

Mise en garde

Ceci est un travail d'étudiant. Tout ce qui a été écrit n'a pas été nécessairement vérifié et validé. Cependant, il nous apparaît intéressant de le rendre disponible pour réflexion et approfondissement d'un sujet.

Université de Montréal

LES MEILLEURES PRATIQUES EN RÉADAPTATION POUR LES
PERSONNES ÂGÉES SOUFFRANT D'UN TROUBLE MENTAL GRAVE

Par

Mélissa Imbeault

Programme d'ergothérapie, École de Réadaptation

Faculté de médecine

Projet d'intégration présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en sciences (ergothérapie)

Sous la direction de :

Catherine Briand et Kathe Villeneuve

Août 2012

© Mélissa Imbeault, 2012

LES MEILLEURES PRATIQUES EN RÉADAPTATION POUR LES PERSONNES ÂGÉES SOUFFRANT D'UN TROUBLE MENTAL GRAVE

Imbeault, M, Briand, C et Villeneuve, K. Programme d'ergothérapie, École de réadaptation, Université de Montréal. Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (CÉRRIS), Centre de recherche Fernand-Séguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Résumé

Introduction : Le mot « aînés » désigne, pour la plupart des gens, les personnes de 65 ans et plus, il englobe aussi une grande variété de profils. Parmi ceux-ci, les aînés peuvent être aux prises avec un trouble mental. La maladie mentale peut amener diverses incapacités affectant la participation sociale. Malheureusement, l'accès à des services psychosociaux adéquats est difficile pour ces personnes. L'objectif de ce travail est d'identifier les meilleures pratiques en réadaptation pour les personnes âgées présentant un trouble mental grave.

Méthodes : Une revue des guides de pratique et une recension des écrits dans la littérature scientifique ont été effectuées. Ensuite, les meilleures pratiques ont été situées dans le contexte québécois de santé et en regard d'un programme spécialisé de gérontopsychiatrie, soit celui de l'Hôpital Louis-H Lafontaine (HLHL).

Résultats : Les données probantes recommandent plusieurs interventions telles que la thérapie interpersonnelle et de soutien, la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie de réminiscence et l'entraînement aux habiletés fonctionnelles et sociales.

Discussion/conclusion : L'efficacité de plusieurs approches de traitements psychosociaux a été établie pour les personnes d'âge adulte ayant des troubles de santé mentale grave, mais le développement au niveau des personnes âgées est plus lent. Le défi actuel est donc, tout comme le but du programme de gérontopsychiatrie, de rendre accessibles les soins et les services qui ont prouvé leur efficacité.

Mots-clés : santé mentale, personnes âgées, guide de pratique, réadaptation

Table des matières

Résumé	i
Tables des matières	ii
Liste des tableaux	iii
Remerciements	iv
Introduction	1
Contexte et motif conduisant à la réalisation du projet	1
Objectifs du projet	6
Méthodologie	7
Objectif 1 Plan de la recension des écrits	7
Objectif 2 Le programme de gérontopsychiatrie de HLHL	9
Résultats	10
Objectif 1 Recension des écrits- Meilleures pratiques recommandées dans la littérature	10
Objectif 2 Le programme de gérontopsychiatrie de HLHL et les enjeux d'une offre de services accessibles et de qualité	23
Discussion	31
Retour sur les résultats	31
La place de l'ergothérapeute en gérontopsychiatrie, quelle est-elle?	34
Conclusion	37
Annexes	i
Ressources internet	i
Tableaux 3-8	iii
Tableaux 9-12	xi
Bibliographie	xxvi

Liste des tableaux

Tableau 1 : Recension totale des articles utilisés	11
Tableau 2 : Recension des guides de pratique	12
Tableau 3 : Recension des articles utilisés dans la base de données Medline	iii
Tableau 4 : Recension des articles utilisés dans la base de données All EBM Reviews	v
Tableau 5 : Recension des articles utilisés dans la base de données Embase	vii
Tableau 6 : Recension des articles utilisés dans la base de données Cinahl	vii
Tableau 7 : Recension des articles utilisés dans la base de données OT Seeker	viii
Tableau 8 : Recension des articles utilisés dans la base de données PsycInfo	ix
Tableau 9 : Grille des interventions recommandées dans la littérature; la psychothérapie	xi
Tableau 10 : Grille des interventions recommandées dans la littérature; la réhabilitation cognitive, réhabilitation psychosociale, la rééducation et la stimulation	xvi
Tableau 11 : Grille des interventions recommandées dans la littérature; les thérapies corporelles	xxiv
Tableau 12 : Grille des interventions recommandées dans la littérature; l'électroconvulsivothérapie et la stimulation magnétique transcrânienne	xxiv

Remerciements

Je tiens à remercier Madame Catherine Briand, professeure agrégée à l'École de réadaptation et chercheuse régulière au Centre de recherche Fernand-Séguin ainsi que Madame Kathe Villeneuve, agente de planification, programmation et recherche à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, pour leur grande disponibilité et les conseils de qualité offerts tout au long de la rédaction de ce travail. Elles ont su m'orienter et me guider afin de mener à terme mon projet.

J'aimerais aussi remercier Monsieur Luc Valiquette, agent de planification, programmation et recherche à l'Hôpital Louis-H Lafontaine, pour les nombreuses informations qu'il a partagées avec moi ainsi que tous les ergothérapeutes de l'équipe du programme de gérontopsychiatrie : Catherine Dupré, Christine Ménard, Sylvain Beaudoin et Joanny Beauchamp, pour leur écoute et leur patience.

Je remercie également Madame Dominique Michaud, coordonnatrice au Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (CÉRRIS), qui a diffusé mon projet de maîtrise sur le site web du CÉRRIS.

Introduction

Contexte et motif conduisant à la réalisation du projet

Le vieillissement normal ou non? : Quelques chiffres

Si le mot « aînés » désigne, pour la plupart des gens, les personnes de 65 ans et plus, il englobe aussi une grande variété de situations. Des changements normaux peuvent se produire chez la personne âgée au niveau de la vue, de l'ouïe et du fonctionnement cérébral. Ces changements peuvent modifier la perception, la pensée et la mémoire, mais tout déclin des aptitudes mentales au cours du vieillissement est le résultat d'une maladie et non du processus normal de vieillissement.

Au Québec, le recensement de 2006 a dénombré plus d'un million de personnes âgées de 65 ans et plus. Ces personnes représentent 14,3 % de la population de la province, soit 1 Québécois sur 7. Il s'agit d'un changement majeur par rapport à la situation qui prévalait il y a une cinquantaine d'années (Hôpital Louis-H Lafontaine. direction des services cliniques, 2009). Selon Statistique Canada, de 2006 à 2026, le nombre projeté de personnes âgées devrait augmenter pour passer de 4,3 millions à 8 millions et la prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes âgées est d'environ 25 % (Statistiques Canada, 2006). Aux États-Unis, des auteurs estiment qu'au moins 85 % des personnes âgées atteintes de schizophrénie vivent dans la communauté, alors que les autres résident dans les « maisons de soins infirmiers » (équivalent à des Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au Québec) ou en tant que patients hospitalisés en psychiatrie (Cohen I. Carl, 2000).

La majorité des troubles mentaux à l'exception de la démence et du délirium ne sont généralement pas plus présents chez les aînés que chez les autres groupes d'âge. La prévalence des troubles mentaux chez les aînés varie considérablement selon le lieu de résidence. Dans la communauté, la prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes âgées est de 12 % à 20 %. La prévalence de la dépression clinique chez les aînés vivant dans la collectivité varie entre 2 % et 4 %. Le taux de prévalence sur six mois pour tous les troubles d'anxiété chez la personne de plus de 65 ans est de 19,7 %, le trouble phobique représentant la forme la plus courante d'anxiété. Le taux de prévalence des troubles mentaux est de 80 % à 90 % chez les pensionnaires de centres de soins de longue durée. Plus des deux tiers des pensionnaires souffrent d'une forme quelconque de démence, alors que 10 % présentent des troubles affectifs et 2,4 % souffrent de schizophrénie ou d'une autre maladie psychiatrique. La prévalence de la psychose chez les pensionnaires des établissements de longue durée semble varier entre 12 % et 21 % (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 2002).

Trouble mental et personnes âgées, qu'est-ce que cela signifie?

Le trouble mental est une maladie diagnostiquée et reconnue d'un point de vue médical. Celui-ci amène une incapacité importante à utiliser ses habiletés cognitives, affectives ou relationnelles (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 2002). Les troubles mentaux sont généralement causés par des facteurs biologiques, de croissance et psychosociaux, qui peuvent être contrôlés par la prévention, le diagnostic, le traitement et la réadaptation.

L'approche biopsychosociale des soins aux personnes souffrant de troubles mentaux est extrêmement importante.

En Amérique du Nord, la quatrième édition du manuel « Diagnostique et statistique des troubles mentaux » (DSM-IV) est à la base du système de diagnostic des troubles mentaux (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 2002). Les troubles mentaux fréquents chez les aînés sont la dépression, la manie, les troubles psychotiques et d'anxiété, la démence et le délirium. On associe fréquemment les symptômes psychotiques des personnes âgées à la démence ou au délirium et un certain nombre d'affections physiques peuvent provoquer des symptômes psychotiques. On associe souvent la déficience sensorielle, notamment la perte auditive, aux troubles psychotiques. Le trouble psychotique le plus fréquent chez les personnes plus jeunes est la schizophrénie; certaines personnes peuvent développer un état semblable à la schizophrénie au cours de la vieillesse aussi appelé psychose de novo (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 2002). Les troubles mentaux graves comprennent la schizophrénie et les autres troubles psychotiques, les troubles de la personnalité et les troubles affectifs (Kopelowicz et Liberman, 2003). Les aînés souffrant de troubles mentaux graves (principalement la schizophrénie, les troubles psychotiques, les troubles bipolaires et les dépressions chroniques) constituent une population peu visible, mais importante. Il s'agit aussi d'une population particulièrement vulnérable.

Le cumul des problèmes liés à la maladie mentale et au vieillissement ont des conséquences majeures d'un point de vue sanitaire, fonctionnel, économique et psychosocial : (a) habiletés sociales inadéquates et capacités d'adaptation et de résolution de problèmes

limitées; (b) somatisation et non-traitement de pathologies physiques; (c) guérison plus difficile et mortalité plus élevée; (d) idéations ou actes suicidaires; (e) isolement social et précarité économique (Dallaire et coll. 2010). Évidemment, tous ces facteurs et vulnérabilités sont particulièrement prononcés chez les aînés ayant souffert de troubles mentaux graves pendant une grande partie de la période adulte (Dallaire, McCubbin, Provost, Carpentier, & Clement, 2010). Il est également important de mentionner que dans les troubles mentaux graves se retrouvent également plusieurs comorbidités (abus de substance, troubles de la personnalité, etc.) (Kopelowicz et Liberman, 2003). Les personnes âgées ayant un trouble de santé mentale grave ont une prévalence élevée de comorbidités majeures. Dans une étude réalisée sur 95 patients de 60 ans et plus hospitalisés en psychiatrie (incluant 47 % de troubles de l'humeur, 20 % avec des maladies organiques et 28 % de schizophrénie), la quasi-intégralité (91,5 %) avait un ou plusieurs problèmes de santé importants. Dans une autre étude réalisée sur 90 patients de 60 ans et plus, une comorbidité était trouvée chez 92 % des patients dépressifs, 75 % des patients bipolaires et 67 % des patients atteints de schizophrénie (S. J. Bartels, 2004). La présence de maladies physiques et mentales doit être identifiée pour s'assurer que la détresse et les déficits rencontrés ne soient pas considérés comme normaux et inévitables (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 2002).

Principes d'intervention des troubles mentaux chez les aînés et leurs défis

La prestation des services de santé mentale pour les aînés doit reposer sur des principes fondamentaux : empathie, établissement de la population cible, suivi dans la communauté,

accessibilité et souplesse, collaboration de la famille et soutien aux aidants(Conseil consultatif national sur le troisième âge, 2002). Dans le cas des personnes atteintes de maladies graves, des services complets sont généralement offerts par une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé mentale. Pour les personnes avec des troubles qui ne nécessitent pas l'intervention d'une équipe multidisciplinaire, les services de soutien dans la communauté représentent la pierre angulaire des soins aux aînés, car une majorité de patients sont confinés chez eux et qu'il est essentiel de pouvoir leur fournir des soins à domicile (que ce soit en provenance du secteur public ou communautaire). Il est donc important pour les intervenants d'impliquer les proches et de travailler avec l'environnement social de ces personnes. Le soutien social a d'ailleurs été identifié comme étant le meilleur prédicteur du degré de fonctionnement(Cohen I. Carl, 2000).

