

Santé mentale et cognitive des personnes âgées

Leviers d'action concrets issus de la recherche en santé durable

Messages clés

- Les troubles mentaux et neurocognitifs chez les personnes âgées sont fréquents et entraînent des conséquences personnelles, familiales et sociétales importantes.
- Des solutions déjà éprouvées au Québec existent, sont compatibles avec les contraintes de ressources actuelles et pourraient être mises à l'échelle.
- Les interventions psychologiques adaptées, l'optimisation de la pharmacothérapie et les approches non pharmacologiques réduisent les hospitalisations et la pression sur le réseau.
- La clé réside dans la coordination des acteurs, la continuité des soins et l'ancrage des interventions dans les milieux de vie.

Contexte et enjeu

Au Québec, le vieillissement démographique accéléré s'accompagne d'une augmentation marquée des besoins en santé mentale et cognitive. Les troubles anxio-dépressifs affectent près de 6 % des personnes de 65 ans et plus, les femmes étant deux fois plus susceptibles d'en souffrir¹. Ces troubles sont fréquemment sous-repérés par le système de soins, notamment parce que les personnes âgées perçoivent plus positivement leur santé mentale que les groupes plus jeunes². De plus, on estime que près de 3 % des personnes de 50 ans et plus sont atteintes de troubles mentaux graves (TMG), tels que la schizophrénie, le trouble bipolaire ou la dépression chronique³. Quant aux troubles neurocognitifs (TNC), comme la maladie d'Alzheimer, leur prévalence est d'environ 7 % chez les personnes de 65 ans et plus, mais atteint près de 25 % chez les personnes de 85 ans et plus⁴. Les projections indiquent une hausse anticipée de plus de 145 % du nombre de personnes vivant avec un TNC d'ici 2050, si aucune action structurante n'est mise en place⁵.

Ces troubles ne font pas partie du processus normal de vieillissement. Ils sont associés à une perte d'autonomie plus rapide, à une pression accrue sur les milieux d'hébergement, à un recours plus fréquent aux psychotropes et aux hospitalisations, ainsi qu'à un fardeau important pour les proches et le personnel soignant. Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre spécialisée et de ressources limitées, l'enjeu central n'est plus de démontrer l'ampleur du problème, mais de déployer à grande échelle des solutions déjà efficaces, peu coûteuses et soutenables.

1. Institut national de santé publique du Québec. (2025). *L'Indicateur de santé publique : Troubles anxio-dépressifs*.

2. Institut de la statistique du Québec. (2024). *Vitrine sur le vieillissement de la population et les personnes âgées. Santé et bien-être : Perception positive de son état de santé mentale*.

3. Tremblay, C. & Dallaire, B. (2019). Le vieillissement des personnes présentant des troubles mentaux graves. Quelles conditions de vie, de santé et de services? *Vie et vieillissement*, 16(2), 4-14.

4. Institut national de santé publique du Québec. (2025). *L'Indicateur de santé publique : Prévalence de l'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs*.

5. Société Alzheimer du Canada. (2022). *Rapport 1 : Les troubles neurocognitifs au Canada : Quelle direction à l'avenir?*

Résumé des connaissances

Dépression et anxiété : des troubles communs et traitables

Peu de personnes âgées ont recours aux soins en santé mentale, en raison de facteurs liés à la fois à leurs préférences (souhait de gérer elles-mêmes leurs difficultés) et à des obstacles pratiques comme la mobilité ou l'accès limité aux services. Ces défis sont accentués par la difficulté du système de santé à répondre à la demande croissante liée au vieillissement, soulignant la nécessité de soutenir des approches d'autosoins⁶.

Les thérapies cognitivo-comportementales spécifiquement adaptées aux personnes âgées et offertes à distance sous forme d'autotraitements guidés constituent une avenue prometteuse pour améliorer l'accès aux soins psychologiques. Des études récentes ont évalué les effets d'un programme structuré (leçons en ligne ou modules autonomes), combiné à un soutien hebdomadaire par des prestataires non spécialisés (p. ex. étudiants de 1^{er} cycle en psychologie), mais formés et supervisés par des professionnels en santé mentale (p. ex. psychologues). Les résultats ont démontré que les participants ayant reçu ces interventions présentaient des réductions significatives des symptômes dépressifs et d'anxiété. Les bénéfices s'étendaient aux troubles du sommeil et à certains comportements comme l'évitement et l'isolement social. Le taux de complétion de ces interventions a atteint près de 90 %^{6,7}.

