

# Vieillesse et santé mentale : Comment déstigmatiser et accroître la résilience au moyen de conversations dans les établissements de soins communautaires et à domicile?

La santé mentale des Canadiens vieillissants est une préoccupation majeure du système de santé et d'aide sociale après la pandémie. Les personnes âgées sont souvent confrontées à deux stigmates : les attitudes âgistes et les attitudes négatives à l'égard de la santé mentale. Ces stigmates créent des obstacles à l'accès au soutien, aux soins et aux traitements nécessaires en matière de santé mentale. Des conversations plus intentionnelles sur la santé mentale, provoquées par les prestataires de soins à domicile et dans la communauté, pourraient contribuer à déstigmatiser l'âgisme systémique et les attitudes négatives à l'égard des maladies mentales et à mieux intégrer les services de soins de santé mentale dans les milieux communautaires au sein du système de soins de santé canadien.

Nous nous appuyons sur les *priorités de recherche sur le vieillissement et la santé mentale*<sup>1</sup> identifiées par les Canadiens pendant la pandémie, et notamment : la recherche devrait donner la priorité au renforcement des compétences des prestataires de soins communautaires et la nécessité d'une large application d'outils conviviaux permettant d'identifier les signes positifs et négatifs de la santé mentale. L'objectif de ce projet consiste à concevoir et tester une approche fondée sur des données probantes pour que des conversations puissent être articulées autour de la santé mentale entre les prestataires de soins à domiciles et communautaires et les personnes âgées pendant leurs interactions lors de soins courants dans les communautés rurales et urbaines à travers le Canada.

## Aperçu du projet

La santé mentale des Canadiens vieillissants est une préoccupation de longue date pour le système de santé et d'aide sociale. La pandémie de COVID-19 a renforcé la sensibilisation à la santé mentale au Canada, mais a mis en évidence des obstacles systémiques à l'accès au soutien, aux soins et aux traitements nécessaires en matière de santé mentale.<sup>2</sup> Ces obstacles ont un impact disproportionné sur les personnes âgées car elles sont plus susceptibles d'être victimes d'âgisme systémique et de stigmatisation en matière de santé mentale dans le système de santé et

de soins sociaux.<sup>2,3</sup> En conséquence, les besoins en matière de santé mentale des personnes âgées sont souvent insuffisamment pris en compte, sous-déclarés ou mal diagnostiqués en raison de la priorité accordée aux problèmes de santé physique dans le système de soins de santé canadien.<sup>4</sup>

Les prestataires de soins de santé et de services sociaux qui travaillent à domicile et dans la communauté établissent des relations de confiance avec leurs clients et connaissent bien l'environnement et les conditions de vie des personnes âgées.<sup>5</sup> Ces

prestataires de soins sont bien placés pour parler à leurs clients de la santé mentale - notre « sentiment positif de bien-être, ou notre capacité à profiter de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés »<sup>6</sup> - mais ils évitent souvent de le faire en raison du manque de ressources, d'éducation et de formation disponibles pour les aider à développer leurs compétences et leur confiance dans ce domaine de soutien, de soins et de traitement.<sup>7</sup>

### **Une action basée sur les priorités de recherche identifiées par les Canadiens**

Le SE Research Centre et le bureau national de l'ACSM se sont associés à des personnes âgées, des proches aidants et des prestataires de soins de santé et sociaux au début de la pandémie pour identifier les priorités de recherche en santé mentale et axées sur le vieillissement. Les principales priorités identifiées par les Canadiens étaient les suivantes :

- 1) Renforcement des compétences des prestataires de soins communautaires et des prestataires de services sociaux qui ne sont pas des spécialistes de la santé mentale ; et**
- 2) Utilisation d'outils conviviaux pour identifier les signes positifs et négatifs de la santé mentale**

*\*Le modèle du Continuum de la santé mentale (CSM) utilise une échelle à plusieurs domaines et à code couleur pour promouvoir l'autoréflexion et l'auto-surveillance en utilisant un langage commun et déstigmatisant pour démontrer que la santé mentale d'une personne est dynamique sur un spectre.<sup>8</sup> Le modèle du CSM nécessite une adaptation pour être utilisé avec les personnes âgées dans la communauté et dans les établissements de soins de santé et de services sociaux.*

### **S'associer à des experts ayant une expérience**

Guidés par le Participatory Research to Action Framework,<sup>9</sup> nous nous associerons à des experts ayant une expérience vécue dans toutes les phases de la recherche. Notre groupe de travail consacré au projet comprend des personnes âgées, des proches aidants et des prestataires de soins de santé et de services sociaux de partout au Canada. Ils fourniront des conseils sur l'orientation du projet, soutiendront divers engagements communautaires dans les activités

de recherche (p. ex., ils aideront à diffuser le matériel de recrutement), aideront à créer des outils de collecte de données et mèneront des analyses de données, et participeront à la création de résumés, de rapports, d'articles et d'autres communications sur le projet et les résultats avec les participants, d'autres chercheurs, des décideurs dans le domaine de la santé et le grand public.

