

Améliorer la qualité de la prise en charge des sujets présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence au Québec

Improving the quality of care for people with behavioral and psychological symptoms of dementia in Quebec

Marie-Andrée Bruneau, Maude-Émilie Pépin, Howard Bergman and Yves Couturier

Volume 48, Number 2, Fall 2023

La qualité des services en santé mentale au Québec

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1109840ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1109840ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bruneau, M.-A., Pépin, M.-É., Bergman, H. & Couturier, Y. (2023). Améliorer la qualité de la prise en charge des sujets présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence au Québec. *Santé mentale au Québec*, 48(2), 229–255. <https://doi.org/10.7202/1109840ar>

Article abstract

Major neurocognitive disorders (MND) affect more than 100,000 Quebecers and this number is expected to increase by 66% by 2030. The World Health Organization (WHO) considers MND as a public health priority in its “Closing the Gaps in Mental Health” program (WHO, 2011). Behavioral and psychological symptoms related to dementia (BPSD) are highly prevalent and are associated with cognitive and functional deterioration, caregiver burnout, early admission to hospital and additional costs. As part of the ministerial initiative stemming from the Plan Alzheimer du Québec (PAQ) promoted by le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, innovative clinical practices have been implemented for the optimal management of this clientele, particularly through the creation or enhancement of teams dedicated to BPSD. With a view to continuous quality improvement, the MSSS has mandated a team of clinicians, researchers and deciders to paint a picture of current practices in the context of BPSD and to issue recommendations. This study offers a unique and innovative look at the development of quality care for BPSD in Quebec.

Objectives 1. Review organizational and clinical practices, as well as care pathways for BPSD; 2. Propose an interprofessional management process based on best practices; 3. Advise the MSSS on the implementation of measures necessary to ensure access to safe, quality clinical services.

Method A review of recent international literature and practice guides was conducted. Semi-structured interviews with professionals from BPSD teams were also conducted in order to paint a picture of the situation in Quebec. An outline of a logic model was proposed based on this information. A group of experts was formed to review clinical and organizational BPSD practices in light of the results.

Results The ministerial initiative resulting from the PAQ has had an important structuring effect on the development, consolidation and prioritization of services for people with BPSD. Facilitating elements as well as barriers to the implementation of these services were identified and recommendations were issued to advise the ministry on the actions to be taken.

Conclusion The essential conditions and strategies to be adopted to consolidate the trajectory of care for BPSD were transmitted to the MSSS. The main impact is to improve the accessibility and quality of BPSD care for the benefit of users and their families.

Améliorer la qualité de la prise en charge des sujets présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence au Québec

Marie-Andrée Bruneau^a

Maude-Émilie Pépin^b

Howard Bergman^c

Yves Couturier^b

RÉSUMÉ Les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) touchent plus de 100 000 Québécois et l'on prévoit une augmentation de 66 % de ce nombre d'ici 2030. L'Organisation mondiale de la Santé considère d'ailleurs les TNCM comme une priorité de santé publique (OMS, 2011). Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) sont hautement prévalents pour ces troubles. Ils sont associés à une détérioration cognitive et fonctionnelle, à un épuisement des aidants, à un hébergement précoce et à des coûts additionnels. Dans le cadre de l'initiative ministérielle découlant du Plan Alzheimer du Québec (PAQ) promu par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, des pratiques cliniques innovantes ont été implantées pour la prise en charge optimale de cette clientèle, notamment grâce à la constitution ou le rehaussement d'équipes dédiées aux SCPD. Dans une optique d'amélioration continue de la qualité, le MSSS a mandaté une équipe de cliniciens, chercheurs et gestionnaires pour brosser un portrait des pratiques actuelles en contexte de SCPD et formuler des recommandations. Cette étude poursuivait différents objectifs.

a. Université de Montréal.

b. Université de Sherbrooke.

c. Université McGill.

Objectifs 1. Réviser les pratiques organisationnelles et cliniques, ainsi que les trajectoires de soins en matière de SCPD; 2. Proposer un processus interprofessionnel de prise en charge axé sur les meilleures pratiques connues; 3. Conseiller le MSSS sur l'implantation de mesures nécessaires afin d'assurer l'accessibilité à des services cliniques sécuritaires et de qualité.

Méthode Une recension des écrits internationaux et guides de pratique récents a été effectuée. Des entrevues semi-structurées auprès de professionnels des équipes SCPD ont également été réalisées afin de broser un portrait de la situation au Québec. Une esquisse de modèle logique a été proposée à partir de ces informations. Un groupe d'experts a été formé afin de réviser les pratiques cliniques et organisationnelles en matière de SCPD à la lumière des résultats.

Résultats Même si l'initiative ministérielle a eu un important effet structurant sur le développement, la consolidation et la hiérarchisation des services aux personnes présentant des SCPD, diverses améliorations demeurent à accomplir. Des éléments facilitateurs ainsi que des barrières à l'implantation de ces services ont été identifiés et des recommandations formulées afin de conseiller le ministère quant aux actions à conduire afin d'accroître la qualité des services aux personnes manifestant des SCPD.

Conclusion Les recommandations sur les meilleures stratégies à adopter pour consolider les trajectoires de soins en matière de SCPD ont été transmises au MSSS. L'impact principal attendu se situe au niveau de l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité de la prise en charge des SCPD, au bénéfice des usagers et de leurs proches.

MOTS CLÉS symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, SCPD, trouble neurocognitif majeur, organisation des soins et services

Improving the quality of care for people with behavioral and psychological symptoms of dementia in Quebec

ABSTRACT Major neurocognitive disorders (MND) affect more than 100,000 Quebecers and this number is expected to increase by 66% by 2030. The World Health Organization (WHO) considers MND as a public health priority in its "Closing the Gaps in Mental Health" program (WHO, 2011). Behavioral and psychological symptoms related to dementia (BPSD) are highly prevalent and are associated with cognitive and functional deterioration, caregiver burnout, early admission to hospital and additional costs. As part of the ministerial initiative stemming from the Plan Alzheimer du Québec (PAQ) promoted by le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, innovative clinical practices have been implemented for the optimal management of this clientele, particularly through the creation or enhancement of teams dedicated to BPSD. With a view to continuous quality improvement, the MSSS has mandated a team of clinicians, researchers and deciders to paint a picture of current practices in the context of

BPSD and to issue recommendations. This study offers a unique and innovative look at the development of quality care for BPSD in Quebec.

Objectives 1. Review organizational and clinical practices, as well as care pathways for BPSD; 2. Propose an interprofessional management process based on best practices; 3. Advise the MSSS on the implementation of measures necessary to ensure access to safe, quality clinical services.

Method A review of recent international literature and practice guides was conducted. Semi-structured interviews with professionals from BPSD teams were also conducted in order to paint a picture of the situation in Quebec. An outline of a logic model was proposed based on this information. A group of experts was formed to review clinical and organizational BPSD practices in light of the results.

Results The ministerial initiative resulting from the PAQ has had an important structuring effect on the development, consolidation and prioritization of services for people with BPSD. Facilitating elements as well as barriers to the implementation of these services were identified and recommendations were issued to advise the ministry on the actions to be taken.

Conclusion The essential conditions and strategies to be adopted to consolidate the trajectory of care for BPSD were transmitted to the MSSS. The main impact is to improve the accessibility and quality of BPSD care for the benefit of users and their families.

KEYWORDS behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD, major neurocognitive disorder, organization of care and services

1. INTRODUCTION

Au Québec, la proportion de personnes de plus de 65 ans compte désormais pour plus de 20 % de la population. L'essentiel de la croissance démographique étant situé dans ce groupe d'âge, qui devrait atteindre 25 % en 2031, on peut s'attendre à une augmentation importante du nombre de québécois vivant avec un trouble neurocognitif majeur (TNCM) (ISQ, 2022). Les TNCM affectaient plus de 100 000 Québécois en 2008 et l'on prévoit une augmentation au nombre de 180 000 en 2030 (MSSS, 2022). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) considère d'ailleurs les TNCM comme une priorité de santé publique dans son programme « Comblar les lacunes en santé mentale » (OMS, 2012). Parmi les manifestations associées aux TNCM se trouvent les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Selon l'*International Psychogeriatric Association*, les SCPD sont définis comme des symptômes des troubles de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur et du comportement

fréquemment observés chez les personnes vivant avec un TNCM (Finkel, 1999). Les critères diagnostiques du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (APA, 2013) considèrent les SCPD comme des manifestations cliniques associées au diagnostic probable d'une maladie d'Alzheimer ou d'autres TNCM.