Pour ce qui est des approches psychosociales à privilégier auprès de la clientèle, le sous-comité des personnes âgées de la « New Freedom Commission on Mental Health » a fait état de sérieuses préoccupations concernant la qualité, l'accès et la capacité de la main-d'œuvre(Bartels S. Drake E. Robert, 2005). Le sous-comité a également recommandé la diffusion et la mise en œuvre de pratiques basées sur les évidences comme l'une des initiatives les plus importantes pour améliorer la qualité des soins pour les personnes âgées atteintes de troubles mentaux(Bartels S. Drake E. Robert, 2005). Le défi est cependant de savoir quelles évidences ont démontré leur efficacité. L'efficacité de plusieurs approches de traitements psychosociaux a été établie pour les personnes d'âge adulte ayant des troubles de santé mentale grave et non pour la clientèle âgée.

Avec le vieillissement rapide de la population, les soins prodigués aux personnes souffrant de troubles mentaux deviendront une priorité pour les professionnels de la santé et des services sociaux. Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables quant à certains troubles mentaux. Au cours des dernières années, la découverte de nouveaux produits pharmaceutiques, le développement de thérapies psychosociales et la mise sur pied d'un système innovateur de prestation de services ont contribué à améliorer les soins prodigués aux personnes âgées ayant des troubles mentaux. Il est souhaitable que des ressources adéquates soient déployées afin que les aînés reçoivent les diagnostics les plus justes et les meilleurs traitements possible(Conseil consultatif national sur le troisième âge, 2002).

Objectifs du projet

L'objectif général de ce projet est d'identifier les meilleures pratiques de réadaptation pour soutenir le rétablissement des personnes âgées souffrant d'un trouble psychiatrique grave ainsi que d'identifier les enjeux d'une offre de services accessibles et de qualité dans un contexte de 2e et 3e lignes.

1. Le premier objectif spécifique consiste à faire une revue de littérature des meilleures pratiques de réadaptation issues de la littérature scientifique et qui traitent la réadaptation et le rétablissement des personnes âgées souffrant d'un trouble psychiatrique grave.
2. Le deuxième objectif spécifique consiste à décrire le programme de gérontopsychiatrie de l'Hôpital Louis-H Lafontaine et d'identifier les enjeux d'une offre de services spécialisés de 2e et 3e lignes accessibles et de qualité.

Méthodologie

Objectif 1 : Plan de la recension des écrits

Afin de répondre au premier objectif de ce travail, une recension des écrits dans la littérature scientifique ainsi que sur différents sites internet a été effectuée afin de cerner les interventions efficaces et la présence de guides de pratique pour l'intervention en santé mentale auprès des aînés.

Tout d'abord, une recension des articles scientifiques dans les moteurs de recherche MEDLINE, All EBM Reviews, Embase, Cinahl, OT Seeker et PsycInfo a été effectuée entre septembre et décembre 2011. Les principaux concepts sont les troubles psychiatriques graves, la réadaptation et la personne âgée. Les principaux mots clés utilisés sont « best practices or guidelines », « mental disorders or severe mental illness or mental illness* or psychiatric disorder* or psychiatric illness or chronic mental illness » ou certaines pathologies spécifiques comme « depressive disorder or anxiety disorders or mood disorders or affective disorders or personality disorders or schizophrenia and disorders with psychotic features or schizoaffective disorder » et « rehabilitation or occupational therapy or psychosocial rehabilitation » et « aged or elder* or senior* or geriatr* ». Des noms d'auteurs spécifiques ont également été utilisés tels « bartels stephen j » et « pratt s or pratt sarah i ».

Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été déterminés afin de recenser les articles les plus pertinents et de répondre aux objectifs de ce travail. Les critères sont :

- les articles publiés depuis 2000;

- les articles accessibles en français ou en anglais;
- la population cible devait être des personnes âgées de plus de 40 ans et ayant un trouble de santé mentale grave comprenant les troubles psychotiques, les troubles affectifs, les troubles anxieux ou les troubles de la personnalité en excluant la démence et le délirium. Le critère d'âge a été déterminé à 40 ans puisque certains articles très pertinents incluaient les personnes âgées ainsi que des adultes dans leurs études et abordaient des interventions qui sont transférables à la clientèle âgée.

À la suite de la recension des articles scientifiques, une recherche sur internet a été effectuée dans le but de répertorier les différentes recommandations ou guides de pratique pour la clientèle âgée avec des troubles de santé mentale grave. Voici certains des sites consultés : le *Canadian Academy of Geriatric Psychiatry*, la *Canadian Coalition for Seniors' Mental Health*, *The Canadian Collaborative Mental Health Initiative*, la *British Columbia Psychogeriatric Association*, le *National Guideline Clearinghouse du U.S. Département of Health & Human Services*, le *NHS Evidence - National Library of Guidelines du U.K. National Institute for Clinical Excellence*, l'*International Guideline Library du Guidelines International network*. Pour voir la liste complète, veuillez vous référer à l'annexe1. Finalement, une recension de chapitres de livres pertinents a été faite suite à une recherche aux centres de documentation de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal et de l'Hôpital Louis-H Lafontaine.

Objectif 2 : Programme de gérontopsychiatrie de HLHL

Afin de répondre au deuxième objectif de ce travail, une rencontre avec deux agents de planification, programmation et recherche a été organisée pour obtenir la description du programme offert à HLHL. Au même moment, une consultation de la littérature grise concernant le programme a également été effectuée. À la suite de la revue de littérature et à une meilleure compréhension du programme de gérontopsychiatrie de HLHL, une rencontre avec les ergothérapeutes du programme a eu lieu pour partager les résultats issus de la littérature et discuter des enjeux liés à la pratique.

Résultats

Objectif 1 : Recension des écrits

L'utilisation des différents mots-clés dans les moteurs de recherche aura permis de dénombrier 616 articles scientifiques. Une première élimination des articles basée sur la lecture du titre et le respect des critères d'inclusion et d'exclusion (articles publiés depuis 2000 et accessibles en français ou en anglais, personnes âgées de plus de 40 ans et présentant soit un trouble psychotique, un trouble affectif, un trouble anxieux ou un trouble de la personnalité en excluant la démence et le délirium) a réduit la liste d'articles à 158. Par la suite, les articles qui se retrouvaient deux fois ont été retirés de la liste. Une troisième élimination, suite à la lecture du résumé, a permis d'arriver à un total de 65 articles. Enfin, suite à la lecture complète des articles, 35 articles ont été retenus. Le tableau 1 présente dans un tableau synthèse la démarche d'élimination. En annexe, les tableaux de 3 à 8 détaillent le nombre d'articles selon les combinaisons de mots-clés utilisés dans les différents moteurs de recherche.

Tableau 1 : Recension totale des articles utilisés

	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus suite à lecture du titre	Nombre d'articles retenus suite à la lecture du résumé	Nombre d'articles retenus suite à la lecture de l'article

Totaux selon les 6 bases de données consultées et tous les mots clés *voir détails en annexe	616	158	65	35
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----	----	----

Suite à la recension des écrits dans les différentes bases de données, une recherche sur Internet et aux deux centres de documentation ont permis d'obtenir 15 ressources supplémentaires : trois documents gouvernementaux soient le Plan d'action en santé mentale du Québec, un écrit en gérontologie du gouvernement du Canada et un document-cadre de la Commission de la santé mentale du Canada, trois guides de pratique et neuf manuels sur la psychiatrie gériatrique. Le tableau 2 présente les trois guides de pratiques issues de la démarche de recherche bibliographique.

Tableau 2 : Recension des guides de pratique

Sites internet	Nom du guide de pratique
British Columbia Psychogeriatric Association	<i>Guidelines for elderly mental health care planning for best practices for health authorities</i>
The Canadian Collaborative Mental Health Initiative	<i>Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes</i>
Canadian Academy of Geriatric Psychiatry et Canadian Coalition for Seniors' Mental Health	<i>National Guidelines for Seniors' Mental Health — The Assessment and Treatment of Depression</i>

La recension complète des écrits a donc permis de trouver 50 ressources (articles, guides de pratique, etc.) décrivant les interventions recommandées pour les personnes âgées présentant un trouble de santé mentale grave ou des ressources en lien avec le projet.

Interventions recommandées dans la littérature pour les personnes âgées atteintes d'un trouble de santé mentale grave

Peu de guides de pratiques spécifiques des personnes âgées ayant un trouble psychiatrique grave existent à ce jour. En effet, sur les trois guides de pratique trouvés, un seul aborde directement le traitement de la dépression chez la personne âgée. Les deux autres guides abordent 1) les meilleures pratiques en matière de soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires et 2) la planification des meilleures pratiques pour les gestionnaires de santé qui conçoivent, développent, implantent et évaluent les services aux aînés ayant un trouble de santé mentale. La majeure partie des sources documentaires est donc de première génération, c'est-à-dire des articles scientifiques. Quelques livres ont aussi été recensés dans les centres de documentation de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal et de l'Hôpital Louis-H Lafontaine.

Afin de regrouper les interventions recensées dans la littérature, les résultats sont divisés selon la catégorisation des interventions recensées dans le livre de Jean-Pierre Clément(2010), *La Psychiatrie de la personne âgée*. Bien entendu, il existe d'autres façons de classifier les interventions, mais celle-ci apparaissait intéressante. Le livre de Clément

(2010) divise les pratiques en quatre grandes catégories soient 1) la psychothérapie, 2) la réhabilitation cognitive, réhabilitation psychosociale, la rééducation et la stimulation, 3) les thérapies corporelles et 4) l'électroconvulsivothérapie et la stimulation magnétique transcrânienne. Les deux premières catégories sont elles-mêmes divisées en sous-catégories.

Pour la catégorie 1, les diverses formes de **psychothérapies** sont divisées en 5 grandes familles : 1) la psychothérapie de soutien et l'accompagnement psychologique dans le cadre de la psychothérapie interpersonnelle, 2) la thérapie psychodynamique principalement d'inspiration analytique, 3) la thérapie élaborée sur le Gestalt, 4) l'hypnose et 5) la thérapie brève structurée, construite sur les principes de la thérapie comportementale et cognitive.

Par définition, la psychothérapie est un échange verbal qui a pour objectifs de soulager un ou des symptômes, de changer certains comportements et d'obtenir un changement par rapport à un état antérieur(Clément, 2010). Les recherches sur les psychothérapies chez les personnes âgées qui souffrent de troubles psychiatriques ont considérablement augmenté au cours des dernières années. Ces travaux ont démontré que la psychothérapie constitue une modalité de traitement adaptée à cette population, quel que soit le type de psychothérapie. Elle est aussi efficace que chez le jeune adulte, en particulier pour ce qui concerne la dépression, mais aussi au niveau de l'anxiété et de la schizophrénie(Zarit H. Steven, 2007). L'expérience clinique montre que la personne âgée n'est généralement ni plus rigide, ni plus résistante que les individus plus jeunes à de telles approches, même si, au départ, elles

n'ont pas été développées pour cette clientèle(Clément, 2010). Les thérapies de groupe peuvent aussi offrir des avantages pour plusieurs clients, car les coûts sont moindres et il y a des bénéfices associés aux liens sociaux qui peuvent se créer. Il y a aussi une normalisation et des conseils venant de pairs qui peuvent en ressortir. Toutefois, la modalité de groupe peut être difficile à organiser.

Le tableau 9 (en annexe) présente les interventions de type psychothérapie. Pour chacune d'elle, les caractéristiques de l'intervention ont été ajoutées de même que les auteurs des articles supportant cette intervention. Seules les interventions pour lesquelles des articles ont été trouvés ont été retenues et présentées ici.