**L'objectif global de ce projet** est de co-conception et de tester une approche fondée sur des données probantes pour les conversations sur la santé mentale entre les prestataires de soins à domicile et communautaires et les personnes âgées au cours des interactions de soins de routine dans les milieux ruraux et urbains à travers le Canada.<sup>10</sup>

### **3 phases sur 3 ans**

La phase 1, un processus en deux étapes, consistait d'ateliers en ligne et une enquête en ligne. La phase 2 a consisté en 7 ateliers de co-conception en personne dans 3 communautés rurales et 3 communautés urbaines à travers 3 provinces canadiennes. L'analyse des données de la phase 2 est en cours et permettra de définir les éléments de mise en œuvre de la phase 3. La phase 3 devrait être achevée au début de l'année 2025.

#### **Phase 1 — Année 1**

En utilisant un processus ADAPTE modifié<sup>11</sup>, 59 personnes âgées, aidants et prestataires de soins de santé et de services sociaux de tout le Canada ont participé à 4 ateliers en ligne en anglais et à 2 entretiens individuels en ligne en français. Les participants ont donné leur avis sur la façon d'adapter le modèle MHC<sup>8</sup> pour l'utiliser avec les personnes âgées dans les établissements de soins de santé et de services sociaux de la communauté. L'analyse du contenu des ateliers et des entretiens individuels a permis de révéler deux grandes conclusions :

1. Un consensus s'est dégagé sur le fait qu'un modèle visuel décrivant la santé mentale comme un phénomène complexe comportant de nombreuses composantes était utile pour guider les conversations entre les personnes âgées, les

aidants et les prestataires de soins de santé et de services sociaux.

- Le modèle visuel devait être adapté pour promouvoir les conversations dans les environnements de soins à domicile et communautaires en utilisant un langage plus neutre et orienté vers l'action, des couleurs plus inclusives sur le plan culturel, en renommant les composantes du modèle, en ajoutant des signes et des signaux pertinents pour le vieillissement et en reflétant les changements potentiels au fil du temps.

L'analyse a débouché sur un modèle visuel adapté appelé *Continuum de santé mentale (CSM) pour les Canadiens vieillissants* (voir la figure ci-dessous).

À l'aide d'une enquête en ligne, les personnes âgées, les aidants et les prestataires de soins de santé et de services sociaux de tout le Canada ont été invités à indiquer leur degré d'accord avec chacune des adaptations du *CMH pour les Canadiens vieillissants* en utilisant une échelle de Likert en 5 points (1 - pas du tout d'accord à 5 - tout à fait d'accord). L'enquête contenait 12 questions sur les adaptations du CMH pour les Canadiens âgés et une question ouverte pour

obtenir des commentaires supplémentaires. Onze questions de l'enquête ont été approuvées à 83 % ou plus (>3 sur une échelle de Likert en 5 points). Seule une adaptation relative à la couleur a été approuvée à 76 % par les 1 068 répondants à l'enquête. L'utilité du modèle de santé mentale pour les Canadiens vieillissants afin d'entamer des conversations sur la santé mentale et les six catégories du modèle ont reçu le plus grand nombre d'approbations, tandis que la couleur bleue a reçu le plus faible nombre d'approbations. Les commentaires qualitatifs de 435 des 1 068 répondants à l'enquête ont été analysés à l'aide d'une analyse de contenu et ont révélé un soutien et des commentaires supplémentaires pour le modèle et des idées sur ses applications.

### Phase 2 — Année 2

Nous avons organisé 7 ateliers de co-conception en personne orientés vers l'action avec 84 prestataires de soins de santé et de services sociaux de 15 organisations réparties sur 6 sites (3 urbains et 3 ruraux) dans les provinces suivantes :

- Colombie-Britannique (Penticton ; Keremeos) ;
- Ontario (Toronto ; Peterborough) ; et
- Nouvelle-Écosse (Halifax ; Antigonish).

