

RAPPORT  
D'ÉVALUATION



**SOINS  
ET SERVICES**

*Profil de la clientèle  
présentant des troubles  
graves des unités de  
longue durée du service  
de gérontopsychiatrie*

*Profil de la clientèle  
présentant des troubles  
graves des unités de  
longue durée du service  
de gérontopsychiatrie*

Toute reproduction totale ou partielle aux éléments de ce document  
sont autorisées, à condition d'en citer la source.

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec, 2006  
Bibliothèque nationale du Canada, 2006

ISBN 2-922577-41-4

© Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2006  
Tous droits réservés

Distribué par la bibliothèque de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine  
Téléphone: 514.251.4000 poste 2964; Télécopieur: 514.251.0270  
Web: [www.hlhl.qc.ca](http://www.hlhl.qc.ca)  
Courriel: [bibliotheque.lhl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:bibliotheque.lhl@ssss.gouv.qc.ca)

**Profil de la clientèle présentant des  
troubles graves des unités de longue  
durée du service de gérontopsychiatrie**

**par**

**Josée Charlebois, T.S.  
Nicole Daigle, Inf., MSc  
Luc Lemaire, Inf., BSc  
Christiane Morin, Erg.  
Rosita Punti, MD  
Patrick Ohana, MEd  
Richard Boyer, PhD**

**Rapport d'évaluation  
31 janvier 2006**

## Résumé

Ce document présente les résultats de l'étude entreprise en mai 2004 à la demande de la direction des services professionnels de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (HLHL) afin de dresser le profil de la clientèle des unités de longue durée du service de gérontopsychiatrie.

Cette étude clinico-administrative a permis d'évaluer la presque totalité des usagers (86 sur 90) des trois unités de longue durée (unités 302, 305 et 402) au niveau de leurs caractéristiques sociodémographiques, leurs diagnostics psychiatriques, leur santé physique, la sévérité de leur maladie, leur autonomie fonctionnelle et leurs troubles de comportement.

L'âge moyen des usagers est de 76 ans, 65 % d'entre eux sont de sexe féminin, 76 % sont sous un régime de protection, 70 % ont eu au moins trois hospitalisations, la durée d'hospitalisation moyenne était d'environ 23 ans. Un peu plus de 70 % des usagers ont une personne significative ou à un aidant naturel.

Les troubles gastro-intestinaux ou les problèmes d'ORLO (oto-rhino-laryngologie et ophtalmologie) sont les principales catégories de problèmes de santé physique présents au sein de cette population. Ils affectent plus de 85 % des usagers des unités de gérontopsychiatrie.

La schizophrénie est le diagnostic psychiatrique principal pour 63 % des usagers et 22 % présentent un diagnostic de trouble schizo-affectif. Les mouvements induits représentent le diagnostic psychiatrique concomitant le plus fréquent (44 %).

Selon les cotes sur l'Échelle globale du fonctionnement (EGF), 13 % des usagers présentent un niveau de fonctionnement modéré, 34 % présentent des symptômes importants ou un handicap considérable au niveau social, 36 % présentent une altération du sens de la réalité ou de la communication ou un handicap majeur dans plusieurs domaines. De plus, 17 % exhibent un comportement notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations.

Selon les cotes sur l'échelle *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS), 48 % des usagers ont des hallucinations et/ou des délires à un niveau modérément grave à très grave, 66 % présentent d'autres troubles mentaux et comportementaux de cette intensité, 35 % ont des problèmes pour établir des relations sociales significatives à un niveau modérément grave à très grave et 20 % présentent des troubles cognitifs du même niveau de sévérité.

### TABLE DES MATIÈRES

1	Résumé
2	Introduction
3	Méthodologie
4	Résultats
13	Discussion
15	Recommandations
16	Remerciements
16	Comité de travail

---

« La schizophrénie constitue le diagnostic psychiatrique principal pour 63 % des usagers et 22 % ont un trouble schizo-affectif ».

Les résultats au Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) indiquent des incapacités principalement au niveau des tâches domestiques, du fonctionnement social, des fonctions mentales, des activités de la vie quotidienne, de la mobilité et de la communication. Plus de 90 % des usagers ont des problèmes au niveau des activités de la vie domestique (AVD), 69 % ont des troubles liés au fonctionnement social et près de 50 % ont des difficultés liées aux fonctions mentales.

De plus, 22 interventions par des agents de sécurité et neuf mises en isolement se sont produites pendant les six mois précédant l'évaluation.

Si aucun usager ne présente un risque suicidaire, 13 % posent un risque d'incendie lorsqu'ils fument. Près du cinquième des usagers ont eu des essais de placement au cours des 10 dernières années.

Ce profil des usagers des unités de longue durée du service de gérontopsychiatrie de l'HLHL pourra servir non seulement à la mise en place de soins et de services mieux adaptés à cette clientèle, mais aussi à la réorientation de certains d'entre eux à des ressources adaptées à leurs besoins spécifiques.

## Introduction

Au printemps 2004, la direction des services professionnels désirait dresser un profil de la clientèle des trois unités de longue durée du service de gérontopsychiatrie afin de mieux préciser les besoins de soins et de services ainsi que les besoins résidentiels futurs.