1— La psychothérapie interpersonnelle a été démontrée efficace pour les personnes âgées ayant une dépression majeure(Iselin M. Hinrichsen G., 2008). Cette thérapie est plus efficace que le placebo dans le traitement de la dépression chez les adultes de tous âges comparés à des soins de base. Les patients dépressifs avec des comorbidités d'anxiété sont considérés moins susceptibles que ceux qui ne sont pas anxieux pour répondre au traitement de la psychothérapie interpersonnelle(Jacoby Robin. & coll., 2008). De plus, une étude a démontré que les personnes âgées étaient moins enclines à abandonner le traitement à la suite de la psychothérapie interpersonnelle(Blazer G. Dan. et al., 2007). Celle-ci est généralement brève, c'est-à-dire entre 12 et 20 séances (plus des séances de maintien 1-2 fois par mois pendant 1 an). Les quatre thèmes abordés lors de cette thérapie sont : la douleur (ex. : décès), les conflits interpersonnels, la transition d'un rôle et les déficits

interpersonnels. Les techniques utilisées incluent les jeux de rôle, l'analyse de la communication, la clarification des besoins et des désirs du client, et les liens entre l'affect et les événements. Un des désavantages de la psychothérapie interpersonnelle est qu'elle peut être plus longue à appliquer que les autres. Une relation de soutien de la part du thérapeute peut améliorer l'observance à la médication et faciliter la gestion des symptômes ainsi que diminuer les crises et les hospitalisations(Blazer G. Dan. et al., 2007). Le soutien familial peut également faciliter les soins du patient(Blazer G. Dan. et al., 2007). Plusieurs facteurs psychosociaux peuvent nuire au suivi du patient âgé tels la perte du permis de conduire, la perte de mobilité, le manque de support de la famille ou de la communauté. L'alliance thérapeutique, l'éducation et le soutien psychosocial demeurent la pierre angulaire du traitement. Les buts de ces deux thérapies sont aussi d'améliorer le fonctionnement social et d'avoir une meilleure compréhension de la maladie(Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2004). Lorsqu'une personne est atteinte de schizophrénie, une étape de base est d'établir une relation de confiance et d'acceptation, ce qui est un défi puisque les personnes sont méfiantes et quelques fois symptomatiques. La meilleure approche avec ces clients est d'accepter leur vision du monde et de ne pas les confronter(Zarit H. Steven, 2007).

2— Les personnes âgées se voient proposer la psychothérapie psychodynamique beaucoup moins souvent que les plus jeunes, mais pour ceux qui sont en mesure d'accéder à celle-ci, le résultat est comparable aux plus jeunes, et quelques fois

meilleur(Jacoby Robin. & coll., 2008). Encore, la psychothérapie psychodynamique est prometteuse, mais peut être aussi plus longue que les autres approches.

3-4- Concernant la Gestalt-thérapie et l'hypnose, il n'y a pas d'articles scientifiques qui ont été trouvés pour cette clientèle.

5— Plusieurs essais cliniques randomisés appuis les approches cognitivo-comportementales pour la dépression et de petites études pour les troubles anxieux(Clément, 2010). Ces approches fournissent un cadre systématique pour l'identification et la modification des pensées qui conduisent à des comportements inadaptés et des émotions. Il y a une forte composante psychoéducatif(Zarit H. Steven, 2007). La thérapie cognitivo-comportementale est simple, rapide, efficace et durable chez la personne âgée. Cette thérapie structurée dure quelques semaines. Elle associe la tenue d'un journal tendant à renforcer les actions et les initiatives relationnelles et le travail cognitif de repérage. Les modifications des distorsions cognitives se font par l'entretien socratique, la technique des cinq colonnes et le réexamen des schémas de pensée(Ferry G. Le Gouès G., 2008). Comme stratégies cognitives, la distraction et le comptage de pensées peuvent être utilisés. Comme stratégies comportementales, les activités de surveillance, le plaisir et la maîtrise, la planification d'activités et la répartition des tâches graduées peuvent être utilisées. Comme stratégies cognitivo-comportementales, il faut identifier les pensées négatives automatiques et questionner les pensées automatiques négatives.

L'Institut national du Royaume-Uni pour la santé et l'excellence clinique a conclu que la thérapie cognitivo-comportementale est un traitement efficace pour l'anxiété généralisée et le trouble panique chez les adultes de tous âges (Jacoby Robin. & coll., 2008). Cette approche est brève, entre 12 et 20 séances. Elle est flexible, mais structurée en même temps et des devoirs sont remis pour solidifier les apprentissages. Bien que les recherches ne se soient pas concentrées sur les personnes âgées, un essai clinique randomisé récent sur l'entraînement d'habiletés sociales et cognitivo-comportementales pour les patients d'âge moyen et plus âgé avec une schizophrénie, la « Cognitive Behavioral Social Skills (CBSST) » a démontré une amélioration significative des habiletés d'adaptation, du fonctionnement social et au niveau cognitif (S. J. Bartels & Pratt, 2009; Clément, 2010; Eric Granholm et al., 2005; E. Granholm, McQuaid, McClure, Pedrelli, & Jeste, 2002; E. e. a. Granholm, 2007; McCarthy Meghan. Mueser Kim T. and Pratt Sarah I, 2008; McQuaid, 2000; Pratt, Van Citters, Mueser, & Bartels, 2008). Aussi, le guide de pratique sur l'évaluation et le traitement de la dépression du NICE (Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2006) a conclu qu'il y a de fortes évidences qui suggèrent une différence clinique significative favorisant les groupes cognitivo-comportementaux dans le traitement de la dépression. De plus, une thérapie ayant du potentiel est la « mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) ». Cette méthode est basée sur de la méditation ayant comme but de prévenir la récurrence de la dépression (Jacoby Robin. & coll., 2008). Les approches cognitivo-comportementales peuvent adresser une variété de

diagnostic et de degré de fonctionnement. Par contre, l'apprentissage de nouvelles habiletés peut être plus difficile pour ceux ayant des troubles cognitifs. Un avantage de la thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes âgées ayant des troubles anxieux est que cela peut aider à comprendre et à gérer les interactions des symptômes physiques découlant de l'anxiété et de la maladie physique (Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2006). De plus, l'exposition a été démontrée très efficace pour les phobies spécifiques et les comportements compulsifs. Ces traitements peuvent être des alternatives pour le traitement des personnes âgées, spécialement lorsque la médication doit être évitée (Blazer G. Dan. et al., 2007).

Pour la catégorie 2 soit la **réhabilitation cognitive, la réhabilitation psychosociale, la rééducation et la stimulation**, on retrouve dans cette classification 1) les interventions centrées sur la cognition (stimulation cognitive, thérapie d'orientation par rapport à la réalité, réhabilitation cognitive), 2) les interventions centrées sur l'affect et le comportement (thérapie de reminiscence, thérapie de validation, approches psychothérapeutiques à visées relationnelles, thérapie comportementale), 3) les interventions centrées sur l'environnement (thérapie fondée sur la stimulation de l'activité motrice), 4) les techniques de stimulation sensorielle et thérapies à médiation et 5) les interventions centrées sur l'entourage du patient (Clément, 2010).

Le tableau 10 (en annexe) présente les interventions de cette catégorie. Pour chacune d'elle, les caractéristiques de l'intervention ont été ajoutées de même que les auteurs des articles supportant cette intervention. Seules les interventions pour lesquelles des articles ont été trouvés ont été retenues et présentées ici.

1-La réhabilitation cognitive a démontré quelques résultats positifs(S. J. Bartels & Pratt, 2009; McGurk & Mueser, 2008). En effet, McGurk et Mueser ont démontré qu'il y avait une réduction significative des symptômes négatifs ainsi que quelques améliorations du point de vue de la cognition. Aussi, malgré le fait que l'approche de résolution de problème est moins concentrée sur les questions passées qui pourraient être utiles, celle-ci est prometteuse. En effet, elle présente de bonnes évidences pour la dépression(Coalition canadienne pour la santé mentale des personne âgées, 2006). Elle est généralement brève, entre 6 et 12 séances, et des devoirs sont donnés pour solidifier les apprentissages. Cette approche consiste en l'orientation du problème, la définition du problème, le remue-méninge de solution, le choix d'une solution, l'implantation de la solution et la vérification.

2— La thérapie de réminiscence est reconnue comme étant prometteuse. En effet, de multiples études à faible échantillon démontrent que cette thérapie peut entres autres réduire la détresse(Bohlmeijer, 2003; E. Bohlmeijer, 2007; E. Bohlmeijer, Valenkamp, Westerhof, Smit, & Cuijpers, 2005; Karimi et al., 2010; Watt L.M. Cappeliez P., 2000; Westerhof, 2004; Willemse, Depla, & Bohlmeijer, 2009). Elle est moins concentrée sur les détails plus récents qui seraient pertinents à considérer,

mais les recherches suggèrent que celle-ci a le potentiel pour être une pratique pour les personnes âgées, davantage d'études permettraient de solidifier ce statut.

L'approche comportementale, comme la relaxation, la désensibilisation, et le modelage, a de nombreuses applications potentielles pour les personnes âgées (S. J. Bartels & Pratt, 2009; Mautsach, 2008; McCarthy Meghan. Mueser Kim T. and Pratt Sarah I, 2008; Mueser et al., 2010; T. Patterson, 2003; Thomas L. Patterson et al., 2006; Pratt, Bartels, Mueser, & Forester, 2008; Pratt, Van Citters, et al., 2008). Les traitements comportementaux sont efficaces à l'insomnie, la dépression et l'anxiété et aide les familles à gérer les problèmes liés à la démence et autres maladies chroniques physiques et mentales (Zarit H. Steven, 2007). Cette approche permet l'augmentation de la participation sociale, de l'exercice, améliore les activités de soins, l'incontinence, l'entraînement aux habiletés sociales, et en particulier le contrôle des problèmes tels que l'agitation et l'errance (Zarit H. Steven, 2007). On peut y ajouter une thérapie comportementale adaptée plus spécialement à chaque trouble. Pour les troubles panique, la relaxation et le contrôle respiratoire sont recommandés et pour les phobies simples et l'agoraphobie, l'exposition graduée accompagnée ou prescrite est recommandée. Pour les phobies sociales, l'affirmation de soi et le développement des habiletés sociales sont conseillés et pour les troubles obsessionnels compulsifs, l'exposition avec prévention de la réponse habituelle est conseillée (E Spar James. La Rue Asenath, 2006; Ferry G. Le Gouès G., 2008; Zarit H. Steven, 2007). De plus, un programme de traitement multi composantes a été démontré efficace pour les personnes âgées ayant des troubles

anxieux(Zarit H. Steven, 2007). Celui-ci consiste en de l'éducation à propos de l'anxiété et des traitements, de la relaxation (incluant les respirations profondes et la relaxation progressive des muscles), des techniques de thérapie cognitive (telle que l'arrêt de la pensée, l'autodéclaration et la modification des distorsions cognitives en développant les croyances alternatives et en identifiant les erreurs logiques), de la résolution de problèmes pour améliorer la gestion des situations du quotidien, de l'exposition graduée à la situation anxiogène et des techniques de gestion de sommeil.

Le « Functional Adaptation Skills Training (FAST) »(S. J. Bartels & Pratt, 2009; Mausbach, 2008; McCarthy Meghan. Mueser Kim T. and Pratt Sarah I, 2008; T. Patterson, 2003; Thomas L. Patterson et al., 2006; Pratt, Van Citters, et al., 2008) est un entraînement d'habiletés fonctionnelles qui a démontré des améliorations significatives dans les compétences sociales et les compétences fonctionnelles ainsi que le « Programa de Entrenamiento para el Desarrollo de Aptitudes para Latinos (PEDAL) »(S. J. Bartels & Pratt, 2009; Mausbach, 2008; Thomas L Patterson et al., 2005) qui est une version adaptée du FAST pour la culture latine qui a également démontré des améliorations significatives. Aussi, le « Helping Older People Experience Success (HOPES) »(S. J. Bartels & Pratt, 2009; McCarthy Meghan. Mueser Kim T. and Pratt Sarah I, 2008; Mueser et al., 2010; Pratt, Bartels, et al., 2008) et le « Skills Training and Health Care Management (ST+HM) » (S. J. Bartels et al., 2004)qui sont une combinaison d'entraînement d'habiletés fonctionnelles et

d'intervention d'autogestion qui a démontré plusieurs effets positifs pour cette clientèle.

3— Le traitement dans la communauté a démontré des résultats positifs au niveau des symptômes(Levin & Miya, 2008; Pratt, Van Citters, et al., 2008; Van Citters, 2004) ainsi que les interventions centrées sur l'entourage du patient. En effet, le soutien familial est critique pour le succès du traitement chez les personnes âgées dépressives et il a été démontré que cela réduisait le stress(Blazer G. Dan. et al., 2007; Pratt, Van Citters, et al., 2008).

