sur l'intervention.

Tableau 13 : Prévalence des PSM chez les usagers (% basé sur l'ensemble des usagers)

Critères	CLSC RC						CLSC NDG-MO			
	2004		2006		2009		2006		2009	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
PSM non diagnostiqués	98	26	83	18	33	11	24	22	36	23
Schizophrénie/troubles psychotiques	38	10	52	11	34	11	35	33	68	43
Troubles de l'humeur	167	47	259	57	190	64	27	25	68	43
Troubles anxieux	113	30	149	33	94	48	7	7	25	16
Troubles somatoformes	2	0,5	3	0,6	3	1	-	-	1	0,5
Troubles conduite alimentaire	3	0,7	2	0,4	2	0,6	-	-	-	-
Troubles du contrôle des impulsions	7	2	3	0,6	5	1,6	-	-	3	2
Troubles de la personnalité	32	8	59	13	27	9	2	2	7	4
Troubles factices	1	0,2	2	0,4	-	-	-	-	-	-
Troubles dissociatifs	-	-	-	-	1	0,3	-	-	-	-
Troubles de l'adaptation	4	1	-	-	2	0,6	-	-	-	-
Troubles mentaux non psychotiques	4	1	79	17	44	15	2	2	10	6

3.6.9. Les raisons de l'intervention

Les multiples raisons d'intervention ont été classées en trois catégories : intervention en raison d'un PSM, intervention en raison d'une problématique psychosociale et intervention en raison d'un problème médical (tableau14). Si la raison première pour bénéficier d'un suivi du PCSM 60+ était de présenter un PSM, d'autres raisons d'intervention pouvaient survenir tout au long du suivi avec l'usager.

Au CLSC RC, se retrouvaient au premier rang, les interventions réalisées en raison d'un problème médical, suivies d'interventions pour un PSM, puis, pour un motif psychosocial. Cette tendance fut constante à travers le temps. Au CLSC de NDG-MO, les intervenants ont indiqué que leurs interventions se sont faites principalement en raison d'un PSM.

On explique cette différence entre les sites par le fait que la clientèle en santé mentale était différente: celle du CLSC RC était plus âgée et en perte d'autonomie; celle du CLSC de NDG-MO était plus jeune et se déplaçait au CLSC pour rencontrer l'équipe de santé mentale. Les clientèles des deux sites peuvent aussi avoir eu des besoins différents. Par ailleurs, l'étude menée indique que cette donnée statistique variait entre les intervenants. La donnée santé mentale a dû être importante pour justifier les services de santé mentale. En même temps, étant donné que le PCSM 60+ reposait sur une approche psychosociale et de comportements à risque, nous aurions pu nous attendre à ce que les interventions en raison d'un problème psychosocial soient plus importantes.

Tableau 14 : Synthèse des interventions réalisées par catégorie d'intervention

Critères	CLSCRC						CLSC NDG-MO			
	2004		2006		2009		2006		2009	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Santé mentale	5 638	39	7 664	40	5 381	38	861	73	2 056	81
Psychosociale	1 464	10	2 930	15	799	6	275	23	222	9
Médicale	7 448	51	8 191	45	8 032	56	49	4	260	10
TOTAL	14 550		18 785		14 212		1 185		2 528	

3.6.9.1. Interventions en raison d'un PSM

En 2009, et pour les deux CLSC, les interventions en raison d'un PSM étaient faites principalement auprès d'usagers vivant avec des troubles de l'humeur (tableau 15). Au CLSC RC, les troubles anxieux figuraient au 2^e rang alors que la schizophrénie /troubles psychotiques se situaient au premier rang pour le CLSC de NDG-MO.

Au CLSC de NDG-MO, le nombre d'interventions réalisées auprès d'usagers ayant une schizophrénie (ou troubles psychotiques) baissa de 7% sur trois ans. Or, l'incidence (nombre de cas par année) de ce problème augmenta au cours des années, passant de 33% à 43%. Au CLSC RC, et malgré une incidence croissante, le nombre d'interventions réalisées auprès d'usagers présentant un trouble de l'humeur diminua entre 2006 et 2009.

De manière générale, le constat le plus inquiétant fut la chute de l'intensité des services de manière importante. Le nombre d'interventions n'augmentait pas de manière proportionnelle à l'incidence. Par exemple, au CLSC RC, les troubles de l'humeur augmentèrent de 18 % en cinq ans, tandis que l'intervention crût de seulement 3%. Le cas d'usagers du CLSC de NDG-MO qui souffraient de schizophrénie fut le plus inquiétant. L'incidence fit un bond de 10% alors que la proportion des interventions baissa de 7%. Selon les intervenants, le manque de ressources (humaines et temporelles) amena une diminution du nombre d'interventions par usager. Cette réalité fut problématique compte tenu que la clientèle desservie semblait vivre avec des problématiques de plus en plus complexes (*i.e.* schizophrénie/troubles psychotiques); une clientèle autrefois suivie par les hôpitaux.

Tableau 15: Interventions réalisées en raison d'un PSM¹³
 (% basé sur l'ensemble des interventions réalisées dans cette catégorie d'intervention)

Critères	CLSCRC						CLSC NDG-MO			
	2004		2006		2009		2006		2009	
	% ¹⁴		%		%		%		%	
Raison d'intervention	Incidence	Int. ¹⁵	Incidence	Int.	Incidence	Int.	Incidence	Int.	Incidence	Int.
PSM non diagnostiqué	26	17	18	4	11	3	22	15	23	16
Schizophrénie /troubles psychotiques	10	10	11	13	11	11	33	44	43	37
Troubles de l'humeur	47	45	57	53	64	48	25	34	43	34
Troubles anxieux	30	18	33	20	48	22	7	3	16	7
Troubles somatoformes	0,5	1	0,6	0,1	1	-	-	-	0,5	-
Troubles conduite alimentaire	0,7	0,5	0,4	-	0,6	-	-	-	-	0,1
Troubles de contrôle impulsions	2	1	0,6	0,3	1,6	0,5	-	-	2	-
Troubles de la personnalité	8	5	13	6	9	5	2	3	4	3
Troubles factices	0,2	-	0,4	0,1	-	-	-	-	-	-
Troubles dissociatifs	-	-	-	-	0,3	-	-	-	-	-
Troubles de l'adaptation	1	0,2	-	-	0,6	0,3	-	-	-	-
PSM non psychotiques	1	0,3	17	1	15	10	2	0,2	6	2

3.6.9.2. Interventions en raison d'une problématique psychosociale

Les interventions en raison d'une problématique psychosociale étaient en lien avec des problèmes socioéconomiques et d'autres problèmes sociaux divers (transport, isolement, éloignement, discrimination, itinérance, hygiène personnelle inadéquate, etc.). Dans les deux CLSC, les interventions psychosociales étaient surtout réalisées pour ces raisons. Les problématiques de négligence et de vie familiale se classaient, respectivement, au deuxième rang et troisième rang au CLSC de NDG-MO. Pour le CLSC RC, ce sont les problématiques liées à la vie familiale et le développement personnel qui furent aux premiers rangs (tableau 16).

À première vue, on constate que le nombre d'interventions a énormément fluctué au fil des années et ce, dans les deux établissements. À titre d'exemple, au CLSC RC, le nombre d'interventions pour dépendance est passé de 497 en 2006, à 105 en 2009, et celui sur la négligence est passé de zéro à 51, entre 2006 et 2009. Les changements dans l'organisation des services aux paliers local et provincial (*i.e.* développement de services spécifiques en toxicomanie) ainsi que dans la population desservie par les CLSC concernés (*i.e.* plus de troubles mentaux sévères et complexes) semblent, en partie, expliquer ces changements.

¹³ Plus d'une raison pouvait être mentionnées ; c'est pour cela que les totaux ne totalisent pas 100%

¹⁴% basé sur l'ensemble des interventions réalisées dans cette catégorie d'intervention.

¹⁵ Int : proportion des interventions réalisées.

Tableau 16: Interventions réalisées en raison d'un PSM¹⁶
 (% basé sur l'ensemble des interventions réalisées dans cette catégorie d'intervention)

Critères	CLSCRC						CLSC NDG-MO			
	2004		2006		2009		2006		2009	
	Nb	% ¹⁷	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Vie familiale	147	10	383	13	153	19	83	30	47	21
Problèmes socio-économiques et sociaux	201	14	566	19	287	36	126	46	74	33
Placement	21	1	97	3	29	4	-	-	-	-
Dépendance	269	18	497	17	105	13	4	1	11	5
Négligence	550	38	350	12	54	7	-	-	51	23
Problèmes de comportement	172	12	52	2	6	1	1	-	7	3
Problèmes suicidaires	39	3	17	1	12	2	3	1	13	6
Développement personnel	65	4	968	33	153	19	58	21	19	9

3.6.9.3. Interventions en raison d'une problématique médicale

Les interventions en raison d'une problématique médicale ont été relativement présentes dans l'offre de service en santé mentale. Elles ont été regroupées en deux catégories (tableau17). Dans la réalité, les raisons des interventions médicales ont été beaucoup plus nombreuses, mais le nombre d'interventions indiqué dans plusieurs catégories n'a pas toujours été significatif.

Le plus grand nombre d'interventions se situe dans la catégorie symptômes, signes, états morbides mal définis et résultats anormaux d'examen de laboratoire sans diagnostic. Cette catégorie comprend des interventions pour lesquelles aucun problème qui puisse être classé sous une autre raison d'intervention ne fut formulé. La deuxième catégorie du tableau, nommée « Autres », rassemblent les autres raisons médicales. Toutefois, on peut souligner que les raisons d'intervention « diabète » et « maladies et troubles de la peau et tissu cellulaire sous-cutané » comptent un nombre plus important d'interventions. Ces raisons représentaient près de 90% des interventions médicales pour le CLSC de NDG-MO, en plus d'être, depuis 2006, en nette progression. Pour le CLSC RC, les raisons d'intervention symptômes, signes, labo, comptaient pour plus de 70% des interventions médicales et ce, pour l'ensemble des années de référence.

Tableau 17 : Interventions réalisées en raison de problématiques médicales
 (% basé sur l'ensemble des interventions réalisées dans cette catégorie d'intervention)

Critères	CLSCRC						CLSC NDG-MO			
	2004		2006		2009		2006		2009	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Symptômes/signes/labo	5 267	71	5 705	70	5 883	73	-	-	25	10
Autres	2 181	29	2 486	30	2 149	27	49	100	235	90
TOTAL	7 448		8 191		8 032		49		260	

¹⁶ Plus d'une raison pouvait être mentionnées ; c'est pour cela que les totaux ne totalisent pas 100%

¹⁷% basé sur l'ensemble des interventions réalisées dans cette catégorie d'intervention.

DISCUSSION

Plusieurs constats se dégagent de l'évaluation du PCSM 60+. Entre les deux CLSC, les données statistiques indiquent des différences importantes sur presque tous les plans: caractéristiques sociodémographiques, profil de santé mentale, lieux d'intervention, composition de l'équipe, type d'intervenant impliqué et intensité de son intervention auprès des usagers, raisons de l'intervention et approche de soins.

Nous pouvons de surcroît conclure que les services de santé mentale au CSSS Cavendish s'articulaient différemment selon les sites, notamment en 2009. Ceci peut s'expliquer par des profils et des besoins différents des clientèles des deux sites, mais aussi par une culture ou une approche de soins qui sont demeurées différentes. Ainsi, bien que le PCSM 60+ ait été implanté au CLSC de NDG-MO, l'harmonisation des pratiques semble n'avoir été réalisée que partiellement. Les différences importantes dans l'offre de service (*i.e.* lieux d'intervention et composition de l'équipe; absence de médecin, d'ASSS et de psychologue; raisons d'intervention; intensité des services) ont démontré des distinctions entre les deux sites, et ont eu un impact direct sur les services aux usagers. L'évaluation a permis de constater un recul important de l'approche de réduction des comportements à risque, notamment en raison du Plan d'action ministériel en santé mentale. Ce dernier a engendré des transformations importantes, voire fondamentales, au sein des services de santé mentale aux personnes âgées, relativement, entre autres, aux critères d'admission et au modèle de prestation de services. Ce constat soutient la pertinence d'explorer l'offre des SSSM 60+. Cette différence entre les CLSC serait-elle encore aussi apparente? Si oui, dans quelle mesure?

CHAPITRE 4

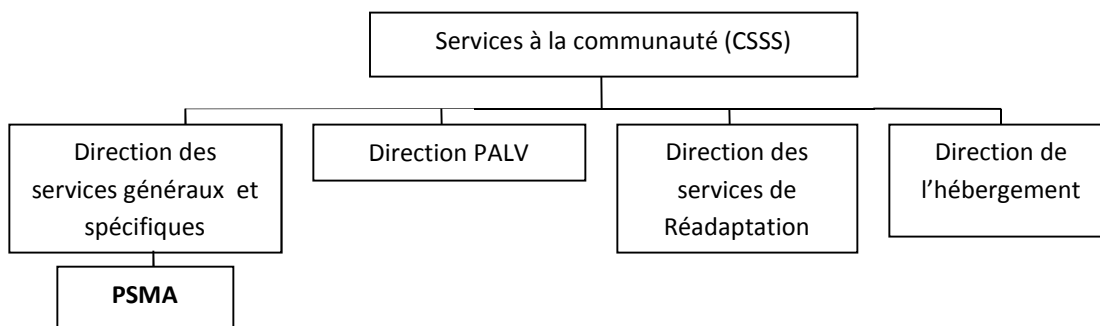
PREMIÈRE PARTIE : LES SERVICES SPÉCIALISÉS EN SANTÉ MENTALE 60+ (SSSM 60+) DU PROGRAMME DE SANTÉ MENTALE ADULTE (PSMA)

Cette première partie du chapitre 4 offre une description du PSMA. Les données proviennent de documents de travail, de documents officiels ainsi que d'entrevues réalisées auprès des responsables du programme et d'intervenants ayant participé à l'étude. La discussion sur les données est présentée à la fin de la deuxième partie du chapitre.

4.1. L'intégration des services de santé mentale

Le Plan d'action en santé mentale (2005) a soulevé le besoin d'un continuum de soins. À cet égard, il a marqué un point tournant dans l'évolution et la dispensation des services de santé mentale au CSSS Cavendish. Le maintien du PCSM 60 + a été questionné, mais ses services ont finalement été intégrés au PSMA en 2009. Le transfert du budget du PCSM 60 + vers le PSMA a permis de maintenir les services aux personnes âgées de 60 ans et plus, normalement desservis par le PPALV dans les autres CSSS. Du côté administratif, ce programme relève de la Direction des services généraux et spécifiques (Figure 5).

Figure 5. Résumé de la structure des services à la communauté au CSSS Cavendish (2009)



L'intégration des services spécialisés de santé mentale aurait été liée à la volonté constante du CSSS Cavendish de répondre de manière optimale aux besoins biopsychosociaux de sa population (Provençal, 2009). Chez les responsables du programme, l'intégration des services a surtout été une manière d'assurer un meilleur continuum de soins. En effet, l'avancement en âge n'implique pas, pour l'utilisateur, un changement de programme et une rupture dans l'offre de service. L'intégration était également perçue comme une opportunité d'améliorer les conditions de vie des prochaines générations de personnes âgées. En offrant certains types de services plus tôt, on espère éviter certaines difficultés ou complications qui surviennent avec l'âge. À cet égard, les services de santé mentale au sein du PSMA misent sur une approche préventive et sur une approche d'intervention visant la réadaptation soit, le *Recovery model*. Enfin, cette intégration permet aussi aux usagers de moins de 60 ans de bénéficier de l'approche de travail développée dans l'ancien PCSM 60+ (i.e. la notion de perte d'autonomie psychosociale et les services à domicile qu'elle implique). Quant à la clientèle de 60 ans et plus, elle continue de bénéficier de pratiques de pointe, à l'intérieur du continuum de soins. Toutefois, afin d'assurer le développement des services et des pratiques gérontologiques en santé mentale basée sur les meilleures pratiques, il faut s'attarder à bien les circonscrire et à faire valoir leurs spécificités, tout comme l'a mentionné une participante.

4.2. La description du PSMA

Cette section présente les aspects du PSMA en 2009 qui se sont avérés les plus significatifs au moment de la collecte des données ou encore, les plus pertinents aux fins de l'évaluation. Ils seront présentés selon les mêmes quatre grands volets qu'au chapitre précédent : les services à la population, la collaboration avec la communauté, la recherche et la formation.

4.2.1. Premier volet : les services directs à la population

4.2.1.1. L'approche préventive

Bien avant qu'elles n'arrivent à l'étape de leur vieillesse, bon nombre de personnes aux prises avec des PSM développent d'importants problèmes de santé physique (ex. : obésité, diabète), ont de pauvres habitudes d'hygiène dentaire ou encore, se retrouvent dans des conditions d'habitation difficiles et d'isolement social (Provençal, 2009). C'est ainsi que dans une optique de prévention et de réadaptation, les responsables du programme en santé mentale préconisent le développement d'habitudes de vie saines chez ces personnes, notamment la nutrition, l'exercice physique, le tabagisme, la vie sociale, etc. L'objectif est évident, on veut que ces adultes vieillissent en meilleure santé, préservent une plus grande autonomie et nécessitent moins de services. Il s'agit davantage d'un développement de services selon une approche préventive.

En raison de services préventifs orientés vers la clientèle plus jeune, l'approche préventive aura-t-elle un impact sur les services offerts aux personnes âgées de 60 ans et plus? Selon les responsables du programme, cette approche ne diminuera pas ces services. Au contraire, l'intégration des services ainsi que le transfert des usagers et du financement (redirigés des centres hospitaliers vers les CSSS) permettront à un plus grand nombre d'intervenants d'intervenir auprès de ces usagers. De plus, le développement de pratiques continuera de bénéficier des activités réalisées par les services de pointe.

4.2.1.2. Les clientèles cibles (critères d'admissibilité)

Les services offerts par le PSMA visent deux clientèles : les personnes qui présentent des troubles mentaux et celles dont les PSM sont transitoires (CSSS Cavendish, 2009). Les services destinés à ces premières visent à réduire la durée et l'intensité des principales manifestations des troubles mentaux et à favoriser l'intégration sociale, tout en diminuant les risques pour la personne et les autres. Les services destinés aux personnes dans la seconde catégorie, cherchent à minimiser les risques de voir leur équilibre psychique compromis par des situations problématiques transitoires auxquelles elles pourraient être confrontées. Ces services sont offerts aux individus, aux couples et aux familles. L'admissibilité aux services se fait sur la base d'un diagnostic ou d'une impression diagnostique et inclut les éléments suivants (CSSS Cavendish, 2009) :

- 1) Résider sur le territoire desservi par le CSSS Cavendish;
- 2) Vivre au sein de la communauté;
- 3) Être aux prises avec une maladie mentale ou un PSM transitoire (diagnostic ou impression diagnostique);
- 4) Être âgé de 21 ans et plus et être aux prises avec un trouble de santé mentale sévère, avec ou sans diagnostic (réservé aux usagers pour qui une impression diagnostique ou un diagnostic ont été posés) avec une perte d'autonomie psychosociale, donc liée à leur profil en santé mentale pouvant présenter également une perte d'autonomie fonctionnelle chronique ou persistante dans les activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique (tant que l'élément santé mentale est prédominant)

OU

- 5) Être un proche aidant qui s'occupe d'une personne suivie par le PSMA et qui présente des problèmes relatifs à son rôle de proche aidant.

4.2.1.3. L'accès aux services

Tout comme dans l'ancien programme, les demandes de services sont traitées par le guichet d'accès, lieu où débutent les services, où la liste d'attente est gérée, où sont repérées et dépistées les conditions cliniques morbides et où les personnes et leurs proches sont orientés vers des ressources répondant à leurs besoins (CSSS Cavendish, 2009). Une fois la demande traitée, l'accès au traitement (services), doit être réalisé à l'intérieur de 30 jours. Toutefois, selon les intervenants interrogés, l'attente dépasse largement ce barème établi par le Plan d'action. Elle peut atteindre trois mois. Les informations obtenues concernant le temps d'attente sont plutôt contradictoires. Selon les responsables du programme, le délai d'attente pour recevoir des services du PSMA s'est amélioré à la suite de l'intégration des services. Le nombre de personnes en attente de services se situerait autour de cinq ou six personnes. Selon les responsables du programme, le Plan d'action et l'intégration des services PCSM 60+ au sein du PSMA a accru le nombre d'intervenants disponibles pour les personnes âgées de 60 ans et plus. Cependant, cet accroissement des ressources ne semble pas avoir eu un impact sur le délai d'attente aux services.