L'évaluation des diagnostics psychiatriques, de la santé physique, de la sévérité de la maladie, de l'autonomie fonctionnelle et des troubles de comportement des usagers constitue une étape déterminante pour l'élaboration du profil de la clientèle des unités de longue durée du service de gérontopsychiatrie.

Ce profil de la clientèle constitue aussi un élément essentiel à l'élaboration de programmations cliniques basées sur des données objectives et complémentaires au travail clinique déjà en cours dans une approche biopsychosociale de traitement – réadaptation – réhabilitation (T-R-R).

Par ailleurs, ce profil de la clientèle pourra permettre de réorienter certains usagers selon leurs besoins résidentiels (i.e., CHSLD, ressource intermédiaire existante) ou encore d'identifier des besoins pour la création de ressources adaptées à ces usagers d'âge avancé ayant un problème de santé mentale.

Il semble qu'aucune étude semblable n'a été entreprise auparavant auprès de ce type de clientèle hospitalisée. Il faut cependant signaler l'existence d'études novatrices réalisées à l'échelle de l'HLHL qui ont aussi porté sur l'évaluation des différentes clientèles des ressources intermédiaires au niveau de l'hébergement.

---

**« L'évaluation des diagnostics psychiatriques, de la santé physique, de la sévérité de la maladie, de l'autonomie fonctionnelle et des troubles de comportement des usagers constitue une étape déterminante... »**

---

## Méthodologie

### *Participants*

La population de référence de cette étude clinico-administrative est constituée de la presque totalité de la clientèle des trois unités de longue durée, les unités 302, 305 et 402 (N = 86 sur 90). Celles-ci accueillent chacune 30 usagers. La collecte des données s'est déroulée sur une période de deux semaines en mai 2004.

### *Instruments de mesure*

L'ensemble du personnel infirmier, professionnel et médical affecté à ces unités ont participé à l'administration des instruments de mesure.

Les banques de données de gestion informatisées des usagers ont servies pour dresser leur profil sociodémographique et clinico-administratif selon les aspects suivants : âge, sexe, régime de protection, nombre et durée des hospitalisations antérieures à l'HLHL. Un questionnaire développé pour les infirmières soignantes a permis de relever la présence d'une personne significative (aidant naturel) ainsi que le risque suicidaire et d'incendie. Un questionnaire destiné aux travailleurs sociaux a été utilisé pour relever le nombre d'essais antérieurs de placement dans des ressources d'hébergement depuis 1994, et un questionnaire s'adressant aux psychiatres traitants a relevé les principaux problèmes de santé mentale. La santé physique a été mesurée à l'aide d'un questionnaire maison. Celui-ci fut développé afin d'identifier les différentes problématiques de santé physique sans toutefois tenir compte de la gravité de ces problèmes. Ce questionnaire a été complété par les omnipraticiens traitants.

L'Échelle globale du fonctionnement (EGF) et le questionnaire *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS) permettent de documenter les principaux diagnostics psychiatriques ainsi que la sévérité de la maladie. L'EGF évalue le fonctionnement psychologique, social et professionnel. Il correspond à l'Axe V du DSM-IV et ne tient pas compte des changements fonctionnels dus à des facteurs d'ordre physique ou environnemental. Sa cotation, variant de 1 (niveau inférieur de fonctionnement) à 100 (niveau supérieur de fonctionnement), se rapporte au moment de l'évaluation. L'HoNOS mesure les résultats des prises en charge en termes de santé mentale et de fonctionnement social. Sa cotation, allant de 0 à 4 (problème très grave), se rapporte à la période de deux semaines avant le moment de l'évaluation.

Le questionnaire Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) est un instrument adapté à la clientèle gériatrique et utilisé dans le réseau de la santé pour l'orientation en hébergement. Le SMAF évalue 35 items dans les catégories : activités de la vie quotidienne, mobilité, communication, fonctions mentales, tâches domestiques et la sous-échelle fonctionnement social. Le SMAF permet d'évaluer le niveau d'autonomie fonctionnelle des usagers et leur fonctionnement social cotés tous sur une échelle allant de 0 (autonome) à -3 (nécessite une aide complète). Il faut noter que l'HoNOS et le SMAF ont déjà été utilisés dans des études antérieures à l'HLHL.

Enfin, le Registre d'intervention de la sécurité dans les unités et le logiciel BÉPUR servent à colliger les données sur les mises en isolement avec ou sans contention dans les six mois précédentes l'étude, soit entre décembre 2003 et mai 2004.

---

« L'échelle globale du fonctionnement (EGF) et le questionnaire *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS) ont permis de documenter les principaux diagnostics psychiatriques ainsi que la sévérité de la maladie. »

---

Des séances d'information et de formation pour l'utilisation des différents instruments de mesure (HoNOS, SMAF, etc.) se sont tenues en avril et en mai 2004. Les personnes ayant contribué à la formation pour l'attribution des instruments sont mentionnées à la fin de ce document.

La période de cueillette des données s'est déroulée entre le 10 et 28 mai 2004, soit immédiatement après les deux semaines prévues pour les séances d'information et de formation.