4— Pour ce qui est des interventions suivantes; la stimulation cognitive, la thérapie d'orientation par rapport à la réalité, la thérapie de validation, l'approche psychothérapeutique à visée relationnelle, l'intervention centrée sur l'environnement, les techniques de stimulation sensorielle (musicothérapie, art-thérapie, aromathérapie, stimulation sensorielle de type Snoezelen, luminothérapie) et thérapie de médiation, aucune étude scientifique n'a été trouvée permettant de confirmer l'efficacité auprès de la clientèle.

Pour ce qui est de la catégorie 3 soit les **thérapies corporelles** (thérapie psychomotrice et autres), aucun article n'a été trouvé permettant de confirmer leur efficacité, mais Clément(2010) l'aborde dans son ouvrage en disant que ce sont des outils indispensables en psychiatrie du sujet âgé. Le tableau 11 en annexe les présente.

Enfin, pour la catégorie 4 soit **l'électroconvulsivothérapie et la stimulation magnétique transcrânienne**, seul l'électroconvulsivothérapie a fait l'objet de quelques articles auprès des personnes âgées dont un où l'auteur, Karim(2005) affirme qu'avec l'introduction d'une variété d'antipsychotiques typiques et atypiques, l'utilisation d'ECT sur les personnes âgées avec la schizophrénie a diminué en pratique. En effet, la plupart des recherches sur l'utilisation de l'ECT sur les personnes âgées souffrant de schizophrénie ont été conduites durant les années 1950-1960. Le tableau 12 (en annexe) présente cette catégorie.

Résultats Objectif 2 :

Le Programme de gérontopsychiatrie de l'Hôpital Louis-H Lafontaine

Selon la documentation et les partenaires consultés, l'hôpital Louis-H. Lafontaine a pour mission de pourvoir au mieux-être des personnes, en offrant les meilleurs soins et services spécialisés et surspécialisés en santé mentale. De plus, comme il s'agit d'un institut universitaire en santé mentale, l'HLHL tente de contribuer à repousser les limites de la maladie par la recherche et l'évaluation des modes d'intervention ainsi qu'en s'impliquant dans l'enseignement des intervenants et la diffusion des savoirs, et ce, en collaboration avec ses partenaires de la communauté.

Les buts du Programme de gérontopsychiatrie de HLHL sont étroitement liés à la mission de l'Hôpital 1) de travailler en étroite collaboration avec la communauté et les divers établissements concernés; 2) de rendre accessibles des soins et des services spécialisés et

surspécialisés de qualité en santé mentale pour la personne âgée atteinte de maladie mentale; 3) de développer des savoirs pertinents entre autres par la recherche.

La présentation clinique des troubles mentaux des personnes âgées du programme est souvent atypique, complexe et grave. L'équipe interdisciplinaire se compose de différents professionnels tels qu'infirmier, gériopsychiatre, ergothérapeute, neuropsychologue, psychologue, éducateur spécialisé et travailleur social. L'âge seuil du programme est de 70 ans afin de rehausser une spécificité gériatrique à son offre de soins et de services et la majorité de la clientèle évaluée et traitée dans le programme demeure toujours à domicile(Hôpital Louis-H Lafontaine. direction des services cliniques, 2009).

Pour ce qui est de la nature des services, dans le secteur ambulatoire, le programme de gériopsychiatrie de HLHL dispose d'une clinique externe, d'un module d'évaluation-liaison de Gériopsychiatrie (MELG), d'un Module de consultation-liaison CHSLD et d'un hôpital de jour. Pour le secteur hospitalisation, le programme de gériopsychiatrie de HLHL dispose d'une unité de traitement intensif – unité 301, d'une unité de traitement et de réadaptation – unité 402 et d'un Module de consultation-liaison intra hospitalière.

Concernant l'accès au programme, les critères d'admission automatique à l'hôpital Louis-H Lafontaine sont les personnes âgées de 70 ans et plus présentant des troubles psychiatriques complexes associés ou non à des problèmes physiques ou à des atteintes cognitives. Pour une admission conditionnelle à l'acceptation d'un gériopsychiatre, ce peut être des personnes de tous âges présentant des troubles psychiatriques complexes compliqués par des conditions liées au vieillissement. Les critères d'exclusion regroupent les personnes

âgées ayant un diagnostic de démence, de déficience intellectuelle, souffrant d'alcoolisme ou de toxicomanie, hospitalisées à des fins d'hébergement uniquement.

À l'hôpital de jour du programme, les modalités d'interventions utilisées sont le suivi individuel avec l'intervenant principal, le suivi médical avec le psychiatre traitant, les groupes thérapeutiques et les évaluations/interventions spécifiques avec l'ergothérapeute, le neuropsychologue, le psychologue, le travailleur social ou l'infirmier au besoin. Lors des suivis individuels, de la psychothérapie de soutien est offerte aux patients. Dans la littérature, celle-ci a démontré des bénéfices avec cette clientèle surtout pour l'observance à la médication, la gestion de symptômes et les crises (Blazer G. Dan. et al., 2007). De plus, en individuel, il peut y avoir de la psychoéducation sur la maladie et les médicaments. Les modes d'interventions privilégiés sont sur une base individuelle, mais aussi de groupe, familial, systémique, avec l'implication de la personne âgée, de la famille ou des personnes significatives.

Pour ce qui est de la structure des rencontres de groupe, il s'agit de groupes ouverts, de 8 à 10 participants, de 90 minutes et adaptés aux aînés et à leurs problématiques. Les thèmes abordés sont l'expression, l'anxiété, le stress, l'activité, la santé et la cuisine.

- Le groupe « expression » vise à prendre contact avec les émotions ressenties, à développer une meilleure connaissance de soi, à améliorer sa communication verbale et à explorer différents moyens d'expression.

- Le groupe « comprendre l'anxiété » a pour but de comprendre les mécanismes situationnels, émotionnels et cognitifs de l'anxiété, ses manifestations psychologiques et ses conséquences.
- Le groupe « libérer le stress » vise l'exploration et l'expérimentation de stratégies pour diminuer les symptômes du stress ou de l'anxiété.
- Le groupe « santé par l'activité » quant à lui, est un groupe de réactivation qui vise la promotion de l'activité physique pour ses bienfaits sur l'humeur, l'estime de soi, la gestion de l'anxiété et sur la santé physique avec un volet prévention des chutes.
- Le groupe « remue-méninges » fait la promotion des bienfaits de l'activité sur le bien-être et la qualité de vie. Il offre une stimulation globale : physique, intellectuelle et sociale. Il permet de renouer avec la notion de plaisir et d'explorer de nouveaux intérêts. Ce groupe sert de tremplin vers des ressources dans la communauté.
- Le groupe « capsule santé » aborde différents déterminants de santé sous l'angle du vieillissement; sommeil, alimentation, médication, diagnostics et symptômes, ressources communautaires, hébergement, mémoire et réseau social.
- Finalement, le groupe « cuisiner avec astuces » vise à augmenter les sentiments de confiance et de compétence et la reprise de rôles et de responsabilités dans la gestion du quotidien (Programme de Gérontopsychiatrie de l'Hôpital Louis-H Lafontaine, 2012).

Au sein de ces groupes thérapeutiques et au-delà, les ergothérapeutes du programme utilisent plusieurs approches et outils thérapeutiques. En effet, autant dans le secteur ambulatoire qu'à l'hospitalisation, les ergothérapeutes se basent sur certains principes de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), en groupe de thérapie, puisque celle-ci a été démontrée efficace dans plusieurs études dont dans celle sur le « Cognitive Behavioral

Social Skills Training (CBSST) » qui est une combinaison de TCC et d'entraînements d'habiletés sociales(S. J. Bartels & Pratt, 2009; Eric Granholm et al., 2005; E. Granholm et al., 2002; E. e. a. Granholm, 2007; McCarthy Meghan. Mueser Kim T. and Pratt Sarah I, 2008; McQuaid, 2000; Pratt, Van Citters, et al., 2008). Par contre, les thérapies cognitivo-comportementales et psychodynamiques sont davantage utilisées par les psychologues de l'équipe. Aussi, la résolution de problèmes est une approche d'intervention utilisée par les ergothérapeutes du programme sachant qu'elle est vue comme prometteuse surtout pour la dépression(Coalition canadienne pour la santé mentale des personne âgées, 2006). De plus, des groupes de réminiscence sont donnés au sein du programme. Dans la littérature, cette thérapie a démontré à plusieurs reprises son efficacité auprès de cette clientèle(Blazer G. Dan, 2009; Bohlmeijer, 2003; E. Bohlmeijer, 2007; E. Bohlmeijer et al., 2005; Karimi et al., 2010; Watt L.M. Cappeliez P., 2000; Westerhof, 2004; Willemse et al., 2009). Encore, les patients reçoivent de la stimulation et de la remédiation cognitive qui se sont également avérées bénéfiques principalement pour les symptômes négatifs(S. J. Bartels & Pratt, 2009; McGurk & Mueser, 2008). À l'Hôpital, la musicothérapie est utilisée seulement pour les personnes qui sont hospitalisées. Principalement pour des questions administratives et techniques, les personnes de l'unité de réadaptation sont davantage intégrées que celles de l'unité de traitement intensif. Pour ce qui est de l'entretien motivationnel, cette approche est utilisée en individuel lorsque la personne se mobilise peu au quotidien et est davantage dans l'inertie. Pour l'instant, il n'y a pas de groupe d'art-thérapie au sein du programme. Finalement, les ergothérapeutes et autres membres de l'équipe offrent également du suivi dans le milieu de vie (suivi d'intensité variable) par la clinique externe et de l'intervention

en situation de crise qui apporte de bons résultats au niveau de la gestion des symptômes (C Blow Frederic. et al, 2000; Levin & Miya, 2008; Pratt, Van Citters, et al., 2008; Van Citters, 2004; WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), 2004).

Les enjeux issus de la littérature et de la consultation

L'équipe du programme de Gériopsychiatrie de HLHL et ses défis

Lors de ma rencontre avec les ergothérapeutes du programme de gériopsychiatrie de HLHL, les enjeux qui sont ressortis sont la difficulté de répondre aux besoins divers au sein d'une même programmation en raison de l'hétérogénéité de la clientèle, la perte d'autonomie et l'âge avancé de la clientèle qu'ils reçoivent. En effet et tel que défini dans un programme de 2^e et 3^e ligne en gériopsychiatrie, la clientèle du programme présente des problématiques qui sont atypiques, complexes et graves, ce qui fait en sorte que chaque suivi doit être orienté vers différents besoins qui sont spécifiques à chacun, tout en étant abordés, pour la majorité du temps, en groupe. En plus, le grand âge fait en sorte qu'il y a plus de comorbidités à prendre en considération lors des interventions telles l'anxiété, la

¹ Les services de 2^e et 3^e lignes sont spécialisés et surspécialisés, les types de problèmes sont les troubles mentaux graves, complexes et très complexes. La référence se fait par le médecin ou un intervenant de 1^{re} ligne et elles ont comme fonction la consultation et le soutien à la 1^{re} ligne, les soins et suivis de cas complexes, la reprise des cas très graves stabilisés par la 3^e ligne et la télépsychiatrie.

douleur et le taux d'absentéisme élevé de la part des patients. Ces éléments accentuent l'importance d'intervenir en équipe multidisciplinaire et en étroite collaboration avec toutes les ressources disponibles.

À ce propos, les ergothérapeutes ont également soulevé comme enjeux les délais qui sont souvent longs, la mauvaise coordination entre les services de 1re² et de 2e lignes lorsque la clientèle desservie n'a plus besoin d'un plateau technique de services spécialisés et surspécialisés, les longues listes d'attentes pour les ressources d'hébergement, les barrières physiques liées à l'âge avancé, l'âgisme et la stigmatisation au niveau entre autres du transport et des ressources communautaires. Il y a aussi une nécessité dans notre système de soin de santé de réorganiser les services spécialisés de deuxième ligne afin que les personnes travaillant dans ces services soient en mesure de mettre leur expertise à la disposition des intervenants de première ligne par des activités de consultation, de soutien et de formation (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Les ergothérapeutes du programme ont également mentionné la mauvaise perception du processus thérapeutique et la mauvaise perception de soi liée au vieillissement. En effet, il arrive que les patients aient des préjugés face au processus thérapeutique et n'en voient pas l'importance ou l'utilité. De plus, certains d'entre eux se disent trop âgés pour changer. De plus, près de la

² La première ligne a comme fonction les soins et suivis généraux et de base, l'identification des cas complexes et la référence à la 2e ligne et reprend les cas graves stabilisés suite à une référence en 2e ligne.

moitié des personnes âgées avec un trouble mental reconnu ne recherchent et ne reçoivent pas de services de santé mentale (Agronin E. Marc. Maletta J. Gabe., 2006; Bartels S. Drake E. Robert, 2005; S. J. e. a. Bartels, 2002). Ces préoccupations et enjeux rejoignent les difficultés actuelles du réseau de la santé mentale sur le plan de l'accessibilité et de la coordination des services. Parmi les enjeux de notre système de santé, on y retrouve la priorité qu'il faut accorder au rétablissement de la personne dans sa globalité ainsi que les efforts importants qu'il faut investir pour contrer les tabous, les fausses croyances, la stigmatisation, la mauvaise reconnaissance des troubles mentaux chez les personnes âgées, la mauvaise perception du processus thérapeutique et la mauvaise acceptation de soi face au stéréotype du vieillissement (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Une autre préoccupation soulevée par les ergothérapeutes du programme est l'importance d'accentuer le soutien auprès des aidants et de la famille.