4.2.1.4. Un modèle d'intervention

Le modèle d'intervention, basé sur le *Recovery model*, proposé par le Plan d'action en santé mentale (2005) mais actualisé seulement en 2009 au CSSS Cavendish, semble occuper une place plus importante au CLSC de NDG-MO qu'au CLSC RC. Ce modèle a été mentionné à plusieurs reprises durant le *focus group* avec les intervenants. Même si son application n'a pas fait l'objet de désaccord, il est impossible de dire si ce modèle est celui privilégié par l'ensemble des intervenants.

Le *Recovery model* est très populaire dans le domaine de la santé mentale (Peebles et al., 2007; Ducan et al., 2003). Il repose sur une vision holistique et donc, tient compte de la personne dans son ensemble (et non seulement des symptômes associés à la maladie mentale). Il mise sur la réadaptation, impliquant non seulement l'individu mais également un système de soutien composé de différents acteurs (i.e. CLSC, organismes communautaires). Il considère que l'individu a des solutions à ses problèmes. Il mise sur son *empowerment*. L'autonomie (dans le sens de l'autodétermination) est fondamentale dans ce modèle. L'intervention est axée sur l'éducation et vise à amener l'individu à reconnaître les conséquences de ses décisions. Enfin, l'intervention repose sur le respect de la diversité des parcours de réadaptation, sur les droits des individus et sur les changements sociaux.

4.2.1.5. Les lieux de l'intervention

Les usagers du PSMA peuvent recevoir des services à domicile ou au CLSC. Les intervenants expliquent que les interventions à domicile peuvent avoir lieu dans le cas où la mobilité physique de l'utilisateur rend les déplacements au CLSC difficiles. De plus, les rencontres à domicile permettent d'observer le fonctionnement de l'utilisateur dans son milieu de vie, sa sécurité et la salubrité du domicile. Effectuées sur une base régulière, les visites à domicile permettent d'être à l'affût de toute détérioration des conditions de vie et de situations qui pourraient devenir problématiques. Elles permettent aussi d'aborder différents aspects de la vie à partir d'échanges facilités, par exemple, par des photos ou des souvenirs qui sont à vue. En contrepartie, les visites à domicile sont parfois vécues comme une menace à la vie privée et les professionnels, perçus comme des intrus. Par ailleurs, elles peuvent changer le rapport de force qui existe entre l'utilisateur et l'intervenant. À cet effet, un participant mentionne : « Quand on est à la maison, on est dans leur territoire, cela change le rapport de force ». Faut-il sous-entendre que le rapport est normalement en faveur du professionnel ou différent en fonction du lieu de l'intervention?

En ce qui a trait aux services donnés au CLSC, ils peuvent être offerts dans l'optique de promouvoir l'autonomie des usagers. En prenant l'habitude de sortir et de venir au CLSC, ces personnes peuvent

éventuellement se rendre dans les différentes ressources de la communauté. L'intervention peut ainsi s'avérer thérapeutique chez celles qui, pour différentes raisons, hésitent à quitter leur domicile ou vivent de l'isolement.

Tous s'entendent pour dire que les services à domicile sont importants et les responsables du programme sont d'accord avec le fait qu'ils sont un aspect spécifique du PSMA. Toutefois, ils mentionnent les difficultés liées, d'une part, à ne plus donner de services à domicile aux usagers de 60 ans et plus (habituels de les recevoir), et d'autre part, à demander aux usagers de se déplacer au CLSC.

4.2.1.6. Le Plan d'intervention et l'implication des usagers

Deux plans d'intervention sont possibles. D'abord, le Plan individualisé (PI) ou le Plan de services individualisé (PSI)¹⁸. Pour les intervenants interrogés, il est important que l'utilisateur, ainsi que sa famille, participent, autant que possible au Plan d'intervention. Leur collaboration est vivement souhaitée. Ceci est tout à fait cohérent avec une intervention qui cherche à accroître l'empowerment chez les usagers. Dans l'enquête sur les répercussions (2^e partie du chapitre), c'est l'un des grands constats : une amélioration du sentiment d'empowerment chez les usagers à la suite de la réception des SSSM 60+.

Toutefois, cette participation peut être limitée par plusieurs facteurs : la nature et la sévérité des PSM, les pertes cognitives, la présence et la qualité de l'alliance thérapeutique, la perception qu'a l'utilisateur des services reçus ou de ceux qu'il s'apprête à recevoir et sa perception des intervenants. À cet égard, les participants mentionnent que les intervenants sociaux, souvent appelés travailleurs sociaux, n'ont pas nécessairement aussi bonne réputation que les infirmières, ce qui peut restreindre leur intervention. Le rôle des intervenants sociaux, n'apparaissant pas aussi clair que celui des infirmières, amène de la confusion et de l'inquiétude chez les usagers. Les intervenants sociaux misent souvent sur l'alliance thérapeutique créée avec une infirmière ou un ASSS pour établir, à leur tour, une relation de confiance avec les usagers. La collaboration de l'utilisateur serait aussi liée au respect de l'autorité qu'il accorde aux services ou aux professionnels. Il sera ainsi moins enclin à collaborer s'il ne reconnaît pas la raison d'être et l'utilité des services qui lui sont rendus. Dans un contexte non volontaire, la collaboration est plus difficile ou impossible à obtenir, notamment dans le cas des usagers sous curatelle. Les participants mentionnent qu'ils n'ont parfois pas d'autre choix que d'imposer leur intervention, particulièrement dans les situations qui portent atteinte à la sécurité de l'utilisateur ou d'autrui. Même quand l'utilisateur reconnaît ses difficultés et l'importance des services, il peut se produire des désaccords sur le Plan d'intervention.

Souvent, les usagers âgés ne veulent pas admettre une perte d'autonomie ou le fait qu'ils vieillissent ou sont plus fragiles, ce qui peut les amener à refuser des services. Ils vont attendre d'avoir fait tout ce qui leur est possible de faire par eux-mêmes avant d'accepter les services. La perte d'autonomie touche à la dignité et à la fierté. Dans certains cas, ils font preuve de méfiance envers les services offerts.

¹⁸ Comme convenu par la loi, (article 102 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, [LSSSS], 1991) un Plan d'intervention [PI] est réalisé pour chaque usager. Le PI sert à identifier les besoins de l'utilisateur, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le PI permet d'assurer la coordination des services offerts par plusieurs intervenants d'un même établissement. Quand l'intervention implique la participation de plusieurs intervenants en provenance de différents établissements, un Plan de services individualisé [PSI] est requis (article 103, LSSSS, 1991). Dans tous les cas, l'utilisateur doit être invité à participer à la conception du Plan d'intervention.

4.2.1.7. L'offre de service : le traitement et les services offerts

L'offre de service s'appuie sur les modalités de traitement suivantes :

- 1) Traitement des troubles transitoires qui comprend des services d'une durée de 8 à 12 rencontres qui peuvent être réévalués en fonction de l'atteinte des objectifs.
- 2) Traitement des troubles mentaux tels que la dépression et l'anxiété.
- 3) Traitement des troubles sévères et persistants par le biais d'un suivi de nature et d'intensité variables.
- 4) Traitement des troubles mentaux accompagnés d'une perte d'autonomie psychique ou physique.

Parmi les services, on retrouve l'évaluation, les suivis infirmiers, médicaux et psychosociaux, l'enseignement et l'entraînement supervisé dans les activités de la vie quotidienne et domestique, les services d'ASSS, le soutien aux familles et aux proches, la surveillance à distance (monitoring), la coordination des plans d'intervention, l'intervention en situation de crise et les références à l'équipe de consultation (CSSS Cavendish, 2009). De plus, les intervenants du PSMA donnent du soutien clinique à leurs collègues du PPALV et aux intervenants des ressources communautaires.

4.2.1.8. Les équipes multidisciplinaires

L'équipe est constituée d'intervenants expérimentés ce qui permet d'optimiser la réponse aux besoins. Tout comme dans l'ancien programme, les services du PSMA sont offerts par une équipe multidisciplinaire. Au total, au moment de l'étude, elle comptait six infirmières, un médecin omnipraticien, un psychologue, quinze intervenants sociaux, une ergothérapeute, une organisatrice communautaire et deux ASSS pour les deux CLSC.

Il y a une équipe dans chaque CLSC, sauf que certains types d'intervenants sont absents dans l'une ou l'autre des équipes. Ce fait est perçu différemment chez les intervenants interrogés et chez les responsables du programme. D'abord, pour ces derniers, les services sont perçus comme étant identiques dans les deux CLSC et, bien que l'on souhaite avoir des équipes complètes, cette situation ne pénaliserait pas les usagers. Toutefois, selon les intervenants, il semble que cette situation ait des impacts directs sur le travail des intervenants du CLSC RC, notamment en raison des délais d'attente pour recevoir les services d'évaluation de l'ergothérapeute du CLSC de NDG-MO. En plus, les usagers du CLSC RC ne peuvent bénéficier des services d'un médecin de l'équipe ou d'une psychologue.

Dans les deux sites, les intervenants ont souligné la cohésion et le bon climat de travail au sein de leur équipe. Au CLSC de NDG-MO, la reconnaissance mutuelle des compétences, l'échange et la disponibilité ressortent comme les caractéristiques principales. Au CLSC RC, les intervenants soulignent la bonne communication entre les membres de l'équipe, la synergie et la possibilité de discuter des difficultés rencontrées. La présence d'une relève durant les vacances et lors de l'absence de leurs collègues, tout comme la proximité des bureaux, contribueraient à cette cohésion qui, selon les intervenants, serait perçue par les usagers.

4.2.1.9. La collaboration entre les programmes du CSSS

Tout comme dans l'ancien programme, la réponse aux besoins des clientèles desservies requiert parfois une implication inter-programmes. Les responsables du programme soulignent que des efforts constants sont faits afin de faciliter cette collaboration. À nouveau, les avis sont partagés, d'une part, entre les responsables et les intervenants et, d'autre part, entre les intervenants des deux sites.

Les responsables du programme évaluent que la collaboration est bonne (même si du travail reste à faire) alors que les intervenants insistent plutôt sur le manque de collaboration. On parle d'une collaboration plus

difficile au CLSC RC. Par ailleurs, les collaborations semblent plus faciles entre certains programmes ou services (*i.e.* services de réadaptation et PSMA) et inversement, plus difficiles entre d'autres (*i.e.* entre PSMA et PPALV).

Ainsi, si le PSMA mise sur la collaboration inter-programmes, les données indiquent que du travail reste à faire pour l'améliorer. Selon les intervenants, des préjugés à l'endroit des personnes qui souffrent de PSM rendraient les intervenants des autres programmes réticents à recevoir ce type de clientèle. À cet égard, nous croyons que les intervenants du PSMA pourraient davantage agir comme « consultants ». Cet aspect des services de santé mentale nous semble peu développé. Finalement, les budgets limités pourraient aussi expliquer les difficultés de transférer des usagers entre les programmes ou de mettre à profit les connaissances des intervenants des autres programmes.

4.2.1.10. Les ressources financières

Le transfert du budget du PCSM 60+ vers le PSMA a permis de maintenir les services aux personnes âgées de 60 ans et plus, normalement desservis par le PPALV dans les autres CSSS.

4.2.2 Deuxième volet : les collaborations et les partenaires de la communauté

Les responsables du programme et les intervenants interrogés dressent un bilan assez positif des collaborations établies avec les partenaires de la communauté, bien que certains mécanismes doivent être améliorés.

Actuellement, un représentant du CSSS siège au comité consultatif sur les aînés mis sur pied par la Commission de la santé mentale du Canada. Le mandat de ce comité est de s'assurer que la santé mentale des aînés soit prise en compte dans l'ensemble des travaux de la Commission. Le modèle de services développé au CSSS Cavendish est reconnu comme une référence importante dans le développement des services gérontologiques en santé mentale. Dans le cadre du développement de services pour la clientèle âgée psychiatrique, ce même représentant fait aussi partie du sous-comité du comité conseil santé mentale et vieillissement de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. De plus, il y a un représentant comme membre de l'Agence canadienne pour la santé mentale, le sous-comité personnes âgées et santé mentale, qui travaille à reconnaître les besoins spécifiques de cette population et à offrir des formations sur ce thème aux membres de la communauté.

Les intervenants du CSSS peuvent compter sur un ensemble de services en santé mentale au sein de la communauté. Parmi ceux-ci, mentionnons : la Maison les Étapes, un organisme communautaire offrant de multiples services, dont le programme ACT (*Assertive Community Treatment*), programme de suivi intensif en équipe dans la communauté. Cet organisme offre également un suivi communautaire intensif auprès des personnes de 60 ans et plus, un service résidentiel et un centre de jour. Le centre de crise TRACOM offre aussi plusieurs services tels le soutien téléphonique, le suivi communautaire (visites à domicile, rencontres familiales, rencontres de réseau), le dépistage, l'hébergement temporaire ainsi que l'orientation et la référence. Un autre organisme, Ami Québec, organise des groupes de soutien et d'éducation pour les proches aidants de personnes qui souffrent de maladie mentale. Le CSSS collabore aussi avec des organisations qui se situent à l'extérieur de son territoire, comme le Centre Cummings qui offre des services aux personnes âgées d'origine juive souffrant de maladies mentales chroniques. Actuellement, le CSSS travaille avec l'hôpital Douglas et d'autres partenaires de la communauté à monter un projet de logements dans le but d'offrir du soutien aux personnes vivant avec un problème de santé mentale. Des rencontres avec ces organismes se tiennent couramment afin de favoriser les échanges, mieux connaître les services et les programmes et établir des modes de collaboration pour les références et le suivi des usagers. Certaines ressources viennent, dans ce contexte, présenter leurs services au CSSS. À leur tour, les intervenants du CSSS se déplacent dans la communauté pour présenter les leurs. On note, toutefois, que certaines ressources ne sont pas toujours

accessibles aux personnes à mobilité réduite, ce qui en limite leur utilisation.

Le CSSS a déployé maints efforts depuis 2009, pour développer des relations avec ses partenaires de la communauté et assurer l'arrimage des services. Des liens se sont ainsi établis entre les instances de deuxième ligne et de première ligne. L'objectif est simple: aucun usager dans le besoin ne doit se retrouver sans services. Au départ, la collaboration s'est avérée plus facile entre le CLSC RC et l'HGJ. Le temps nous dira si une telle collaboration peut également s'établir entre cet hôpital et le CLSC de NDG-MO. De toute évidence, l'intégration de services et la mise en place d'un continuum de soins demeurent des défis de taille.

Par ailleurs, et selon les intervenants interrogés, afin d'assurer un continuum de soins optimal en santé mentale, un vocabulaire commun entre les institutions doit être instauré. Ce vocabulaire n'est pas actuellement bien arrimé entre les établissements, tant sur le plan de la définition de la gériatrie, que sur les critères d'accès aux services de santé mentale.

S'il est aussi vrai qu'il y a plusieurs maisons d'accueil et de nombreux organismes communautaires sur le territoire et que leurs services sont de qualité, il n'en demeure pas moins que leur nombre est insuffisant pour répondre à tous les besoins de la communauté.

Les proches aidants sont aussi des partenaires importants dans l'intervention. Ils peuvent donner des soins à la personne souffrant de PSM, fournir de l'information et contribuer à l'atteinte des objectifs. En même temps, ils peuvent signaler des situations problématiques et faire en sorte que le CLSC intervienne plus rapidement. Selon les intervenants interrogés, les usagers se portent souvent mieux quand leurs proches s'impliquent. Leur présence est appréciée. En revanche, les aidants peuvent demander ou revendiquer des services que leur parent âgé ne souhaite pas obtenir. Ils peuvent parfois nuire à l'intervention ou encore formuler des plaintes qui amènent leur parent âgé à douter des services rendus. On constate que les personnes âgées souffrant de PSM et suivies par les services de santé mentale du CSSS n'ont généralement peu ou pas de liens avec les membres de leur famille et la présence d'un proche aidant (généralement des membres de la famille) est plutôt rare. En effet, les membres de la famille peuvent vivre à l'extérieur de la ville, les liens familiaux peuvent être conflictuels ou rompus, ou encore, les aidants peuvent être complètement épuisés.

4.2.3. Troisième volet : la recherche

Malgré l'intégration du PCSM 60+ dans les services du PSMA, on reconnaît encore la spécificité des services et des pratiques en santé mentale auprès des personnes âgées. Cette reconnaissance contribue à légitimer les activités de recherche et de développement.

Bien que moins nombreuses qu'autrefois, ces activités de recherche sont davantage ancrées dans la littérature scientifique et suivent les lignes directrices des meilleures pratiques. Elles s'appuient sur un mode participatif de recherche, soit une collaboration étroite entre les intervenants terrain et les chercheurs. Cette position assure une plus grande exhaustivité, validité et acceptabilité des projets de recherche entrepris.

4.2.4. Quatrième volet : la formation

Les formations sont toujours importantes pour les SSSM 60+ et populaires, ce qui semble s'expliquer par la reconnaissance accordée au CSSS Cavendish par les autres CSSS du Québec. Bien qu'élaborées en se basant sur les meilleures pratiques et sur les résultats de recherches menées, une analyse plus détaillée des formations serait nécessaire. Il serait intéressant d'évaluer l'impact de ces dernières auprès de l'auditoire (*i.e.* rétention des informations, portée des recommandations). L'évaluation en effet de la seule satisfaction de la formation est pertinente, mais insuffisante.

DEUXIÈME PARTIE: ÉVALUATION DES SSSM 60+ AU SEIN DU PSMA¹⁹

Cette deuxième partie résume les résultats de la recherche menée. Rappelons que cette recherche vise, en premier lieu, à faire l'évaluation du processus, soit les variables intermédiaires au changement et, en deuxième lieu, à effectuer l'évaluation des répercussions soit le changement observé chez la clientèle, une fois les services débutés.

4.3. Résumé du devis de recherche et des participants rejoints

La population cible est un groupe d'usagers vivant avec un PSM et recevant des SSSM 60+ du PSMA. La période de recrutement s'est échelonnée de septembre 2009 à juin 2010. Les usagers devaient avoir une rencontre prévue avec un gestionnaire de cas et ne devaient donc plus être sur la liste. Étaient exclues, les personnes considérées inaptes à répondre aux questions en français ou en anglais, qui n'avaient pas de domicile fixe ou considérées violentes. Au total, trois personnes ont été exclues de l'étude : une personne pour des raisons linguistiques et deux personnes pour des raisons de santé psychosociale (*i.e.* risque de violence) trop importantes. De plus, sept personnes ont été impossibles à rejoindre et deux mentionnaient ne pas vouloir recevoir des services du CLSC (donc refusaient de participer à l'étude). Dix autres personnes ont refusé de participer par manque d'intérêt. Au total, 31 personnes ont participé à l'étude sur les 54 noms de participants reçus.

Rappelons que les entrevues (n=31) se sont déroulées à domicile ou au CLSC selon la convenance des participants. Au total, 30 usagers sur les 31 usagers du départ ont complété les trois temps de mesure, soit un taux de rétention de 97%, ce qui est supérieur à la plupart des taux observés dans la littérature. Des 31 personnes rencontrées, quatre ont affirmé ne pas avoir reçu de services entre les temps 1 et 3. Nous avons tenu compte de ces informations dans les analyses secondaires.

4.4. Caractéristiques sociodémographiques, de santé et comportementales

Telles qu'illustrées dans le tableau 18, les données recueillies au T1, avant le début des SSSM60+, démontrent que sur le plan sociodémographique, les participants à l'étude étaient relativement représentatifs de la clientèle recevant des SSSM60+. Ils étaient, en majorité, de sexe féminin, âgés de 64 ans, vivant seuls et, en grande partie éduqués (près de 65% d'entre eux possédaient un diplôme postsecondaire). En raison du territoire desservi par les CLSC du CSSS Cavendish, les participants étaient majoritairement anglophones. Les derniers mois de leur vie semblaient avoir été marqués par plusieurs évènements difficiles.