Ces symptômes sont ubiquitaires, leur prévalence atteignant jusqu'à 97 % des patients sur 5 ans d'évolution. Les plus fréquents sont la dépression (77 %), l'apathie (71 %), l'anxiété (62 %) et les délires (60 %) (Steinberg et coll., 2008). Non traités, ces symptômes sont associés à une aggravation et une accélération de la détérioration cognitive et fonctionnelle, et à une augmentation de la mortalité (Hinton et coll., 2008). Les symptômes les plus fortement associés à la détérioration fonctionnelle sont les hallucinations, l'anxiété, la dépression, les délires et l'agitation, tous susceptibles de répondre aux interventions des équipes ou services de santé mentale. De plus, ils augmentent la détresse des aidants de façon significative et sont liés à de l'épuisement, à une détérioration de la qualité de vie et à un hébergement précoce (de Vugt et coll., 2005). Ils sont également liés à l'utilisation de contentions chimiques et physiques, malgré les risques associés. Ils entraînent des coûts additionnels pour le système de santé ainsi que pour les proches aidants devant assumer le maintien à domicile (Algase, 1996; Herrmann, 2006 (Canada)). Un repérage précoce des SCPD et une évaluation complète des causes potentielles (médicales, pharmacologiques, psychosociales, environnementales) revêtent une importance cruciale pour intervenir de la manière la plus appropriée et individualisée possible et prévenir la détérioration pronostique et de la qualité de vie. Ces symptômes expriment une problématique sous-jacente qui ne peut être exclusivement gérée par une approche pharmacologique. La plupart des guides de pratique recommandent d'ailleurs d'intervenir d'abord avec des approches non pharmacologiques (Chenoweth et coll., 2018).

Au Québec, la prise en charge des SCPD a longtemps été déficiente. Le *Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer* de 2009 faisait état d'une accessibilité limitée à des interventions pour le traitement et la gestion des SCPD au Québec (Bergman, 2009). On y décrivait notamment des situations de crise et d'épuisement vécues par les proches aidants, qui exigeraient pourtant une réponse rapide et adaptée. Le rapport mentionnait également l'absence ou la faiblesse de la formation des professionnels à propos des SCPD, ce qui conduit à une prise en charge sous-optimale

de cette problématique et à la surutilisation d'antipsychotiques ainsi qu'à la dévalorisation du travail des intervenants.

Pour pallier ces manques, le rapport proposait le développement de la capacité de la 1^{re} ligne dans la prise en charge des TNCM et recommandait la mise en place d'équipes ambulatoires (1 médecin expert, 1 infirmière, 1 clinicien psychosocial, 1 coordonnateur) pour gérer les SCPD modérés et graves, accessibles à l'ensemble des soins primaires et des ressources d'hébergement. Les rôles attribués à ces équipes consistaient à évaluer et établir un diagnostic spécifique aux SCPD, élaborer un plan d'intervention individualisé sur les plans pharmacologique, psychosocial et environnemental, et offrir de l'accompagnement clinique et de la formation. De plus, le rapport recommandait la mise en place d'équipes surspécialisées de gérontopsychiatrie pour appuyer les équipes SCPD ambulatoires locales dans les cas les plus complexes afin de contribuer à la qualité de la démarche clinique, aider les administrations à assurer la couverture des services professionnels des équipes SCPD (incluant la mise en place de la télésanté), assumer le leadership du développement de la recherche, élaborer des guides de pratique, des outils d'intervention, et des programmes de formation, et participer à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention concernant les SCPD.

Pour faire face aux défis que représentent les TNCM en général, et les SCPD en particulier, le MSSS a lancé l'Initiative ministérielle en matière de TNCM en 2013 (MSSS, 2013). Cette initiative visait un changement de culture organisationnelle dans la façon de répondre aux besoins des personnes vivant avec une telle condition de santé (Guillette et coll., 2018). Cette initiative se distingue de plusieurs politiques internationales par la priorité accordée aux soins primaires et aux aspects sociaux. Les projets soutenus par l'initiative visaient la création d'un cadre d'intervention clinique collaboratif afin de répondre le plus adéquatement possible aux besoins de cette clientèle en termes d'accessibilité, de continuité et de qualité des services offerts. L'Initiative ministérielle (MSSS, 2014) s'est d'abord incarnée en 19 projets d'implantation locaux, en identifiant et expérimentant localement les pratiques les plus prometteuses (phase 1 de l'initiative). Lors de la première phase, les paramètres organisationnels des équipes SCPD ont été définis, des outils d'évaluations et guides de pratiques cliniques et organisationnelles (MSSS 2018 ; INESSS, 2017 ; INESSS, 2021) ont été développés, ainsi que des programmes de formation en présentiel et en ligne (MSSS, 2018). Il y eut également la mise en place progressive

d'une gamme de services destinés aux proches aidants, notamment en collaboration avec la fondation l'Appui aux aidants et les Sociétés Alzheimer. Sur la base de ces projets d'implantation, et à la suite d'une évaluation systématique par un groupe de recherche indépendant, l'Initiative ministérielle a permis, lors de sa phase 2 (2016-2019), la création, la consolidation ou l'expansion, selon les contextes locaux, d'équipes spécialisées en gestion des SCPD sur l'ensemble du territoire québécois. Ces équipes sont soutenues encore aujourd'hui par une communauté de pratique.

L'expérience acquise par ces équipes et l'impact de la pandémie sur leur pratique émergente (augmentation des besoins, déstabilisation des équipes, ruptures dans les trajectoires de soins, etc.) font en sorte qu'une mise à jour des recommandations encadrant ces équipes était devenue nécessaire. Pour cette raison, le MSSS a mandaté des chercheurs pour brosser un portrait des pratiques actuelles en matière de SCPD et formuler des recommandations pour leur amélioration. Ainsi, dans le cadre d'un devis qualitatif, une recension des écrits scientifiques sur l'organisation des services pour les SCPD et des entrevues ont été effectuées. Par la suite, un groupe d'experts a été constitué afin de formuler des recommandations au MSSS. Les objectifs de cette étude et du groupe d'experts étaient de :

1. Réviser les pratiques organisationnelles et cliniques, ainsi que les trajectoires de soins en matière de SCPD ;
2. Proposer un processus interprofessionnel de prise en charge axé sur les meilleures pratiques ;
3. Conseiller le MSSS sur l'implantation de mesures nécessaires pour assurer l'accessibilité à des services cliniques sécuritaires et de qualité.

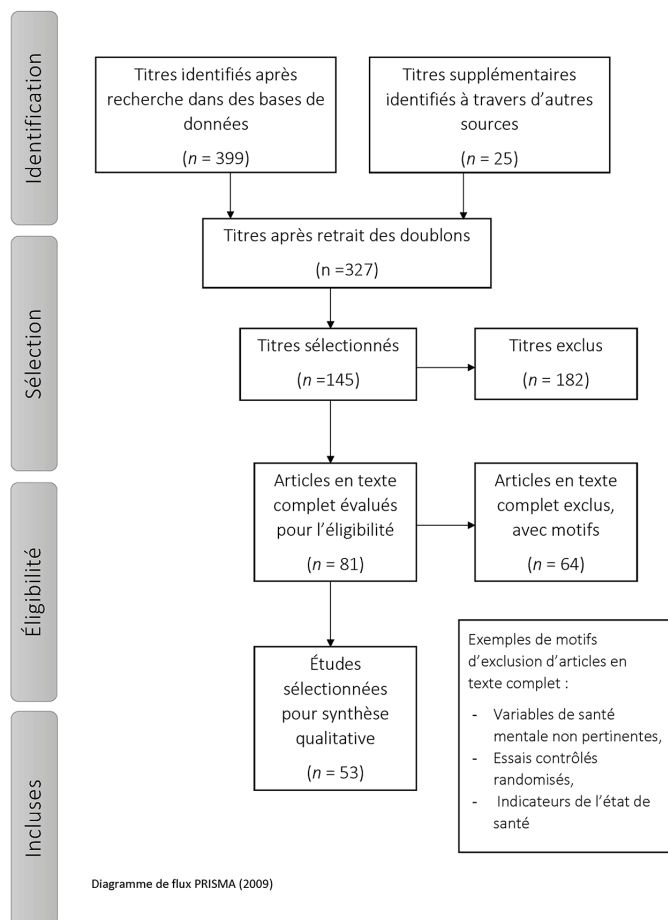
2. MÉTHODOLOGIE

a. Recension des écrits scientifiques

Tous les textes pertinents publiés entre 2015 et 2022 ont été recensés. Les banques de données suivantes ont été utilisées : 1) Abstract in Social Gerontology ; 2) AcademicSearchComplete ; 3) Ageline ; 4) CINAHL ; 5) ERIC ; 6) International Political Science Abstracts ; 7) MEDLINE with-full text ; 8) PsycARTICLES ; 9) PsycEXTRA ; 10) PsycINFO ; 11) Social WorkAbstracts ; 12) PubMed ; 13) SocINDEXwithfull text ; 14) CAIRN et 15) Érudit. Elles ont été interrogées avec les mots clés : symptômes

FIGURE 1

Le diagramme de flux PRISMA.



comportementaux et psychologiques de la démence, pratiques organisationnelles, organisations des soins, expression comportementale, en français et en anglais.