Discussion

Retour sur les résultats

Les meilleures pratiques en réadaptation pour les personnes âgées ayant un trouble mental grave

L'objectif de ce travail était d'identifier les meilleures pratiques de réadaptation pour soutenir le rétablissement des personnes âgées souffrant d'un trouble psychiatrique grave. L'objectif était aussi d'identifier les défis et enjeux vécus par les ergothérapeutes du programme de gérontopsychiatrie de HLHL qui se situe en 2^e et 3^e lignes des services de santé mentale.

Les principaux constats de ce travail d'intégration sont :

- Très peu d'études s'intéressent spécifiquement à l'efficacité des interventions psychosociales pour les personnes âgées atteintes de troubles mentaux.
 - Les données sur les interventions psychosociales pour la schizophrénie sont limitées. Les recherches de littérature sur Medline et PsycInfo ont révélé qu'un pour cent (1 %) seulement des articles sur la schizophrénie ont été axés sur les personnes vieillissantes (Cohen I. Carl, 2000).
 - La prise en charge du sujet âgé bipolaire a été très peu étudiée et l'efficacité de la psychothérapie pour les personnes âgées bipolaires n'a pas encore été adressée dans la littérature psychiatrique (Clément, 2010).
 - À l'exception d'études de cas, il n'y a pas d'études publiées qui se sont concentrées sur les troubles de la personnalité chez les aînées. Une étude a conclu que la personnalité dépendante et la personnalité évitante pourraient répondre mieux aux

traitements parce que ces patients sont plus enclins à travailler en collaboration avec le thérapeute et à suivre les recommandations(Blazer G. Dan. et al., 2007).

- Les personnes âgées peuvent tirer profit de la psychothérapie et d'autres approches thérapeutiques et de réadaptation. Cependant, la majorité de ces approches sont les mêmes que celles recommandées chez l'adulte (thérapie de soutien ou interpersonnelle, thérapie cognitivo-comportementale, approche comportementale et de réadaptation cognitive)(Conseil consultatif national sur le troisième âge, 2002).
- Seule l'approche utilisant la réminiscence semble unique à la clientèle âgée(Bohlmeijer, 2003; E. Bohlmeijer, 2007; E. Bohlmeijer et al., 2005; Karimi et al., 2010; Watt L.M. Cappeliez P., 2000; Westerhof, 2004; Willemse et al., 2009).
- Les principaux enjeux au niveau du programme de Gérontopsychiatrie de HLHL sont l'hétérogénéité de la clientèle et la difficulté de répondre aux besoins divers, la perte d'autonomie et l'âge avancé et la mauvaise coordination entre les services de 1^e et de 2^e ligne.

Psychothérapie adaptée pour les personnes âgées

Dans le livre de Agronin et Maletta(2006) intitulé « Principles and Practice of Geriatric Psychiatry », les auteurs abordent différentes adaptations pouvant être apportées aux psychothérapies auprès des personnes âgées. Nombre d'interventions psychosociales utilisées avec les jeunes adultes ayant des troubles de santé mentale grave, y compris le traitement communautaire, l'entraînement d'habiletés et la thérapie familiale, pourraient facilement être utilisées avec les adultes plus âgés. Toutefois, les différences dans la nature

des déficiences chez les personnes âgées avec des troubles de santé mentale suggèrent la nécessité d'une attention particulière pour la mise en place de modifications spécifiques.

Le niveau de **fonctionnement cognitif** des personnes âgées ayant des troubles de santé mentale grave a un impact sur le bien-être et les habiletés de vie quotidienne. Il est donc important d'adapter les interventions psychosociales et d'accommoder la détérioration des habiletés cognitives dans les interventions. Un entraînement plus long et plus fréquent aux nouveaux apprentissages, du nouveau matériel où l'opportunité de pratiquer davantage les nouvelles habiletés peut être particulièrement importante dans les programmes de réadaptation psychiatrique pour personnes âgées. Il serait aussi important que le rythme de l'apprentissage soit plus lent, le programme plus court et que soient utilisées des stratégies mnémotechniques. Une des méthodes utilisées pour diminuer le rythme de la thérapie est la méthode de le dire, de le montrer et de le faire (Agronin E. Marc. Maletta J. Gabe., 2006). Cette méthode permet d'avoir l'assurance que l'apprentissage des concepts et des habiletés est adéquat. En premier, il y a des explications ensuite, le thérapeute montre l'habileté et finalement, le patient l'essaye.

Les techniques utilisées dans les approches psychosociales doivent également être adaptées pour accommoder les **déficits sensoriels**. Imprimer dans des caractères plus gros, avoir des écrans auditifs, des appareils et accessoires fonctionnels et porter attention au volume et à l'acoustique des salles de traitement, s'asseoir plus près du client, parler lentement et avec un ton bas et si nécessaire utiliser un amplificateur sont quelques stratégies pouvant être mises à profil dans l'intervention auprès des personnes âgées (Agronin E. Marc. Maletta J. Gabe., 2006).

En adaptant ainsi les façons d'intervenir, la personne âgée apporte une force unique à la thérapie; leur expérience, leur sagesse et leurs habiletés de résolution de problème doivent être mises à profil par les thérapeutes(Agronin E. Marc. Maletta J. Gabe., 2006).

La place de l'ergothérapeute en gérontopsychiatrie, quelle est-elle?

Les soins de santé mentale offerts aux personnes âgées se définissent comme la diminution de la détresse chez le patient et sa famille, l'amélioration et le maintien du fonctionnement et la mobilisation de la capacité de l'individu à vivre de façon autonome, que les patients vivent à leur domicile ou dans un établissement de soins. Un certain degré d'autonomie devrait être possible dans tous les milieux(Conseil consultatif national sur le troisième âge, 2002). L'ergothérapeute a pour rôle de maximiser l'indépendance et la maintenir au plus haut niveau possible. Il est un intervenant incontournable dans le processus de réadaptation, d'adaptation et d'intégration sociale des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie.

L'ergothérapeute doit établir une alliance thérapeutique, s'impliquer dans un processus d'analyse et de compréhension de la problématique, de ces éléments et de leurs impacts et présenter un bilan du fonctionnement biopsychosocial. Celui-ci a une vision holistique de la personne âgée qui tient compte de son potentiel et de ses limites dans une visée de qualité de vie optimale. Les déficiences chez les personnes âgées avec des troubles de santé mentale suggèrent la nécessité d'une attention aux modifications spécifiques dues à l'âge dans les approches de traitement. Il y a donc un besoin d'adapter les interventions

psychosociales et d'accommoder la détérioration des habiletés cognitives. Les techniques utilisées dans les approches psychosociales doivent aussi être adaptées pour accommoder les déficits sensoriels. Dans un même ordre d'idées, l'ergothérapeute peut améliorer le fonctionnement optimal de la personne et favoriser l'adaptation à ses problèmes de santé dans le but que la personne présente une absence, une diminution ou une gestion de ses symptômes et qu'elle participe à son cheminement thérapeutique afin de se réapproprier un sentiment de responsabilité et de pouvoir personnel. D'où l'importance pour l'ergothérapeute d'adapter ses interventions en fonction des déficits cognitifs et sensoriels propres à la personne âgée et au vieillissement normal. Il doit être centré sur la personne en diminuant le rythme des activités, en raccourcissant les séances, en apportant des aides visuels ou auditifs, etc. Cette personne appliquera des stratégies adaptatives pour composer avec ses difficultés, présentera une meilleure connaissance de soi, de ses forces et de ses besoins et intégrera ou réintègrera ses activités significatives dans un environnement adapté à ses besoins. De plus, l'ergothérapeute tente de prévenir les rechutes et protège la personne des dangers pour elle-même et autrui (Hôpital Louis-H Lafontaine. direction des services cliniques, 2009).

En plus des différentes interventions, le travail interdisciplinaire au sein d'une équipe de gériatrie en santé mentale est essentiel. En effet, une étude a démontré une diminution des symptômes dépressifs et des hospitalisations ainsi qu'une augmentation de la satisfaction de vie à 6 mois sur 69 personnes âgées ayant un trouble de santé mentale grave chez qui une intervention interdisciplinaire était présente (Cummings, 2009).

Somme toute, l'ergothérapeute doit agir à titre d'expert de l'occupation en utilisant des processus fondés sur les données probantes et qui sont centrés sur l'occupation notamment les soins personnels, les activités productives et les loisirs. Ceci a encore plus d'importance puisque la littérature a démontré que la personne âgée qui a un trouble de santé mentale grave nécessite de l'entraînement d'habiletés fonctionnelles. Aussi, l'ergothérapeute doit être un bon communicateur avec la personne âgée en utilisant des modes de communication orale, écrite, non verbale et électronique, qui est adaptée à la personne âgée.

Conclusion

Il est reconnu qu'un modèle de soins biopsychosocial, incorporant une compréhension de l'impact des facteurs psychologiques, sociaux, physiques et environnementaux sur la santé mentale est le modèle de soins le plus approprié pour les personnes âgées qui ont des troubles de santé mentale. Par contre, l'efficacité de plusieurs approches de traitements psychosociaux a été établie pour les personnes plus jeunes ayant des troubles de santé mentale grave, mais le développement au niveau des personnes âgées est plus lent. La psychothérapie a été démontrée comme étant un traitement efficace pour un nombre de troubles mentaux chez les personnes âgées (Blazer G. Dan. et al., 2007). Pour plusieurs types de psychothérapies, incluant celles qui sont cognitivo-comportementales et interpersonnelles, beaucoup d'évidences existent déjà pour supporter leur utilisation chez la personne âgée. D'autres approches émergentes ont produit de résultats prometteurs comme l'approche comportementale (S. J. Bartels & Pratt, 2009; Mausbach, 2008; McCarthy Meghan. Mueser Kim T. and Pratt Sarah I, 2008; Mueser et al., 2010; T. Patterson, 2003; Thomas L. Patterson et al., 2006; Pratt, Bartels, et al., 2008; Pratt, Van Citters, et al., 2008; Zarit H. Steven, 2007) et la thérapie de réminiscence (Bohlmeijer, 2003; E. Bohlmeijer, 2007; E. Bohlmeijer et al., 2005; Karimi et al., 2010; Watt L.M. Cappeliez P., 2000; Westerhof, 2004; Willemse et al., 2009).

Finalement, ce travail m'aura permis de réaliser qu'il y a d'importantes différences entre les besoins des jeunes, des personnes d'âge mûr et des personnes âgées atteints d'une maladie

mentale grave. Pour répondre aux besoins des adultes plus âgées, il faut un système adapté à leur situation particulière. L'ergothérapeute est un professionnel de la santé qui peut répondre adéquatement à ces besoins puisqu'il a une vision holistique de la personne et la considère dans sa globalité. Il est en mesure d'adapter ses interventions pour la personne qui présente des déficits cognitifs et sensoriels soit en mesure de progresser à son plein potentiel tout au long du processus de rétablissement. Toutefois, il faudrait effectuer d'autres travaux pour veiller à ce que le traitement des adultes plus âgés tienne compte de ces différences et se fonde sur les meilleures pratiques (Bartels S. Drake E. Robert, 2005; Bedard, Gibbons, & Dubois, 2007). Une formation efficace des cliniciens sur les pratiques factuelles sera une composante essentielle de l'intégration de ces pratiques dans le processus thérapeutique et d'amélioration de la qualité des services de santé mentale pour les personnes âgées (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 2002).