Ces travaux soulignent que les interventions psychologiques adaptées aux personnes âgées et soutenues par du personnel non spécialisé adéquatement formé et supervisé représentent des solutions accessibles, efficaces et acceptables, offrant un fort potentiel de prévention secondaire et de réduction de la pression sur les services spécialisés.

Troubles mentaux graves : assurer des trajectoires de soins continues et intégrées

Les personnes de 50 ans et plus vivant avec un TMG présentent des besoins complexes et cumulatifs (santé, logement, revenus, soutien social), les rendant vulnérables à l'exclusion sociale. Les politiques publiques n'abordent pas ou très peu les réalités de cette population et il subsiste un besoin pressant de la reconnaître comme une clientèle distincte nécessitant des réponses concertées, structurées et ancrées dans une approche globale^{3,8}.

Dans le cadre d'un projet de recherche portant sur l'arrimage des services pour mieux soutenir les personnes âgées marginalisées au Québec⁹, des groupes de discussion ont mis en évidence le cloisonnement entre les services en santé mentale et ceux destinés aux personnes âgées, conduisant à des lacunes dans l'organisation des services. Les participants ont également souligné l'insuffisance de programmes spécifiques, le manque de ressources adaptées, la précarité financière et la dépendance accrue envers un réseau communautaire lui-même sous-financé.

6. Landreville, P., Gosselin, P., Grenier, S., & Carmichael, P. H. (2025). [CBT-based self-help guided by a lay provider for generalized anxiety in older adults: A randomized controlled trial](#). *Journal of anxiety disorders*, 113, 103028.

7. Xiang, X., Kayser, J., Turner, S., Ash, S., & Himle, J. A. (2024). [Layperson-Supported, Web-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Depression in Older Adults: Randomized Controlled Trial](#). *Journal of medical Internet research*, 26, e53001.

8. Dallaire, B., Harvey, D., & Tremblay, C. (2025). [Fiche synthèse : Les personnes âgées vivant des troubles mentaux graves](#). Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale.

9. Marier, P. & Joy, M. (2025). [Rapport de recherche : Les actions gouvernementales au Québec – Impacts sur les personnes âgées marginalisées ou vivant des dynamiques d'exclusion sociale](#). Fonds de recherche du Québec – Société et culture.

Ces constats appellent à mettre en place des trajectoires de soins continues et intégrées, en renforçant la coordination entre les secteurs de la santé mentale, de la gérontologie et du soutien à domicile (tables de concertation, intervenants pivots), en développant des programmes et des ressources adaptés aux personnes vieillissant avec un TMG, et en consolidant le rôle des organismes communautaires^{3,8}.

Ces améliorations requièrent une action structurante sur les politiques publiques, notamment par la mise en place d'un comité intersectoriel dédié, pour réduire les ruptures de services, prévenir l'exclusion et mieux répondre aux besoins de cette population afin de favoriser des trajectoires de vie plus stables, inclusives et dignes.

Troubles neurocognitifs majeurs : sécuriser la pharmacothérapie lors des transitions

La pharmacothérapie demeure essentielle chez les personnes âgées vivant avec un trouble neurocognitif majeur (TNCM), mais son efficacité dépend fortement de la qualité des transitions de soins (urgence, hospitalisation, retour à domicile, admission en hébergement). Au Québec, 60 % des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un TNCM se sont fait prescrire 10 médicaments ou plus, les exposant à un risque accru d'événements indésirables, particulièrement en contexte de transitions qui représentent des zones de fragilité¹⁰.

Dans ce contexte, des travaux québécois montrent que des interventions structurées d'optimisation de la pharmacothérapie constituent un levier clé pour sécuriser les parcours. Des outils cliniques, comme la catégorisation des médicaments selon leur pertinence en démence sévère (médicaments généralement, parfois ou exceptionnellement appropriés), guident les décisions lors des transitions et des réévaluations de soins¹¹. Par ailleurs, des modèles interprofessionnels intégrant la révision systématique de la pharmacothérapie, comme le PEPS (Projet d'Évaluation de la Personnalisation des Soins), et ciblant le rôle du pharmacien pour supporter l'usage optimal des médicaments réduisent l'utilisation simultanée de plusieurs médicaments, dont ceux potentiellement inappropriés, et améliorent la continuité, la sécurité et la satisfaction envers les soins^{12,13}.