L'analyse a porté sur un total de 37 textes satisfaisant les critères d'inclusion. Une recherche dans la littérature grise a aussi été faite à l'aide des mêmes mots clés. Au total, 16 références ont été ajoutées.

Les informations ainsi collectées ont permis l'élaboration d'un modèle logique. Ce modèle logique a été élaboré en suivant les recommandations méthodologiques de Tremblay et coll. (2013). Dans le domaine de la santé, les modèles logiques sont des outils efficaces

puisqu'ils illustrent la relation existante entre les intrants d'un programme, les activités et les résultats attendus (Santé publique Ontario, 2016). Ils constituent pour cette raison un excellent guide pour la réalisation de synthèses de connaissances et permettent d'identifier et de monitorer des indicateurs de performance en les insérant dans une vision intégrée. Ils peuvent en outre soutenir le travail de formulation de recommandations. Ce modèle logique présente ce qui fonde et devrait fonder l'action actuelle et à venir en matière de SCPD.

Le modèle proposé s'intéresse à l'efficacité du processus d'implantation des innovations en déterminant le point de départ et d'arrivée. La compréhension de ce qui s'est passé entre ces 2 points permet l'identification des facilitateurs, des barrières et des stratégies à considérer pour atteindre les résultats escomptés.

b. Entrevues semi-dirigées

Un portrait des pratiques organisationnelles et professionnelles actuelles en matière de SCPD au Québec a été réalisé en 2020. Pour la sélection des participants aux entrevues semi-dirigées, une discussion préalable avec les 4 chargés de projets nationaux a été réalisée afin d'identifier les représentants les plus adéquats dans les CI(U)SSS. Ces chargés de projet assurent quotidiennement le soutien au déploiement de l'Initiative ministérielle pour chacun des territoires du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RUISSS) des universités Laval, Sherbrooke, Montréal et McGill.

Les entrevues ont été effectuées auprès de chefs des services ambulatoires, de gestionnaires ou directeurs du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, de chefs d'administration de programme et des équipes SCPD, de chefs de programmes hospitaliers de gériatrie et de gériatrie externe, de coordonnateurs des services aigus spécialisés gériatriques, d'infirmières cliniciennes spécialisées en SCPD, de chefs d'administration de programme responsables du soutien à domicile (SAD). La diversité des rôles occupés par les participants offre un éventail intéressant de vécus significatifs afin de bien saisir la réalité du terrain dans toute sa diversité. Un total de 26 répondants a finalement participé aux entrevues.

La grille d'entrevue a été constituée de manière à obtenir un portrait global des pratiques organisationnelles et professionnelles actuelles en matière de SCPD. Les questions portaient principalement sur la description des équipes SCPD, l'historique de leur constitution, les

actions posées dans les différents milieux (SAD, Groupe de médecine de famille [GMF], hôpital, centres d'hébergement et de soins longue durée [CHSLD], résidence privée pour aînés [RPA], etc.), les difficultés rencontrées et les stratégies d'adaptation adoptées, la contribution de l'Initiative ministérielle dans le développement des pratiques en matière de SCPD, les préoccupations actuelles quant à la réponse aux besoins des usagers, les besoins en termes de formation, les éléments manquants pour l'amélioration de la réponse aux besoins des usagers et de leurs proches, le modèle d'équipe SCPD idéal et, finalement, la description d'une réalisation dont les équipes étaient particulièrement fières. En moyenne, les entrevues ont été d'une durée de 45 minutes. La stratégie d'analyse utilisée était celle proposée par Paillé et Mucchielli (2016), soit l'analyse thématique. Les thèmes abordés dans les corpus d'entrevue ont été repérés, regroupés et examinés systématiquement dans une structure de codification. Cette analyse s'est faite à partir d'une matrice catégorielle croisant les thèmes généraux de la recherche avec les résultats de la revue de littérature afin de permettre une analyse approfondie des données collectées. Le nombre de participants ($n = 26$) a permis d'arriver à une saturation des données. En effet, au fil de l'avancement de l'analyse des entrevues, une validation des données récurrentes a été effectuée.

Par la suite, les résultats de cette analyse ont été réanalysés au regard du modèle logique présenté plus bas, de façon à déterminer des zones de fragilité sur lesquelles pourraient agir des orientations ministérielles mises à jour.

3. RÉSULTATS

a. Recension des écrits

Il ressort des écrits internationaux que les approches non pharmacologiques pour la clientèle SCPD devraient prendre davantage en considération l'environnement physique et social, le soutien au personnel soignant ainsi que les approches individualisées favorisant l'auto-détermination des personnes vivant avec un TNCM (Caspar et coll., 2018). De plus, davantage de formation est nécessaire pour fournir les connaissances et les compétences dont le personnel soignant a besoin afin d'améliorer la gestion des SCPD dans leurs pratiques quotidiennes (Backhouse et coll., 2018). Aussi, les écrits internationaux mentionnent qu'une meilleure diffusion des lignes directrices de pratique mettant

TABLEAU 1
Tableau comparatif entre le Plan Alzheimer Québec et les écrits internationaux récents

Les 7 actions prioritaires du Plan Alzheimer du Québec (Bergman, 2009)	Actions prioritaires à l'international
Action prioritaire 1 – Sensibiliser, informer, mobiliser 0.1 Mieux comprendre et mieux faire comprendre cette atteinte à la santé	Au Canada, Selon Caspar et coll. (2018) 1. Ces auteurs ont identifié 3 éléments essentiels pour les approches non pharmacologiques pour la clientèle SCPD soit la prise en compte de l'environnement physique et social, le soutien au personnel soignant ainsi que les approches individualisées favorisant l'autodétermination des personnes atteintes de TNCM Selon Giguère et coll. (2018) Améliorer la formation et les compétences des médecins superviseurs de résidents en médecine 1. Par exemple, ils estiment qu'il y a un manque de connaissances à propos des facteurs liés au processus de soins, en particulier les facteurs psychosociaux, la communication, la collaboration interprofessionnelle et la sensibilisation aux ressources communautaires.
Action prioritaire 2 – Assurer l'accessibilité à des services personnalisés et coordonnés d'évaluation et de traitement pour les personnes atteintes et les proches aidants 2.1 Créer les conditions nécessaires à l'accès à des soins et à des services de qualité	
Action prioritaire 3 – Aux stades avancés de la maladie : promouvoir la qualité de vie et offrir l'accès au soutien à domicile et le choix d'un milieu de vie de qualité 3.1 Aux stades avancés de la maladie, réduire les obstacles à la qualité de vie des personnes atteintes	
Action prioritaire 4 – Promouvoir les soins de fin de vie de qualité, pertinents sur le plan thérapeutique, dans le respect des volontés, la dignité et le confort 4.1 Concevoir une approche et des pratiques équilibrées	Au Royaume-Uni, Selon Backhouse et coll. (2016) 1. Dans les maisons de soins, les activités et approches non pharmacologiques sont offertes aux résidents ayant le plus haut niveau de fonctionnement ou de capacité. 2. En améliorant la formation du personnel de soins, les risques associés aux SCPD seront mieux gérés Selon Backhouse et coll. (2018) 1. Davantage de formation est nécessaire pour fournir les connaissances et les compétences dont le personnel des maisons de soins a besoin afin d'améliorer la gestion des SCPD 2. En améliorant la formation au personnel de soins, l'atténuation des risques ou l'impact des SCPD seront mieux gérés En Australie, Selon Cousins et coll. (2017) 1. Une meilleure diffusion des lignes directrices de pratique mettant en garde contre le bénéfice limité des médicaments antipsychotiques pour la clientèle SCPD inciterait probablement les praticiens à prescrire ces médicaments de manière plus rationnelle 2. Les médecins généralistes ont décrit l'insuffisance des effectifs et des ressources du personnel infirmier comme étant les principaux facteurs qui limitent le recours aux interventions non pharmacologiques et leur capacité à réduire l'utilisation d'agents psychotropes dans les maisons de soins pour la clientèle SPDC Selon Doyle et coll. (2016) 1. Les régions métropolitaines ont la capacité de transférer des compétences et des connaissances aux régions rurales, régionales et éloignées en utilisant la visioconférence 2. Bien structurée, elle permet d'économiser des ressources à long terme en réduisant le temps de déplacement et les coûts 3. La visioconférence a également le potentiel de rassembler des équipes de tout le continuum de soins dans un système coordonné de gestion de la démence et de la clientèle SCPD
Action prioritaire 5 – Les proches aidants : des partenaires à soutenir 5.1 Soutenir les proches aidants	
Action prioritaire 6 – Développement et soutien de la pratique 6.1 Un rattrapage à combler	
Action prioritaire 7 – Un effort sans précédent pour la recherche : une mobilisation de tous les acteurs des secteurs publics, universitaire et privé 7.1 Renforcer le formidable potentiel de recherche déjà en place	