Annexe 1

Sites gouvernementaux et universitaires

Santé Canada - Santé mentale
Seniors Canada – Government of Canada
Site du Gouvernement de la Colombie-Britannique
University of Victoria Centre on Aging
University of Manitoba Centre on Aging
Sherbrooke Research Centre on Aging
McGill Centre for Studies in Aging
The Royal college of psychiatrists
National Initiative for Care of the Elderly
Réseau National pour la Santé Mentale
Advocacy Centre for the Elderly
Ontario Mental Health Foundation

Sociétés

Société canadienne de schizophrénie
Société québécoise de la schizophrénie
American Geriatrics Society
Canadian Geriatrics Society

Associations

Australian and New Zealand association of psychiatry
American psychiatric association
Association nationale française des ergothérapeutes
Ontario Psychiatric Association
Ontario Psychogeriatrics Association
World Psychiatric Association
The Canadian Association of Gerontology
Long-Term Care Medical Directors Association of Canada
American Association for Geriatric Psychiatry

International Psychogeriatrics Association

The Canadian Mental Health Association – Aging and Mental Health

La base de données de l'Association médicale canadienne sur les guides de pratique

Royal College of Psychiatrists (U.K.) - Older People

World federation of occupational therapist

Association des psychiatres du Canada

Association canadienne des ergothérapeutes (ACE)

Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ)

British association for psychopharmacology

Canadian network for mood and anxiety treatments

SAMHSA

Hôpitaux et Instituts

Hôpital Louis-H Lafontaine

Institut Philippe Pinel

National Institute for health and Clinical Excellence (NICE)

National Institute of Mental Health

Site internet Institut universitaire en santé mentale Douglas

Site internet Institut universitaire en santé mentale de Québec

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Annexe 2

Tableau 3 : Recension des articles utilisés dans la base de données Medline

Base de données	Mots clés	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus	Nombre d'articles retenus suite à la lecture du résumé	Nombre d'articles retenus suite à la lecture de l'article
Medline	Anxiety Disorders/ [Rehabilitation] AND (aged or elderl* or senior*or geriatr*)	21	4	1	
	Personnality Disorders /[Rehabilitation] AND (aged or elderl* or senior* or geriatr*)	7	3	0	
	Depressive Disorder, Major /[Rehabilitation] AND (aged or elderl* or senior* or geriatr*)	32	9	1	
	Schizophrenia/ [Rehabilitation] AND (aged or elderl* or senior* or geriatr*)	93	32	12	

anxiety disorders/ or mood disorders/ or personality disorders/ or "schizophrenia and disorders with psychotic features"/ AND (aged or elderl* or senior* or geriatr*) AND (rehabilitation or occupational therap*)	30	3	1	
(aged or elderl* or senior* or geriatr*) AND severe mental illness	78	24	11	
(mental disorder* or mental illness* or psychiatric disorder* or psychiatric illness) AND (aged or elderl* or senior* or geriatr*) AND (rehabilitation or occupational therap*)	112	18	12	
exp Aged/ AND Best practices or guidelines AND exp *Mental Disorders/[Rehabilitation]	29	3	1	

	OR Occupational Therapy AND Exp* Mental Disorders/				
--	----------------------------------------------------------	--	--	--	--

Tableau 4 : Recension des articles utilisés dans la base de données All EBM Reviews

Bases de données	Mots clés	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus	Nombre d'articles retenus suite à la lecture du résumé	Nombre d'articles retenus suite à la lecture de l'article
All EBM Reviews	(mental disorder* or mental illness* or psychiatric disorder* or psychiatric illness) AND (rehabilitation or occupational therap*) AND (aged or elderl* or senior* or geriatr* or geronto*)	18	9	5	
	Schizophrenia/ [Rehabilitation] AND (aged or elderl* or senior* or geriatr* or geronto*)	9	7	2	

Depressive Disorder, Major/ [Rehabilitation] AND (aged or elderl* or senior* or geriatr* or geronto*)	1	1	1	
Personality Disorders/ [Rehabilitation] AND (aged or elderl* or senior* or geriatr* or geronto*)	0			
Anxiety Disorders/ [Rehabilitation] AND (aged or elderl* or senior* or geriatr* or geronto*)	3	0		
practice guidelines AND (mental disorder* or mental illness* or psychiatric disorder* or psychiatric illness) AND (aged or elderl* or senior* or geriatr* or geronto*)	2	2	0	

Tableau 5 : Recension des articles utilisés dans la base de données Embase

Bases de données	Mots clés	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus	Nombre d'articles retenus suite à la lecture du résumé	Nombre d'articles retenus suite à la lecture de l'article
Embase	mental disease/ or anxiety disorder/ or mood disorder/ or personality disorder/ or psychosis/ AND aged/ AND rehabilitation/ or geriatric rehabilitation/ or occupational therapy/	71	5	3	

Tableau 6 : Recension des articles utilisés dans la base de données Cinahl

Bases de données	Mots clés	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus	Nombre d'articles retenus suite à la lecture du résumé	Nombre d'articles retenus suite à la lecture de l'article
Cinahl	("Personality Disorders") OR ("Psychotic Disorders")	26	4	4	

	OR ("Schizophrenia") OR ("Mental Disorders/RH") AND Aged AND Rehabilitation				
--	--------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

Tableau 7 : Recension des articles utilisés dans la base de données OT Seeker

Bases de données	Mots clés	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus	Nombre d'articles retenus suite à la lecture du résumé	Nombre d'articles retenus suite à la lecture de l'article
OT Seeker	Rehabilitation Diagnosis/ sousdiscipline : mental health/behavioural difficulties Age group : gerontology	4	4	2	
	Guidelines Diagnosis/ sousdiscipline : mental health/behavioural difficulties Age group : gerontology	2	2	2	

Tableau 8 : Recension des articles utilisés dans la base de données PsycInfo

Bases de données	Mots clés	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus	Nombre d'articles retenus suite à la lecture du résumé	Nombre d'articles retenus suite à la lecture de l'article
PsycInfo	mental disorders/ or affective disorders/ or anxiety disorders/ or chronic mental illness/ or personality disorders/ or psychosis/ or schizoaffective disorder/ AND "Aged (Attitudes Toward)"	15	8		
	mental disorders/ or affective disorders/ or anxiety disorders/ or chronic mental illness/ or personality disorders/ or psychosis/ or schizoaffective disorder/ AND rehabilitation/ or treatment/ or cognitive	32	5		

	rehabilitation/ or occupational therapy/ or psychosocial rehabilitation/ AND mueser kim t.				
	rehabilitation/ or treatment/ or cognitive rehabilitation/ or occupational therapy/ or psychosocial rehabilitation/ AND mental disorders/ or affective disorders/ or anxiety disorders/ or chronic mental illness/ or personality disorders/ or psychosis/ or schizoaffective disorder/ AND bartels stephen j.	7	5		
	(pratt s or pratt sarah i).	24	10		

Annexe 3

Tableau 9 : Grille des interventions recensées dans la littérature

Interventions proposées et/ou évaluées	
Description de l'intervention	
Auteurs supportant la pratique	Synthèse des écrits
PSYCHOTHÉRAPIES	
Psychothérapie relationnelle - Psychothérapie de soutien	
<p>Elle s'exerce naturellement à l'occasion de chaque rencontre et se confond avec ce qu'on appelle, de façon générale, la prise en charge du patient. Le thérapeute constitue une figure privilégiée de référence en cas de crise ou de menace suicidaires. Le soutien peut parfois s'exercer à l'endroit des proches et de ceux qui ont en charge le patient. La relation d'aide et d'assistance a également pour but de soutenir le sujet âgé dans la reconnaissance et l'acceptation de capacités diminuées et d'une dépendance plus grande. Techniques : écoute, identification des besoins, réassurance, encouragement, suggestion, intervention sur l'environnement, accompagnement.</p>	
<p>Clément(2010) aborde cette intervention toutefois, aucun article spécifique n'a été trouvé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Établissement d'une relation de confiance durable entre le professionnel et son patient âgé. -Appréciation plus juste et mieux adaptée de la situation du malade et donc de son traitement. -Information donnée sur le trouble actuel, l'amélioration de l'observance d'un éventuel traitement médicamenteux associé, la gestion des relations avec l'environnement familial et social, la valorisation des attentes positives à

	<p>l'égard de la vie.</p> <p>- meilleure gestion des problèmes de santé physique.</p>
<p>Psychothérapie relationnelle - Thérapie interpersonnelle</p>	
<p>(lorsque le contexte pathologique et la capacité d'introspection de la personne âgée le permettent)</p>	
<p>Importance des interactions entre l'individu et son environnement psychosocial durant toute la vie, l'attachement et le lien social dans l'existence humaine. Thérapie brève structurée, 12 à 15 séances une fois par semaine. But : réduire les symptômes et améliorer l'estime de soi et d'autre part, aider le patient à développer des stratégies plus efficaces dans les relations sociales et interpersonnelles et ainsi accroître les capacités à gérer les agents stressants relationnels et à susciter suffisamment de renforcements sociaux sur son environnement relationnel. Techniques utilisées : jeux de rôles, analyse de la communication, clarification des besoins et désirs de la personne et les liens entre l'affect et l'environnement.</p>	
<p>(Iselin M. Hinrichsen G., 2008)</p> <p>(Blazer G. Dan. et al., 2007)</p> <p>(Blazer G. Dan, 2009)</p>	<p>-Diminution importante des symptômes dépressifs et moins enclins à abandonner le traitement</p>
<p>Psychothérapie psychodynamique psychanalytique</p>	
<p>Les clients sont invités à parler de leurs expériences passées et à explorer comment ces expériences influencent leurs relations actuelles. Psychothérapie individuelle en face à face ou en position de relaxation allongée, psychodrame groupal, travail en couple ou groupe familial.</p>	
<p>(Jacoby Robin. & coll., 2008)</p> <p>(Blazer G. Dan, 2009)</p>	<p>La thérapie psychodynamique a été moins étudiée que les autres traitements pour les personnes âgées. Il y a quelques études qui disent que cette thérapie est efficace pour traiter</p>

	la dépression chez les personnes âgées.
Gestalt-thérapie	
<p>Consiste à restaurer, voire à accroître l'expérience de contact de la personne âgée avec son environnement en proposant des conditions de contacts optimales, en créant un champ où l'environnement, le thérapeute, par son attitude, stimule la personne, suscite son intérêt, éveille sa conscience. Cependant avec la personne âgée, le thérapeute doit être particulièrement attentif aux contraintes existentielles, aux douleurs qu'elles impliquent pour la grande majorité des sujets.</p>	
Aucun article n'a été recensé sur cette intervention toutefois, Clément(2010) l'aborde dans son livre.	
Hypnose	
<p>État modifié de conscience ainsi que les techniques permettant de créer cet état. Indications de l'hypnose chez la personne âgée : Soulager la douleur aiguë et l'anxiété qui y est associée, soulager la douleur chronique, traiter les symptômes et les phobies, améliorer la qualité et la durée du sommeil, traiter un certain nombre de problèmes comportementaux, modifier le ressenti corporel, essayer d'alléger la longue liste de médicaments que prennent les personnes âgées.</p>	
Aucun article n'a été recensé sur cette intervention toutefois, Clément(2010) l'aborde dans son livre.	
Thérapie cognitivo-comportementale	
<p>Thérapies interactives qui nécessitent l'intervention et la participation active du patient. La thérapie comportementale vise la modification des schémas cognitifs, modifier les attitudes pathologiques préalablement identifiées par le thérapeute. La psychothérapie cognitive se définit comme une approche structurée, limitée dans le temps, centrée sur le comment faire face aux difficultés</p>	

rencontrées dans la réalité quotidienne par la prise de conscience et la modification des pensées dysfonctionnelles et inadaptées. La thérapie cognitivo-comportementale s'appuie sur une triade thérapeutique, il s'agit de l'interaction permanente entre l'émotion (ce que je ressens), le comportement (ce que je fais) et les cognitions (ce que je pense, ce que je me dis). Objectif : renforcer l'image de soi et le sentiment d'efficacité personnelle.

(Clément, 2010)

(Blazer G. Dan, 2009)

-TCC chez la personne anxieuse : les différentes études, portant sur divers troubles anxieux montrent l'applicabilité de la relaxation, de l'exposition(en imagination ou in vivo) et de la restructuration cognitive avec la personne âgée. Elles démontrent de bons résultats qui se maintiennent dans le temps. Par contre, il faut adapter les techniques habituelles, acclimater les traitements aux changements physiques et/ou cognitifs qui influencent l'apprentissage : favoriser la verbalisation, le « coping », la reformulation, la répétition, la résolution de problème et l'adaptation des exercices d'exposition.