## Résultats

### *Caractéristiques sociodémographiques et clinico-administratives*

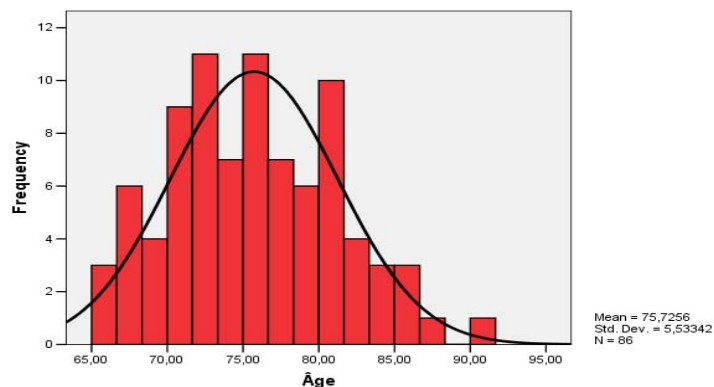
Pour ce qui est des caractéristiques sociodémographiques et clinico-administratives des 86 usagers impliqués dans l'étude, nous constatons que 65 % sont de sexe féminin. Comme l'indique le Graphique A, l'âge moyen des usagers est de 76 ans, variant de 65 à 92 ans. L'unité 305 accueille le double d'usagers de 80 ans et plus comparativement aux deux autres unités.

**Nombre d'usagers : 86**

**Âge moyen : 76 ans**

**Sexe : 56 femmes, 30 hommes**

**Durée moyenne des hospitalisations : 24 ans**



**Graphique A : Distribution de l'âge de la population à l'étude**

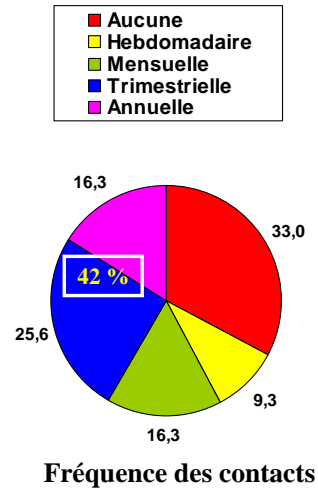
Un peu plus des trois quarts (76 %) des personnes sont sous un régime de protection (63 % régime public et 13 % régime privé), 41 % ont huit hospitalisations ou plus (30 % d'une à deux et 29 % de trois à sept hospitalisations). La durée moyenne des hospitalisations antérieures est d'environ 24 ans.

Comme le révèle les Graphiques B et C ci-après, 7 personnes sur 10 (72 %) ont une personne significative ou un aidant naturel et la majorité des contacts avec les usagers sont initiés par ces derniers (63 %).

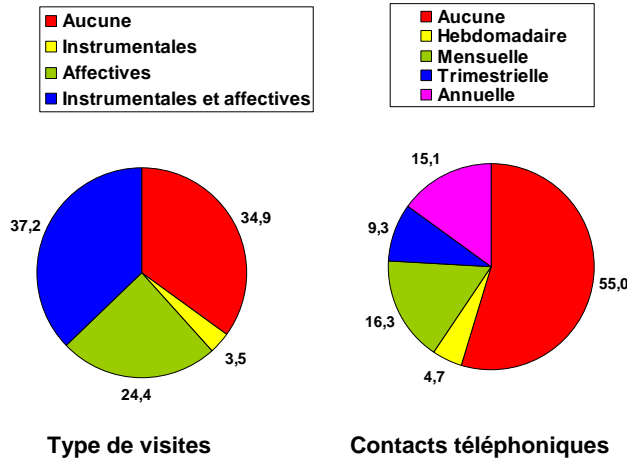
Chez les personnes toujours présentes dans ces unités	Total n
Nombre de patients impliqués	16
<u>De 1994 à 1998</u>	9
RTF	11
RI	3
Charlemagne	0
Tourterelle	3
CHSLD	3
Autres	
Nombre d'essais	29
<u>De 1999 à 2004</u>	1
RTF	3
RI	1
Charlemagne	0
Tourterelle	0
CHSLD	3
Autres	
Nombre d'essais	8

Tableau 1

- 72 % des patients ont accès à une personne significative ou un aidant naturel
- 8,3 % ont plus d'une personne
- 63 % des visites sont initiées par les visiteurs



Graphique B : Personnes significatives



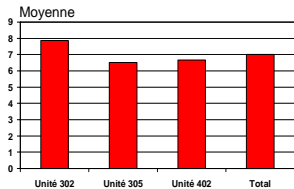
Graphique C : Visites et contacts téléphoniques

Enfin, il est important de noter que près de 20 % des résidents des unités ont eu des essais de placement soit, 29 essais entre 1994 et 1998 et 8 essais entre 1999 et 2004 (voir le Tableau 1).