	Selon Chernoweth et coll. (2015) 1. L'importance du leadership et du soutien des gestionnaires pour la formation du personnel et l'accompagnement dans l'application d'un modèle de soin centré sur la personne en partenariat avec les proches Au Japon, Selon Furuno et coll. (2020) 1. L'élaboration d'une échelle d'autoévaluation de la pratique infirmière à domicile comme évaluation des compétences pour prendre soin de la clientèle SCPD peut aider à améliorer la qualité du soutien à domicile 2. Cette échelle peut contribuer à l'élaboration d'un modèle de meilleures pratiques pour les infirmières du soutien à domicile travaillant auprès de la clientèle SCPD En Chine, Selon Han et coll. (2020) Principes de soins pour la gestion des SCPD: - Combinez soins professionnels et soins familiaux; - Comprendre les caractéristiques du patient, y compris la personnalité, les passe-temps, les capacités restantes et les expériences antérieures, et identifier les approches de soins centrées sur le patient; - Évaluer régulièrement les effets des soins et les améliorer continuellement. La prise en charge des SCPD doit couvrir toute l'évolution de la maladie; - Les approches non pharmacologiques sont préférables. Lorsqu'un traitement pharmacologique est nécessaire, il doit être associé à des interventions non pharmacologiques; - Les méthodes d'intervention doivent être administrées progressivement et évaluées avant et après l'intervention pour s'assurer que les méthodes de soins sont continuellement améliorées; - Protégez la sécurité des patients et éloignez-les des objets dangereux; - Une condition préalable pour atténuer les SCPD est la justesse de leur identification et leur évaluation. Les facteurs prédisposants, les manifestations, la durée, la fréquence et l'intensité des symptômes et leurs effets sur le patient et le soignant doivent être enregistrés en détail. En Suisse, Selon Holst et coll. (2016) En Suisse, la formation et le soutien du personnel soignant et des proches aidants doivent être renforcés 1. Les sentiments négatifs qui résultent d'une exposition à un comportement agressif affectent les sentiments du personnel soignant formel envers la clientèle SCPD 2. Les proches aidants ont besoin de stratégies pour faire face aux comportements agressifs, comme utiliser une approche centrée sur la personne 3. Pour le personnel soignant, le développement de connaissances et de la formation sur la façon dont une approche centrée sur la personne peut aider à gérer les comportements agressifs, pallier à l'utilisation des antipsychotiques et réduire les effets négatifs sont nécessaires Aux Pays-Bas, Selon Janus et coll. (2017) Aux Pays-Bas, mieux informer les proches aidants sur les risques et bénéfices des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques 1. Les résultats de cette étude montrent que les proches aidants choisissent plus souvent les antipsychotiques comme traitement des SCPD 2. Fournir davantage d'informations sur les bénéfices attendus par rapport aux potentiels effets secondaires devient nécessaire de la part des professionnels de la santé 3. Davantage d'informations sur les différents traitements non pharmacologiques devraient être fournies 4. La prise de décision partagée pourrait être une option pour la meilleure procédure de traitement pour le patient
--	--

	Aux États-Unis, Selon McConnell et coll. (2016) Améliorer l'expertise du personnel infirmier des hôpitaux 1. La prévalence croissante de la démence appelle à des approches améliorées de la prise en charge des SCPD dans les soins de courte durée, en s'appuyant sur la base de preuves croissantes des approches non pharmacologiques 2. Bien qu'il existe des approches non pharmacologiques fondées sur des données probantes pour traiter la SCPD, leur mise en œuvre dans les soins de courte durée a été contrecarrée par l'expertise limitée du personnel infirmier en matière de SCPD et par un manque d'approches cohérentes pour intégrer l'expertise SCPD dans hôpitaux 3. STAR-VA (Staff Training in Assisted Living Residences) est une approche individualisée pour gérer et prévenir les SCPD mise au point par la Veterans Health Administration. Elle comprend l'analyse comportementale et la planification des soins pour la clientèle SCPD Selon Resnick et coll. (2016) Enseigner et motiver le personnel des CHSLD à utiliser des approches non pharmacologiques 1. L'approche <i>Evidence Integration Triangle for BPSD</i> (EIT-4-BPSD) a été mise au point par une équipe de chercheur pour surmonter les obstacles à l'utilisation des approches non pharmacologiques 2. L'objectif est d'enseigner et de motiver le personnel des établissements de soins de longue durée à évaluer les résidents par rapport à leurs préférences personnelles, à utiliser des techniques de communication appropriées, à faciliter la participation aux activités liées aux soins et à l'activité physique et facilite la gestion des SCPD En Norvège, Selon Nybakken et coll. (2018) Formation continue du personnel soignant des <i>résidences pour personnes âgées</i> 1. La formation continue auprès des infirmières et du personnel soignant dans les résidences pour personnes âgées est primordiale pour s'assurer que les interventions faites auprès de la clientèle SCPD tiennent compte de la complexité de la maladie 2. Il est nécessaire de mettre en place des approches préventives appropriées auprès des résidents avec des comportements agressifs ou perturbateurs et se concentrer sur la façon dont le personnel soignant fait face à ces situations
--	--

en garde contre le bénéfice limité des antipsychotiques pour la clientèle SCPD inciterait les praticiens à prescrire ces médicaments de manière plus optimale (Cousins et coll., 2017). Il est enfin nécessaire de mettre en place des approches préventives appropriées et de se concentrer sur la façon dont le personnel soignant fait face à ces situations (Nybakken et coll., 2018).

La recension des écrits montre l'importance des travaux de Austrom et ses collaborateurs (2017). Ce modèle formule 7 recommandations destinées à promouvoir le rôle des professionnels de la santé dans la prise en charge des personnes vivant avec un TNCM et présentant des SCPD. Les auteurs y mettent en lumière l'importance de l'éducation

faite aux proches aidants pour maximiser le bien-être et la santé des personnes atteintes. Des recommandations spécifiques sont présentées quant à la gestion des SCPD par les approches non pharmacologiques et l'utilisation optimale des médicaments, si nécessaire. Le tableau 2 présente les initiatives complémentaires qui pourraient être prises par le Québec dans les prochaines orientations ministérielles en fonction des recommandations proposées par Austrom et collaborateurs. (2017).