¹⁹Une récapitulation de ce chapitre sera faite à la suite de la présentation des résultats de l'évaluation de processus et des répercussions des SSSM 60 + présentés au chapitre suivant.

Tableau 18 : Caractéristiques sociodémographiques des participants au T1

Caractéristiques	Items	N=31 % ou m (e.t.)	
Âge moyen	64	8,7	
Genre	Féminin	67,7	
	Masculin	33,7	
Statut civil	Marié	16,1	
	Séparé	9,7	
	Divorcé	25,8	
	Veuf	32,3	
Jamais marié	Jamais marié	16,1	
	Vivre seul	Oui	83,9
	Scolarité	Primaire (1 ^{re} à 3 ^e année)	0
		Primaire (4 ^e à 7 ^e année)	9,7
Secondaire ou 8 ^e à 12 ^e année		25,8	
Collège ou cours classique		35,5	
Universitaire ou post gradué		22,5	
Autres	6,5		
Langue maternelle ²⁰	Français	35,5	
	Anglais	67,5	
	Autres	9,7	
Pays d'origine	Canada	70,0	
	États-Unis	3,3	
	Europe	9,9	
	Amérique centrale et du Sud	9,9	
	Autres	6,9	
Évènements de vie	Mariage	0	
	Décès d'un conjoint	0	
	Décès d'un proche	38,7	
	Déménagement	12,9	
	Autres (répartition du 64,5%)	64,5	
	-perte d'emploi	6,5	
	-événement survenu chez un proche	29,0	
	-relation interpersonnelle	9,7	
	-victime de fraude	3,2	
	-séjour en prison	3,2	
	-détérioration état mental/ physique	3,2	
	-responsabilité civique	6,5	
	-accident	3,2	

Sur le plan des caractéristiques de santé présentées au tableau 19, plus du tiers des participants avait visité une urgence et environ le quart avait été hospitalisé dans la dernière année. Les raisons étaient majoritairement d'ordre physique, même si le tiers des participants hospitalisé l'était pour dépression. La

²⁰Certaines personnes ont indiqué plus d'une réponse à ces questions, ce qui explique que le total n'égal pas 100%.

majorité des participants avait un diagnostic de problème physique (*i.e.* arthrite) et près de la moitié d'entre eux avait un diagnostic pour un problème de santé mentale. Les données semblent indiquer que les trois quarts des participants avaient des symptômes légers à modérés de dépression (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-CES-D) et que les deux tiers avaient un niveau d'anxiété supérieur à la normale.

Tableau 19 : Caractéristiques de santé physique et psychosociale des participants

Caractéristiques	Items	N=31 % ou m (e.t.)
Hospitalisation	Avoir été hospitalisé	22,6
Fréquence	- Moins d'une semaine	83,0
	- Plus d'une semaine	17,0
Raisons	- Accident	33,0
	- Dépression	33,0
	- Problème du système respiratoire	17,0
	- Chirurgie d'un jour	17,0
Visite à l'urgence	Visiter une urgence	36,7
Fréquence	- Une seule fois	50,0
	- Deux à cinq fois	50,0
Raisons	- Chute	30,0
	- Système cardiaque-cœur-pression	10,0
	- Système respiratoire	30,0
	- Autres problèmes physiques	30,0
Problèmes de santé	Présence d'un diagnostic	93,5
	- Problèmes physiques	83,9
	- PSM	48,4
Symptômes de dépression	Moyenne (max. 15)	6,35 (1,8)
Catégories	- aucun symptôme (0-4)	22,6
	- symptômes légers à modérés (5-9)	74,2
	- symptômes graves (10 et plus)	3,2
Anxiété	Moyenne (max. 63)	15,9 (10,6)
Catégories	- anxiété normale (0-9)	32,3
	- anxiété légère à modérée (10 -18)	32,3
	- anxiété modérée à sévère (19-30)	22,6
	- anxiété sévère (30 et plus)	12,9

En ce qui a trait aux caractéristiques fonctionnelles illustrées ci-dessous au tableau 20, les participants avaient davantage d'incapacités et d'handicaps²¹ sur le plan de leurs activités de la vie domestique (AVD) que sur le plan de leurs activités de la vie quotidienne (AVQ). Pour les AVQ, les incapacités et les handicaps des participants (plus du tiers d'entre eux) affectaient, principalement, l'hygiène personnelle (se laver, entretenir sa personne, contrôle de la fonction vésicale). Pour les AVD, le tiers des participants présentait des incapacités sur plusieurs plans : entretenir la maison, préparer des repas, faire des courses, faire la lessive, utiliser un moyen de transport et gérer un budget.

Il est à noter que pour la plupart des tâches liées aux AVQ et aux AVD, le degré du handicap était plus faible que celui des incapacités. Ceci démontre que les usagers en santé mentale arrivaient à pallier leurs incapacités par différentes stratégies. Pour près de la moitié des participants, entretenir sa maison demeurait la tâche la plus handicapante de toutes les tâches.

²¹ « L'incapacité résulte d'une déficience qui limite le fonctionnement de l'individu ou le restreint dans ses activités. Le handicap se rapporte plutôt au désavantage social entraîné par l'incapacité, compte tenu des exigences qui sont imposées à l'individu et des ressources matérielles et sociales dont il dispose pour pallier cette incapacité. Le handicap représente en quelque sorte l'intervalle entre les incapacités et les ressources (Hébert *et al.*, 2003) ». Les cahiers du CREGÉS, numéro 2012, vol. 2.

Tableau 20 : Caractéristiques fonctionnelles des participants

Caractéristiques	Items	N=31 % ou m (e.t.)
Problèmes d'autonomie fonctionnelle	Activités de la vie quotidienne (7 items)	
Par items (% démontrant une incapacité ou un handicap)	- Incapacités	-0,18 (0,21)
	- Handicaps	-0,08 (0,15)
Activités de la vie quotidienne (7 items)		
Se nourrir	- Incapacités	0,0
	- Handicaps	0,0
Se laver	- Incapacités	22,6
	- Handicaps	16,1
S'habiller	- Incapacités	3,2
	- Handicaps	3,2
Entretenir sa personne	- Incapacités	32,3
	- Handicaps	16,1
Fonction vésicale	- Incapacités	29,0
	- Handicaps	3,2
Fonction intestinale	- Incapacités	22,6
	- Handicaps	6,5
Utiliser les toilettes	- Incapacités	6,5
	- Handicaps	6,5
Activités de la vie domestique (8 items)		
Par items (% démontrant une incapacité ou un handicap)	- Incapacités	-0,47 (0,55)
	- Handicaps	-0,22 (0,24)
Activités de la vie domestique (8 items)		
Entretenir sa maison	- Incapacités	67,7
	- Handicaps	41,9
Préparer les repas	- Incapacités	45,2
	- Handicaps	12,9
Faire les courses	- Incapacités	38,7
	- Handicaps	16,1
Faire la lessive	- Incapacités	38,7
	- Handicaps	22,6
Utiliser le téléphone	- Incapacités	3,2
	- Handicaps	3,2
Utiliser les moyens de transport	- Incapacités	28,5
	- Handicaps	9,7
Prendre ses médicaments	- Incapacités	16,1
	- Handicaps	9,7
Gérer son budget	- Incapacités	41,9
	- Handicaps	25,8

Enfin, sur le plan des caractéristiques comportementales illustrées au tableau 21, les participants présentaient majoritairement entre trois à six comportements à risque. Pour plus de 70% d'entre eux, ces comportements avaient des conséquences mineures à majeures. Parmi les comportements à risque, les comportements liés à la détresse émotionnelle arrivaient au premier rang. Près de la majorité des participants en souffrait. Plus de la moitié présentait des comportements suicidaires, des risques de victimisation et de la négligence.

Tableau 21 : Caractéristiques comportementales des participants

Caractéristiques	Items	N=31 % ou m (e.t.)
Comportements à risque	Présence des comportements à risque (max. 10)	
Par items (% démontrant une incapacité ou un handicap)	- Entre 0 à 2	19,4
	- Entre 3 à 6	74,1
	- Entre 7 à 10	6,5
	- Continu	3,64 (1,68)
	Présence de conséquences mineures ou majeures (max. 10)	
Catégories	- Entre 0 à 2	29,1
	- Entre 3 à 6	67,8
	- Entre 7 à 10	3,2
	- Continu	3,38 (1,67)
Négligence de soi	- présence du comportement	51,6
	- conséquences mineures ou majeures	51,6
Non adhérence	- présence du comportement	6,5
	- conséquences mineures ou majeures	6,5
Abus de substance	- présence du comportement	3,2
	- conséquences mineures ou majeures	3,2
Risque envers soi-même ou autrui	- présence du comportement	12,9
	- conséquences mineures ou majeures	9,7
Comportements agressifs	- présence du comportement	25,8
	- conséquences mineures ou majeures	16,1
Détresse émotionnelle	- présence du comportement	96,8
	- conséquences mineures ou majeures	90,3
Comportements suicidaires	- présence du comportement	51,6
	- conséquences mineures ou majeures	41,9
Sécurité personnelle	- présence du comportement	6,5
	- conséquences mineures ou majeures	6,5
Risque de victimisation	- présence du comportement	67,7
	- conséquences mineures ou majeures	67,7
Sécurité financière	- présence du comportement	41,9
	- conséquences mineures ou majeures	41,9

D'un point de vue descriptif, les participants à l'étude n'ont pas présenté des caractéristiques similaires à celles de la population du territoire présentée préalablement, et dont les données découlaient du système I-CLSC du CSSS Cavendish (chapitre 3, p.17). L'échantillon de l'étude était nettement plus jeune (une $m=64$ ans contre une $m=78$ ans pour le CLSC RC et une $m=68$ ans pour le CLSC de NDG-MO), vivait avec des pertes physiques moins importantes et souffrait moins de PSM lourds (*i.e.* 8,3% des participants atteints de schizophrénie contre 43% des usagers du CLSC de NDG-M-O). En raison des critères d'exclusion, la clientèle suivie n'était représentative que pour environ 50% des usagers des SSSM 60+, ceux dits «faciles» par les intervenants du service. Les personnes présentant un portrait relativement problématique et ayant de plus grands besoins (*i.e.* personnes itinérantes, violentes ou démentes) étaient exclues de cette étude. L'offre de service s'adressait donc à des usagers dont les PSM étaient plus légers.

4.5. Offre de service

À la suite du temps de mesure 1, les participants de l'étude ont reçu les SSSM 60+. Adaptés à leurs besoins et leurs conditions, ces services ont été offerts à la clientèle par les intervenants du CLSC de NDG-MO ($n=14$) ou du CLSC R-C ($n=10$). Compte tenu du nombre limité de participants, du manque de puissance statistique, seules des analyses descriptives et comparatives ont pu être réalisées.

Les premières données colligées sont en lien avec l'offre de service pour chacun des usagers suivis. Les informations ont été recueillies auprès du gestionnaire de cas de chacun des usagers ayant reçu des services. Il fallait pour ce faire, consulter le dossier médical et les notes de suivi de chaque usager. Des données ont ainsi été recueillies pour 24 des 31 participants; six usagers n'ayant pas reçu de services et un usager ayant, pour sa part, abandonné l'étude évaluative.

Telles que présentées ci-dessous au tableau 22, les données recueillies indiquent que les gestionnaires de cas des usagers recevant des SSSM 60+ étaient, en général, des intervenants sociaux. Dans les services offerts à chacun des usagers, on a noté l'implication de plusieurs intervenants: intervenant social (83,3% des cas), infirmière (29,2%), ASSS (12,5%) et ergothérapeute (20,8%).

En ce qui a trait aux délais de réponse auprès d'usagers demandant des services, 90 jours se sont en moyenne écoulés (*e.t.* 104,47) entre la date de la demande initiale de services et celle du premier contact avec l'intervenant désigné. Toutefois, tout porte à croire que ces données sont biaisées. Quelques participants ont en effet attendu plus longtemps sur la liste d'attente pour diverses raisons (voir discussion, section 4.10.1.8).

Durant le temps de l'étude (six mois), en moyenne, un nombre de 11,36 interventions (*e.t.* 15,03) a été enregistré. Le mode d'intervention privilégié était la rencontre avec l'utilisateur, suivi du contact téléphonique avec l'utilisateur (70,8%) ou sans l'utilisateur (45,8%).

Selon le dossier médical des usagers participants, la dépression (45,8%) et l'anxiété (25,0%) arrivaient respectivement au premier et deuxième rang des diagnostics de santé mentale. Les raisons des interventions étaient toutefois multiples. Les plus fréquentes étaient les problèmes d'adaptation à une situation (45,8% des cas), les problèmes liés à la vie familiale (29,2%), l'isolement social (20,8%) et les problèmes socioéconomiques (20,8%). Les interventions étaient majoritairement du counseling (66,7% des cas) et des interventions psychosociales (58,3% des cas).

Tableau 22: Portrait de l'offre de service pour les participants à l'étude (n=24)

Caractéristiques	Items	N=24 % ou m (e.t.)
Site	CLSC NDG-MO	58,3
	CLSC René-Cassin	41,7
Profession du gestionnaire de cas	Intervenant (e) social (e)	79,2
	Infirmier (ère)	12,6
	Ergothérapeute	4,1
	Psychologue	4,1
Diagnostiques de santé mentale (ceux qui prévalent)	Dépression	45,9
	Anxiété	25,0
	Schizophrénie	8,3
	Troubles bipolaires	8,3
	Aucun diagnostic	12,5
Sources de revenu (celles qui prévalent; plusieurs sources pourraient être nommées)	Sécurité de vieillesse	36,4
	Autre régime de pension	31,8
	Aide sociale	20,8
	Régime de retraite (RRQ, RREGOP)	13,7
	Assurance-emploi	9,1
	Emploi	9,1
	Pension du conjoint	8,4
Temps d'attente en jours	Entre la date de la demande initiale et celle du triage	44,66 (91,93)
	Entre la date du triage et celle du contact avec l'intervenant	49,52 (78,22)
	Entre la date de la demande initiale et celle du contact avec l'intervenant	90,04 (104, 47)
Modes d'intervention (% basé sur le nombre total d'interventions)	Rencontre avec usager	100,0
	Rencontre sans usager	20,8
	Contact téléphonique avec usager	70,8
	Contact téléphonique sans usager	45,8
Nombre total des interventions (par usager)		11,36 (15,03)
Lieu d'intervention (plusieurs lieux pourraient être nommés)	À domicile	41,7
	Au CLSC	95,8
Intervenants impliqués (intervenants peuvent être nommés plus d'une fois)	Intervenant(e) social(e)	83,3
	Infirmier(ère)	29,2
	Ergothérapeute	20,8
	ASSS (auxiliaire)	12,5
	Médecin	8,3
	Nutritionniste	8,3
	Psychologue	4,2
Proportion d'actions de concertation		41,7
Raisons d'intervention (celles qui prévalent)	Problèmes d'adaptation à une situation	45,8
	Problèmes liés à la vie familiale	29,2
	Problèmes socio-économiques	20,8
	Isolement social	20,8
	Problèmes de santé physique	16,7
	Troubles de l'humeur (ex. dépressif)	16,7
	Problèmes liés aux médicaments	12,5
	Remise en question personnelle	12,5

Caractéristiques	Items	N=24 % ou m (e.t.)
Types d'actes (ceux qui prévalent)	Counseling-psychothérapie	66,7
	Intervention psychosociale	58,3
	Éducation, prévention, promotion	37,5
	Intervention liée aux AVD et AVQ	25,0
	Intervention en situation de crise	12,5
Cessation d'intervention		25,0
Raisons de la cessation de l'intervention	Usager dirigé vers d'autres ressources	40,0
	Usager a mis fin à l'intervention	40,0
	Usager a atteint les objectifs	20,0
PSM	Transitoire	50,0
	Sévère et persistant	50,0

Puisque les résultats de l'évaluation de l'implantation des SSSM 60+ semblent démontrer une offre de service différente entre les CLSC René-Cassin et NDG-MO, nous avons effectué des analyses complémentaires pour voir si, d'un point de vue quantitatif, des différences entre les sites sont observables auprès de cette clientèle.

Premièrement, il semble y avoir une différence significative quant au laps de temps qui s'est écoulé entre la date de triage et la date où l'intervenant désigné a contacté l'usager. On a en effet compté, en moyenne, 23,57 jours (e.t. 26,90) au CLSC de NDG-MO contre 101,43 jours (e.t. 118,78) au CLSC René-Cassin ($p=0,027$). Il n'est donc pas surprenant de constater qu'entre la date de la demande initiale et celle du contact avec l'intervenant, la différence était également significative entre les deux sites (CLSC de NDG-MO: $m=51,57$ jours e.t. 72,88; CLSC RC, $m=149,88$ jours, e.t. 1121,51, $p=0,04$). Ces disparités sont difficiles à expliquer; elles sont probablement liées à l'urgence de la situation de l'usager.

Deuxièmement, le CLSC NDG-MO pouvait compter davantage sur l'implication d'un médecin dans les dossiers des usagers ($p= 0,087$) que le CLSC RC. Finalement, le CLSC René-Cassin offrait des services à une population ayant davantage un PSM persistant ($p= 0,054$). Ceci s'expliquait par le fait que les intervenants de ce site intervenaient plus souvent pour des cas d'adaptation à une situation ($p = 0,036$) et s'engageaient à faire plus d'éducation, de promotion et de prévention auprès de leur clientèle ($p = 0,021$).

4.6. Variables de processus

Les données relatives aux variables de processus ont été colligées auprès des 24 usagers ayant reçu des SSSM 60+ et sont présentées au tableau 23.

L'alliance thérapeutique a augmenté entre le temps 2 et le temps 3 (période de trois mois où il y a eu une offre de service en santé mentale) de 5,33 à 5,67. Cette augmentation n'est pas significative, mais lorsque l'alliance est décomposée en catégories (faible, moyenne et forte), la différence entre les deux temps de mesure est significative ($w= 0,034$). En effet, après six mois de services, plus d'usagers considéraient comme forte l'alliance avec leur intervenant principal (leur gestionnaire de cas).

Le sentiment d'empowerment a aussi augmenté de façon significative (une diminution sur le plan des données signifie que la personne a un sentiment personnel de prise en charge très élevé), tant pour la mesure générale que pour deux de ses cinq sous-échelles: l'estime et le pouvoir. Cette augmentation est significative pour la mesure globale. Seul l'empowerment, lié à l'activisme, a diminué légèrement, mais non de façon significative.

Une augmentation non significative de l'attitude envers la médication a également été notée. Toutefois, au temps 3, un plus grand nombre d'utilisateurs avait une attitude positive ou neutre quant à leur médication. L'attitude face à l'intervention psychosociale est restée stable avec le temps : 3,51 sur 4, ce qui est relativement élevée. Enfin, l'observance de la médication et du plan d'intervention psychosociale n'a pas changé avec le temps et apparaît relativement élevée: plus de 85% des utilisateurs n'avaient pas oublié ou avaient rarement oublié leur médication ou leur rencontre psychosociale.

En bref, l'alliance thérapeutique et l'empowerment (variable inversée) ont augmenté de façon significative à la suite des SSSM60+.