-TCC dans les troubles dépressifs du sujet âgé : développée depuis de longues années. Des études proposent des techniques de résolution de problème, de plan d'activité quotidienne, de distanciation, d'identification et de modification

	<p>des pensées automatiques, d'expression des sentiments et de mise à jour des schémas.</p> <p>Les auteurs ont montré que la restructuration a un impact positif sur la modification des pensées automatiques.</p>
-Exemple d'une approche TCC : Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST)	
<p>Combinaison de thérapie cognitivo-comportementale et d'entraînement d'habiletés sociales.</p> <p>Offre un entraînement aux habiletés de gestion de la maladie et de restructuration cognitive en trois modules pendant plus de 24 semaines.</p> <p>Module 1 : s'arrêter et penser avant d'agir</p> <p>Module 2 : identifier les signes précurseurs de rechutes et obtenir l'appui des autres quand les signes apparaissent.</p> <p>Module 3 : approche de résolution de problèmes pour enseignement d'habiletés pour faire face aux symptômes persistants.</p>	
<p>(S. J. Bartels & Pratt, 2009)</p> <p>Essai randomisé n =76 schizophrénie ou maladie schizoaffective</p> <p>(Pratt, Van Citters, et al., 2008)</p> <p>(Eric Granholm et al., 2005; E. Granholm et al., 2002)</p> <p>(McCarthy Meghan. Mueser Kim T. and Pratt Sarah I, 2008)</p> <p>(McQuaid, 2000)</p> <p>(E. e. a. Granholm, 2007)</p>	<p>-Améliorations significatives dans le fonctionnement social spécialement dans les activités de loisirs, au niveau cognitif et dans la performance dans la compréhension des modules.</p> <p>-Diminution des symptômes positifs et dépressifs.</p> <p>-Les techniques de restructuration cognitive accompagnées de l'entraînement d'habiletés traditionnelles sont efficaces.</p>

<p>Essai randomisé n= 76 moyennes d'âge de 54.5 ans (E. Granholm et al., 2002)</p>	<p>- Les personnes âgées atteints de schizophrénie sont capable d'apprendre et de maintenir ses nouvelles habiletés et ont montré une amélioration du fonctionnement de soi 1 an après la fin du traitement.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tableau 10 : Grille des interventions recensées dans la littérature

<p align="center">REHABILITATION COGNITIVE ET PSYCHOSOCIALE, RÉÉDUCATION ET STIMULATIONS</p>	
<p>Interventions centrées sur la cognition</p>	
<p>1. stimulation cognitive</p>	
<p>Exercices cognitifs visant à réveiller les capacités préservées</p>	
<p>(Clare L. Woods B. , 2003)</p>	<p>Malgré les évidences positives sur la démence, les données probantes sont insuffisantes pour voir l'approche comme étant efficace.</p>
<p>2. thérapie d'orientation par rapport à la réalité</p>	
<p>Aider à compenser des déficits mnésiques et la désorientation des sujets confus ou déments en remémorant de l'information personnelle au patient. Consiste à adapter l'environnement du sujet de manière à lui fournir un maximum d'information afin d'améliorer sa perception de son environnement et de favoriser son orientation.</p>	
<p>(Clément, 2010)</p>	<p>6 essais cliniques randomisés concluent qu'il y a des améliorations en termes de cognition et de comportements pour la démence.</p>

3. réhabilitation cognitive	
Fournir des aides à la mémorisation face à des problèmes concrets définis au préalable avec la personne malade et son aidant	
(S. J. Bartels & Pratt, 2009) (McGurk & Mueser, 2008) 2 essais randomisés n=34 45 ans et plus, n=42 en bas de 45 ans	-Amélioration minime dans le fonctionnement cognitif - Réduction significative des symptômes négatifs.
Interventions centrées sur l'affect et le comportement	
1. thérapie de réminiscence (thérapie par évocation du passé)	
<p>Il s'agit de préserver et renforcer l'identité de la personne souffrant de troubles cognitifs au moyen de support multi sensoriels propres à remémorer des expériences positives du passé, la rencontre d'une sensation et d'une émotion permettant l'élaboration d'une reconnaissance perceptive. Si elle est réalisée en groupe, elle offre de plus la possibilité de renforcer le sentiment d'appartenance sociale à travers l'échange de souvenirs et l'expression des émotions. Les participants sont invités à évoquer leurs souvenirs autobiographiques, avec le soutien matériel de médias et d'objets significatifs.</p> <p>-but : aider les personnes âgées avec des troubles de santé mentale grave à développer une histoire de vie cohérente et significative</p> <p>- pour les participants ayant un trouble psychotique et les participants ayant un niveau modéré à élevé de symptômes dépressifs.</p> <p>-intervention doit être hautement structurée avec un accent central sur les détails positifs.</p> <p>-séance individuelle ou de groupe, au moins une fois par semaine</p>	
(Willemse et al., 2009) n=46 de 55 ans et plus (Karimi et al., 2010) n=29 de 60 ans et plus	-Bénéfices : bonheur de retrouver un sentiment d'identité et d'appartenance, possibilité de

<p>avec des symptômes dépressifs de moyen à sévères</p> <p>(E. Bohlmeijer, 2007)</p> <p>(E. Bohlmeijer et al., 2005) combinaison avec l'expression créative, n=79 moyenne d'âge de 66 ans</p> <p>(Watt L.M. Cappeliez P., 2000) n=26 de 60 ans et plus ayant des symptômes dépressifs de modérés à sévères</p> <p>(Westerhof, 2004)</p> <p>(Bohlmeijer, 2003)</p> <p>(Blazer G. Dan, 2009)</p>	<p>resserrer les liens entre la personne malade et ses proches.</p> <p>-Le programme est faisable et acceptable pour les adultes ayant une maladie mentale grave</p> <p>- bénéfices potentiels : satisfaction de vie sensiblement plus grande après l'intervention, augmentation de la confiance en soi, capable de placer les événements passés en perspective, pensent positivement à propos d'eux</p> <p>-Réduction significative des symptômes dépressifs</p> <p>-Selon la méta-analyse de 15 études contrôlées : il y a une influence modérée de la réminiscence sur la satisfaction de vie et sur le bien-être. « Life-review » a des effets plus significatifs sur le bien-être psychologique que la simple réminiscence. La réminiscence a un effet plus grand sur les personnes qui vivent dans la communauté que les personnes qui vivent en institution.</p> <p>- la réminiscence en général, mais plus spécialement la « life-review » est potentiellement efficace pour améliorer le bien-être psychologique des personnes âgées</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	-résultats significatifs en termes de cognition, humeur, habiletés fonctionnelles et sur les soignants.
2. thérapie de validation	
Basée sur le principe général de l'acceptation de la réalité de la personne et de la validation de ses expériences	
Neal et Barton Wright (2003)	Trois études pour la démence, deux montrant des effets positifs. Toutefois, les examinateurs ont conclu que la preuve était insuffisante pour afficher l'approche aussi efficace.
3. approches psychothérapeutiques à visée relationnelle	
Psychothérapie brève ciblée sur l'identification des conflits interpersonnels entretenant des troubles émotionnels. S'adresse à des personnes situées à un stade précoce à modéré de maladie d'Alzheimer.	
(Clément, 2010)	Aucun effet significatif n'a été constaté en termes de cognition, de symptomatologie dépressive ou d'amélioration du statut fonctionnel.
4. thérapie comportementale	
Functional Adaptation Skills Training (FAST)	
Séances de groupe visant à l'amélioration des habiletés fonctionnelles telles que la gestion des finances, faire et maintenir un calendrier, prendre les transports publics, communiquer et gérer la maladie. Cette approche utilise le modelage, la répétition et le renforcement positif.	
(S. J. Bartels & Pratt, 2009)	Améliorations significatives dans les

<p>Essai randomisé, schizophrénie (n=240) (40 et plus) (Pratt, Van Citters, et al., 2008)</p> <p>Essai randomisé n= 32 moyennes d'âge de 47,9 ans. (T. Patterson, 2003)</p> <p>(McCarthy Meghan. Mueser Kim T. and Pratt Sarah I, 2008)</p> <p>(Thomas L. Patterson et al., 2006)</p> <p>(Mausbach, 2008)</p>	<p>compétences sociales et dans les compétences fonctionnelles quotidiennes comparées au groupe contrôle. Par contre, pas d'amélioration significative pour la gestion de la médication.</p> <p>Les personnes âgées ayant une schizophrénie depuis longtemps (en moyenne 21 ans) peuvent bénéficier d'une participation à un programme d'entraînements d'habiletés.</p>
PEDAL (Programa de Entrenamiento para el Desarrollo de Aptitudes para Latinos)	
<p>Version espagnole de FAST</p> <p>Le but est d'améliorer les habiletés fonctionnelles de la vie quotidienne. L'intervention se concentre sur 6 sphères du fonctionnement de la vie quotidienne; la gestion de la médication, les habiletés sociales, les habiletés de communication, l'organisation, les déplacements et la gestion financière.</p>	
<p>(S. J. Bartels & Pratt, 2009)</p> <p>(Mausbach, 2008)</p> <p>(Thomas L Patterson et al., 2005)</p> <p>Essai randomisé longitudinal n= 29 schizophrénie d'âge moyen à âgé (40 ans et plus) *la plupart de la population était d'âge moyen et l'échantillon était petit</p>	<p>Une intervention culturellement adaptée peut être efficace pour améliorer les résultats fonctionnels et le bien-être général tout en réduisant les symptômes psychotiques dans l'ensemble des latinos souffrant de troubles psychotiques persistants.</p> <p>-encore efficace après 12 mois</p> <p>-considère les valeurs culturelles</p>

- Helping Older People Experience Success (HOPES)	
Combinaison de l'entraînement d'habiletés fonctionnelles et intervention d'autogestion	
(S. J. Bartels & Pratt, 2009) Essai randomisé n=183 de 50 ans et plus avec schizophrénie ou maladie schizoaffective, bipolaire, autres troubles psychotiques ou traitement réfractaires à la dépression. (Mueser et al., 2010) (McCarthy Meghan. Mueser Kim T. and Pratt Sarah I, 2008) (Pratt, Bartels, et al., 2008)	-Amélioration du fonctionnement social -meilleure identification de la maladie. -amélioration de l'autogestion -Amélioration des habiletés fonctionnelles comme l'hygiène personnelle, la préparation de repas, les habiletés d'autogestion. - diminution des comportements inadéquats
Skills training and health care management (ST+HM)	
Combinaison d'entraînement d'habiletés fonctionnelles avec l'autogestion	
Destiné à traiter simultanément les problèmes psychiatriques et problèmes de santé associés, à travers une réadaptation et un modèle soutien au fonctionnement. Entraînements d'habiletés sociales de base, éducation à la santé et à la médication, psychoéducation sur l'autogestion de la maladie, habiletés de gestion de la médication, habiletés sociales de communication. Techniques : instructions didactiques, jeu de rôles, résolution de problèmes, pratique in vivo et devoirs.	
(S. J. Bartels et al., 2004) N=24 de 60 ans et plus Diagnostic : schizophrénie, maladie schizoaffective, bipolaire, désordre psychotique, dépression réfractaire aux traitements	Amélioration du fonctionnement social et des habiletés quotidiennes (hygiène personnelle et apparence, préparation de repas, autogestion) Meilleure identification des conditions médicales non détectées antérieurement

Traitement dans la communauté	
Le programme PACT (Services de réadaptation, support pour la prise de médication, gestion de cas, intervention de crise)	
(Pratt, Van Citters, et al., 2008) (Van Citters, 2004) 65 ans et plus (Levin & Miya, 2008) (WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), 2004) (C Blow Frederic. et al, 2000)	Identification des personnes âgées isolées ayant une maladie mentale, amélioration des symptômes psychiatriques PACT apparaît comme un modèle prometteur Plus efficace que les soins réguliers pour gérer la dépression, la démence et les autres troubles mentaux chez la personne âgée
Interventions centrées sur l'environnement	
Aucun article trouvé	
Techniques de stimulation sensorielle et thérapie de médiation	
1. musicothérapie	
Jouer et écouter de la musique. Passive ou active, elle aide les personnes à continuer à être en relation lorsque leur communication verbale s'estompe. Elle offre de nombreuses perspectives en termes d'expression des émotions et des angoisses dans un but d'apaisement.	
Clément aborde cette approche, mais aucun article n'a été trouvé	
2. art-thérapie	
Permet et soutient un processus de création, de symbolisation et de métaphore propre à sublimer la souffrance.	
Aucun article n'a été trouvé, mais Clément l'aborde dans son ouvrage	