TABLEAU 2

Pistes d'actions potentielles pour le Québec

Tableau comparatif entre le Plan Alzheimer du Québec et Austrom et coll. (2018)	
Sept recommandations pour la prise en charge de la clientèle SCPD (Austrom et coll., 2018)	Pistes d'actions pour le Québec
1. Importance des soins médicaux et soutien en continu des autres professionnels de la santé pour la clientèle SCPD 1.1 Approche holistique centrée sur la personne atteinte de démence 1.2 Approche positive de soutien aux proches aidants	1. Poursuivre le travail d'amélioration de l'accessibilité à des interventions pour le traitement et la gestion des SCPD 1.1 Besoin de prise en charge systématique dès l'apparition des premiers symptômes 2. Poursuivre l'éducation, suite à l'annonce du diagnostic, pour accompagner la personne et ses proches dans la reconnaissance et la compréhension des SCPD 3. Soutenir davantage le personnel soignant de première ligne dans l'accompagnement et le suivi d'un patient présentant des SCPD 4. Développer davantage les capacités des proches aidants pour anticiper les différentes étapes de la maladie, de répondre aux besoins changeants avec au fil de l'évolution de la maladie et agir rapidement en situation de crise 5. Renforcer le rôle de l'infirmière ressource SCPD 6. Revoir les conditions de succès de l'équipe SCPD tel que présenté dans le Rapport Bergman (p.26) et renforcer les points les plus faibles comme : 6.1 Personnel formé et possédant l'expertise nécessaire; 6.2 Mode de rémunération adapté pour les médecins membres de l'équipe; 6.3 Offrir de la formation continue aux équipes SCPD; 6.4 Assurer la formation continue aux professionnels et intervenants quant aux SCPD en tenant compte de la complexité de la comorbidité; 6.5 Reconnaître rapidement les personnes atteintes de TNCM avec SCPD lors d'admission à l'hôpital.
2. Saisir et comprendre le rôle des prestataires de soins médicaux auprès de la clientèle SCPD P. ex. Compréhension du rôle du médecin de famille par les proches aidants et les prestataires de soins primaires; développer une vision commune avec eux pour mieux soutenir la personne qui vit avec un SCPD.	
3. Connaître les comorbidités courantes du vieillissement et de la démence 3.1 Encourager les personnes atteintes de démence et leurs proches à discuter avec leur médecin pour faciliter la prise en charge à domicile	
4. Favoriser le recours aux interventions non pharmacologiques	
5. S'assurer de bien comprendre l'utilisation des interventions pharmacologiques lorsqu'elles sont nécessaires	
6. Mettre en place un plan d'intervention en cas d'éventuelles crises au fil de l'avancement de la maladie	
7. Comprendre les différents stades de la maladie et prévoir les soins de fin de vie tôt	7. Augmenter le soutien social à domicile aux proches aidants plus la maladie évolue

	8. Offrir des soins personnalisés dans tous les milieux de vie car la prise en charge fait souvent encore défaut 9. Développer des stratégies pour assurer la stabilité et rétention du personnel soignant 10. Poursuivre la valorisation des approches non pharmacologiques et amener le personnel soignant de première ligne à adopter ces approches 11. Poursuivre l'élaboration d'une stratégie de formation collégiale et universitaire obligatoire en matière de vieillissement incluant les TNCM et SCPD 12. Développer des programmes de formation et accompagner la prise en charge des patients présentant une comorbidité TNCM et problèmes de santé mentale
--	--

Des modèles d'organisations de service complets et inspirants existent au niveau canadien et européen. Le modèle d'organisation des soins SCPD en Ontario s'appelle *Behavioural Support Ontario* (BSO). Certains de ces services sont décrits dans le recueil des services de santé mentale pour les personnes âgées de la Commission de la santé mentale du Canada (2019). L'Ontario s'est doté d'une telle organisation (Commission de la santé mentale du Canada, 2019 ; BSO, <https://www.behaviouralsupportsontario.ca>) via la création d'un système flexible, adapté et coordonné incluant des équipes communautaires spécialisées en gériopsychiatrie, des postes d'infirmières spécialisées en comportement en milieux de soins de longue durée, des unités comportementales courte et longue durée, des budgets spécifiques et des services de transition pour cette clientèle. L'Europe s'est également dotée d'un parcours de soins SCPD avec le projet ALCOVE (Krolak-Salmon, 2016) via la mise en place d'unités spécialisées, de structures de répit et d'équipes mobiles pour SCPD. Ces équipes couvrent le domicile privé ou institutionnel et incluent infirmière, psychologue, gériatre et psychiatre.

b. Entrevues semi-structurées

Portrait actuel des équipes SCPD

Les données collectées montrent que plusieurs initiatives locales en matière de SCPD existaient avant l'Initiative ministérielle. Celle-ci est venue consolider les équipes SCPD et permettre leur diffusion. Ces dernières sont constituées en majorité de 2 ou 3 professionnels,

dont principalement des infirmières cliniciennes, des techniciennes en éducation spécialisée et des gériatres ou neuropsychologues (en consultation uniquement). La principale difficulté vécue par les équipes SCPD se situe au niveau du recrutement de personnel qualifié et de leur stabilité. Elles interviennent essentiellement dans les résidences intermédiaires, les résidences pour personnes âgées et à domicile. On remarque qu'elles sont très peu actives en CHSLD puisque des compétences internes y sont disponibles. La collaboration n'est cependant pas optimale avec les GME, ce qui représente un enjeu pour la majorité des équipes SCPD. En effet, ces dernières sont souvent rapidement interpellées par les professionnels de 1^{re} ligne alors que des actions auraient pu être posées en amont. Il en découle un référencement parfois trop précoce vers les équipes SCPD, ce qui ne favorise pas une collaboration interprofessionnelle optimale ni un accroissement des capacités au plus près des milieux de vie des personnes manifestant des SCPD.

Impacts de l'Initiative ministérielle

Assurément, l'Initiative ministérielle a permis la constitution ou la consolidation des équipes SCPD, selon les contextes locaux, ce qui est une avancée importante pour l'ensemble du Québec. Néanmoins, un travail d'optimisation de la mise en œuvre de ces équipes reste à faire, notamment pour les régions plus éloignées pour lesquelles l'accès aux ressources spécialisées est plus difficile.

Formation et besoin d'accompagnement

Selon les résultats obtenus, il est possible d'affirmer que la formation reçue à propos des SCPD est pertinente et de qualité. Pour la suite, il faut néanmoins s'assurer de pérenniser les acquis dans un contexte de roulement rapide des personnels, et d'accélérer le transfert de connaissances vers les soins primaires et leurs partenaires afin de favoriser une prise en charge proximale dans les milieux de vie.

Les répondants estiment que la communauté de pratique a permis de consolider les apprentissages faits par les équipes SCPD (p. ex. discussion de cas), car elles sont accessibles et efficaces. De plus, les chargés de projet nationaux jouent un rôle essentiel, car ils facilitent l'arrimage entre les demandes ministérielles et le transfert d'informations vers les équipes SCPD sur le terrain, ce qui facilite la mise en œuvre durable des innovations.

Attentes vis-à-vis du MSSS

Les résultats mettent en évidence la nécessité de pallier le manque de personnel qualifié et de soutenir l'accroissement des compétences en soins primaires, via le maintien de la communauté de pratique spécifique aux équipes SCPD et le développement de formations, notamment pour les proches aidants. Finalement, le besoin de directives claires quant aux difficultés vécues avec les GMF est crucial au bon fonctionnement des équipes SCPD.

Le soutien à la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle

Les équipes SCPD souhaitent une prise en charge interprofessionnelle de la clientèle. Aussi, les régions plus éloignées bénéficieraient d'un accès à un médecin qui détient des compétences spécifiques en SCPD. Il apparaît que les infirmières spécialisées pour les SCPD sont un atout majeur pour les équipes SCPD, mais que trop peu ont la chance d'y avoir accès. Les équipes SCPD ont un réel besoin d'accompagnement dans l'optimisation des pratiques collaboratives avec les soins primaires. Les barrières à la collaboration sont de l'ordre des habiletés à formuler et divulguer un diagnostic sur les capacités fonctionnelles et cognitives des patients par les médecins généralistes, du mode de rémunération des médecins payés à l'acte qui n'est pas considéré optimal au regard du temps que nécessite cette clientèle, et de la structure organisationnelle de chaque clinique.

Malgré l'importance du dispositif d'accompagnement du changement, le leadership local fut parfois insuffisant pour agir sur ce déterminant. À cet égard, lors des entrevues, plusieurs participants ont mentionné ne pas être en mesure de déterminer clairement les cibles attendues quant à ce que les professionnels des soins primaires doivent mettre en place avant d'effectuer une référence aux équipes SCPD de 2^e ligne. Ces ambiguïtés compromettent la qualité des rapports entre les équipes SCPD et les GMF. Par ailleurs, c'est un souci important des professionnels de 2^e ligne, car ils estiment que cela a un impact sur la qualité de la réponse aux besoins de la clientèle SCPD.