	Tout va bien (Pas de suivi immédiat)	Prendre note (Continuer à surveiller)	Trouver de l'aide (Encourager l'engagement avec le réseau de soutien/les services communautaires)	Chercher des soins (Référer ou lien vers le fournisseur de soins de santé mentale/les cliniciens)
	<b>Y a-t-il eu un changement par rapport à d'habitude ?</b>			
	<b>Le changement est-il devenu un modèle ?</b>		<b>Le modèle inquiète-t-il quelqu'un ?</b>	
<b>Pensées, sentiments et émotions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facile à vivre</li> <li>Calme</li> <li>Attitude positive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frustration</li> <li>Nerveux/inquiet</li> <li>Indifférence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En colère</li> <li>Stressé/effrayé</li> <li>Perspectives négatives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Furieux</li> <li>Panique/paranoïa</li> <li>Sans espoir/désespoir</li> </ul>
<b>Routine et activités quotidiennes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actif (travail, maison, bénévolat)</li> <li>Les besoins de base sont satisfaits (p. ex., nourriture, vêtements, logement)</li> <li>Soins personnels/hygiène personnelle maintenus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Choisir d'être moins actif</li> <li>Les besoins de base sont parfois manqués</li> <li>Sauter certaines tâches habituelles de soins personnels/d'hygiène personnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inactif en raison d'une perte</li> <li>Difficulté à répondre aux besoins de base (p. ex., factures impayées, accès à la nourriture)</li> <li>Les tâches de soins personnels et d'hygiène sont rares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucune envie d'être actif</li> <li>Incapable de subvenir aux besoins de base (p. ex., perte de logement, absence de vêtements d'hiver)</li> <li>Soins personnels/hygiène personnelle complètement négligés</li> </ul>
<b>Expérience de sommeil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dormir suffisamment pour les besoins</li> <li>Troubles du sommeil minimes</li> <li>Endroit confortable/sûr pour dormir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dormir plus/moins que souhaité</li> <li>Perturbations occasionnelles du sommeil (p. ex., cauchemars)</li> <li>Parfois alterner les lieux de couchage (p. ex., canapé)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dormir trop/peu pour les besoins</li> <li>Sommeil le plus souvent perturbé (p. ex., allers-retours aux toilettes, bruit)</li> <li>L'emplacement du sommeil n'est généralement pas idéal (p. ex., fauteuil inclinable, fauteuil roulant)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toujours dormir/ne jamais dormir</li> <li>Ne peut pas rester endormi (p. ex., état de santé, pensées intrusives, comportements)</li> <li>Pas de lieu de sommeil confortable ou sûr</li> </ul>
<b>Observations physiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poids corporel constant</li> <li>Pas de douleur</li> <li>Capable de se reposer/être immobile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perte/prise de poids graduel mineur</li> <li>Douleur bien contrôlée</li> <li>Agiter (p. ex., jambes sans repos, se tordre les mains, taper)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perte/prise de poids progressive majeure</li> <li>Augmentation ou nouvelle douleur non gérée</li> <li>Comportements nerveux (p. ex., gratter, cueillir, faire les cent pas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perte/prise de poids soudaine importante</li> <li>Douleur chronique invalidante</li> <li>Blessures ou marques/ecchymoses inexplicables</li> </ul>
<b>Relations, participation et connexion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Satisfait des relations personnelles/fournisseurs</li> <li>Engagement satisfaisant dans la communauté (p. ex., achats, religieux, en ligne)</li> <li>Se sentir connecté/compagnie (p. ex., quelqu'un avec des intérêts communs, faisant des choses ensemble)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une certaine insatisfaction à l'égard de la ou des relations personnelles/fournisseurs</li> <li>Moins d'implication dans la communauté que souhaité (p. ex., météo saisonnière)</li> <li>Moins de connexion/compagnie que souhaité (p. ex., personne avec qui partager un repas socialement)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perte majeure de relations personnelles/fournisseurs (p. ex., décès, déménagement)</li> <li>Difficulté à s'impliquer dans la communauté (p. ex., transport, littérature numérique)</li> <li>Parfois solitaire/en quête d'attention (p. ex., en ligne)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Négatif/préjudiciable ou absence de relations significatives</li> <li>Aucun sentiment d'appartenance à une communauté</li> <li>Chroniquement solitaire ou socialement vulnérable</li> </ul>
<b>Habitudes et stratégies d'adaptation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'utilisation/la consommation de produits n'entrave pas et peut améliorer la routine quotidienne (p. ex., l'alcool, les médicaments, les drogues, le tabac, la nourriture)</li> <li>L'engagement dans les passe-temps/intérêts/loisirs n'entrave pas ou peut améliorer la routine quotidienne (p. ex., les jeux, les achats, la collecte, l'exercice, le jeu, les médias sociaux/traditionnels)</li> <li>Parle ouvertement des habitudes et des stratégies d'adaptation (p. ex., équilibre/récupération)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'utilisation/la consommation de produits rend la routine quotidienne plus difficile</li> <li>L'engagement dans les passe-temps/intérêts/loisirs rend la routine quotidienne plus difficile</li> <li>Masque/dissimule l'utilisation d'habitudes et de stratégies d'adaptation (p. ex., flacons de pilules)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'utilisation/la consommation de produits a entraîné des changements majeurs dans la vie/l'automutilation</li> <li>L'engagement dans des passe-temps/intérêts/loisirs a entraîné des changements majeurs dans la vie/l'automutilation</li> <li>Ment ou nie les habitudes et les stratégies d'adaptation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'utilisation/la consommation de produits n'est pas durable/dangereuse pour la vie</li> <li>Les passe-temps/intérêts/loisirs d'engagement dévorants ne sont pas durables/dangereux pour la vie</li> <li>Mesures extrêmes prises pour maintenir les habitudes et les stratégies d'adaptation (p. ex., le vol)</li> </ul>