Tableau 23 : Variables de processus

Variables de processus	T2	T3	W ou F
	% ou m (e.t.)	% ou m (e.t.)	
Alliance thérapeutique (max. de 7)	5,33 (1,62)	5,67 (1,15)	0,85
- faible	19,0	4,8	
- moyenne	28,6	19,0	0,03
- forte	52,4	76,2	
Empowerment (max. de 4)	2,22 (,32)	2,11 (,39)	0,05
- estime	2,06 (,67)	1,90 (,65)	0,09
- pouvoir	2,94 (,51)	2,68 (,59)	0,07
- activisme	1,33 (,39)	1,38 (,46)	0,74
- contrôle	2,07 (,52)	2,08 (,45)	0,87
- colère	2,82 (,51)	2,82 (,51)	0,62
Attitude			
- médication (de -10 à 10)	3,60 (5,11)	4,60 (4,77)	0,38
o négative (-10 à -3)	17,9	7,7	
o neutre (-3 à 3)	17,9	19,2	0,26
o positive (3 à 10)	64,3	73,1	
- intervention psychosociale (max. de 4)	3,52 (,30)	3,51 (,27)	0,91
Observance			
- médication			
o n'a pas oublié	55,0	65,0	
o quelques fois oublié	25,0	20,0	
o plusieurs fois	10,0	15,0	0,41
o prise moins de la moitié du temps	5,0	0,0	
o a cessé de prendre	5,0	0,0	
- intervention psychosociale			
o n'a pas oublié	90,5	90,9	
o quelques fois oublié	9,5	0,0	0,56
o prise moins de la moitié du temps	0,0	4,5	
o a cessé d'assister	0,0	4,5	

En gras : significatif à p=0.05

4.7. Variables de répercussions

Le score global des symptômes liés à la dépression est resté stable à travers le temps. Les résultats semblent en effet démontrer que les SSSM 60+ n'auraient pas eu d'effet positif sur cette variable. Les pourcentages d'utilisateurs considérés comme vivant avec une dépression sévère ou légère à modérée sont demeurés semblables au fil du temps.

Après six mois de SSSM 60+, les utilisateurs vivant avec des PSM semblaient moins vivre d'anxiété ($w = 0,077$). Six mois plus tard toujours, le pourcentage d'utilisateurs vivant avec une anxiété normale avait augmenté de façon significative (10%). De plus, le pourcentage d'anxieux sévères avait diminué (6%).

Quant à l'autonomie fonctionnelle, le niveau global d'incapacités et de handicaps est demeuré stable tout au long des six mois des SSSM 60+. Des 15 activités recensées, le niveau d'incapacités et de handicaps était, en grande partie, demeuré stable et avait même augmenté de façon significative pour certaines activités (*i.e.* faire la lessive, prendre ses médicaments, utiliser les toilettes).

Enfin, les données semblent révéler que les SSSM 60+ auraient eu une influence négative sur le nombre de comportements à risque adoptés par les utilisateurs ayant des conséquences mineures ou majeures. Une augmentation significative du nombre de comportements ayant des conséquences mineures ou majeures a de surcroît noté ($p=0,063$) plus particulièrement les comportements d'abus de substance ($p=0,083$) et les problématiques liées à la sécurité personnelle ($p=0,083$).

La satisfaction globale envers les services était relativement élevée au temps 2 et a légèrement augmenté par la suite, mais de façon non significative. Plus précisément, la satisfaction envers les comportements et les habiletés des intervenants sociaux, d'une part, ainsi que la satisfaction en lien avec les informations reçues sur les services, d'autre part, ont augmenté avec les SSSM 60+, mais pas de manière significative. Seule la satisfaction relative à l'accès aux services a diminué légèrement, mais de façon non significative.

En bref, à la lumière des résultats actuels, le seul effet bénéfique des SSSM 60+ semble être la diminution de l'anxiété. Des effets négatifs ont même été notés en lien avec les incapacités/handicaps et les comportements à risque. Présentées plus loin, à la section 4.9, les analyses de régression permettent de mieux traiter ces données et d'approfondir notre compréhension des résultats.

Dans le tableau 24 qui suit, les résultats des participants à l'étude ont tous été présentés ($n = 31$ pour T1 et T2 et $n = 30$ pour T3). Rappelons, cependant, que six personnes n'ont pas reçu de services au dernier temps de mesure. Les analyses de répercussions ont ainsi été refaites en retirant ces personnes, et, de façon globale, les résultats sont demeurés inchangés. Une comparaison a ensuite été faite entre les deux groupes : ceux ayant reçu des SSSM 60+ ($n = 24$) et ceux n'ayant pas reçu de services ($n = 6$). Aucune différence significative n'a été notée, mais une tendance s'est tout de même démarquée, sans être toutefois significative : les participants ayant reçu des services accusent une plus grande diminution de leurs symptômes anxieux ($m = -3,92$), au cours des six mois de l'étude, que ceux n'ayant pas reçu de services ($m = 1,33$).

Tableau 24 : Variables de répercussions

Variables de répercussions		T1	T2	T3	W ou F
		N=31 % ou m (e.t.)	N=31 % ou m (e.t.)	N=30 % ou m (e.t.)	
Symptômes de dépression	Moyenne (max. 15)	6,35 (1,8)	6,68 (2,31)	6,47 (1,96)	0,489
Catégories	-aucun symptôme (0-4)	22,6	16,1	16,7	
	-symptômes légers à modérés (5-9)	74,2	71,0	80,0	0,527
	-symptômes graves (10 et plus)	3,2	12,9	3,3	
Anxiété	Moyenne (max. 63)	15,9 (10,64)	16,9 (11,64)	13,10 (9,25)	0,077
Catégories	-anxiété normale (0-9)	32,3	32,3	43,3	
	-anxiété légère à modérée (10-18)	32,3	29,0	33,3	
	-anxiété modérée à sévère (19-30)	22,6	22,6	16,7	0,052
	-anxiété sévère (30 et plus)	12,9	16,1	6,7	
Autonomie fonctionnelle	Activités de la vie quotidienne (7 items)				
Par items % incapacités / handicaps	- incapacités	-0,18 (,21)	-0,16 (,21)	-0,19 (,31)	n.s.
	- handicaps	-0,08 (,15)	-0,08 (,15)	-0,08 (,13)	
Catégories					
Se nourrir	- incapacités	0,0	0,0	0,0	n.s.
	- handicaps	0,0	0,0	0,0	
Se laver	- incapacités	22,6	12,9	20,0	0,705
	- handicaps	16,1	9,7	13,3	0,564
S'habiller	- incapacités	3,2	3,2	6,7	0,564
	- handicaps	3,2	3,2	3,3	
Entretenir sa personne	- incapacités	32,3	29,0	33,3	1,0
	- handicaps	16,1	12,9	16,7	1,0
Fonction vésicale	- incapacités	29,0	29,0	30,0	1,0
	- handicaps	3,2	3,2	3,3	1,0
Fonction intestinale	- incapacités	22,6	16,1	16,7	0,317
	- handicaps	6,5	3,2	6,7	1,0
Utiliser les toilettes	- incapacités	6,5	16,1	20,0	0,046
	- handicaps	6,5	12,9	13,3	0,414

Variables de répercussions		T1	T2	T3	W ou F
Activités de la vie domestique (8 items)					
Par items	- incapacités	-0,47 (,55)	-0,47 (,49)	-0,46 (,56)	1,0
% incapacités / handicaps	- handicaps	-0,22 (,24)	-0,25 (,28)	-0,25 (,29)	1,0
Catégories :					
Entretenir sa maison	- incapacités	67,7	71,0	73,3	0,655
	- handicaps	41,9	41,9	53,3	0,285
Préparer les repas	- incapacités	45,2	54,8	50,0	0,317
	- handicaps	12,9	25,8	26,7	0,157
Faire les courses	- incapacités	38,7	35,5	36,7	0,317
	- handicaps	16,1	19,4	10,0	0,317
Faire la lessive	- incapacités	38,7	29,0	26,7	0,157
	- handicaps	22,6	12,9	10,0	0,102
Utiliser le téléphone	- incapacités	3,2	6,5	10,0	0,157
	- handicaps	3,2	3,2	6,7	0,317
Utiliser les moyens de transport	- incapacités	28,5	22,6	23,3	0,655
	- handicaps	9,7	12,9	13,3	0,655
Prendre ses médicaments	- incapacités	16,1	22,6	23,0	0,414
	- handicaps	9,7	22,6	20,0	0,046
Gérer son budget	- incapacités	41,9	41,9	36,7	0,414
	- handicaps	25,8	19,4	20,0	0,754
Comportements à risque					
	Présence de comportements à risque (max. de 10)				
	o Entre 0 à 2	19,4	29,0	23,3	
	o Entre 3 à 6	74,1	61,3	73,4	0,851
	o Entre 7 à 10	6,5	9,7	3,3	
	o continu	3,65 (1,67)	4,1 (2,2)	3,9 (1,74)	0,576
Présence de conséquences mineures ou majeures (max. de 10)					
	o Entre 0 à 2	29,0	29,0	23,3	
	o Entre 3 à 6	67,8	67,8	73,4	0,063
	o Entre 7 à 10	3,2	3,2	3,3	
	o continu	3,39 (1,67)	4,00 (2,25)	3,9 (1,72)	0,227
	Catégories :				
Négligence de soi	présence du comportement	51,6	51,6	56,7	0,808
	o conséquences mineures/majeures	51,6	48,4	56,7	0,808
Non adhérence	o présence du comportement	6,5	9,7	0,0	0,317
	o conséquences mineures/majeures	6,5	9,7	0,0	0,317
Abus de substance	o présence du comportement	3,2	9,7	13,3	0,083
	o conséquences mineures/majeures	3,2	9,7	13,3	0,083
Risque envers soi-même et autrui	o présence du comportement	12,9	19,4	13,3	1,0
	o conséquences mineures/majeures	9,7	19,4	13,3	0,157

Variables de répercussions		T1	T2	T3	W ou F
Comportement agressif	○ présence du comportement	25,8	22,6	40,0	0,285
	○ conséquences	16,1	22,6	36,7	0,109
	○ mineures/majeures				
Détresse émotionnelle	○ présence du comportement	96,8	96,8	96,7	1,0
	○ conséquences	90,3	93,5	96,7	0,157
	○ mineures/majeures				
Comportements suicidaires	○ présence du comportement	51,6	54,2	43,7	0,405
	○ conséquences	41,9	51,6	43,7	1,0
	○ mineures/majeures				
Sécurité personnelle	○ présence du comportement	6,5	22,6	16,7	0,083
	○ conséquences	9,7	22,6	16,7	0,414
	○ mineures/majeures				
Risque de victimisation	○ présence du comportement	67,7	71,0	70,0	1,0
	○ conséquences	67,7	71,0	70,0	1,0
	○ mineures/majeures				
Sécurité financière	○ présence du comportement	41,9	51,6	43,3	1,0
	○ conséquences	41,9	51,6	43,3	1,0
	○ mineures/majeures				
Satisfaction avec les services (max. de 5)			3,92 (0,64)	4,00 (0,64)	0,922
Total :					
- comportements/ habiletés personnel médical			3,94 (0,77)	4,02 (0,91)	0,653
- comportements/habiletés personnel social			4,12 (0,75)	4,40 (0,70)	0,314
- comportements/habiletés autre personnel			4,09 (0,54)	4,01 (0,67)	0,467
- informations face aux services			3,69 (0,87)	4,15 (0,73)	0,832
- accès aux services			3,97 (0,90)	3,78 (0,89)	0,483
- efficacité des services			3,55 (0,80)	3,57 (1,00)	0,723
- implication des proches**			3,55 (1,24)	4,10 (0,25)	0,180

** Au temps 2 et au temps 3, seulement 6 personnes ont répondu à cette question, les autres mentionnant ne pas avoir de proches aidants.

À la suite de ces premiers résultats statistiques, il est intéressant de revoir le modèle conceptuel du mécanisme de changement présenté au début de l'étude (Figure 6) et sur lequel s'appuie l'évaluation du SSSM 60+, puisque cela permet de mettre en lumière les variables qui semblent avoir été modifiées, de façon positive, après la prestation des SSSM60+. Les cases en vert signifient les variables qui ont significativement changé avec le temps et le programme.

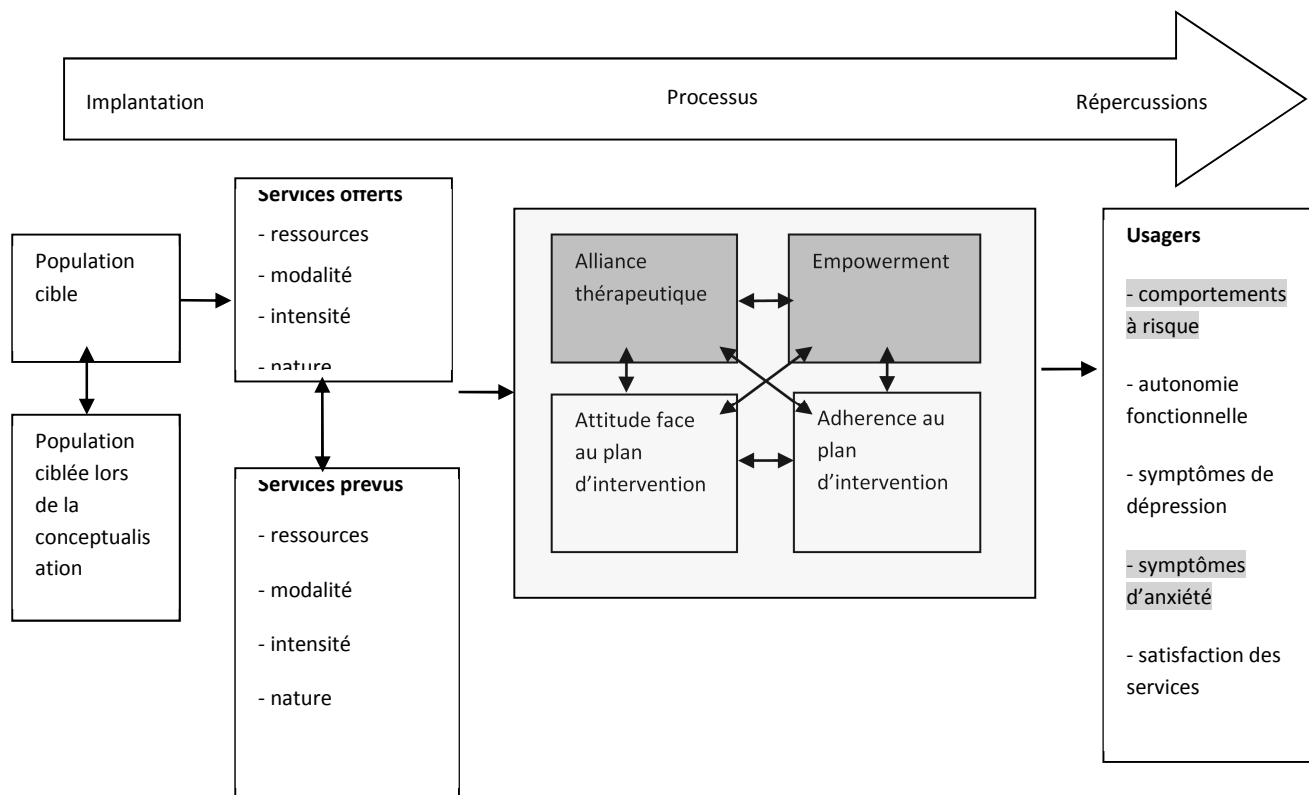


Figure 6 : Modèle conceptuel du mécanisme de changement sur lequel s'appuie l'évaluation du SSSM 60+ avec variables significatives

À première vue, il semble que les SSSM 60 + ont eu un effet positif sur la santé des usagers, plus particulièrement, le lien thérapeute-usager, soit l'alliance thérapeutique et le sentiment de contrôle et de pouvoir exercés par les individus. C'est l'effet de se sentir empowered. Des analyses complémentaires sont néanmoins nécessaires pour approfondir la réflexion et vérifier la validité des résultats obtenus.

4.8. Analyses corrélationnelles

En lien avec le modèle conceptuel présenté, des analyses corrélationnelles ont été réalisées avec les quatre variables de processus afin d'explorer ce qui se produit lors de la prestation de services. Ces analyses sont présentées ci-dessous au tableau 26.

Tableau 26: Corrélations entre les variables de répercussions

Variables de processus	Alliance thérapeutique	Empowerment	Attitude Médication	Attitude intervention
Empowerment	-5,566**			
Attitude médication	-0,032	0,126		
Attitude intervention	0,603**	-0,425*		
Observance médication	0,109	-0,008	-0,154	0,185
Observance intervention	-02,12	0,234	0,235	-0,332

Les résultats indiquent que l'alliance thérapeutique est corrélée significativement à l'empowerment ($r=-0,566$, soit une relation inverse, car le score d'empowerment est inversé). L'alliance thérapeutique est également corrélée, de façon significative, à l'attitude face au plan d'intervention ($r=0,603$) signifiant que plus l'attitude est positive face à ce dernier, plus le score de l'alliance thérapeutique augmente. Finalement, l'attitude positive face à l'intervention est corrélée avec l'empowerment ($r=-0,425$). Toutes les autres corrélations sont, cependant, non significatives. En bref, l'alliance thérapeutique apparaît étroitement liée à l'empowerment ainsi qu'à l'attitude face au plan d'intervention.

4.9. Analyses de régression

Des droites de régression ont été créées pour les cinq variables de répercussions.

En ce qui a trait à l'autonomie fonctionnelle et à la satisfaction envers les services, aucun modèle n'a été retenu, car les variables de processus et sociodémographiques n'ajoutaient rien de significatif aux modèles.

Toutefois, les analyses de régression semblaient indiquer que la diminution de l'anxiété entre le début des SSSM 60+ et six mois plus tard était significativement liée au degré d'alliance thérapeutique ($t=3.358$, $p=0.039$) et d'empowerment (variable inversée) ($t=2.271$, $p=0.005$) rapporté au temps 3 (modèle final); une variance de 37%.

Le modèle de régression indique que l'augmentation du nombre de comportements à risque était inversement et significativement liée au score de l'alliance thérapeutique au temps 3 ($B=-2.275$, $p=0.014$); une variance de 30%.

De plus, l'augmentation du nombre de comportements à risque avec des conséquences est inversement et significativement liée au score de l'alliance thérapeutique au temps 3 ($B=-2.2772$, $p=0.014$); une variance de 30%.

Finalement, le nombre d'interventions a influencé, de façon significative, la différence dans les scores des symptômes de dépression entre les temps de mesure. En effet, l'augmentation des symptômes dépressifs est inversement liée au nombre d'interventions ($B=-2.449$, $p=0.029$), une variance de 26 %.

Afin de s'assurer de la signification et de la robustesse des modèles de régression et de façon à observer si le **beta** change de façon considérable, les effets confondants ont été testés en ajoutant, une à une, les variables sociodémographiques et de processus. Pour aucun des modèles, des changements significatifs ont été notés.

En bref, l'amélioration de l'anxiété est en partie attribuable à l'alliance thérapeutique ainsi qu'au sentiment d'empowerment qui s'est développé chez l'utilisateur dans le cadre de la prestation de services. Par ailleurs, l'alliance thérapeutique semble agir comme facteur de protection partiel contre l'augmentation des comportements à risque, particulièrement ceux avec des conséquences majeures ou mineures sur la vie des usagers. Finalement, le nombre d'interventions réalisées semble être un déterminant partiel de l'augmentation des symptômes de dépression : un plus grand nombre d'interventions équivaut à une moins grande augmentation de symptômes dépressifs chez les usagers.

4.10. Discussion

Cette discussion s'appuie sur l'ensemble des données du présent chapitre, soit celles découlant d'un suivi systématique des usagers ayant reçu des SSSM 60+ du CSSS Cavendish, d'une part, et des données provenant des entrevues et des *focus groups* présentés dans la première partie du chapitre, d'autre part. Quelques

données sont aussi comparées à celles du chapitre 3 portant sur le PCSM 60+ pour ainsi avoir un regard plus global sur les SSSM60+.

Dans l'ensemble, les données suggèrent que les SSSM 60+ peuvent avoir une répercussion positive sur la santé mentale des personnes âgées vivant avec un trouble mental et ce, sur plusieurs aspects. À plusieurs égards, le portrait des participants de cette étude est compatible avec ceux faits dans d'autres études dans le même domaine (âge, statut civil et état physique) (Hybels & Blazer, 2003; Cummings & Kropf, 2009). En revanche, plusieurs éléments structurels du programme pourraient être revus et bonifiés.