Les résultats montrent également que les infirmières ayant développé une compétence spécifique aux TNCM constituent un vecteur de consolidation et de maintien de tout le continuum de services. Néanmoins, l'effort de formation doit se poursuivre au-delà des infirmières, car l'instabilité du personnel est une condition défavorable au maintien des acquis et au développement des capacités des équipes

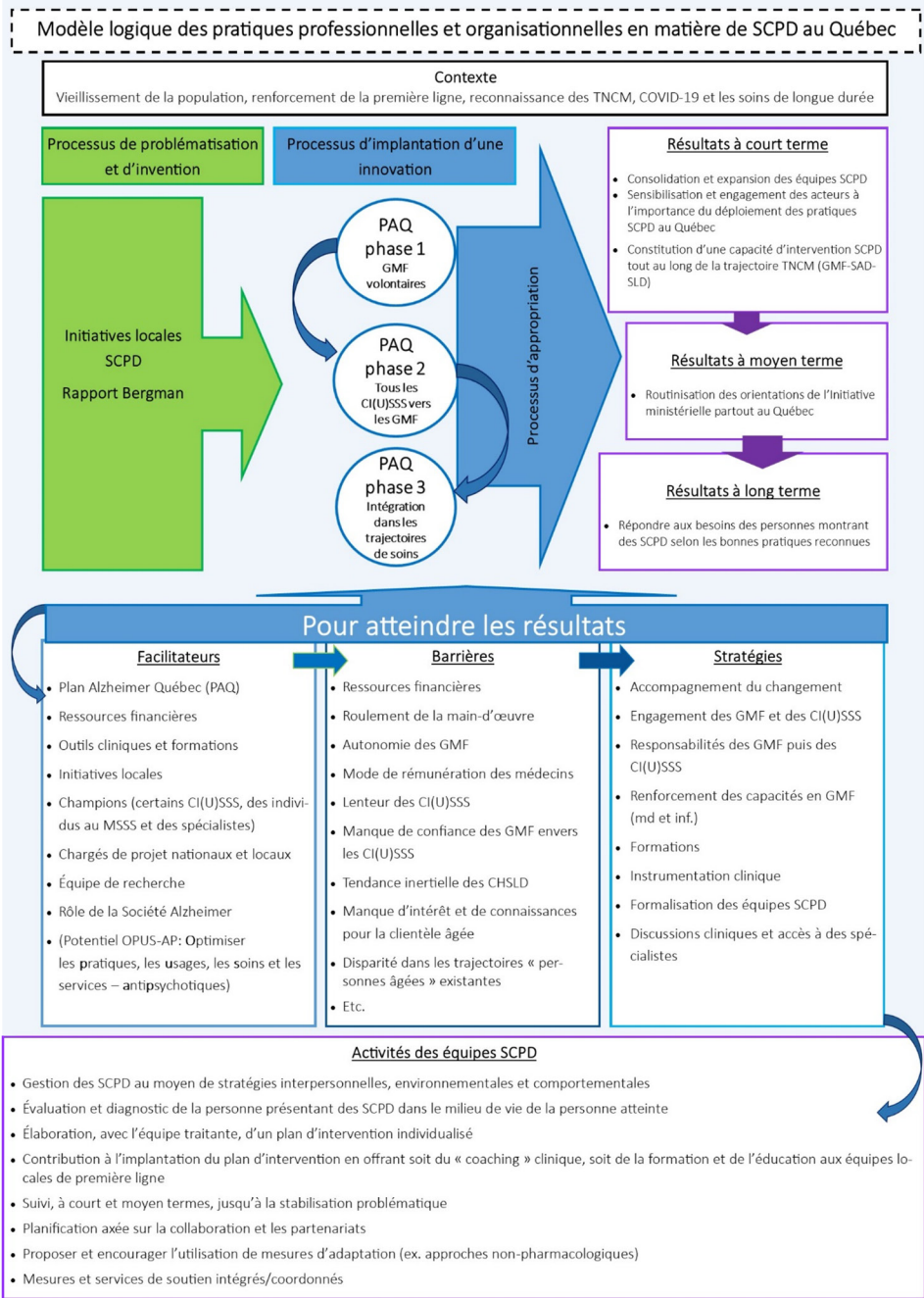
SCPD. Ces efforts doivent viser de nouveaux acteurs comme les responsables de RPA, les préposés aux bénéficiaires ou les proches aidants. De plus, les besoins de formation sont constants au sein des équipes SCPD et leurs partenaires, non seulement à cause du roulement important de personnel, mais également en raison de l'évolution des approches non pharmacologiques qui demandent un investissement de temps et d'énergie plus important.

c. Modèle logique

L'analyse des données nous a permis de formuler un modèle logique à partir duquel des cibles d'effets sont espérées de la mise à jour des équipes SCPD. Le contexte du modèle concerne, notamment, le vieillissement de la population, le renforcement des soins primaires, la reconnaissance des TNCM et les soins de longue durée. Il considère un peu les effets de la COVID-19, même si la quasi-totalité de nos données n'y faisait pas référence en raison du moment de leur collecte. Le modèle logique a été élaboré à partir des données de la littérature et des entrevues semi-structurées présentées précédemment.

En premier lieu, le processus de problématisation et d'invention s'est opérationnalisé à travers des initiatives locales SCPD parfois précurseurs au rapport Bergman (2009). Cette étape représente le point de départ du modèle logique. Suite aux recommandations du rapport, l'Initiative ministérielle a permis au processus d'implantation de s'enclencher à partir d'une forme restreinte du rapport Bergman. L'innovation s'est faite à travers 3 phases, soit celle des projets d'implantation ciblés (phase 1), celle du déploiement des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles sur tout le territoire québécois (phase 2) et, finalement, celle de l'intégration dans les trajectoires de soins (phase 3, en cours). De ces 3 phases, un processus d'appropriation est nécessaire, d'abord dans le but d'obtenir des résultats à court terme, et, potentiellement à moyen et long terme.

FIGURE 2
Le modèle logique des pratiques professionnelles et organisationnelles en matière de SCPD au Québec



4. DISCUSSION

En appui sur les travaux précédents, un mandat a été confié par le MSSS à un comité d'experts portant sur la révision des pratiques cliniques et organisationnelles en matière de SCPD. Les objectifs inscrits dans le mandat concernaient la révision des pratiques organisationnelles et cliniques (incluant les trajectoires de services), dans la perspective de proposer une version améliorée du processus interprofessionnel de prise en charge et de suivi des SCPD. Aux termes de ces travaux, les membres du groupe de travail ont formulé des recommandations au ministère sur toute mesure jugée nécessaire pour assurer aux usagers visés l'accessibilité à des services cliniques sécuritaires et de qualité ainsi que proposer des actions pour l'implantation réussie de ces recommandations. Ces dernières se sont inspirées des résultats présentés précédemment. Comme toute recherche, la méthode de collecte de données comporte des limites. Dans ce cas-ci, l'échantillon d'entrevues est plutôt restreint. Néanmoins, au fil de l'avancement des analyses, une saturation de données a été atteinte.

Sous la direction de 2 médecins experts et spécialisés dans le domaine, 7 autres membres constituaient le groupe de travail, soit 1 médecin en GME, 1 psychologue cheffe de programme provenant d'une équipe SCPD, 1 infirmière SCPD, 1 adjoint à la direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), 1 chercheur du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, 1 conseillère de la direction générale des aînés du MSSS et 1 travailleuse sociale professionnelle de recherche (annexe 1).

Les principaux constats du groupe d'experts

De manière générale, une amélioration de l'accessibilité aux équipes SCPD, de même qu'aux équipes en gériopsychiatrie de 2^e et 3^e ligne est constatée. Des actions telles que la mise en place d'un processus interprofessionnel, des outils mis à jour ou développés, et de la formation augmentée ont contribué à l'amélioration de la communication entre les différents acteurs de la trajectoire de soins. Malgré cette amélioration, l'accessibilité demeure fragile et les délais de prise en charge représentent une problématique persistante. Plusieurs facteurs pouvant expliquer les difficultés d'accessibilité qui subsistent ont été identifiés par les membres du groupe de travail sur les SCPD, tel que résumé dans la figure 3.

FIGURE 3
Facteurs expliquant les difficultés



La trajectoire de soin, dont les rôles et mécanismes d'accès aux équipes SCPD, reste à clarifier. Selon les experts du groupe de travail, les mécanismes de référencement à partir des soins primaires sont peu adaptés aux SCPD en raison notamment de la faible connaissance des GMF à cet égard. Cela rend le processus difficile, peu fluide et a pour effet de créer une offre de services à géométrie variable. De plus, les SCPD sont très peu dépistés au SAD en raison notamment d'un manque de clarté quant aux responsabilités distinctes de la 1^{re} et la 2^e ligne. Aussi, très peu de mécanismes de crise sont mis en place, certaines régions étant totalement dépourvues de ressources en la matière. À cela s'ajoute un manque de coordination et d'intégration des actions entre les différents intervenants et les différents paliers de soins. Ce manque de cohérence dans la trajectoire de soins provoque une importante variation dans les interventions effectuées par les équipes SCPD. D'ailleurs, les critères de priorisation ne sont pas toujours bien définis.