Chaque atelier de co-conception comprenait 6 à 15 prestataires de soins de santé et de services sociaux travaillant dans le domaine des soins à domicile et de proximité. Grâce à des méthodes de formation par le jeu telles que la cartographie de l'empathie et la formation corporelle,<sup>12</sup> les prestataires de soins ont cocréé des outils et des approches et ont identifié l'éducation et la formation nécessaires pour faciliter les conversations sur la santé mentale à l'aide de *la CMH pour les Canadiens vieillissants*.

Les ateliers de co-conception ont été analysés à l'aide d'une analyse de cadre et ont révélé trois résultats qui guideront la mise en œuvre de conversations déstigmatisées sur la santé mentale entre les personnes âgées et les prestataires de soins de santé et de services sociaux au cours des interactions de soins de routine :

1. Une **carte du processus de conversation** pour guider les prestataires de soins à travers les points de décision clés lorsqu'ils mènent des conversations sur mesure sur la santé mentale avec des clients âgés (par exemple, la présence d'un soignant, les préférences personnelles) ;
2. Une **boîte à d'outils du CSM pour les Canadiens vieillissants** qui comprend des plans de conception pour des formats physiques, numériques et allégoriques (par exemple, des aimants, des brochures, des vidéos, des plantes vivantes représentant le bien-être du client) ; et
3. Un **cadre de mise en œuvre** qui identifie les facteurs communs à tous les ateliers (par exemple, la formation en cours d'emploi des prestataires de soins) et les facteurs qui tiennent compte des variations propres à chaque site (par exemple, les préférences pour les supports papier dans les sites ruraux, les préoccupations climatiques dans les provinces côtières).

La géographie, la diversité ethnoculturelle et linguistique et d'autres caractéristiques démographiques ont été prises en compte dans l'analyse du cadre.

### **Phase 3 — Année 3**

Nous mènerons des essais pilotes et de faisabilité des nouvelles conversations sur la santé mentale conçues conjointement dans les six mêmes sites et avec les prestataires de soins de santé et de services sociaux des mêmes organisations que celles qui ont participé à la phase 2. Les prestataires de soins de santé et de services sociaux recevront une formation sur la façon de mettre en œuvre la *boîte à d'outils du CSM pour les Canadiens vieillissants* et d'aborder les conversations sur la santé mentale à l'aide de la *carte du processus de conversation*. Jusqu'à 30 clients âgés participeront à ces conversations dans chaque site. Des enquêtes et des entretiens avec des informateurs clés seront menés auprès des personnes âgées, des aidants et des prestataires de soins de santé et de services sociaux afin de comprendre la faisabilité et les résultats préliminaires concernant le comportement de recherche d'aide des personnes âgées et l'amélioration de la confiance des prestataires.

#### **Quel sera l'impact?**

Le résultat attendu de cette recherche est une plus grande résilience individuelle, collective et du système de santé.

Les principaux indicateurs de réussite comprennent :

**Plus de soins holistiques** : une meilleure intégration entre les soins de santé physique et mentale pendant leurs interactions lors des interactions de routine pendant les soins à domicile et les soins communautaires

**Meilleur accès au système** : des liens plus directs avec le soutien, les soins et le traitement nécessaires en matière de santé mentale établis par les prestataires de services sociaux et de santé communautaires

**Réduction de la stigmatisation** : augmentation des comportements de recherche d'aide, et amélioration des compétences et de la confiance des prestataires grâce à une meilleure compréhension et à davantage de conversations sur la santé mentale.