4.10.1. Une offre de service optimale?

4.10.1.1. Une intégration des services bénéfiques aux clientèles âgées actuelles?

L'intégration des services de santé mentale offerts aux personnes âgées au sein du PSMA veut assurer une meilleure continuité de soins. L'orientation de l'utilisateur vers un programme se fait en fonction du problème de santé mentale dépisté et non en fonction de son âge. Ainsi, il n'y a pas de rupture de services du fait que l'utilisateur atteigne l'âge de 65 ans. Malgré cet avantage indéniable, quels sont les bénéfices de cette intégration pour la clientèle âgée actuelle? En effet, à la lumière des résultats obtenus auprès des usagers ayant participé à l'étude soit des résultats positifs pour certaines variables (*i.e.* anxiété) mais également négatifs pour d'autres (*i.e.* comportements à risque), il est à se demander si la spécificité acquise par l'équipe sur les services gérontologiques se maintiendra à long terme? Ya-t-il, au contraire, un risque de voir cette expertise s'effacer peu à peu? Ceci semble être amorcé, du moins avec les changements majeurs notés en lien avec la philosophie d'intervention.

Il est aussi à se demander si l'approche préventive actuellement préconisée aura un impact sur les services. Cette approche pourrait avoir des retombées, non pas sur les services actuellement disponibles aux personnes âgées de 60 ans et plus, mais sur ceux qui pourraient se développer au profit d'une clientèle plus jeune. En effet, étant donné que le PSMA s'adresse à une clientèle mixte, c'est-à-dire à des usagers d'âges différents, le fait de vouloir intégrer cette nouvelle approche, axée sur la prévention, fera peut-être naître de nouveaux services mieux adaptés aux besoins émergents.

4.10.1.2. Qu'advient-il de l'autonomie psychosociale ?

Selon les critères d'admissibilité, il semble que le critère de la perte d'autonomie psychosociale soit seulement considéré dans le cas d'utilisateurs aux prises avec un trouble de santé mentale sévère, avec ou sans diagnostic. Sont ainsi exclus ceux souffrant d'un PSM transitoire, même s'ils présentent une perte d'autonomie psychosociale. On observe donc un recul de la notion d'autonomie psychosociale, notion fondamentale au PCSM 60+ et à l'émergence de services de santé mentale aux personnes âgées.

4.10.1.3. Une approche médicale, mais des problématiques et des interventions psychosociales

Comme mentionné précédemment, l'offre de service du PSMA s'organise surtout autour d'un traitement de troubles transitoires ou mentaux, telles la dépression et l'anxiété ou, encore, d'un traitement de troubles sévères et persistants. En effet, le chapitre 3 fait état d'une forte présence d'interventions de nature médicale ou infirmière. Toutefois, les résultats de l'enquête réalisée auprès des participants et des intervenants des SSSM60+ indiquent toute autre chose. En effet, les raisons des interventions ont été principalement psychosociales : problèmes d'adaptation à une situation (45,8%), problèmes liés à la vie familiale (29,2%), isolement social (20,8%) et problèmes socio-économiques (20,8%). En grande majorité, les interventions ont été du counseling (66,7%) et des interventions psychosociales (58,3%). Il existe donc possiblement un écart entre l'approche « médicale » des PSM prônée, où il est surtout question de traitements et de médicaments, et celle qui a effectivement donné lieu aux interventions réalisées, de nature psychosociale pour la plupart. Il

semble, plutôt, que la réussite de l'intervention est davantage due au lien de confiance créé entre l'utilisateur et l'intervenant et par l'autonomie sociale.

4.10.1.4. Est-ce que les modèles d'intervention tiennent compte des caractéristiques liées au vieillissement?

Le *Recovery Model*, qui semble avoir été utilisé au CLSC de NDG-MO depuis toujours et qui est soutenu par le Plan d'action (2005), a été développé et évalué en fonction d'une clientèle plus jeune. Les études ayant traité de ce modèle auprès d'une clientèle âgée sont ainsi rares. Il était donc difficile de savoir dans quelle mesure chacune des composantes de ce modèle était adaptée à une clientèle âgée. Malgré les valeurs qui sous-tendent le modèle, pour lesquelles il peut exister un certain consensus social, la prudence face à l'utilisation de ce modèle auprès des personnes âgées est donc de mise. Dans le même sens, les différents modèles utilisés par les intervenants (peu explorés dans la présente étude) tout comme les outils utilisés, devraient faire l'objet d'une attention spéciale pour faire en sorte qu'ils tiennent compte des caractéristiques liées au vieillissement.

4.10.1.5. Des usagers qui reçoivent surtout des services au CLSC

Tout comme les données sur le PCSM60+, l'enquête sur les répercussions des SSSM 60+ démontre que les usagers reçoivent surtout les services au CLSC (95,8%) contre 41,7% à domicile. Tel que mentionné précédemment, le désir chez les usagers de préserver leur intimité semble être le motif prédominant pour se rendre au CLSC. Certains avantages à faire des interventions à domicile ont par ailleurs été soulevés. D'une part, les intervenants ont souligné que de se déplacer à domicile tend à augmenter le sentiment d'empowerment des usagers et les aide à s'impliquer dans leur plan d'intervention. D'autre part, la littérature, ainsi que les meilleures pratiques dans le domaine de l'organisation des services de santé mentale pour les personnes âgées, tendent à démontrer que les interventions à domicile sont plus efficaces pour réduire les symptômes de dépression à court et à moyen terme (Klug *et al.*, 2010) si on les compare aux services reçus en établissement.

4.10.1.6. Des délais questionnables

Même si plusieurs usagers (50%) ont reçu leurs services dans les temps prévus, certains délais d'attente dépassaient largement ceux prévus par le Plan d'action (2005). Le délai de réponse à la demande (soit le moment entre la date de la demande de services et celui où le client est contacté par l'intervenant du triage) est d'environ 44 jours, alors qu'il devrait être de sept jours. Par la suite, les usagers attendaient environ 49 jours avant de recevoir un appel de l'intervenant (gestionnaire de cas). Ainsi, l'accès au traitement oscillait autour de 90 jours (entre le moment de la demande et celui de la prise en charge) alors que le délai prévu se situe à 30 jours (toujours selon le Plan d'action). Diverses explications ont été données afin de comprendre ce phénomène. Au moment du triage ou du traitement, quelques usagers participant à l'étude des répercussions, ont été difficiles à rejoindre, soit en raison de déménagement, d'hospitalisation ou d'une hésitation à recevoir les services (non-retour des appels). Par ailleurs, la priorisation de nouveaux usagers, dont la situation aurait été jugée comme plus urgente, aurait peut-être fait en sorte d'allonger le délai d'attente de plusieurs participants.

Une différence est néanmoins observée, entre les deux sites de services, quant au laps de temps écoulé entre la date de triage et la date où l'intervenant désigné contacta l'utilisateur. Les délais étaient ainsi plus courts au CLSC de NDG-MO. On y comptait en moyenne 23,57 jours (e.t. 26,90) contre 101,43 jours (e.t. 118,78) au CLSC René-Cassin ($p=0.027$). Ceci représente donc une différence importante pour les usagers.

Il est à se demander si les délais prévus par le Plan d'action sont réalistes, compte tenu de la disponibilité des ressources de première ligne ou, encore, si les mécanismes actuellement en place dans les deux sites permettent de rencontrer ces délais.

4.10.1.7. Des équipes multidisciplinaires incomplètes

Chaque CLSC a sa propre équipe et certains types d'intervenants étaient absents de l'une ou de l'autre de celles-ci. Les usagers du CLSC RC ne pouvaient donc bénéficier de services d'un médecin ($\chi^2 = 0,087$) ou d'une psychologue. Les services de l'ergothérapeute ne répondaient également pas toujours à leurs besoins, ce qui faisait en sorte que l'équipe devait s'adresser à l'ergothérapeute d'une autre équipe (*i.e.* PPALV). Ceci allongeait les délais pour les services. Ces déséquilibres dans la constitution des équipes ont eu un effet direct sur les services aux usagers. De plus, la présence et l'implication du médecin dans les dossiers des usagers pouvaient, par moment, influencer le type d'intervention réalisée par les intervenants. En effet, ceux du CLSC de NDG-M-O entreprenaient plus d'actes d'éducation, de promotion et de prévention de la santé ($\chi^2 = 0,021$). Néanmoins, cette affirmation peut s'expliquer par le profil différent des clientèles entre les deux sites. Enfin, cette différence dans la constitution des équipes porte à croire que l'harmonisation dans l'offre de service n'est pas encore tout à fait terminée.

4.10.1.8. Des services pour qui?

En raison des critères d'exclusion, il semblerait que la clientèle (n=24) qui fut suivie durant les six mois de l'étude était représentative de 50% des usagers des SSSM 60+; ceux dit «faciles» par les intervenants du service. Les personnes présentant un portrait relativement problématique et en plus grands besoins (*i.e.* personnes itinérantes, violentes ou démentes) étaient exclues de l'étude. Les participants à l'étude étaient, de plus, plus jeunes, plus autonomes physiquement et souffraient moins de PSM lourds (*i.e.* 8,3% des participants atteints de schizophrénie contre 43% des usagers du CLSC de NDG-MO). L'offre de service décrite était donc en fonction d'usagers dont les PSM étaient plus légers. Cette réalité expliquerait probablement plusieurs autres différences observées.

Le nombre moyen d'interventions par usager se chiffrait à environ 11 dans l'espace de six mois dans la présente évaluation alors qu'il vacillait, en 2009, entre 14 (CLSC de NDG-MO) et 38 (CLSC RC). Bien que l'intervention soit généralement plus intensive au début (dans les six premiers mois), le nombre annuel moyen se rapprochait de la moyenne du nombre d'interventions offertes au CLSC de NDG-MO. De plus, les raisons des interventions rapportées étaient principalement de nature psychosociale (*i.e.* adaptation, vie familiale, vie sociale) comparativement à celles nommées en 2009, qui relevaient plutôt de la santé mentale (81%) pour le CLSC RC et de la santé physique (56%) pour le CLSC de NDG-MO. Ces différences auraient pu, possiblement, être attribuées à la clientèle suivie.

Autre fait également intéressant dans la collecte de données, soit avant le début des services, les intervenants estimaient que 45,8% de leurs usagers souffraient de dépression alors que les données issues des questionnaires de dépression CES-D indiquaient plutôt que 77,4% de la clientèle souffraient de symptômes dépressifs légers. Cet écart peut difficilement s'expliquer : est-ce que les diagnostics posés par les intervenants (psychiatre, psychologue ou médecin de famille) dans le dossier étaient récents? Y-avait-il eu sous-évaluation de ce PSM? Y-a-t-il lieu de revoir les critères diagnostics? Ces questions doivent être posées.

4.10.2. Explorer la boîte noire dans l'offre de service : l'importance des variables de processus

Les résultats de cette enquête révèlent que les SSSM 60+ augmentent de façon significative le sentiment d'empowerment et d'alliance thérapeutique chez les personnes âgées aux prises avec un PSM et vivant dans la communauté. Toutefois, aucun autre changement ne s'est produit quant aux autres variables de processus, soit l'attitude et l'observance face au plan d'intervention et à la médication. Différentes hypothèses peuvent expliquer ces résultats.

Comme l'ont déjà suggéré Bishop & Vingilis (2006) et d'autres chercheurs dans le domaine (Howgego, Yellowless, Owen, Melbrum & Dark, 2003), les résultats de l'étude, l'alliance thérapeutique et le processus

d'empowerment sont des aspects fondamentaux de la prestation des services en santé mentale. De plus, dans l'étude, l'alliance thérapeutique est fortement corrélée à l'empowerment. Bien que nous n'ayons pas eu la puissance statistique pour prouver l'hypothèse de Bishop & Vingilis (2006) en ce qui a trait à la séquence de changement (qui débute par l'alliance, puis l'empowerment, ensuite l'attitude et finalement l'observance) ou « Theory-driven causal path », nous croyons, tout comme eux, que l'alliance thérapeutique est essentielle. Elle peut être à la base du processus de changement et peut favoriser le développement d'un sentiment d'empowerment (prise en charge personnelle) chez l'individu. Cette hypothèse pourrait expliquer, en partie, pourquoi aucun changement ne fut noté concernant l'attitude et l'observance du plan d'intervention. En effet, la courte durée du suivi pour la collecte de données (six mois), et le nombre modéré d'interventions (soit 11 en moyenne, en six mois) n'ont peut-être pas permis de pouvoir examiner, encore, des résultats positifs quant à l'attitude (Howgego, Yellowless, Owen, Melbrum & Dark, 2003). Or, les diverses théories liées à l'attitude soulignent le caractère « chronique et persistant » de cette dimension en raison de ses racines multiples (*i.e.* enfance, société, informations, etc.) et complexes (Katz, 1960; Mc Cormack Brown, 1999). Nous croyons ainsi que des interventions à long terme sont nécessaires pour arriver à modifier les attitudes. Par ailleurs, dans l'étude, les taux d'observance face au plan d'intervention étaient relativement élevés; un effet plafond est donc également possible.

De plus, l'historique de services spécialisés en santé mentale pour la clientèle âgée, au CLSC RC pourrait aussi avoir une influence. On constate que les intervenants de ce CLSC, dont les pratiques sont enrichies par le service de pointe en santé mentale et vieillissement, estiment que l'alliance thérapeutique ($X^2= 0,062$) et que l'observance du plan d'intervention ($X^2= 0,076$) se sont améliorées à la suite de la réception des services, comparativement à ceux du CLSC de NDG-MO. Ce constat pourrait aussi s'expliquer par le profil des usagers, soit la nature des PSM et la nature des difficultés rencontrées.

4.10.3. Répercussions des SSSM 60+ et que penser du modèle conceptuel du mécanisme de changement....

Les SSSM 60+ ont eu des répercussions significatives sur le niveau d'anxiété de la clientèle desservie. Les résultats de l'étude indiquent également des résultats intéressants sur les comportements à risque et sur les symptômes dépressifs. Compte tenu de la nature chronique des PSM chez cette clientèle âgée, ces résultats positifs devraient être pris en considération. En effet, la dépression (45,8%) et l'anxiété (25,0%) arrivent respectivement au premier et deuxième rang des diagnostics de santé mentale des usagers participants.

4.10.3.1. L'anxiété : le grand gagnant!

Les résultats positifs sur l'anxiété sont en congruence avec ceux observés par d'autres études portant sur l'évaluation de tels services (Nordhus & Palleen, 2003; Gorenstein, et *al.*, 2005). Les répercussions des SSSM 60+ sur les symptômes anxieux semblent être liées directement aux processus d'intervention et non à un changement (ou un problème) dans la prise ou la posologie des médicaments (moins de 13% des interventions étaient en lien avec cette dimension). En effet, en lien avec le modèle conceptuel, le niveau d'alliance thérapeutique et d'empowerment explique la variance observée à travers le temps sur la mesure d'anxiété. Comme le démontre les analyses de régression, la diminution significative des symptômes anxieux est associée à ces deux variables de processus. Le concept d'empowerment, via l'alliance thérapeutique, est fondamental afin d'atteindre les buts des services, soit de diminuer l'impact des PSM sur la clientèle et de promouvoir le rétablissement (Howgego, Yellowless, Owen, Melbrum & Dark, 2003). Tel que mentionné, la relation collaborative peut amener les usagers à reprendre du pouvoir et à devenir plus actifs dans la gestion de leur maladie, ce qui peut accroître leur motivation à prendre la médication et à suivre leur plan d'intervention (Corrigan, 2002, Fernandez, et *al.*, 2006, Greenall, 2006, cité dans Bishop & Vingilis, 2006). Comme l'ont souligné Bishop & Vingilis (2006), plusieurs études, dont des méta-analyses, des revues descriptives et autres études, ont conclu que l'alliance thérapeutique est un prédicteur important des effets positifs d'une intervention sur la santé des clientèles vivant avec un PSM. L'empowerment serait associé à la participation de l'utilisateur dans son propre rétablissement (Anthony, 1993, Kirsh et *al.*, 2005, Spaniol et *al.*, 1994).

4.10.3.2. Les comportements à risque

Les résultats obtenus sur la présence et l'importance des comportements à risque, lors de la réception des services, vont dans le même sens. À première vue, les résultats obtenus sur les comportements à risque, plus particulièrement sur les comportements de toxicomanie et ceux mettant en jeu la sécurité personnelle (problématiques souvent très liées), peuvent sembler préoccupants en raison de leur augmentation à travers le temps. Les analyses de médiation démontrent qu'une forte alliance thérapeutique permet une réduction (ou une non augmentation) des comportements à risque. Ceci vaut également pour leurs conséquences. Toutefois, sans cette alliance, ces comportements semblent augmenter. Ce résultat permet de croire que les services spécialisés d'une équipe communautaire en santé mentale et la manière d'être de l'intervenant, donnent lieu à une collaboration étroite entre l'utilisateur et le gestionnaire de cas. Cette alliance serait assez importante pour réduire ces comportements et leur prévalence (Seidel et al., 1992) et permettrait, possiblement, à l'utilisateur de demeurer dans son environnement de façon sécuritaire. Il y a peut-être lieu de s'inquiéter de cette situation d'augmentation des comportements à risque. L'analyse de processus a clairement indiqué un recul dans les approches d'intervention axées sur les comportements à risque au sein des SSSM 60+.

4.10.3.3. Les symptômes dépressifs

Enfin, quant aux symptômes dépressifs, bien que des effets à court terme ont été observés à la suite de SSSM 60+ auprès de populations sensiblement identiques à la nôtre (Banerjee et al., 1996; Ciechanowki et al., 2004 ; Cummings & Kropf, 2009 ; Guirguis-Younger et al., 2008), les résultats de l'étude indiquent que les scores des symptômes de dépression n'ont pas diminué avec les services. Toutefois, le nombre d'interventions semble avoir une influence sur les résultats des symptômes de dépression. Plus le nombre est faible, plus grande est l'augmentation des symptômes dépressifs. Cette situation permettrait de prévenir une détérioration de l'état dépressif, plutôt qu'une amélioration de ce dernier (Barbato et al., 2007). Selon certains chercheurs, les services offerts à domicile, plus nombreux, sont plus efficaces pour amener une réduction des symptômes de dépression à court et à moyen terme (Klug et al., 2010), si on les compare aux services en établissement. Avec le recul de ce type d'approche au sein des SSSM 60+, une réflexion sur la question doit être entreprise.

Par ailleurs, et comme l'ont dit précédemment les intervenants, environ 45% de la clientèle suivie vit avec une dépression. L'échelle d'évaluation de l'étude (échelle de dépression gériatrique (EDG) qui a une très bonne stabilité temporelle, cohérence interne et validité concomitante) estime que le pourcentage de personnes souffrant de symptômes dépressifs se situait plutôt autour de 80%. Il semble ainsi que seulement une fraction des gens souffrant de symptômes de dépression reçoivent des services en conséquence, expliquant le faible niveau de succès concernant cette dimension. Par ailleurs, comme nous l'ont souligné quelques intervenants de l'équipe, les services offerts ne sont pas des services de psychothérapie, donc ne sont pas des services spécialisés pour une clientèle dépressive. Il y aurait peut-être lieu de revoir les services offerts puisque plus des trois quarts de la clientèle desservie vivent avec des symptômes dépressifs.

4.10.3.4. L'autonomie fonctionnelle

Aucun changement n'a été noté sur l'autonomie fonctionnelle. Un effet plafond peut expliquer cette situation. En effet, malgré des services qui s'adressent à une population âgée, les participants ne semblaient pas être en perte d'autonomie, les scores d'incapacités au SMAF étaient relativement faibles pour les AVD et les AVQ. Ceci peut être dû au fait que la clientèle à l'étude était plus jeune que celles habituellement suivies par les SSSM 60+. Ces résultats renforcent la volonté du CSSS Cavendish de voir le programme santé mentale-adulte, et non le programme PALV, continuer à desservir la clientèle âgée avec des PSM.

4.10.3.5. La satisfaction des services

La satisfaction face aux services fut relativement élevée, ce qui expliquerait que l'amélioration notée, bien que très modeste, ne fut pas notable. Toutefois, plusieurs participants ont fait part de leur besoin de recevoir des services de psychothérapie, qu'ils jugeaient plus utiles pour faire face à leurs problèmes. Ceux qui avaient suffisamment de ressources financières optaient pour ce service. Toutefois, la plupart des usagers participants n'ont pas eu accès aux services privés car ceux-ci sont généralement onéreux. D'autres usagers auraient aimé recevoir les services du CSSS plus fréquemment.