*Problèmes de santé physique*

Les résultats concernant les problèmes de santé physique se traduisent de trois façons différentes :

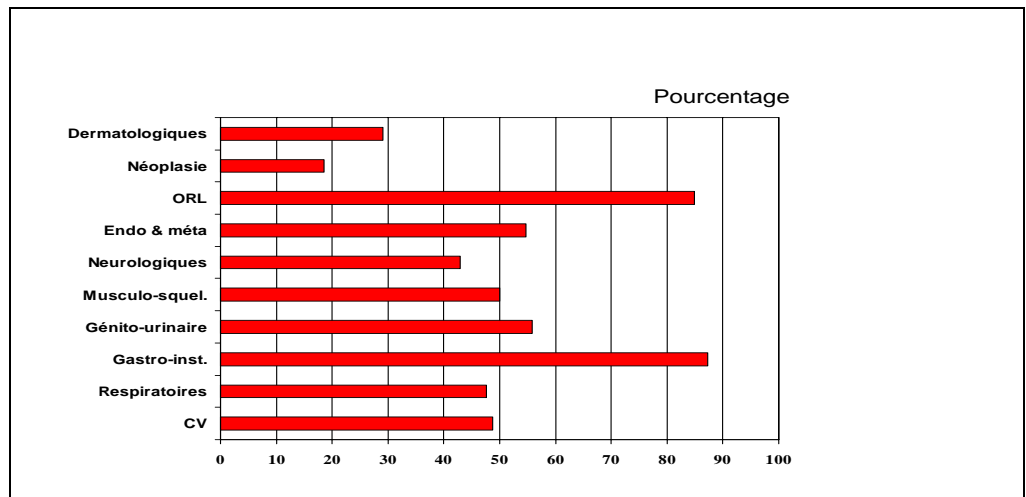
Le Graphique D nous donne le nombre moyen de problèmes de santé physique par unité et pour l'ensemble de la clientèle du secteur de gérontopsychiatrie. Pour l'ensemble des unités de gérontopsychiatrie, chaque client présente un nombre moyen de 7 problèmes de santé physique. Les usagers de l'unité 302 présente le plus grand nombre moyen problèmes de santé physique (8,9).



**Graphique D : Nombre moyen de problèmes de santé physique selon l'Unité**

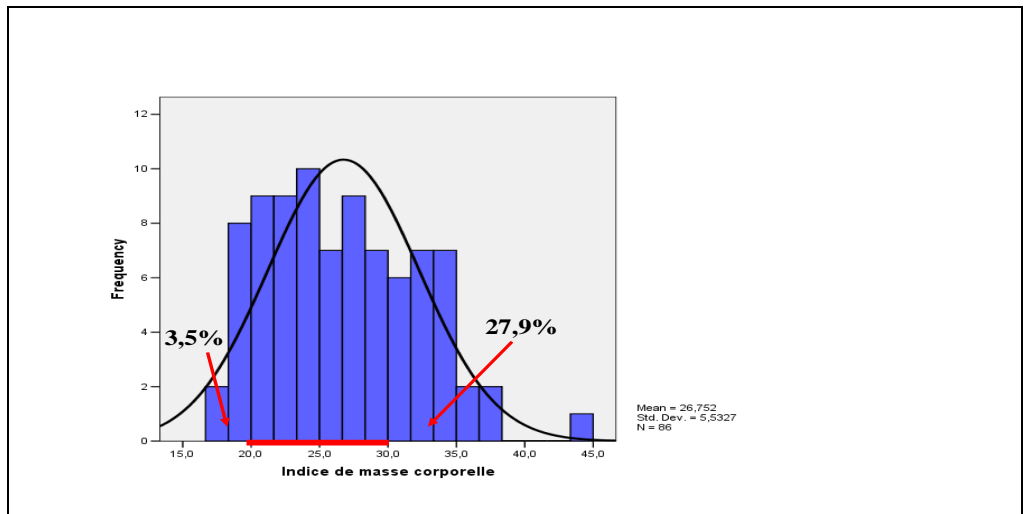
Parmi les problèmes de santé physique (voir le Graphique E), les problèmes du système gastro-intestinal (88 %) et aux yeux-oreilles-nez-gorge-larynx (85 %) sont les plus fréquents. Viennent ensuite les problèmes du système génito-urinaire (56 %), endocrinien-métabolique-sein (55 %), musculo-squelettiques (50 %), cardio-circulatoire (49 %), respiratoire (47 %), neurologique (43 %), dermatologie (29 %) et de néoplasie (18 %).

La moyenne de l'indice de masse corporelle pour l'ensemble de la clientèle des unités de gérontopsychiatrie est de 26,6. Pour les personnes de 65 ans et plus, le seuil de normalité de l'IMC se situe entre 18,5 et 29,9 (Santé Canada, 2003). Ainsi, les deux tiers des usagers se situent à l'intérieur de cet intervalle alors que 4 % présentent un IMC inférieur à la norme et près du tiers (28 %) se situe au-dessus cette norme. Une seule personne présente un problème d'obésité morbide avec un IMC de 44 (voir le Graphique F).