## Pour plus d'informations sur le projet et/ou la manière de vous impliquer, veuillez contacter :

**Olinda D. Habib Perez PhD, R.Kin**, cheffe de projets de recherche, Université de Waterloo à  
olinda.habibperez@uwaterloo.ca

## Chercheurs

**Justine Giosa PhD**, professeure adjointe, Université de Waterloo, directrice scientifique, SE Research Centre

**Elizabeth Kalles MSc**, associée de recherche, SE Research Centre

**Paul Holyoke LLB, MSc(Econ), PhD**, Vice-président de la recherche et de l'innovation, SE Research Centre

**Nelly Oelke PhD, RN**, professeure adjointe, Université de la Colombie-Britannique

**Carrie McAiney PhD**, professeure adjointe, Université de Waterloo, Chaire de recherche Schlegel sur les troubles neurocognitifs et directrice scientifique, Schlegel-UW Research Institute for Aging

**Katie Aubrecht PhD**, professeure adjointe, Université St. Francis Xavier

## Financement et éthique

Cette étude est financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (W13 179972) et le SE Research Centre de SE Health. Cette recherche a reçu l'autorisation éthique du comité d'éthique de la recherche de l'Université de Waterloo (# 44187).

## Dans les médias :

- [Waterloo Project Aims to Improve Mental Health Care for Seniors<sup>13</sup>](#)
- [New funding targets stigma of aging and mental health<sup>14</sup>](#)

## Références :

1. SE Research Centre (2023). *Aging + Mental Health Initiatives in the SE Research Centre—Research and Action*. <https://research.sehc.com/resources/aging-in-society/aging-mental-health-priorities>
2. Soto-Perez-de-Celis, E. (2020). Social media, ageism, and older adults during the COVID-19 pandemic. *eClinicalMedicine*, 29, 100634. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100634>
3. Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111-116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>
4. Airth, L., & Oelke, N.D. (2020). How neoliberalism, ageism and stigma drive the lack of policy for older adults' mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(6), 838-843. <https://doi.org/10.1111/jpm.12618>
5. Goh, A.M.Y., Polacsek, M., Malta, S., et al. (2022). What constitutes “good” home care for people with dementia? An investigation of the views of home care service recipients and providers. *BMC Geriatrics*, 22, 42. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02727-4>
6. Canadian Mental Health Association Ontario (2022). *Positive Mental Health and Well-Being*. <https://ontario.cmha.ca/documents/positive-mental-health-and-well-being>
7. Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. (2004) *Mental health and the home care sector*. <https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/HomeCareMentalHealthPositionStatementSubmission.pdf>
8. Government of Canada (2022). *Mental Health Continuum Model*. <https://www.canada.ca/content/dam/eccc/documents/pdf/corporate-info/covid-19/mental-health-continuum.pdf>
9. SE Research Centre (2022). *Participatory Research to Action (PR2A) Framework*. [https://research.sehc.com/SEHCResearch/media/Research\\_Centre/pdfs/OTH-253-2022-04-20-ROTR-PR2A-Framework-final.pdf](https://research.sehc.com/SEHCResearch/media/Research_Centre/pdfs/OTH-253-2022-04-20-ROTR-PR2A-Framework-final.pdf)
10. Giosa, J.L., Kalles, E., McAiney, C., et al. (2024). Co-designing action-oriented mental health conversations between care providers and ageing Canadians in the community: a participatory mixed-methods study protocol. *BMJ Open*, 14(1), e079653. <https://bmjopen.bmj.com/content/14/1/e079653>
11. Lala, D., Houghton, P., Holyoke, P., et al. (2017). Using a Modified ADAPTE Process to Enable Effective Implementation of Electrical Stimulation Therapy for Treating Pressure Ulcers in Persons With Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Process and Outcome*, 6, 1-8. <https://doi.org/10.1177/1179572717745836>
12. Gray, D., Brown, S., & Macanufo, J. (2010). *Gamestorming*. O'Reilly Media, Inc.
13. Weidner, J. (2022). *Waterloo project aims to improve mental health care for seniors*. Waterloo Region Record. [https://www.therecord.com/news/waterloo-region/waterloo-project-aims-to-improve-mental-health-care-for-seniors/article\\_f2d76009-9acb-5d14-894f-df12b23bce69.html](https://www.therecord.com/news/waterloo-region/waterloo-project-aims-to-improve-mental-health-care-for-seniors/article_f2d76009-9acb-5d14-894f-df12b23bce69.html)
14. University of Waterloo (2022). *New funding targets stigma of aging and mental health*. <https://uwaterloo.ca/research/news/new-funding-targets-stigma-aging-and-mental-health>