CHAPITRE 5 : QUESTIONS DE DÉPART ET RÉPONSES

À la suite de la description exhaustive des services spécialisés en santé mentale pour les personnes âgées vivant dans la communauté, au cours des dix dernières années au CSSS Cavendish, et à l'analyse du processus et des répercussions pour les usagers, nous sommes en mesure de répondre aux deux questions de départ.

5.1. Est-ce que le programme offert aux clientèles âgées du CSSS Cavendish est effectivement celui imaginé et conçu en 1999?

En bref, plusieurs éléments sont restés stables ou ont été renforcés depuis le début des SSSM 60+: la place de l'empowerment dans l'intervention, la gestion de cas, le plan d'intervention, le panier de services, l'équipe multidisciplinaire, les ressources dans la communauté, la collaboration entre les programmes et entre les établissements (prestataires de services), la croissance des ressources depuis la mise en place du programme initial et le continuum de soins.

Toutefois, des reculs importants ont été observés à l'égard de plusieurs aspects du programme, notamment : le concept d'autonomie psychosociale, l'approche des comportements à risque, l'accès aux services en raison du resserrement des critères d'accès, le délai d'attente et les interventions à domicile.

5.2. Est-ce que le programme atteint ses objectifs d'améliorer la santé mentale à court terme pour la clientèle ciblée?

Il est indéniable que les SSSM 60+ ont un effet positif sur la santé psychosociale des usagers. Ils favorisent une amélioration du sentiment d'empowerment et de l'alliance thérapeutique, d'une part, et une réduction des symptômes d'anxiété, d'autre part. De plus, et seulement si une bonne alliance thérapeutique est établie entre l'intervenant et l'usager, ils semblent aussi avoir un effet stabilisant sur les comportements à risque et sur les symptômes dépressifs. Considérant la vulnérabilité de la clientèle, ces résultats sont encourageants et supposent une attention particulière. Toutefois, il faut nuancer ces conclusions en considérant qu'ils ont été observés sur un petit échantillon d'usagers dits « faciles » (nous ne savons donc pas les répercussions des SSSM 60+ chez la clientèle plus atteinte). De plus, concernant certaines variables importantes de santé, dont les symptômes de dépression (où plus des trois quarts vivent avec des symptômes de dépression légers), aucun effet direct n'a été observé. Des résultats à plus long terme permettraient de mieux saisir si les SSSM 60+ atteignent vraiment leurs objectifs de santé. Le 'theory-driven path' de Bishop & Vingilis (2006) pourrait alors être vérifié. Au chapitre 6, quelques recommandations sont émises afin d'améliorer les SSSM 60+ et ses répercussions sur la santé des usagers.

CHAPITRE 6 : RECOMMANDATIONS

L'évaluation des services de santé mentale aux personnes âgées de 60 ans et plus vivant dans la communauté a permis d'identifier plusieurs forces et lacunes concernant les SSSM 60+. Ces dernières ont inspiré une série de recommandations qui touchent la philosophie du programme, les facteurs organisationnels et l'harmonisation dans l'offre de service.

6.1. Revoir la philosophie du programme

6.1.1. Positionner l'alliance thérapeutique et l'empowerment au cœur des interventions à offrir en santé mentale gériatrique

L'alliance thérapeutique semble essentielle pour observer des répercussions positives sur la santé des usagers. À l'heure actuelle, les SSSM 60+ semblent l'augmenter. Toutefois, cette augmentation n'est pas généralisée à l'ensemble des rapports entretenus avec les usagers. Il devient donc important de former et d'épauler les intervenants pour qu'ils la développent. Certains éléments sont essentiels pour promouvoir l'alliance thérapeutique et ce, peu importe les usagers auxquels s'adressent l'intervention (Ordre des psychologues du Québec, 2011).

1- Le cadre d'intervention:

Il doit favoriser la stabilité relationnelle. Un changement d'intervenant ou d'intervention ne doit pas surprendre l'utilisateur. Tout changement doit être prévu et l'utilisateur prévenu. Si nécessaire, on doit accorder un moment pour échanger sur ce sujet.

2- La recherche personnelle du client :

La personne doit se montrer intéressée au travail effectué lors des séances et en dehors de celles-ci. Une nouvelle dynamique psychique doit se créer. L'intervenant doit travailler dans ce sens et mettre à profit ses compétences et connaissances (*i.e.* écoute, empathie, motivation, rétrospection) afin d'amener la personne à se sentir en sécurité. Le client doit progressivement utiliser, dans d'autres moments, les éléments découverts lors des séances. La capacité de la personne à s'engager dans la relation est fondamentale: cela favorise un engagement réciproque et au bout de quelques séances, dissuade la personne de vouloir « fuir » le thérapeute, sa thérapie et le problème.

3- La personnalité du client :

Si la personne qui consulte a une personnalité pathologique, il faut toute la compétence et l'ouverture du thérapeute pour maintenir le cadre, la bonne distance et « asseoir » l'alliance thérapeutique pour permettre à la personne de se dévoiler et de s'accepter dans tous les aspects de sa personnalité. Si le client fait un clivage trop important entre le temps de la séance et sa vie quotidienne, l'intervenant devra garder en tête qu'il faudra plus de temps pour que le changement ait lieu.

4- La personnalité du thérapeute (intervenant) :

De son côté, le thérapeute doit connaître ses limites et les pièges qui le guettent pour recevoir le client dans toutes ses dimensions et l'orienter en fonction de ses besoins. Une des difficultés demeure souvent les enjeux liés au transfert et au contre-transfert. La conscience de soi demeure essentielle dans le processus thérapeutique. Le thérapeute doit être conscient de ses réactions face au client. Il doit maintenir sa capacité d'accueil et d'écoute, tout en instaurant un climat de confiance et de sécurité.

Le soutien à l'empowerment, également fondamental, est d'ailleurs à conseiller en raison de son impact potentiel. Les intervenants ont avantage à connaître les stratégies d'empowerment et à reconnaître leurs manifestations ou les changements qui se produisent sur ce plan au cours de l'intervention. Des formations peuvent être utiles à cet effet. De plus, dans une perspective d'empowerment, les professionnels doivent

Les cahiers du CREGÉS, numéro 2012, vol. 2.

garder à l'esprit que le système social à privilégier est celui dans lequel les personnes exercent un contrôle direct sur les décisions et les événements qui ont un impact sur leur vie quotidienne (Rappaport, 1987). Les intervenants doivent ainsi être sensibilisés et comprendre que des forces sociales, politiques et économiques complexes modulent la vie des individus. Il est important que le potentiel individuel et communautaire à exercer des changements constructifs dans leur environnement soit investigué et reconnu. Il peut s'agir de reconnaître l'expérience des aînés comme experts de leur propre vie, de leur propre maladie. Les professionnels doivent partager l'information avec leur clientèle (Hawley & Mc Writter, 1991).

6.1.2. Redéfinir et resituer les notions fondamentales de l'autonomie psychosociale et des comportements à risque

Au fil des années, le modèle de prestation de services a subi plusieurs transformations qui ont affecté, de manière importante, certaines composantes fondamentales des SSSM 60+, dont les notions d'autonomie psychosociale et de comportements à risque. Les approches qui sous-tendent ces notions ont subi un recul important. Devant de nouveaux services qui s'appuient sur une approche préventive et où les critères d'admissibilité reposent sur le diagnostic et l'impression diagnostique, la place qu'occupent ces notions devra être revue et renforcée, dans la mesure où celles-ci demeurent encore pertinentes.

Les résultats de l'analyse des répercussions soulignent, en effet, que les usagers de SSSM 60+ présentent plusieurs comportements à risque et que ces derniers ont des conséquences importantes sur leur santé et leur sécurité. Après une fréquentation de six mois des SSSM60+, les comportements à risque n'ont pas diminué pour l'ensemble de la clientèle, mais légèrement pour ceux ayant une forte alliance thérapeutique. Il devient donc essentiel de revoir le type d'intervention offert pour tenter d'agir sur ces comportements, particulièrement auprès de ceux qui prévalent et qui sont liés à la détresse émotionnelle.

6.1.3. Utiliser des modèles d'intervention qui tiennent compte des particularités liées au vieillissement et des problématiques psychosociales

Les modèles d'intervention qui sont utilisés, comme, par exemple, les modèles systémique et psychosocial ainsi que le *recovery model*, devraient être évalués auprès de clientèles âgées ou du moins, tenir compte des particularités liées au vieillissement. Les intervenants du PSMA devraient être en mesure d'utiliser et d'adapter différents modèles en fonction de l'âge des usagers (21 ans et plus) et des formations devraient être offertes en ce sens.

6.1.4. Clarifier les champs d'intervention

L'étude permet de constater la variété des problématiques identifiées et les nombreuses raisons d'intervention. L'équipe multidisciplinaire a donc un sens, car elle rassemble plusieurs expertises. Cependant, quels intervenants sont en mesure de réduire les symptômes liés à la dépression, à l'anxiété, à la schizophrénie, etc., et quels sont ceux qui peuvent intervenir sur les aspects psychosociaux des PSM, comme les comportements à risque, les problématiques relationnelles? En fait, le PSMA doit peut-être, lui aussi, clarifier la limite de son mandat et de ses services.

6.1.5. Évaluer les besoins pour déterminer le lieu des services : à domicile ou en établissement

La question du lieu d'intervention n'a pas été résolue dans le présent projet. En somme, plus d'interventions ont été offertes en établissement qu'à domicile. Le leitmotiv soutenant ce choix est d'amener l'utilisateur à sortir de chez lui, à se prendre en main. Effectivement, à la suite des SSSM 60+, le sentiment d'empowerment a augmenté chez les usagers et il a été déterminant pour influencer les symptômes anxieux. Toutefois, pour les symptômes de dépression, une des variables de répercussions, on attribue l'absence d'impact au fait que les interventions ont été offertes en établissement. En effet, les interventions à domicile

seraient plus efficaces pour contrer les symptômes dépressifs. Considérant la grande proportion de l'échantillon des usagers qui vit avec des symptômes dépressifs, il serait probablement préférable d'offrir une intervention qui débiterait à domicile mais qui graduellement, se déplacerait en établissement.

6.2. Revoir les facteurs organisationnels

6.2.1. Ajouter des ressources humaines

Afin d'assurer la présence de tous les types de professionnels requis, des efforts devront être maintenus par le CSSS pour compléter chacune des équipes multidisciplinaires. De plus, l'embauche du personnel devra se faire en fonction des services à rendre et des besoins des usagers.

6.3. Réfléchir sur les modalités de prestation

6.3.1. Harmoniser l'offre de service

Des différences ont été observées (pour la période 2004-2009) entre les deux sites, notamment, sur les lieux d'interventions, sur l'intensité de l'intervention, sur le type d'intervenants impliqués et sur l'importance de son implication de même que sur les raisons des interventions. Le CSSS devra faire plus d'efforts pour harmoniser les services entre les sites, tout en s'assurant de respecter les besoins des clientèles qui résident sur chacun des territoires couverts par les CLSC.

L'harmonisation des services ne veut pas dire que tous les usagers doivent recevoir les mêmes soins. Une trop grande harmonisation risque d'altérer la souplesse dans l'offre de service. Toutefois, il faudrait s'assurer que les usagers, peu importe par quel CLSC ils sont desservis, aient droit à des services comparables en termes d'accès à une équipe multidisciplinaire équivalente, d'accès à des services à domicile et d'intensité de services.

6.3.2. Réduire le temps d'attente

Compte tenu des délais important entre: 1) le moment de la demande de services et la réponse des intervenants du triage face à la demande et, 2) le moment du triage et du traitement (contact avec l'intervenant désigné), les mécanismes d'évaluation des demandes devraient être revus afin qu'ils se rapprochent des délais prévus par le Plan d'action ministériel.

6.3.3. Favoriser la collaboration entre les programmes

Il existe des opinions contradictoires concernant la collaboration entre les programmes. Il semble exister des résistances concernant le transfert d'usagers intra-établissements et la prise en charge d'usagers présentant des PSM par les services autres que ceux du PSMA. Les résultats de cette étude suggèrent de revoir ces mécanismes et de les améliorer pour éviter de pénaliser indûment les usagers. Les intervenants du PSMA pourraient davantage agir à titre de « consultants » auprès de leurs collègues des autres programmes. Cet aspect des services de santé mentale semble peu développé.

6.3.4. Établir des liens avec les partenaires et le continuum de soins

Malgré plusieurs enjeux identifiés (circulation de l'information difficile entre les établissements, pénurie de médecin de famille, etc.), il apparaît évident que le CSSS fait des efforts importants pour assurer le développement et la consolidation des liens avec ses partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et que les liens entre les intervenants des différents établissements sont harmonieux. Néanmoins, un travail d'arrimage constant doit être effectué entre les partenaires de la première et de la deuxième ligne pour faire en sorte que les usagers ne se sentent pas trop dépassés par la complexité du système ou encore, qu'aucun d'entre eux ne se retrouve sans les services requis.

Le CSSS devra aussi travailler de pair avec les médecins pour augmenter le nombre de médecins de famille qui acceptent d'avoir, comme patients, des personnes âgées aux prises avec des PSM. Ces médecins doivent aussi faire partie intégrante du continuum de soins et se sentir appuyés par les autres acteurs impliqués dans les soins. Le CSSS devra revoir et renforcer ses ententes avec l'HGJ pour s'assurer que ses intervenants aient accès à des services d'évaluation et de consultation ainsi qu'à des services spécialisés.

6.3.5. Continuer de développer un réseau communautaire de services de santé mentale gérontologiques

Depuis la mise en place des SSSM 60+, des efforts importants ont été déployés pour développer et consolider des liens avec les partenaires de la communauté et pour sensibiliser les organisations à la problématique des troubles mentaux chez les personnes âgées. Aussi, au cours des dernières décennies, plusieurs organisations ont vu le jour. Le CSSS devra continuer de soutenir le développement des services communautaires, en complémentarité avec les services du RSSS et en fonction des besoins des clientèles. Le CSSS Cavendish a été un des précurseurs des services de santé mentale gérontologiques. Il devra continuer d'être un acteur important pour assurer le développement des SSSM 60+ et s'assurer que ces derniers figurent parmi les priorités, non seulement de son organisation, mais des autres CSSS et du gouvernement.

6.3.6. Offrir des services aux proches aidants

Les proches des personnes âgées qui souffrent d'un PSM ont besoin de soutien et à cet effet, ils requièrent des services. L'étude n'apporte pas un grand éclairage sur leur situation, sauf si ce n'est qu'ils semblent peu nombreux. En effet, seulement six des 31 personnes rencontrées nous ont indiqué avoir un proche aidant. De plus, si l'on se fie aux difficultés auxquelles plusieurs font face (dépression, épuisement), le PSMA devra s'assurer de leur offrir les services nécessaires afin de les aider à préserver leur santé physique et mentale. Les proches aidants sont certes des partenaires importants, mais ils sont également des personnes qui peuvent avoir besoin de soutien.

7.1. Forces et limites de l'analyse d'implantation

L'analyse d'implantation a permis de dresser un historique assez complet du PCSM 60+ depuis ses débuts. Plusieurs documents de travail ont été conservés et les travaux de recherche réalisés ont aussi grandement contribué à la présente recherche. L'accès à des informations du I-CLSC ont notamment permis de documenter plusieurs aspects du PCSM 60+ sur une période de cinq ans. De plus, une des gestionnaires interrogées a fait partie de l'équipe qui a mis sur pied le PCSM 60+, en plus de l'avoir administré pendant plusieurs années. Enfin, par l'utilisation de logiciel de traitement du matériel qualitatif, différentes analyses du matériel recueilli ont été réalisées pour ainsi enrichir l'analyse.

Toutefois, cette évaluation n'est pas sans limites. Plusieurs rapports générés par une archiviste du CSSS Cavendish se sont avérés instables et ont dû être générés à plus d'une reprise. Les données variaient entre les rapports, pourtant générés à partir des mêmes filtres. Il y a ainsi lieu de les aborder comme des approximations et non comme des données exactes. De plus, les données n'étaient pas disponibles pour l'ensemble des années de référence pour le CLSC de NDG-MO. L'analyse du PCSM 60+ pour ce site est donc moins exhaustive.

Malgré l'ensemble de la documentation disponible, l'étude aurait pu bénéficier de documents plus officiels. Certaines périodes étaient en effet moins bien documentées. Par moment, il fut difficile de replacer et de clarifier certains aspects du programme compte tenu des nombreux événements survenus au cours des années, notamment la fusion des établissements, l'arrivée du Plan d'action ministériel et l'intégration subséquente du PCSM 60+ au PSMA.

7.2. Forces et limites de l'analyse des répercussions

Le taux abandon aux services (20%, 6/30) a été relativement plus faible que celui noté dans d'autres études (Cummings & Kropf, 2009). Il s'explique par le fait que seulement les personnes âgées ne présentant pas de problèmes majeurs liés à leur trouble mentale (*i.e.* sans domicile fixe, violence) ont été référées dans le cadre de l'étude sur l'évaluation. Toutefois, les différents défis rencontrés par cette clientèle (*i.e.* perte d'autonomie, isolement social) auraient influencé une proportion d'utilisateurs non négligeable à interrompre leurs services.

Parmi les limites de l'analyse des répercussions, notons :

1- *Devis de recherche*

Aucune randomisation, ni groupe témoin ont été utilisés dans cette étude en raison des dilemmes éthiques que cela représentaient. La présente étude a exploré les répercussions d'un service existant. Il aurait donc été impossible de refuser ou de retarder l'accès à des services aux usagers en nécessitant. Un devis quasi-experimental serait à considérer pour une prochaine étude. Le groupe expérimental serait les usagers recevant les SSSM 60+ du CSSS Cavendish, et le groupe témoin serait composé d'utilisateurs bénéficiant de services de santé mentale traditionnels d'un autre CSSS. Ce type d'étude pourrait aider à déterminer la nature et le type de gains engendrés par les SSSM 60+, versus les services traditionnels, c'est-à-dire, expliquer la valeur ajoutée des services spécialisés. Finalement, et comme il a été mentionné précédemment, une période de deux ans de suivi aurait été idéale afin de pouvoir explorer les hypothèses de Bishop & Vingilis (2006) sur le modèle théorique causal (*i.e.* évolution dans le temps et en séquence des variables de répercussions).

2- Le nombre et la représentativité des participants

Le faible nombre de participants représente également une faiblesse. Il a limité le nombre et le type d'analyses pouvant être effectués. À titre d'exemple, il était impossible de déterminer à quel degré le type de services offert (*i.e.* counseling) contribuait aux répercussions observées. Par ailleurs, en raison des critères d'exclusion à l'étude, les participants à l'étude n'étaient pas totalement représentatifs de la population desservie par les SSSM 60+. En effet, les participants étaient relativement plus jeunes et présentaient une meilleure autonomie fonctionnelle. Dès lors, la généralisation des résultats n'est peut-être pas applicable aux populations les plus problématiques atteintes de troubles mentaux, soit celles qui sont violentes, confuses ou itinérantes.

3- Le nombre limité de variables

Toujours en lien avec le faible nombre de participants, le nombre de variables pouvant être analysées était restreint. Des variables, comme l'utilisation des services hospitaliers en santé mentale, auraient été intéressantes à documenter.

CHAPITRE 8 : CONCLUSION

Le portrait des personnes qui souffrent de PSM se modifie. Ces dernières vivent plus vieilles et sont plus nombreuses. Plusieurs présentent plus d'un trouble de santé mentale. Les troubles de personnalité sont plus fréquents, tout comme les problèmes de dépendance aux jeux et aux drogues. Plusieurs ont été actives sur le marché du travail, mais ne sont pas nécessairement bien nanties. Elles peuvent être en moins bonne santé que la moyenne de la population en raison de médicaments pris pendant plusieurs années et d'états morbides développés au cours des ans.

Les services devront dans le futur s'adapter à ces nouvelles réalités et tenir compte d'un ensemble de facteurs pouvant grandement les affecter (Dallaire & McCubbin, 2008): intériorisation des stigmates, faible estime de soi, isolement social, handicaps physiques, effets secondaires désagréables de certains traitements médicaux, expérience de coercition, perte d'espoir, etc.