Ces travaux indiquent que les bénéfices de la pharmacothérapie chez les personnes âgées avec TNCM reposent sur une approche longitudinale et coordonnée, dans laquelle les moments de transition deviennent des occasions structurées de révision médicamenteuse, appuyée par des outils cliniques partagés et une intégration systématique des pharmaciens aux équipes de soins.

10. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2023). *État des pratiques : Portrait sommaire des indicateurs en transitions de soins et services des aînés vivant dans la communauté avec un trouble neurocognitif majeur (TNCM) au Québec*.

11. Kröger, E., Wilchesky, M., Marcotte, M., Voyer, P., Morin, M., Champoux, N., Monette, J., Aubin, M., Durand, P. J., Verreault, R., & Arcand, M. (2015). *Medication Use Among Nursing Home Residents with Severe Dementia: Identifying Categories of Appropriateness and Elements of a Successful Intervention*. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(7), 629.e1-629.e17.

12. Garland, C. T., Guénette, L., Kröger, E., Carmichael, P. H., Rouleau, R., & Sirois, C. (2021). *A New Care Model Reduces Polypharmacy and Potentially Inappropriate Medications in Long-Term Care*. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(1), 141-147.

13. Bonnan, D., Kröger, E., Maheu, A., Morin, M., Bélanger, L., Vedel, I., Wilchesky, M., Sirois, C., Dallaire, C., Durand, É., Couturier, Y., Sourial, N., Audet, A. S., Coulombe, M., Audet, M., Archambault, P., & Guénette, L. (2026). *Pharmacist-led interventions to optimize the pharmacotherapy of older adults under evaluation for or living with a neurocognitive disorder in the community: A quasi-experimental study*. *Journal of the American Pharmacists Association*, 66(3), 103053.

Vers des approches non pharmacologiques et des innovations sociales

L'amélioration des trajectoires de soins des personnes âgées vivant avec un TNC repose de plus en plus sur des approches non pharmacologiques ancrées dans les milieux de vie, combinant innovation sociale, participation citoyenne et technologies adaptées.

Dans cette perspective, les initiatives de type laboratoire vivant jouent un rôle structurant en favorisant la coconstruction de solutions avec les personnes concernées, leurs proches, les intervenants et les communautés. Les expériences menées dans les milieux de soins au Québec, notamment dans le cadre du **Laboratoire vivant Camelia**, montrent que ces approches facilitent les transitions (p.ex. entrée en milieu de vie collective), renforcent l'autodétermination et soutiennent la participation sociale, tout en améliorant l'acceptabilité et la pertinence des innovations déployées¹⁴.

Exemples de projets du Laboratoire vivant Camelia

Amical IA : dispositif conversationnel visant à réduire la solitude, l'anxiété et certains symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence.

Activités intergénérationnelles : coconception d'activités adaptées avec les personnes vivant avec un TNC afin de favoriser l'engagement social et le bien-être.

Musique personnalisée : programme visant à réduire les symptômes comportementaux et psychologiques liés au TNC (agitation, agressivité, errance) et à améliorer le climat de soins.

Parallèlement, l'utilisation réfléchie des technologies constitue un levier prometteur pour réduire certains symptômes associés aux TNC et renforcer le bien-être. Des outils tels que les robots sociaux, la réalité virtuelle ou les tablettes numériques peuvent favoriser l'engagement, améliorer les fonctions cognitives, réduire l'agitation, atténuer l'isolement et soutenir les interactions sociales, notamment en soins de longue durée¹⁵. Toutefois, leurs bénéfices sont maximisés lorsqu'ils sont intégrés comme des outils relationnels, soutenant les interactions humaines et s'inscrivant dans des démarches collectives portées par les milieux de vie, plutôt que comme des solutions isolées.