**Graphique E : Plus d'un problème de santé physique**

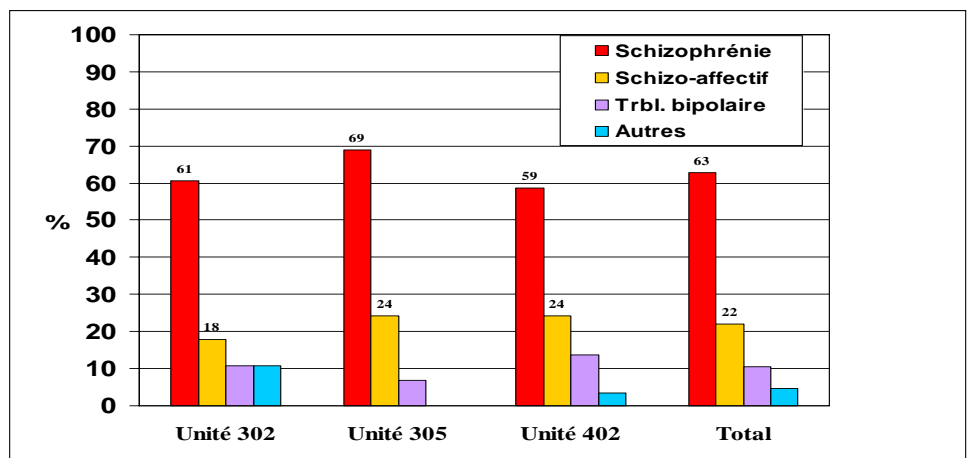
Pour les personnes de 65 ans et plus, le seuil de normalité de l'IMC se situe entre 18,5 et 29,9 (Santé Canada, 2003).



Graphique F : Indice de masse corporelle

*Problèmes psychiatriques*

La schizophrénie constitue le diagnostic psychiatrique principal pour 63 % des usagers, 22 % présentent un diagnostic de troubles schizo-affectifs, tandis que les mouvements induits représentent un diagnostic psychiatrique concomitant pour 44 % d'entre eux (voir le Graphique G).



Graphique G : Diagnostics psychiatrique selon l'unité

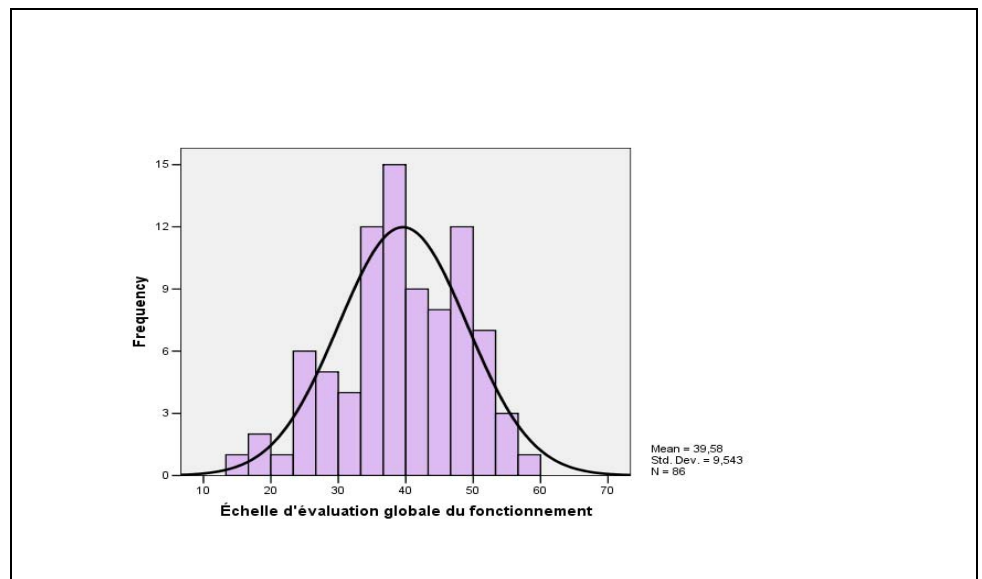
Les cotes moyennes sur l'EGF sont de 32, 47 et 41 aux unités 302, 305 et 402 respectivement, pour une cote totale moyenne de 40 (voir le Graphique H). De plus, selon le Graphique I, 87 % des usagers ont une cote EGF se situant entre 11 et 50 :

---

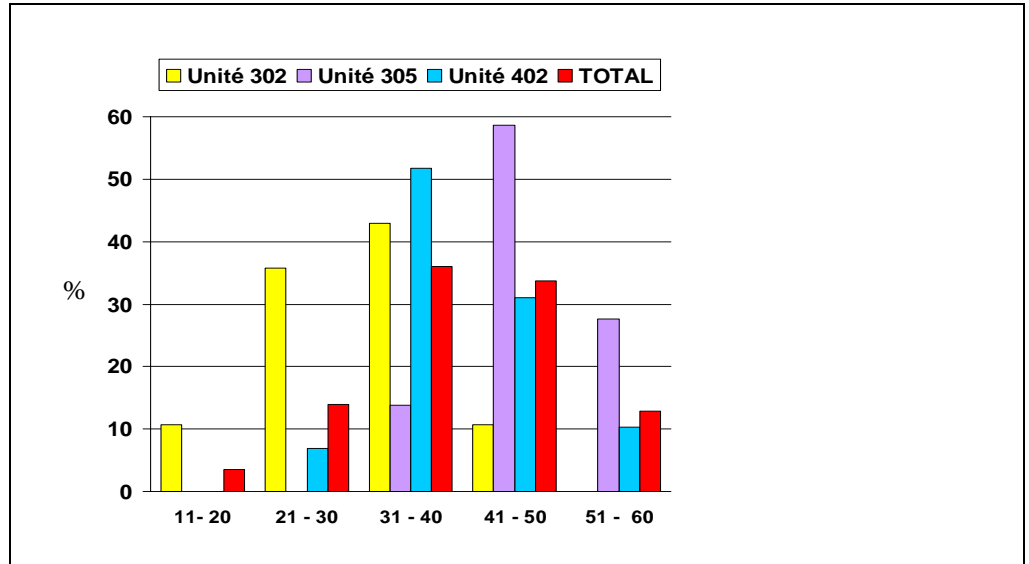
« En moyenne les personnes vivant au sein de ces unités présentent une cote EGF de 40, soit une altération du sens de la réalité ou de la communication, ou une déficience majeure dans plusieurs domaines tel les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur. »