Devant la multitude des problématiques rencontrées et des situations de vie, l'étude rend compte de la complexité de l'intervention. Un ensemble de paramètres doit être considéré, tant sur le plan de l'intervention que par rapport aux structures organisationnelles qui la soutiennent et l'encadrent. L'étude fait, bien sûr, ressortir les forces existantes sur lesquelles s'appuyer et bâtir, mais elle fait aussi la lumière sur les lacunes et les nombreux défis à relever. Malgré ceux-ci, nous savons que les efforts déployés pour mettre de l'avant de tels services et les maintenir en place durant plus d'une décennie ont été importants. Nous pouvons aussi témoigner de l'intérêt, sinon de la passion, qui anime les gestionnaires et les intervenants qui unissent leurs efforts pour offrir les meilleurs services possibles aux personnes âgées qui souffrent de PSM et qui vivent dans la communauté. Nous espérons que les résultats de cette étude, seront un premier pas vers une juste réflexion sur les SSSM 60+ et qu'ils permettront de rehausser la qualité des services.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ackerman, E., Burnand, J., Horton, C., Jenkins, D., Joomraty, H., Pritchard, D., Raynard, F., Wedatilake, G., & Wilson, R. (2003). « Two-year outcomes of a multiagency elderly mentally ill unit providing intermediate care ». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 353-361.
- Amzallag, M., Hockernstein, E., Lithwick, M. & Rudski, E. (1995). *Orientation Document on Mental Health Services to the Elderly at CLSC René Cassin*. Document non publié. CSSS Cavendish. Côte Saint-Luc.
- American Psychiatric Association [APA] (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition text revision- DSM-IV-TR, Washington DC.
- Anthony, W. A. (1993). « Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s ». *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Arcand, D., & Hébert, R. (1994). *Précis pratique de gériatrie* (2 éd.). Sherbrooke : EDISEM-Maloine.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Banerjee, S., Shamash, K., Macdonald, A., & Mann, A. H. (1996). « Randomized controlled trial of effect of intervention by psychogeriatric team on depression in frail elderly people at home ». *British Medical Journal*, 313, 1058-1061.
- Barbato, A., Agnetti, G., D'Avanzo, B., Frova, M., Guerrini, A. & Tettamanti, M. (2007). « Outcome of community-based rehabilitation program for people with mental illness who are considered difficult to treat ». *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 44(6), p. 775-784.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. 1^{re} édition, Paris: Presses Universitaires de France.
- Bartels, S., Levine, K. & Shea, D. (1999). « Community Based Long-Term Care for Older Persons with Severe and Persistent Mental Illness in an Era of Managed Care ». *Psychiatric Services*, 50(9), 1189-1197.
- Bartels, S., Dums, A.R., Oxman, T.E., Schneider, L.S., Areán, P.A., Alexopoulos, G.S. & Jeste, D.V. (2002). « Evidence-Based Practices in Geriatric Mental Health Care ». *Psychiatric Services*, 53:1419-1431.
- Bartels, S.J., & Smyer, M.A. (2002). « Mental disorders of aging: an emerging public health crisis? » *Generations*, 14-20.
- Bartels, S. J. (2003). « Improving the system of care for older adults with mental illness in the United States. Findings and recommendations for the president's new freedom commission on mental health ». *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 486-497.
- Bartels, S. J., Forester, B., Mueser, K. T., Miles, K. M., Dums, K. R., Pratt, S. I., Sengupta, A., Littlefield, C., O'Hurley, S., White, P. & Perkins, L. (2004). « Enhanced skills training and health care management for older persons with severe mental illness ». *Community Mental Health Journal*, 40, 75-90.
- Bartels S.J. (2005). *Evidence-Based Geriatric Psychiatry*. Elsevier Masson, Paris.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1990). *Manual for the Beck Anxiety Inventory. Manuel pour l'Inventaire d'anxiété de Beck*. San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- Bishop, J. & Vingilis, E. (2006). « Development of a framework for comprehensive evaluation of client outcomes in community mental health services ». *Canadian Journal of Program Evaluation*, 21(2), 133-180.
- Bonsack C., Conus P., Philippoz R., Bovet J., Spagnoli J., Dufour H. (1998). « Subjective perception of the effect of neuroleptics by outpatient schizophrenic patients: a cross-sectional study ». *Encephale*; 24(4), 315-23.
- Bourque P., Blanchard L., Vezina J. (1990). « Psychometric study of the Geriatric Depression Scale. [French] ». *Canadian Journal on Aging*; 9(4), 348-55.

- Brown, B., Nikolova, R., Lupien, S. & Tremblay, A. (2003). *Community Frontline Problem Substance. Use Screening and Intervention for Older Adults*. Research project proposal. Document de travail.
- Bruce M. L., McAvay G. J., Raue P. J., Brown E. L., Meyers B. S., Deohane D. J., et al. (2002). « Major depression in elderly home health care patients ». *American Journal of Psychiatry* 159 : 1367-1374.
- Calsyn, R.J., Morse G.A., Klinkenberg, W.D., & Lemming, M.R. (2005). « Client outcomes and the working alliance in assertive community treatment programs ». *Journal of Case Management*, 5, 199-202.
- Ciechanowski, P., Wagner, E.H., Schmaling, K.B., et al. (2004). « Community-Integrated Home-Based Depression Treatment in Older Adults: A Randomized Controlled Trial ». *Journal of the American Medical Association*, 291, 1569-1577.
- Charpentier, M. Regenstreif, A., Durivage, P., Gilbert N. & Orseck, P. (2011). *Social exclusion in intervention with the elderly*. Projet de recherche en cours.
- Cohen A. (2001). *The effectiveness of mental health services in primary care: the view from the developing world*. Geneva: WHO.
- Contandriopoulos, A.P., Pouvourville, G., Poullier, J.P., & Contandriopoulos, D. (2000). « À la recherche d'une troisième voie : les systèmes de santé au XXI^e siècle » (pp.637-667). Dans M.P. Pomey, J.P. Poullier, J.P., B. Lejeune (éd.) *Santé publique : États des lieux, enjeux et perspectives*. Paris, France : Ellipses Éditions Marketing.
- Corbière, M., Lesage, A., Lauzon, S. Ricard, N. & Reinharz, D. (2003). « Validation française du questionnaire "Verona Service Satisfaction Scale" VSSS-54F, *L'Encéphale*, Vol 29, N° 2, avril 2003 pp. 110-118.
- Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S., & Ricard, N. (2006). « Factorial validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory ». *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15 (1), 36-45.
- Corrigan, P.W., Faber, D., Rashid, F. & Leary, M. (1999). « The construct validity of empowerment among consumers of mental health services ». *Schizophrenia Research*, 38 (1), p 77-84.
- Corrigan, P.W. (2002). « Adherence to anti-psychotic medications and health behavior theories ». *Journal of Mental Health*, 11, 243-254.
- Crabtree, B. & Miller, W. (1999). *Doing Qualitative Research*, 2^e Edition, Newbury Park, CA: Sage Publication.
- Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) (1997). *Avis concernant le projet de loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale*, Québec, document interne, 10 p.
- Cummings, S.M. & Kropf, N.P (2009). « Formal and informal support for older adults with severe mental illness ». *Aging & Mental Health*; 13 (4) : 619-27.
- Dallaire, B., McCubbin, M., Morin, P. & Cohen, D. (2000). *Dangerousness, personhood and the search for the traces of mental illness: an analysis of a sample of civil commitment hearings in Québec Canada*, unpublished manuscript.
- Dallaire, B., Miranda, D., Moscovitz, N., & Guérette, A. (2003). *Les interventions communautaires auprès des personnes âgées aux prises avec des PSM sévères et persistants : Revue critique de la littérature empirique et théorique*. Rapport soumis au Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC).
- Dallaire, B., McCubbin, M., Carpentier N. & Clément M. (2008). « Representations of Elderly with Mental Health Problems Held by Psychosocial Practitioners from Community and Institutional Settings ». In Dumont, S. & St-Onge, M. (dir.) Special Issue 4th International Conference of Social Work on Health and Mental Health Social Work and Mental Health, a Global Research and Practice Perspective [Numéros spécial]. *Social Work in Mental Health*, 6 (2, 3 & 4).
- Depla, M., Pols, J., de Lange, J. et al. (2003). « Integrating mental health care into residential homes for the elderly: An analysis of six Dutch programs for older people with severe and persistent mental illness ». *Journal of the American Geriatrics Society*, 51 : 1275-1279.

- Desrosiers, J., Bravo, G., Hébert, R. & Dubuc, N. (1995). « Reliability of the revised functional autonomy measurement system (SMAF) for epidemiological research ». *Age & Ageing*, 24(5):402-406.
- Dorvil, H. (2005). « Nouveau Plan d'action : quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionalisation ». Version numérique par Jean-Marie Tremblay Dans le cadre de *Les classiques des sciences sociales*" Site web : <http://classiques.ugac.ca/>.
- DSM-IV-TR. (2004). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, texte révisé. Elsevier Masson, Paris. 1002 pages.
- Duncan, E, Munro, K. & Nicol, M. (2003). « Research priorities in forensic occupational therapy ». *British Journal of Occupational Therapy*, 66(2), 55-63.
- Dunn, G. & Bentall, R. (2007). « Modelling treatment-effect heterogeneity in randomized controlled trials of complex interventions (psychological treatments) ». *Statistics in Medicine*, 26, , 4719-4745.
- Elhai, J. D., Schweinle, W., & Anderson, S. M. (2008). « Reliability and validity of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short Form ». *Psychiatry Research*, 159, 320-329.
- Fernandez, R., Evans, V., Griffiths, R. D., & Mostacchi, M. S. (2006). « Educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication: A review of the evidence ». *International Journal of Mental Health Nursing*, 15 (1), 70-80.
- Fischer, E. H., & Farina, A. (1995) « Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help: A shortened form and considerations for research ». *Journal of College Student Development*, 36, 368-373.
- Florio, E. R., Jensen, J. E., Hendryx, M., Raschko, R., & Mathieson, K. (1998). « One year outcomes of elderlies referred for aging and mental health services by community gatekeepers ». *Journal of Case Management*, 7, 74-83.
- Florio et Rashko dans Miranda et al., (2003). Florio, E. R. & Raschko, R. (1998). The Gatekeeper Model: Implications for Social Policy. *Journal of Ageing & Social Policy*, 10, 37-55.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1994). « L'inventaire d'anxiété de Beck : Propriétés psychométriques d'une traduction française ». *L'Encéphale*, 20 (1), 47-55
- Garfield, A. & Bergin, S. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4^e édition, J. Wiley (New York), 864 p.
- Goering, P.N., Wasylenki, D., Lancee, W., & Freeman, S.J.J. (1984). « From hospital to community: Six-month and two-year outcomes for 505 patients ». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 667-673.
- Gomory, T. (2002). « Effectiveness of assertive community treatment », *Psychiatric Services*, 53, 103.
- Gorenstein, E., Kleber, M., Mohlman, J., de Jesus, M., Gorman, J., & Papp, L. (2005). « Cognitive-behavioral therapy for management of anxiety and medication taper in older adults ». *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13 (10), 901-909.
- Greenall, P. (2006). « The barriers to patient-driven treatment in mental health: Why patients may choose to follow their own path ». *Leadership in Health Services*, 19 (1), xi-xxv.
- Guirguis-Younger, M., Cappeliez, P., & Younger, A. (2008). « A community-based intervention for treating depression in seniors ». *Canadian Journal of Nursing Research*, 40, 60-79.
- Health Education Unit Communication (2002). *Évaluation des Programmes de Promotion de la Santé*; <http://www.thcu.ca/consultation.htm>
- Hébert, R. Carrier, R. & Bilodeau, A (1983, révisé en 2002). *Functional Autonomy Measuring System (SMAF)*: Copyright ©, CEGG Inc.

- Hébert, R., Carrier, R., & Bilodeau, A. (1988). «The functional autonomy measurement system (SMAF): Description and validation of an instrument for the measurement of handicaps ». *Age & Ageing*, 17: 293-302.
- Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L., et al. (2001). « Resources and Costs Associated with Disabilities of Elderly People Living at Home and in Institutions ». *Canadian Journal on Aging*, 20 (1), 1-21.
- Hébert, R., Guilbault, J., Desrosiers, J., & Dubuc, N. (2001) « The functional autonomy measurement system (SMAF): A clinical-based instrument for measuring disabilities and handicaps in older people ». *GeriatricsToday*; 141-147.
- Henrard, (1979). « Problèmes conceptuels posés par l'étude de la santé des personnes âgées ». *Gérontologie et Société*, 9, 15-18.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). « Development and validation of the Working Alliance Inventory ». *Journal of Counselling Psychology*, 36, 223-233.
- Horvath, A.O., & Luborsky, L. (1993). « The role of the therapeutic alliance in psychotherapy ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.
- Hogan, T.P., Awad, A.G., & Eastwood, R. (1983). « A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: Reliability and discriminative validity ». *Psychological Medicine*, 13, 177-183.
- Howgego, I.M., Yellowlees, P., Owen, C., Meldrum, L., & Dark, F. (2003). « The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management ». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 169.
- Hybels, C. F., & Blazer, D. G. (2003). « Epidemiology of late-life mental disorders ». *Clinical Geriatric Medicine*, 15, 663-696.
- Institut de la statistique du Québec (2008). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population*. Rapport révisé : 9 décembre 2010. http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/#enquete_sociale.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2003). *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus. INSPQ-2003*. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/180_PortraitSantePersonnesAgees.pdf.
- Kalman, T.P. (1983). « An overview of patient satisfaction with psychiatric treatment ». *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 48-54.
- Katz, D. (1960). « The functional approach to the study of attitudes ». *Public Opinion Quarterly*, 24 (2), 163-204.
- Kilbourne, A.M., Cornelius, J.R., Han, X., Haas, G.L., Salloum, I., Conigliaro, J., et Pincus, H. (2005). « General-medical conditions in older patients with serious mental illness ». *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 250-254.
- Kirby, M. J. L., & Keon, W. J. (2004). *Mental Health, Mental Illness and Addiction: Issues and options for Canada (Report 3)*. Interim report of The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.
- Kirsh, B., Krupa, T., Horgan, S., Kelly, D., & Carr, S. (2005). « Making it better: Building evaluation capacity in community mental health ». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, 234-241.
- Klam, J., McLay, M., & Grabke, D. (2006). « Personal Empowerment Program: Addressing Health Concerns in People with Schizophrenia ». *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 44 (8), 20-28.
- Klug, G., Hermann, G., Fuchs-Nieder, B., Panzer, M., Haider-Stipacek, A. Priebe, S. (2010). « Effectiveness of home treatment for elderly people with depression: randomised controlled trial ». *British Journal of Psychiatry*, 197 : 463-467.
- Kohn, R., Goldsmith, E., & Sedgwick, T. W. (2002). « Treatment of homebound mentally ill elderly patients: the multidisciplinary psychiatric mobile team ». *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 469-475.

- Lavoie, J.P. & Leibing, A. (2008). *Identifying Issues, Challenges, and Concerns for Community Frontline Practitioners Working with Older Adults with Severe Mental Illness*. Rapport de recherche déposé aux Instituts de recherche en santé du Canada.
- Lee Maurel, M. (1999). *The analysis of a service delivery model in a mental health gerontology department*. Rapport de recherche préliminaire. CSLC René-Cassin.
- MacCourt, P. (2008). *Promoting Seniors' Well Being: A Seniors Mental Health Policies Lens Toolkit*. Victoria, British Columbia: British Columbia Psychogeriatric Association.
- MacCourt, P., Lockhart, B., & Donnelly, M. (2002). *Best Practices for the Mental Health of Older Adults*. Writings in Gerontology, National Advisory Council on Aging: Mental health and aging.
- McCormack Brown, K. (1999). *Theory of reasoned action/Theory of planned behavior*. http://hsc.usf.edu/~kmbrown/TRA_TPB.htm
- Miklowitz, D.J., Goldstein, M.J., Nuechterlein, K.H., Snyder, K.S., & Doane, J.A. (1986). «Expressed emotion, affective style, lithium compliance, and relapse in recent onset mania». *Psychopharmacology Bulletin*, 22(3), 628-632.
- Ministère de la Famille et des Aînés (2008). *Préparons l'avenir avec nos aînés*. Rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés. http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/rapport_consultation_aines.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (1997). *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2005). *Mental Health Action Plan 2005-2010*. publications.msss.gouv.qc.ca.
- Miranda, D., Moscovitz, N. et D'Altilia, L. (2003). « Le programme communautaire de santé mentale pour les personnes de 60 ans et plus au CLSC René-Cassin à Montréal ». *Bulletin Équilibre en Tête*, 17 (2), 5-7.
- Moatti, M. (1997). *Programmation Santé Mentale – Adultes au CSLC René-Cassin*. CLSC René Cassin, Côte-Saint-Luc.
- Morse, G.A., Calsyn, R.J., Klinkenberg, W.D., Trusty, M.L., Gerber, F., Smith, R., et al. (1997). « An experimental comparison of three types of case management for homeless mentally ill persons ». *Psychiatric Services*, 48, 497-503.
- Moscovitz, N. (2000). « A community 60 + Multidisciplinary Mental Health team ». CLSC René-Cassin, Institute of Social Gerontology of Quebec. Présentation power point et documents. CSSS Cavendish. Côte-St-Luc.
- Myers, J. E., & Harper, M. C. (2004). « Evidence-based effective practices with older adults ». *Journal of Counseling & Development*, 82, 207-218.
- Narrow, W. E., Regier, D. A., Norquist, G., Rae, D. S., Kennedy, C., et Arons, B. (2000). « Mental health service use by Americans with severe mental illnesses ». *Social Psychiatry et Psychiatric Epidemiology*, 35, 147-155.
- Nikolova, R., Carignan, M., Moscovitz, N., & Demers, L. (2004). « The psychogeriatric and risk behaviour assessment scale (PARBAS) ». *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39, 187-200.
- Nordhus, I. H., & Pallesen, S. (2003). « Psychological Treatment of Late-Life Anxiety: An Empirical Review ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 643-651.
- Nour, K., Brown, B., Moscovitz, N., Hébert, M., Regenstreif, A. (2009). « *Projet P.I.E. : une stratégie efficace de dépistage des aînés isolés et vulnérables* ». *Santé mentale au Québec*. XXXIV (2), 217-235.
- Nour, K., Dallaire, B., Regenstreif, A., Hébert, M. & Moscovitz, N. (2010). *Les PSM chez les aînés : des réalités et répercussions diverses, des services à adapter* dans Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie, J-P., Grenier, A. & Olazabal, I. *Vieillir au pluriel*. PUQ, Montréal.

- Nour, K., Miranda, D., Dallaire, B., Moscovitz, N., Regenstreif, A. (2011). « Community-Based Team Interventions for Older Adults with Severe Mental Illness: A Critical Review of the Literature ». *Intervention*, 133, 98-109.
- Olfson, M. (1990). « Assertive community treatment: An evaluation of the experimental evidence ». *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 634-651.
- Ordre des psychologues du Québec (2011). « L'alliance thérapeutique; Construire, maintenir et réparer le lien ». *Psychologie Québec*, 28 (2), p. 20-40.
- Pauzé, E. & Gagné, M.A. (2005). « Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes » in *Collaborative mental health care in primary health care : A review of Canadian initiatives*, Volume II : Initiative descriptions, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga, Ontario.
- Peebles, S. A., Mabe, P. A., Davidson, L., Fricks, L., Buckley, P. F., & Fenley, G. (2007). « Recovery and systems transformation for schizophrenia ». *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 567-583.
- Provençal, A.-A. (2009). *Évaluation et planification de l'intervention, Besoins des personnes âgées résidant dans la communauté et souffrant de troubles de santé mentale*. Rapport final, Montréal.
- Rabins, P., Black, B., Roca, R., German, P., McGuire, M., Robbins, B., et al. (2000). « Effectiveness of a nurse-based outreach program for identifying and treating psychiatric illness in the elderly ». *Journal of the American Medical Association*, 283, 2802-2809.
- Rappaport, J. (1987). « Terms of empowerment / Exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology ». *American Journal of Community Psychology*, 15(2): 121-148.
- Raudenbush, S.W., & Bryk, A.S. (2002). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods* (2^eéd.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Regenstreif, A., Nour, K., Parisien, M. & Billette, V. (2011). *Development of a new model of service delivery to foster social inclusion*. Projet de recherche en cours.
- Robbins, B., Rye, R., German, P. S., Tlasek-Wolfson, M., Penrod, J., Rabins, P. V., & Smith, Black, B., (2000). « The psychogeriatric assessment and treatment in city housing (PATCH) program for elders with mental illness in public housing: getting through the crack in the door ». *Archives of Psychiatric Nursing*, 14, 163-172.
- Rogers, E.S., Chamberlin, J., Ellison, M.L., & Crean, T. (1997). « A consumer constructed scale to measure empowerment among users of mental health services ». *Psychiatric Services*, 48, 1042-1047.
- Romanow, R. J. (2002). *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*. Ottawa: Health Canada.
- Ruggeri, M., & Tansella, M. (1996). *Individual patient outcomes*. In H.C. Knudsen, G. Thornicroft, & N. Sartorius (Eds.), *Mental health service evaluation* (pp. 281–296). New York : Cambridge University Press.
- Ruggeri, M. & Dall'Agnola, R. (1993). « Development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric service in patients, relatives and professionals ». *Psychological Medicine*, 23, 511-523.
- Seidel, G., Smith, C., Hafner, R.J., et al. (1992). « A psychogeriatric community outreach service: description and evaluation ». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7 (5): 347-50.
- Sheik, J.I., Yesavage, J.A. (1986). « Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version ». Taken from: T.L. Brink (Ed.), *Clinical Gerontology: a Guide to Assessment and Intervention*. New York: Haworth Press.