Du côté de la gérontopsychiatrie, encore plusieurs milieux ne possèdent pas d'offre de services en la matière. Cela a pour conséquence que le rôle des services médicaux spécialisés et surspécialisés dans le processus de référencement n'est pas clair. Des barrières organisationnelles et structurelles ralentissent le développement de la gérontopsy-

chiatry et rendent la collaboration non optimale entre les programmes SAPA et les services de santé mentale.

Dans ce contexte, un processus clinique spécifiquement pour les SCPD en soins primaires a été produit par le groupe d'experts. Dans un contexte de rareté des ressources, le processus clinique interprofessionnel en matière de SCPD se veut un outil concret pour soutenir les équipes de soins primaires. La fonction de pivot s'avère essentielle au sein d'une équipe interprofessionnelle. Cette fonction se retrouve très souvent sous la responsabilité d'une infirmière clinicienne. Cette dernière assure un lien direct entre l'utilisateur, ses proches et le reste de l'équipe. En collaboration avec le médecin, l'infirmière clinicienne détient les compétences pour la prise en charge des utilisateurs vivant avec des problèmes de santé complexes, dont les TNCM. Toutefois, selon les besoins de l'utilisateur ou le contexte organisationnel, ce rôle peut également être confié à un autre professionnel.

Des conditions essentielles pour une prise en charge optimale des SCPD en soins primaires ont été définies, soit l'accompagnement au changement, la diffusion des outils, le soutien aux équipes cliniques dans le processus d'implantation et les stratégies de communication. Le développement et le maintien des compétences par le biais de formation et de mentorat, la consolidation d'une offre de service qui réponde aux besoins des utilisateurs et à ceux de leurs proches en constituant des équipes qualifiées tout en assurant la pérennité des ressources financières, organisationnelles et humaines sont également des conditions essentielles. De plus, il importe de mettre en place les conditions favorables afin que la collaboration interprofessionnelle sous-tende l'ensemble des processus cliniques et l'ensemble des interactions avec les partenaires externes dans une perspective interorganisationnelle. La mise en valeur du partenariat avec l'utilisateur, ses proches et de la collaboration avec les partenaires communautaires y est aussi primordiale.

Pour la 2^e ligne (soins spécialisés), le groupe recommande la reconstitution ou la consolidation des équipes SCPD ambulatoires, en phase avec l'action prioritaire no 2 du Rapport Bergman (2009). Le défi associé à cette recommandation consiste à pouvoir créer les conditions nécessaires à l'accès aux soins et à des services de qualité pour pallier les problèmes d'accessibilité à des interventions pour le traitement et la gestion des SCPD.

De plus, les experts recommandent que ces équipes ambulatoires SCPD soient soutenues par des services spécialisés de gériatrie et gérontopsychiatrie. Ainsi, les médecins et équipes de GMF ou du

SAD ainsi que les équipes SCPD doivent pouvoir avoir recours à des consultations spécialisées en gériatrie et gérontopsychiatrie selon les modalités organisationnelles de leur territoire. Ces consultations sont nécessaires et doivent être accessibles pour une clarification diagnostique (type de TNC, interface psychiatrie-TNC), avec un accès à un plateau technique d'investigations et pour des recommandations de prise en charge pharmacologiques et non pharmacologiques pour des cas plus complexes.

De plus, la création et la consolidation d'équipes surspécialisées de gérontopsychiatrie permettraient d'assurer les volets tertiaires pour le développement de l'enseignement, de la formation continue et de la recherche en ce domaine, d'assurer par le fait même la compatibilité et la qualité de la démarche et des approches des équipes SCPD ambulatoires locales, et de développer l'organisation de services, dont la télésanté. L'accès à des services en gérontopsychiatrie au Québec est limité par le faible effectif de gérontopsychiatres sur le territoire, l'absence de postes d'effectifs médicaux spécifiques à cette surspécialité entraînant une compétition avec les autres besoins de psychiatrie générale, la résistance de certains milieux de santé mentale à reconnaître les TNC comme une clientèle spécifique ainsi que l'absence de critères de référencement spécifiques à la gérontopsychiatrie dans les guichets d'accès en santé mentale. Plusieurs régions n'ont pas constitué d'équipes de gérontopsychiatrie sur leur territoire et les corridors de service sont variables et fragiles. Notons également que les clientèles présentant des comorbidités psychiatriques et cognitives ont actuellement très peu accès à des services, en lien avec des programmes de santé mentale et SAPA qui évoluent en silos.

Pourtant, la Commission de la santé mentale du Canada pour les aînés (Maccourt et coll., 2011) a émis depuis longtemps des recommandations quant à la constitution d'équipes mobiles de gérontopsychiatrie permettant la couverture régionale des consultations et des soins partagés en gérontopsychiatrie en provenance des médecins généralistes, des établissements de soins de longue durée, des services généraux en santé mentale, et des organismes communautaires. Ces équipes sont constituées d'un gérontopsychiatre, d'infirmières ayant des compétences en santé mentale et en gériatrie, de spécialistes en réadaptation (ergo, physio), et de neuropsychologues et psychologues ainsi que de travailleurs sociaux, selon des jalons de dotation d'un médecin gérontopsychiatre et de 5 professionnels par 10 000 aînés.

En résumé des conditions générales de succès sont définies par un financement et une reddition de compte récurrente pour chaque CI(U) SSS à la mise en place et à la pérennité d'équipe SCPD sur le territoire; du personnel stable en nombre suffisant, bien formé et possédant l'expertise nécessaire; la formation et la rétention de gérontopsychiatres au Québec et du financement d'équipes de gérontopsychiatrie; une meilleure coordination et collaboration des directions SAPA et santé mentale dans la prise en charge des clientèles avec SCPD; la nécessité d'aménager une offre de services en psychiatrie pour la clientèle avec SCPD ou à l'interface maladie psychiatrique et TNC; la disponibilité et la flexibilité des ressources nécessaires de même qu'un fonctionnement souple permettant de répondre aux besoins rapidement et en temps opportun; une démarche et des approches reconnues, fondées sur des faits probants, ainsi que des normes et des indicateurs de qualité; et finalement des mécanismes et des critères explicites et harmonisés de référencement, bien connus des professionnels de la santé. Enfin, toutes ces pistes d'action doivent être soutenues par une stratégie forte de gestion du changement, sous le leadership du MSSS.

CONCLUSION

Le défi d'améliorer les pratiques cliniques et organisationnelles en matière de SCPD repose sur l'engagement du personnel clinique et sur la volonté collective de consolider une offre de service qui réponde aux besoins multiples et évolutifs des personnes vivant avec un TNCM et présentant des SCPD ainsi qu'à leurs proches.

En définitive, malgré les avancées constatées à la faveur de la mise en œuvre de l'Initiative ministérielle, il importe d'améliorer la gestion des SCPD dans le continuum de soins et services au bénéfice des usagers et de leurs proches. À cette fin, les efforts de tous les acteurs clés doivent se conjuguer à ceux des usagers eux-mêmes et de leurs proches qui, en toute légitimité, souhaitent participer de manière toujours plus autonome à la gestion de leur santé globale.

RÉFÉRENCES

- Algase, D. L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K. et coll. (1996). Need-driven dementia-compromised behaviour: An alternative view of disruptive behaviour. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 11(6), 10-19.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. *American Psychiatric Association*.