---

- 13 % présentent un niveau de fonctionnement modéré (par exemple, émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) ou des difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (par exemple, peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail), soit une cote EGF de 51 à 60 ;
- 34 % présentent des symptômes importants (par exemple, idéations suicidaires, rituels obsessionnels sévères, vols répétés) ou une altération importante au niveau social, professionnel ou scolaire (par exemple, absence d'amis, incapacité à garder un emploi), soit une cote EGF 41 à 50 ;
- 36 % présentent une altération du sens de la réalité ou de la communication (par exemple, discours par moment illogique, obscur ou inadapté), ou une déficience majeure dans plusieurs domaines (par exemple, travail, école, relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur), soit une cote EGF 31 à 40 ;
- 17 % présentent un comportement notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations ou troubles graves de la communication ou du jugement et sont incapable de fonctionner dans presque tous les domaines ; certains présentent un danger d'auto ou d'hétéro agression (par exemple, tentative de suicide, violence fréquente, excitation maniaque) ou une incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimale ou une altération massive de la communication (par exemple, incohérence indiscutable ou mutisme), soit une cote EGF 11 à 30.

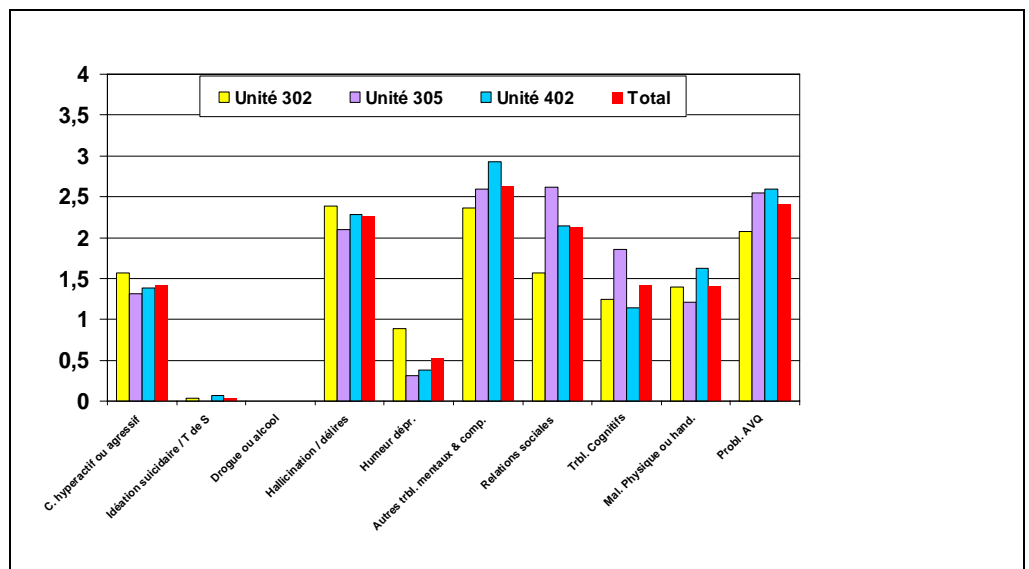


Graphique H : Distribution des cotes à l'EGF



**Graphique I : Cotations sur l'EGF selon l'unité**

Comme le montre les résultats à l'HoNOS (voir le Graphique J), 48 % des usagers ont des hallucinations et/ou des délires à un niveau modérément grave à très grave (cotes de 3 et plus), 66 % présentent d'autres troubles mentaux et comportementaux (phobie, anxiété, obsession-compulsion) modérément graves à très graves, 35 % ont des problèmes pour établir des relations sociales significatives modérément graves à très graves. Un usager sur cinq présente des troubles cognitifs modérément graves à très graves essentiellement associés aux maladies psychiatriques.



**Graphique J : Cotes aux dimensions de l'HoNOS**

« Le recours à l'isolement avec ou sans contention est chose peu courante dans ces unités. »