3. aromathérapie	
Utilisation d'huiles essentielles pour fournir une expérience sensorielle et une interaction avec le thérapeute.	
Aucun article n'a été trouvé, mais Clément l'aborde dans son ouvrage	
4. stimulation sensorielle de type Snoezelen	
Repose sur la stimulation des cinq sens, dans le but d'apaiser les troubles affectifs ou comportementaux, soit, au contraire, de stimuler le patient apathique en faisant varier la nature de la stimulation.	
Aucun article n'a été trouvé, mais Clément l'aborde dans son ouvrage	
5. luminothérapie	
Elle consiste à exposer les yeux à une lumière d'intensité et de spectre lumineux spécifique proche de la lumière solaire.	
Aucun article n'a été trouvé, mais Clément l'aborde dans son ouvrage	
6. Thérapie assistée par les animaux « animal-assisted therapy » ou zoothérapie	
Le traitement encourage la mobilité, les contacts interpersonnels, la communication, renforce les activités de la vie quotidienne incluant hygiène personnelle, autogestion, à travers l'utilisation de chats et de chien comme des « modeling companions ».	
(Barak Y., 2001) Petit échantillon, n=10 schizophrénie moyenne d'âge 79 ans	Améliore la socialisation, les activités de la vie quotidienne et le bien-être général

Interventions centrées sur l'entourage du patient	
- Soutien à la famille et aux aidants	
Pour maintenir le support social qui peut repousser l'institutionnalisation.	
(Pratt, Van Citters, et al., 2008) (Blazer G. Dan. et al., 2007)	-Le soutien familial est critique pour le succès du traitement chez les personnes âgées dépressives. -Réduit le stress

Tableau 11 : Grille des interventions recensées dans la littérature

THÉRAPIES CORPORELLES	
Thérapie psychomotrice	
Exercices comme la marche et les jeux de balle	
Aucun article trouvé, mais Clément(2010) l'aborde dans son ouvrage.	Les prises en charge psychocorporelles du sujet âgé sont devenues des outils thérapeutiques indispensables en psychiatrie du sujet âgé de par leur diversité et leur efficacité, associées ou non aux médicaments.

Tableau 12 : Grille des interventions recensées dans la littérature

ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE ET STIMULATION MAGNÉTIQUE TRANSCRÂNIENNE

Électroconvulsivothérapie	
<p>L'électroconvulsivothérapie (ECT), anciennement sismothérapie, est une méthode de traitement par l'électricité, consistant à délivrer un courant électrique d'intensité variable sur le scalp. L'application du courant est précédée d'une anesthésie générale et d'une curarisation temporaire, d'environ 5 minutes. Ce traitement était anciennement plus connu sous le nom d'<i>électrochoc</i>. Elle est souvent utilisée en deuxième intention après l'échec des traitements médicamenteux et psychothérapeutiques.</p>	
(Karim S., 2005)	<p>Avec l'introduction d'une variété d'antipsychotiques typiques et atypiques, l'utilisation d'ECT sur les personnes âgées avec la schizophrénie a diminué en pratique. En effet, la plupart des recherches portant sur cette clientèle ont été conduites durant les années 1950-1960.</p>
Stimulation magnétique transcrânienne	
<p>Repose sur le principe d'une stimulation non invasive d'une zone cérébrale définie, par application répétée d'une impulsion magnétique brève à l'aide d'une bobine appliquée sur le scalp.</p>	
<p>Aucun article trouvé, mais Clément(2010) l'aborde dans son ouvrage</p>	

Bibliographie

- Agronin E. Marc. Maletta J. Gabe. (2006). Principles and Practice of Geriatric Psychiatry.
- Barak Y. (2001). Animal-Assisted Therapy for Elderly Schizophrenic Patients. *Am J Geriatr Psychiatry*, 9(4).
- Bartels S. Drake E. Robert. (2005). Evidence-Based Geriatric Psychiatry: An Overview. *Psychiatric Clinics of North America*, 28, 763-784.
- Bartels, S. J. (2004). Caring for the Whole Person: Integrated Health Care for Older Adults with Severe Mental Illness and Medical Comorbidity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, S249-S257.
- Bartels, S. J., Forester, B., Mueser, K. T., Miles, K. M., Dums, A. R., Pratt, S. I., et al. (2004). Enhanced skills training and health care management for older persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 40(1), 75-90.
- Bartels, S. J., & Pratt, S. I. (2009). Psychosocial rehabilitation and quality of life for older adults with serious mental illness: Recent findings and future research directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 381-385.
- Bartels, S. J. e. a. (2002). Evidence-Based Practices in Geriatric Mental Health Care. *Psychiatric Services*, 53(11).
- Bedard, M., Gibbons, C., & Dubois, S. (2007). The needs of rural and urban young, middle-aged and older adults with a serious mental illness. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 12(3), 167-175.
- Blazer G. Dan, S. C. D. (2009). The American Psychiatric Publishing Textbook of Geriatric Psychiatry.
- Blazer G. Dan. et al. (2007). *Essentials of Geriatric Psychiatry*.
- Bohlmeijer. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 1088-1094.
- Bohlmeijer, E. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11(3), 291-300.
- Bohlmeijer, E., Valenkamp, M., Westerhof, G., Smit, F., & Cuijpers, P. (2005). Creative reminiscence as an early intervention for depression: results of a pilot project. [Clinical Trial]. *Aging & Mental Health*, 9(4), 302-304.
- C Blow Frederic. et al. (2000). Effectiveness of specialized Treatment Programs for Veterans With Serious and Persistent Mental Illness: A Three-Year Follow-Up. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(3).
- Clare L. Woods B. . (2003). Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4).

- Clément, J.-P. (Ed.). (2010). *Psychiatrie de la personne âgée*.
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2006). National Guidelines for Senior' Mental Health - The Assessment and Treatment of Depression.
- Cohen I. Carl. (2000). Directions for Research and Policy on Schizophrenia and Older Adults: Summary of the GAP Committee Report. *Psychiatric Services* 51(3), 299-302.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. (2002). *Écrits en gérontologie, santé mentale et vieillissement*.
- Cummings, S. M. (2009). Treating older persons with severe mental illness in the community: impact of an interdisciplinary geriatric mental health team. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Gerontological Social Work*, 52(1), 17-31.
- Dallaire, B., McCubbin, M., Provost, M., Carpentier, N., & Clement, M. (2010). [Progress and living situations among the elderly with severe mental illness: perspectives of psychosocial services]. [English Abstract]. *Canadian Journal on Aging*, 29(2), 267-279.
- E Spar James. La Rue Asenath. (2006). *Clinical Manual of Geriatric Psychiatry*.
- Ferry G. Le Gouès G. (Ed.). (2008). *Psychopathologie du sujet âgé*.
- Granholt, E., McQuaid, J. R., McClure, F. S., Auslander, L. A., Perivoliotis, D., Pedrelli, P., et al. (2005). A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. [Clinical Trial Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 520-529.
- Granholt, E., McQuaid, J. R., McClure, F. S., Pedrelli, P., & Jeste, D. V. (2002). A randomized controlled pilot study of cognitive behavioral social skills training for older patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 53(1-2), 167-169.
- Granholt, E. e. a. (2007). Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Social Skills Training for Older People With Schizophrenia: 12 Month Follow-up. *J Clin Psychiatry*, 68(5).
- Hôpital Louis-H Lafontaine. direction des services cliniques. (2009). *programme Gérontopsychiatrie: programme clinique*.
- Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (2004). Vieillesse et problèmes de santé mentale: Actes du congrès scientifique.
- Iselin M. Hinrichsen G. (2008). La psychothérapie interpersonnelle (IPT) pour le traitement de la dépression chez les personnes âgées. *Santé mentale au Québec*, 33(2), 67-85.
- Jacoby Robin. & coll. (2008). *Oxford Textbook of Old Age Psychiatry*.

- Karim S., B. j. E. (2005). Treatment of psychosis in elderly people. *Advances in psychiatric treatment; journal of continuing professional development*.
- Karimi, H., Dolatshahee, B., Momeni, K., Khodabakhshi, A., Rezaei, M., & Kamrani, A. A. (2010). Effectiveness of integrative and instrumental reminiscence therapies on depression symptoms reduction in institutionalized older adults: an empirical study. *Aging & Mental Health, 14*(7), 881-887.
- Levin, S., & Miya, K. (2008). Is PACT a viable model for older adults with severe mental illnesses? An exploratory analysis of service use and outcomes. *Clinical Gerontologist, 31*(3), 67-73.
- Mausbach, B. T. (2008). Evaluation of a culturally tailored skills intervention for latinos with persistent psychotic disorders. *AM J Psychiatr Rehabil., 11*(1), 61-75.
- McCarthy Meghan. Mueser Kim T. and Pratt Sarah I. (2008). Integrated Psychosocial Rehabilitation and Health Care for Older People with Serious Mental Illness. *Handbook of Behavioral and Cognitive Therapies with Older Adults*.
- McGurk, S. R., & Mueser, K. T. (2008). Response to cognitive rehabilitation in older versus younger persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 11*(1), 90-105.
- McQuaid, J. R. (2000). Development of an Integrated Cognitive-Behavioral and Social Skills Training Intervention for Older Patients With Schizophrenia. *J Psychother Pract Res, 9*(3).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). Plan d'action en santé mentale; la force des liens.
- Mueser, K. T., Pratt, S. I., Bartels, S. J., Swain, K., Forester, B., Cather, C., et al. (2010). Randomized trial of social rehabilitation and integrated health care for older people with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(4), 561-573.
- Patterson, T. (2003). Functional Adaptation Skills Training (FAST); A Pilot Psychosocial Intervention Study in Middle-Aged and Older Patients With Chronic Psychotic Disorders. *Am J Geriatr Psychiatry, 11*(1).
- Patterson, T. L., Bucardo, J., McKibbin, C. L., Mausbach, B. T., Moore, D., Barrio, C., et al. (2005). Development and Pilot Testing of a New Psychosocial Intervention for Older Latinos With Chronic Psychosis. *Schizophrenia Bulletin, 31*(4), 922-930.
- Patterson, T. L., Mausbach, B. T., McKibbin, C., Goldman, S., Bucardo, J., & Jeste, D. V. (2006). Functional Adaptation Skills Training (FAST): A randomized trial of a psychosocial intervention for middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. *Schizophrenia Research, 86*(1-3), 291-299.
- Pratt, S. I., Bartels, S. J., Mueser, K. J., & Forester, B. (2008). Helping older people experience success: An integrated model of psychosocial rehabilitation and health

- care management for older adults with serious mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(1), 41-60.
- Pratt, S. I., Van Citters, A. D., Mueser, K. T., & Bartels, S. J. (2008). Psychosocial rehabilitation in older adults with serious mental illness: A review of the research literature and recommendations for development of rehabilitative approaches. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(1), 7-40.
- Programme de Gérontopsychiatrie de l'Hôpital Louis-H Lafontaine. (2012). Hôpital de jour en Gérontopsychiatrie - spécificité; modalité de groupe. Hôpital Louis-H Lafontaine.
- Statistiques Canada. (2006). Recensement du Canada de 2006.
- Van Citters, A. D. (2004). A Systematic Review of the Effectiveness of Community-Based Mental Health Outreach Services for Older Adults. *Psychiatric Services*, 55, 1237-1249.
- Watt L.M. Cappeliez P. (2000). Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: Intervention strategies and treatment effectiveness. [Journal: Article]. *Aging and Mental Health*, 4(2), 166-177.
- Westerhof, G. (2004). In search of meaning; a reminiscence program for older persons. *Educational Gerontology*, 30, 751-766.
- WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). (2004). What is the effectiveness of old-age mental health services?
- Willemse, B. M., Depla, M. F. I. A., & Bohlmeijer, E. T. (2009). A creative reminiscence program for older adults with severe mental disorders: results of a pilot evaluation. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Aging & Mental Health*, 13(5), 736-743.
- Zarit H. Steven, Z. M. J. (2007). *Mental Disorders in Older Adults; Fundamentals of Assessment and Treatment* (second ed.).