- Austrom, M. G., Boustani, M. et LaMantia, M. A. (2018). Ongoing Medical Management to Maximize Health and Well-being for Persons Living With Dementia. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), S48-S57.
- Backhouse, T., Killett, A., Penhale, B. et Gray, R. (2016). The use of non-pharmacological interventions for dementia behaviours in care homes: Findings from four in-depth, ethnographic case studies. *Age and Ageing*, 45(6), 856-863.
- Backhouse, T., Penhale, B., Gray, R. et Killett, A. (2018). Questionable practices despite good intentions: Coping with risk and impact from dementia-related behaviours in care homes. *Ageing and Society*, 38(9), 1933-1958.
- Bergman, H. (2009). *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées: Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence*. Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer, gouvernement du Québec.
- Caspar, S., Davis, E. D., Douziech, A. et Scott, D. R. (2017). Nonpharmacological Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: What Works, in What Circumstances, and Why? *Innovation in Aging*, 1(3), igy001.
- Chenoweth, L., Jeon, Y.H., Stein-Parbury, J., Forbes, I., Fleming, R., Cook, J., Cheah, S., Fletcher, S. et Tinslay, L. (2015). PerCEN trial participant perspectives on the implementation and outcomes of person-centered dementia care and environments. *Int Psychogeriatric*, 27(12), 2045-2057.
- Chenoweth, L., Jessop, T., Harrison, F. et coll. (2018). Critical contextual elements in facilitating and achieving success with a person-centred care intervention to support antipsychotic deprescribing for older people in long-term care. *BioMed Res Int*, 1-12.
- Commission de la santé mentale du Canada et Rivard, M.-F. (2019). *Recueil de pratiques exemplaires pour améliorer la santé mentale des aînés au Canada*. <https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/09/Recueil-de-pratiques-exemplaires-pour-ameliorer-la-sante-mentale-des-aines-au-Canada.pdf>
- Cousins, J. M., Bereznicki, L. R., Cooling, N. B. et Peterson, G. M. (2017). Prescribing of psychotropic medication for nursing home residents with dementia: A general practitioner survey. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 1573-1578.
- de Vugt, M.E., Stevens, F., Aalten, P., Lousberg, R., Jaspers, N. et Verhey, F. (2005). A prospective study of the effects of behavioral symptoms on the institutionalization of patients with dementia. *International Psychogeriatrics*, 17(4), 577-589.
- Doyle, C., Jackson, D., Loi, S., Malta, S. et Moore, K. (2016). Videoconferencing and telementoring about dementia care: Evaluation of a pilot model for sharing scarce old age psychiatry resources. *International Psychogeriatrics*, 28(9), 1567-1574.
- Finkel, S.I. et Burns, A. (1999). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)—Consensus Statement. *International Psychogeriatric Association*.
- Furuno, T., Fujino, N., Fujimoto, Y., Shirai, H., Iwamoto, Y., Kamada, Y. et Yamaguchi, F. (2020). Development of a Visiting Nursing Practice Self-Evaluation Scale: Assessment of Skill for Caring for Individuals With Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Research in Gerontological Nursing*, 13(1), 49-60.

- Giguere, A. M. C., Lebel, P., Morin, M., Proust, F., Rodríguez, C., Carnovale, V., Champagne, L., Légaré, F., Carmichael, P.-H., Martineau, B., Karazivan, P. et Durand, P. J. (2018). What Do Clinical Supervisors Require to Teach Residents in Family Medicine How to Care for Seniors? *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne Du Vieillessement*, 37(1), 32-49.
- Guillette, M., Moreau, O., Couturier, Y. et Lanneville, D. (2018). L'éthique dans une politique publique: Le cas du Plan Alzheimer du Québec, *PolÉthicas*, 1-14.
- Han, Y., Jia, J., Li, X., Sun, X., Wang, S., Wang, Y., Wang, Z., Zhang, J., Zhou, J. et Zhou, Y. (2020). Expert consensus on the Care and Management of Patients with Cognitive Impairment in China, *Neuroscience bull*, 36(3): 307-320, <https://doi.org/10.1007/s12264-019-00444-y>
- Herrmann, N., Lanctôt, K.L., Sambrook, R., Lesnikova, N., Hébert, R., McCracken, P., Robillard, A. et Nguyen, E. (2006). The contribution of neuropsychiatric symptoms to the cost of dementia care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(10), 972-976.
- Hinton, L., Tomaszewski Farias, S. et Wegelin, J. (2008). Neuropsychiatric symptoms are associated with disability in cognitively impaired Latino elderly with and without dementia: results from the Sacramento Area Latino study on Aging. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(1), 102-108.
- Holst, A. et Skär, L. (2017). Formal caregivers' experiences of aggressive behaviour in older people living with dementia in nursing homes: A systematic review. *International Journal of Older People Nursing*, 12(4), e12158.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2017). *Usage optimal des antipsychotiques et la prise en charge non pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. Gouvernement du Québec. <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/usage-optimal-des-antipsychotiques-et-la-prise-en-charge-non-pharmacologique-des-symptomes-comportementaux-et-psychologiques-de-la-demence-chez-les-personnes-atteintes-de-troubles-neurocognitifs-majeurs-qui-resident-en-centre-dhebergement-et-de-soins-de-l.html>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2021). *Guide d'usage optimal*. Gouvernement du Québec. <https://www.inesss.qc.ca/outils-cliniques/outils-cliniques/outils-par-types/guides-dusage-optimal.html>
- Institut de la statistique du Québec (2022). *Le bilan démographique du Québec*. Gouvernement du Québec.
- Janus, S. I., van Manen, J. G., van Til, J. A., Zuidema, S. U. et IJzerman, M. J. (2017). Pharmacological and non-pharmacological treatment preferences of healthcare professionals and proxies for challenging behaviors in patients with dementia. *International Psychogeriatrics*, 29(8), 1377-1389.
- Krolak-Salmon, P., Roubaud, C., Finne-Soveri, H., Riolacci-Dhoyen, N., Richard, G., Rouch, I. et Dauphinot, V. (2016). Evaluation of a mobile team dedicated to behavioural disorders as recommended by the Alzheimer Cooperative Valuation in Europe joint action: Observational cohort study, *European Journal of Neurology*, 23, 979-988. <https://doi.org/10.1111/ene.12975>

- Maccourt, P., Wilson, K. et Tourigny-Rivard, M.-F. (2011). Lignes directrices relatives à la planification et à la prestation de services complets de santé mentale pour les aînés canadiens. Commission de la santé mentale du Canada. https://canadiangeriatrics.ca/resources/Documents/2021%20ASM/Exhibit%20Hall/Guidelines%20for%20Comprehensive%20Mental%20Health%20Services%20for%20Older%20Adults%20in%20Canada_FR.pdf
- McConnell, E. S. et Karel, M. J. (2016). Improving Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Acute Care: Evidence and Lessons Learned From Across the Care Spectrum. *Nursing Administration Quarterly*, 40(3), 244-254.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs – Projet d’implantation ciblée* (2013-2016). Gouvernement du Québec. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-chroniques/alzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs-majeurs/projet-d-implantation-cible/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Cadre général de projet: Projets d’implantation ciblée en GMF pour rehausser l’accès aux services de santé et services sociaux avec le soutien des 2^e et 3^e lignes de services*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs – Processus cliniques et outils*. Gouvernement du Québec. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-chroniques/alzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs-majeurs/processus-cliniques-et-outils/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs – Processus cliniques et outils*. Gouvernement du Québec. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-chroniques/alzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs-majeurs/formation-et-mentorat/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs – Orientations ministérielles*. Gouvernement du Québec. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-chroniques/alzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs-majeurs/>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Nybakken, S., Strandås, M. et Bondas, T. (2018). Caregivers’ perceptions of aggressive behaviour in nursing home residents living with dementia: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 74(12), 2713-2726.
- Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Dementia: a public health priority*. World health organization.
- Resnick, B., Kolanowski, A., Van Haitsma, K., Boltz, M., Galik, E., Bonner, A., Vigne, E., Holtzman, L. et Mulhall, P. M. (2016). Pilot Testing of the EIT-4-BPSD Intervention. *American Journal of Alzheimer’s Disease & Other Dementias*, 31(7), 570-579.
- Santé publique Ontario. (2016). *Pleins feux sur: Modèle logique – Un outil de planification et d’évaluation*. Agence de protection et de promotion de la santé, gouvernement de l’Ontario.

- Steinberg, M., Shao, H., Zandi, P., Lyketsos, C., Welsh-Bohmer, K., Norton, M., Breitner, J., Steffens, D. et Tschanz, J. (2008). Point and 5-year prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(2), 170-177.
- Tremblay, M.C., Brousselle, A., Richard, L. et Beaudet, N. (2013). Defining, illustrating and reflecting on logic analysis with an example from a professional development program. *Eval Program Plann*, 40, 64-73. 10.1016/j.evalprogplan.2013.05.004doi:. Epub 2013 Jun 2. PMID: 23 807 118.
- World Health Organization. (2011). *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées: Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale*. Bibliothèque de l'OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44501>