Enfin, les approches culturelles, sociales et communautaires jouent un rôle clé pour soutenir des trajectoires plus inclusives et porteuses de sens. Des projets québécois montrent que des initiatives de proximité renforcent l'identité, le sentiment d'utilité et le lien social. Le projet **Par-aînés**, par l'intégration du livre d'histoire de vie dans les soins de longue durée, améliore l'état émotionnel, la collaboration et les interactions, et est largement accepté chez les personnes âgées vivant avec un TNC, leurs proches et le personnel¹⁶. Le projet **Liratoutâge**, quant à lui, utilise les activités de lecture partagée et de narration comme leviers d'inclusion et de stimulation pour soutenir la mémoire autobiographique et le lien social, y compris chez des personnes vivant avec des troubles cognitifs¹⁷.

Ces projets appellent à dépasser une approche strictement biomédicale pour développer de véritables écosystèmes d'innovations sociales, dans lesquels les laboratoires vivants, les technologies adaptées et les initiatives culturelles et communautaires se renforcent mutuellement.

14. Pagé, J., Samson, S., Everard, G. J.-M., Ribon-Demars, A., Batcho, C.S., & Hudon, C. (2025). Projet pilote pour évaluer la faisabilité et l'acceptabilité d'un Laboratoire vivant dans une Maison des aînés et alternative du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux.

15. Hardy, M. S., Fanaki, C., & Savoie, C. (2024). *The use of technology by seniors with neurocognitive disorders in long-term care: a scoping review*. *BMC geriatrics*, 24(1), 573.

16. Hardy, M.-S., Savoie, C., Laberge, M., Leblanc, F. (2025). *Projet Par-Aînés, phase 2 : Faire vivre l'histoire de vie des résidents en soins de longue durée*. Unité de soutien SSA Québec.

17. Dionne, É., Gervais, É., Lauzière, J. (2025). *L'usage des arts et de la lecture auprès de personnes âgées fragilisées : Rapport d'évaluation de l'initiative Liratoutâge*. VITAM – Centre de recherche en santé durable.

Conclusion et réflexion

Agir sur la santé mentale et cognitive des personnes âgées est un levier majeur pour améliorer la qualité de vie, soutenir les proches et assurer la viabilité du système de soins. Les connaissances sont disponibles; l'enjeu est maintenant de passer d'une logique de projets à une logique d'écosystèmes soutenables en assurant un financement récurrent, une coordination intersectorielle et des mécanismes de mise à l'échelle des solutions probantes.

Recommandations stratégiques

- 1.Élargir l'offre d'autosoins en santé mentale par des interventions adaptées aux personnes âgées et soutenues par des prestataires non spécialisés, mais formés et supervisés par des professionnels en santé mentale, afin de traiter efficacement la dépression et l'anxiété.
- 2.Structurer des trajectoires de soins continues pour les personnes vieillissant avec un trouble mental grave en renforçant la coordination entre santé mentale, gérontologie et soutien à domicile, et en développant des alternatives à l'hébergement institutionnel.
- 3.Faire des transitions de soins un levier prioritaire de sécurisation de la pharmacothérapie en systématisant la révision de la médication et l'intégration des pharmaciens aux équipes interprofessionnelles.
- 4.Soutenir les approches non pharmacologiques ancrées dans les milieux de vie, incluant les initiatives de type laboratoire vivant et les interventions culturelles, sociales et technologiques utilisées comme outils relationnels.

Chercheuses et chercheurs de VITAM consultés et affiliés à l'Université Laval

- [Patrick Archambault](#), professeur titulaire, Département de médecine de famille et médecine d'urgence
- [Bernadette Dallaire](#), professeure titulaire, École de travail social et de criminologie
- [Émilie Dionne](#), professeure associée, Département de sociologie
- [Marie-Soleil Hardy](#), professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières
- [Carol Hudon](#), professeur titulaire, École de psychologie
- [Edeltraut Kröger](#), professeure associée, Faculté de pharmacie
- [Philippe Landreville](#), professeur titulaire, École de psychologie
- [Caroline Sirois](#), professeure titulaire, Faculté de pharmacie

Coordination et rédaction

- Anne-Marie Cardinal, conseillère en développement de la recherche et en communication
- Simon Deslauriers, chef de service
- Julie-Alexandra Moulin, professionnelle de recherche
- Marie-Anik Robitaille, conseillère en développement de la recherche, en liaison et en rayonnement