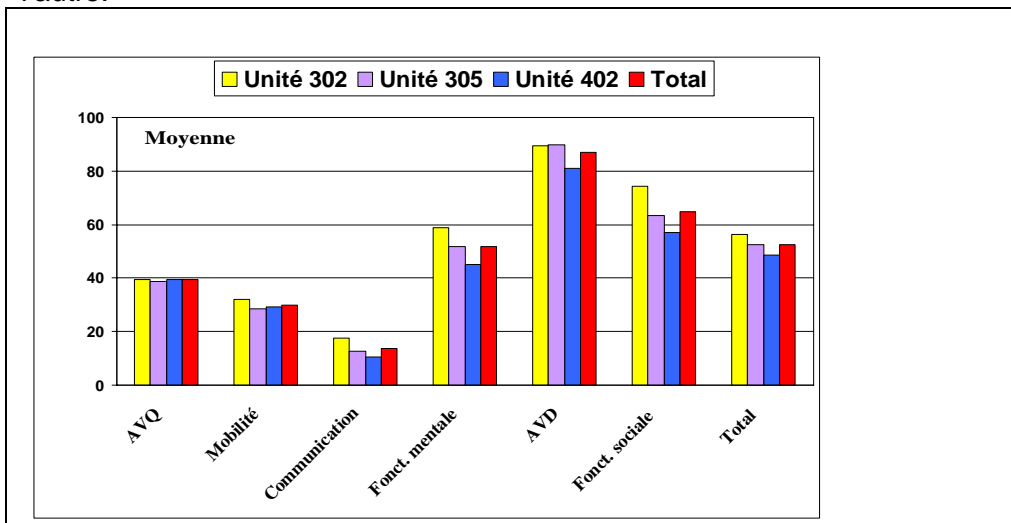
*Dangerosité*

Les instruments utilisés pour estimer les niveaux de dangerosité au sein de ces unités ont permis de révéler l'absence de tentative de suicide (du 6/03 au 5/04). Par contre, chez les 37 usagers fumeurs, 30 % requièrent un besoin de surveillance lorsqu'ils fument, 8 % nécessitent un tablier ignifuge et près de la moitié des fumeurs ont un briquet en leur possession.

Le recours à l'isolement avec ou sans contention est chose peu courante dans ces unités. Ainsi, de décembre 2003 à mai 2004, les données statistiques indiquent que pour 8 usagers, il y a eu 20 événements d'isolement avec ou sans contentions dont 6 événements pour un seul usager. Le registre d'intervention de la sécurité rapporte 22 interventions par des agents de sécurité, dont neuf mises en isolement avec ou sans contention.

*Autonomie fonctionnelle*

Le Graphique K permet d'établir le niveau d'autonomie fonctionnelle des usagers du service de gérontopsychiatrie. Les cotes au SMAF relèvent des incapacités à plusieurs niveaux. Par ordre d'importance de l'incapacité, nous retrouvons : les tâches domestiques, le fonctionnement social, les fonctions mentales, les activités de la vie quotidienne, la mobilité et la communication. La distribution est relativement équitable d'une unité à l'autre.



**Graphique K : Cotes sur le SMAF selon l'unité**

TÂCHES DOMESTIQUES (AVD)

Plus de 90 % des usagers présentent une incapacité totale à effectuer les tâches : entretenir la maison, préparer les repas, faire les courses, faire la lessive, gérer le budget (noter que près de 76 % des usagers sont sous un régime de protection), prendre les médicaments. Par ailleurs,

- 42 % utilisent les transports avec accompagnement ;
- 8 % utilisent seuls le téléphone et 17 % sont capables de répondre mais ne peuvent composer que quelques numéros mémorisés.

« Plus de 90 % des usagers présentent une incapacité totale à effectuer la majorité des tâches domestiques. »

FONCTIONNEMENT SOCIAL


---

**« 46 % des usagers n'ont plus la capacité d'identifier des activités et d'y prendre part ou ne font aucune activité. »**

---

- En termes d'occupation des temps libres :
  - 46 % des usagers n'ont plus la capacité d'identifier des activités et d'y prendre part ou ne font aucune activité ;
  - 22 % des usagers ont besoin d'aide tant que pour identifier des activités que pour y participer ;
  - 22 % des usagers doivent être encouragés ou stimulés à choisir ou à prendre part à des activités récréatives ou sociales.
- 78 % des usagers ne font aucune démarche pour utiliser les ressources de leur milieu.
- 25 % des usagers créent ou maintiennent des liens significatifs et 55 % des usagers présentent à l'occasion un manque de respect, de politesse nécessitant un rappel.
- 74 % des usagers n'accomplissent plus de rôles sociaux.
- La capacité d'exprimer des désirs, opinions, idées, limites est présente pour 24 % des usagers. 21 % doivent être stimulés ou encouragés à s'exprimer tandis que 29 % ont besoin d'aide pour s'exprimer.

FONCTIONS MENTALES


---

**« Près de la moitié des usagers présentent des troubles du comportement nécessitant une surveillance accrue. »**

---

- Des problèmes de mémoire sont identifiés pour plus de 60 % des usagers :
  - 32 % des usagers oublient des faits récents (noms de personnes, rendez-vous) mais se souviennent des faits importants ;
  - 35 % des usagers oublient régulièrement des choses de la vie courante (avoir pris leurs médicaments, rangement des effets personnels, avoir pris un repas, avoir eu des visiteurs).
- 43 % des usagers sont quelquefois désorientés par rapport au temps, à l'espace et aux personnes tandis que 22 % des usagers sont orientés seulement dans le temps de la journée, dans un environnement humain et non humain familier.
- Des problèmes de compréhension sont identifiés pour 73 % des usagers :
  - 28 % des usagers saisissent lentement les demandes et les explications ;
  - 45 % des usagers ne comprennent que partiellement même après explications répétées ou sont incapables de faire des apprentissages.
- Pour le jugement, le niveau d'incapacité est très élevé :
  - 78 % des usagers n'évaluent pas les situations et on doit prendre les décisions à leur place ;
  - 15 % évaluent mal les situations et ne prennent des décisions sensées que si le personnel leur suggère fortement une opinion.
- Pour le comportement :
  - 53 % des usagers présentent des troubles de comportement mineurs (jérémiades, labilité émotionnelle, entêtement, apathie) qui nécessitent une surveillance occasionnelle, un rappel à l'ordre ou une stimulation ;