- Spaniol, L., Koehler, M., & Hutchinson, D. (1994). *The recovery workbook: Practical coping and empowerment strategies for people with psychiatric disability*. Boston University: Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston. Massachusetts.
- Tabor, P.A., & Lopez, D.A. (2004). « Comply with us: Improving medication adherence ». *Journal of Pharmacy Practice*, 17(3), 167-181.
- Thomas, D.R. (2006). « A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data ». *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246, dans Blais, M., & Martineau, S. (2007). « L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes ». *Recherches qualitatives*, 26 (2), 2006, 1-18.
- USDHHS-U.S. Department of Health and Human Services (1999). « Mental Health: A report of the surgeon general. » Chapter 5: *Elderlies and Mental Health* (pp. 335-401). Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.
- Wowra, S.A., & McCarter, R. (1999). « Validation of the empowerment scale with an outpatient mental health population ». *Psychiatric Services*, 50, 959-961.

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Listes des services rendus par type d'intervenants
Tableau 2 :	Caractéristiques sociodémographiques de la population desservie en 1999
Tableau 3 :	PSM de la population rejointe en 1999
Tableau 4 :	Profil comportemental de la population rejointe en 1999
Tableau 5 :	Nombre d'utilisateurs par site
Tableau 6 :	Caractéristiques sociodémographiques de la clientèle rejointe pour la période 2004-2009
Tableau 7 :	Quantité et proportion des interventions pour la période 2004-2009
Tableau 8 :	Lieux d'intervention
Tableau 9 :	Proportion d'utilisateurs qui reçoivent des services par type d'intervenants
Tableau 10 :	Proportion des interventions réalisées par type d'intervenants
Tableau 11 :	Intensité des services : ratio du nombre de utilisateurs recevant des interventions par catégories d'intervenants – CLSC RC
Tableau 12 :	Intensité des services : ratio du nombre d'utilisateurs recevant des interventions par catégories d'intervenants – CLSC NDG-MO
Tableau 13 :	Prévalence des PSM chez les utilisateurs
Tableau 14 :	Synthèse des interventions réalisées par catégorie d'intervention
Tableau 15 :	Interventions réalisées en raison d'un problème de santé mentale
Tableau 16 :	Interventions réalisées en raison d'un problème de santé mentale
Tableau 17 :	Interventions réalisées en raison de problématiques médicales
Tableau 18 :	Tableau synthèse de l'évolution du PCSM 60+.
Tableau 19 :	Caractéristiques sociodémographiques des participants au T1
Tableau 20 :	Caractéristiques de santé physique et psychosociale des participants
Tableau 21 :	Caractéristiques comportementales des participants
Tableau 22 :	Portrait de l'offre de service pour les participants à l'étude (n=24)
Tableau 23 :	Variables de processus
Tableau 24 :	Variables de répercussions
Tableau 25 :	Corrélation entre les variables de répercussions
Tableau 26 :	Éléments structurants des services en santé mentale pour les 60 ans et plus à travers le temps

Liste des figures

- Figure 1 : Modèle conceptuel de l'évaluation du SSSM 60+
- Figure 2 : Positionnement des SGS au sein du CLSC René-Cassin
- Figure 3 : Positionnement du PCSM60+ au CLSC RC en 2004
- Figure 4 : Les cinq volets des services de santé mentale 60+ du CLSC René-Cassin
- Figure 5 : Structure des services à la communauté au CSSS Cavendish (2009)
- Figure 6 : Modèle conceptuel de l'évaluation du SSSM 60+ avec variables significatives

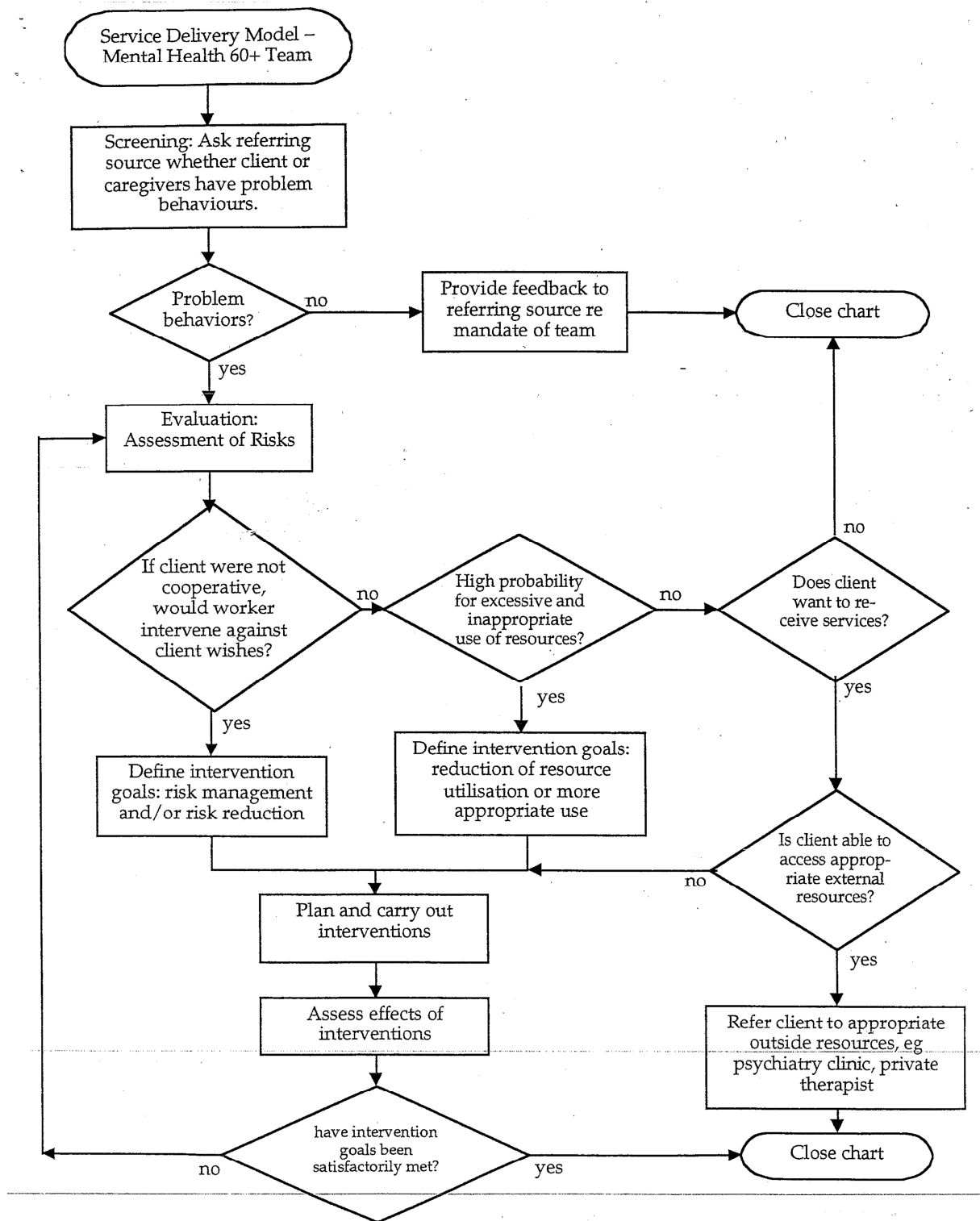
Liste des annexes

Annexe 1 : Le modèle de prestation de services

Annexe 2: PARBAS (*Psycho-geriatric and Risk Behaviour Assessment Scale*)

ANNEXE 1

MODÈLE DE PRESTATION DE SERVICES



ANNEXE 2

ÉCHELLE PARBAS
PSYCHOGÉRIATRIQUE DE DÉPISTAGE DES COMPORTEMENTS À RISQUE

DATE DE LA RENCONTRE: ___/___/___
A M J

NOM DE L'INTERVENANT: _____

PROFESSION: _____

NUMÉRO DU DOSSIER : _____

ÂGE: _____

SEXE: _____

ÉTAT CIVIL: _____

ORIGINE ETHNOCULTURELLE: _____

SOURCE DE L'INFORMATION (USAGER, FAMILLE, SOIGNANT, ETC.): _____

MILIEU DE VIE: (MAISON, APPARTEMENT, RÉSIDENCE PRIVÉE, ETC.): _____

SITUATION DE COHABITATION : (VIE SEUL, AVEC SON ÉPOUSE, AVEC UN ENFANT, ETC.): _____

Autres intervenants du CSLC impliqués? _____

Antécédents psychiatriques ou diagnostic médical: _____

COMMENTAIRES: _____

Fréquence: 0 = Le comportement est absent
1 = Le comportement est rarement présent
2 = Le comportement est fréquemment présent
3 = Le comportement est toujours présent
9 = On ne peut se prononcer, à explorer

Conséquences: 0 = pas de conséquences 1 = conséquences mineures 2 = conséquences sévères

Comportements à risque	Exemples	Fréquence
I. Risques pour la santé physique de l'usager et celle des autres		
IA. Négligence personnelle		
1. Habillement et apparence inappropriés	<i>Apparence négligée, les vêtements sont sales, en désordre, déchirés; vêtements inappropriés pour la saison, etc.</i>	0 1 2 3 9
2. Conditions de vie insalubres	<i>Résidence insalubre, mal éclairée et mal chauffée, en désordre; risque de chutes;</i>	0 1 2 3 9

	<i>évidence de rongeurs et parasites, etc.</i>					
3. Hygiène personnelle inadéquate	<i>Ne se lave pas, ne prend pas de douche, ne change pas ses vêtements sales, etc.</i>	0	1	2	3	9
4. Alimentation inappropriée	<i>Nourriture non réfrigérée, périmée, ou mal préparée; l'utilisateur ne mange pas suffisamment, etc.</i>	0	1	2	3	9
5. Négligence d'une condition médicale	<i>L'utilisateur ne prend pas ses médicaments, ne suit pas le traitement prescrit ou ne recherche pas l'aide médicale requise, etc.</i>	0	1	2	3	9
Conséquences actuelles:		0	1	2		
IB. Refus de collaborer						
1. Refus (ou sabotage) de subir une évaluation ou un traitement et une intervention	<i>L'utilisateur n'autorise pas l'évaluation, n'accepte pas les traitements/interventions par un ou plusieurs professionnels, etc.</i>	0	1	2	3	9
2. Refus de compenser pour des limitations fonctionnelles	<i>L'utilisateur refuse l'assistance pour une perte d'autonomie, par ex. mobilité réduite, problème d'orientation ou de mémoire, etc.</i>	0	1	2	3	9
Conséquences actuelles:		0	1	2		

Fréquence: 0 = Le comportement est absent
1 = Le comportement est rarement présent
2 = Le comportement est fréquemment présent
3 = Le comportement est toujours présent
9 = On ne peut se prononcer, à explorer

Conséquences: 0 = pas de conséquences 1 = conséquences mineures 2 = conséquences sévères

Comportements à risque	Exemples	Fréquence				
IC. Toxicomanie						
1. Abus de médicaments	Consommation abusive, combinaisons inappropriées, etc.	0	1	2	3	9
2. Abus d'alcool	Risque de blessures physiques ou d'atteintes au niveau de la santé mentale (par ex. risque de chutes, démence organique cérébrale), etc.	0	1	2	3	9
3. Abus de substances illégales	Usage de drogues illégales ou combinaison de substances, etc.	0	1	2	3	9
Conséquences actuelles:		0	1	2		
ID. Actes dangereux pour soi-même et autrui						

1. Prend des risques qui pourraient nuire à sa propre sécurité et à celle d'autrui	<i>Fumer au lit, traces de brûlures de cigarettes sur le tapis, alcool au volant, laisser la porte non barrée, oubli d'éteindre le poêle, jeu excessif, etc.</i>	0	1	2	3	9
Conséquences actuelles:		0	1	2		
IE. Comportements agressifs						
1. Automutilation	<i>S'inflige des blessures, brûlures, etc.</i>	0	1	2	3	9
2. Agression physique	<i>Frappe, mord, crache, pousse, agrippe, menace avec un couteau, etc.</i>	0	1	2	3	9
3. Agression verbale	<i>Utilisation du langage oral ou écrit pour intimider, insulter, menacer, etc.</i>	0	1	2	3	9
4. Vandalisme	<i>Vandalise, brise ou lance des objets, etc.</i>	0	1	2	3	9
Conséquences actuelles:		0	1	2		

Fréquence: **0** = Le comportement est absent
1 = Le comportement est rarement présent
2 = Le comportement est fréquemment présent
3 = Le comportement est toujours présent
9 = On ne peut se prononcer, à explorer.

Conséquences: **0** = pas de conséquences **1** = conséquences mineures **2** = conséquences sévères

COMPORTEMENTS À RISQUE	Exemples	FRÉQUENCE				
II. Santé mentale						
IIA. Détresse Émotionnelle						
1. Symptômes de dépression	<i>Sentiment de tristesse, de désespoir, sentiment d'être inutile; troubles du sommeil ou de l'appétit, manque de motivation, etc.</i>	0	1	2	3	9
2. Symptômes d'anxiété	<i>Agitation, nervosité, tension, panique, peurs, phobies, discours sous pression, etc.</i>	0	1	2	3	9
3. Retrait social et isolement	<i>Évite les communications, peu ou pas de contacts sociaux, taciturne, etc.</i>	0	1	2	3	9
4. Comportement dérangeant	<i>Comportement obscène ou perturbé, inapproprié en public; contacts avec des personnes engagées dans des activités criminelles ou illicites, etc.</i>	0	1	2	3	9

5. Symptômes psychotiques	<i>Illusions, hallucinations, paranoïa, pensées irrationnelles et croyances détachées de la réalité, fuites des idées, persévérations, discours sous pression, etc.</i>	0	1	2	3	9
6. Atteintes de la mémoire à court terme et de la mémoire à long terme	<i>Oublis: oubli des noms, se plaint d'oublier l'emplacement des objets, ou des rendez-vous, désorientation, etc.</i>	0	1	2	3	9
Conséquences actuelles:		0	1	2		
IIB. Comportement suicidaire						
1. Idées suicidaires	<i>Idées exprimées de façon verbale, non verbale, des menaces de suicide, etc.</i>	0	1	2	3	9
2. Planification du suicide	<i>Plan établi où est exprimé verbalement (oralement et/ou par écrit) le désir de se suicider, etc.</i>	0	1	2	3	9
3. Tentatives antérieures de suicide	<i>Histoire suicidaire</i>	0	1	2	3	9
4. Tentatives récentes de suicide	<i>Tentatives récentes de suicide, etc.</i>	0	1	2	3	9
Conséquences actuelles:		0	1	2		

Fréquence: 0 = Le comportement est absent
1 = Le comportement est rarement présent
2 = Le comportement est fréquemment présent
3 = Le comportement est toujours présent
9 = On ne peut se prononcer, à explorer.

Conséquences: 0 = pas de conséquences 1 = conséquences mineures 2 = conséquences sévères

COMPORTEMENTS À RISQUE	Exemples	FRÉQUENCE				
<i>III. Sécurité personnelle</i>						
2. Désinhibition	<i>Divulguer aveuglément des informations sur sa situation personnelle et financière, habillement inapproprié (provocant) qui pourrait mettre la sécurité de l'utilisateur en danger, etc.</i>	0	1	2	3	9
Conséquences actuelles:		0	1	2		
IV. Risque d'être victime d'abus						
1. Abus psychologique	<i>L'utilisateur est forcé à vivre de façon socialement isolée, privé d'affection, blâmé, insulté, blasphémé, menacé, etc.</i>	0	1	2	3	9

2. Abus physique	<i>L'usager est traité avec une force excessive par l'aidant naturel ou une autre personne dans son entourage, qui résulte en coupures, ébouillancements, ecchymoses, hématomes, etc.</i>	0	1	2	3	9
3. Agression sexuelle	<i>Abus sexuel, viol, etc..</i>	0	1	2	3	9
4. Restriction des droits civils	<i>Impossibilité d'exercer ses droits de: intimité, plainte, respect, dignité, rencontrer d'autres personnes, liberté de la parole, etc.</i>	0	1	2	3	9
5. Abus financier	<i>Exploitation, détournements de fonds, de biens ou de tout ce qui appartient à l'usager, etc.</i>	0	1	2	3	9
6. Négligence (active ou passive) de l'aidant naturel	<i>Les besoins de base de l'usager ne sont pas satisfaits: malnutrition, refus de répondre au besoin d'hygiène personnelle, manque de sécurité, etc.</i>	0	1	2	3	9
Conséquences actuelles:		0	1	2		
V. Sécurité financière						
1. Charité excessive	<i>Dons excessifs, dépense sans contrôle, sans égard au budget; achète inutilement, etc.</i>	0	1	2	3	9
2. Obligation financière non respectée	<i>Ne paie pas ses factures, et ne respecte pas ses engagements financiers, etc.</i>	0	1	2	3	9
Conséquences actuelles:		0	1	2		

Autocritique

La section suivante concerne la capacité d'autocritique de l'utilisateur. Les problèmes comportementaux réfèrent à ceux identifiés précédemment.

Légende: 0 = comprend entièrement
 1 = comprend partiellement
 2 = ne comprend pas
 9 = on ne peut se prononcer, à explorer

Énoncé	Cote	Justification, exemple
A: Est conscient de présenter des problèmes comportementaux.	0 1 2 9	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>
B. Peut décrire ses problèmes comportementaux.	0 1 2 9	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>
C. Utilise des stratégies pour réduire ses problèmes comportementaux.	0 1 2 9	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>

Support social Des énoncés suivants, quel est celui qui reflète le mieux la situation de votre usager.
 N.B. La personne significative peut être définie comme un membre de la famille, un(e) ami, un(e) conjoint, un(e) voisin(e), etc.

Énoncés	
A. L'utilisateur reçoit du support d'une personne significative.	
B. L'utilisateur a des contacts avec une personne significative mais cette dernière n'offre pas de support actif.	
C. L'utilisateur a des contacts avec une personne significative, mais cette dernière nuit à son bien-être.	
D. L'utilisateur n'a pas de contact avec une personne significative.	

Intervention

A. L'utilisateur accepte-t-il ou refuse-t-il les interventions?

B. Si l'utilisateur refuse l'intervention et s'il est toujours en situation de risque, allez-vous intervenir?

C. Quelles sont les priorités d'intervention?

Commentaires/Notes



CSSS Cavendish - Centre affilié universitaire
Site René-Cassin
5800, Boul. Cavendish
Montréal (Qc) H4W 2T5
Tél.: 514-484-7878 poste 1463 | Téléc.: 514-485-1612
www.creges.ca | creges.cvd@ssss.gouv.qc.ca