---

**« Près de la 80 % des usagers n'évaluent pas les situations et on doit prendre les décisions à leur place. »**

---

- 39 % des usagers présentent des troubles de comportement qui nécessitent une surveillance plus intensive (agressivité envers soi ou les autres, dérange les autres, errance, cris constants) ;
- 7 % ont des comportements dangereux, nécessitent des contentions ou essaient de blesser les autres ou de se blesser ou tentent de se sauver.

#### ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

---

**« La grande majorité des usagers présentent des incapacités allant d'importantes à totales pour se laver. »**

---

- Près de 68 % des usagers présentent des incapacités allant d'importantes à totales pour se laver;
  - 43 % des usagers ont besoin d'aide pour effectuer leur toilette quotidienne mais y participent activement ;
  - 25 % des usagers nécessitent d'être lavés par une autre personne.
- 25 % des usagers ont une incapacité modérée nécessitant stimulation, surveillance, préparation pour la toilette quotidienne ou aide pour un bain complet hebdomadaire.
- Pour l'item « s'habiller », près de 40 % des usagers présentent une incapacité modérée indiquant qu'ils s'habillent seuls mais qu'ils doivent être stimulés, surveillés, ou encore que le personnel doit leur préparer les vêtements ou apporter une touche finale (bouton, etc.) ;
- Pour l'item « entretenir sa personne », près de 90 % des usagers présentent des incapacités allant d'importantes à totales pour se brosser les dents, se peigner, se faire la barbe, se couper les ongles, se maquiller :
  - 71.3 % des usagers ont besoin d'aide partielle ;
  - 18.4 % des usagers ne participent pas vu l'incapacité totale.
- Près du tiers des usagers ont une incapacité modérée pour se nourrir nécessitant stimulation ou surveillance du personnel.

#### MOBILITÉ

---

**« Près de la moitié des usagers ont besoin d'aide pour les déplacements à l'extérieur de l'unité. »**

---

Les usagers sont, en général, autonomes dans les transferts et dans leur capacité à circuler seuls sur l'unité.

- 36 % des usagers présentent une incapacité importante à se déplacer en fauteuil roulant sur l'unité et ont besoin qu'une personne pousse le fauteuil roulant de même que 48 % des usagers ont besoin d'aide pour les déplacements à l'extérieur de l'unité.

#### COMMUNICATION

- La majorité des usagers sont capables de voir ou d'entendre.
  - 23 % ont des troubles de vision qui ne nuisent pas à l'accomplissement des activités quotidiennes ;
  - 17 % entendent s'ils portent leur appareil auditif ou si le personnel leur parle plus fort.
- 16 % des usagers ont des difficultés importantes à totales au niveau du langage.

## Discussion

Le profil de la clientèle des trois unités de longue durée du service de gérontopsychiatrie de l'HLHL est nécessairement psychiatrique et gérontologique étant donné le diagnostic psychiatrique, l'âge avancé, la durée moyenne d'hospitalisation des usagers et les problématiques relevées au SMAF. La grande majorité (85 %) a un diagnostic principal de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif, la moyenne d'âge est de 76 ans et ces usagers ont été hospitalisés depuis près de 24 ans. Par ailleurs, 82 % des usagers ont au moins un diagnostic psychiatrique concomitant.

Ces résultats indiquent que ces usagers nécessitent une prise en charge psychiatrique à long terme par une équipe interdisciplinaire car ils présentent des problèmes psychiatriques très importants qui se manifestent sous plusieurs formes incluant les hallucinations, les délires, les phobies, l'anxiété et l'obsession-compulsion. Ces usagers ont aussi des difficultés à établir des relations sociales significatives, des troubles cognitifs liés à leur état psychiatrique et plusieurs problèmes au niveau de la santé physique.

---

« Le profil de la clientèle des trois unités de longue durée du service de gérontopsychiatrie est nécessairement psychiatrique et gérontologique ... »

---

L'évaluation de leur autonomie fonctionnelle indique des incapacités principalement au niveau des tâches domestiques, du fonctionnement social, des fonctions mentales, des activités de la vie quotidienne, de la mobilité et de la communication. Au niveau des tâches domestiques, le contexte d'hospitalisation et l'organisation du milieu de vie font en sorte que l'accomplissement de la majorité de ces tâches ne soit pas réalisable. Pourtant, certaines tâches domestiques pourraient être réalisées dans le milieu de vie de l'unité. Le processus de réadaptation peut prévoir des interventions à ce niveau (stimulation, maintien de capacité, tâches intégrées dans la routine d'occupations quotidiennes). La capacité à réaliser les activités domestiques procure à la personne la reprise de rôle et la reconnaissance d'autrui. Pour certaines tâches, une approche milieu-thérapie combinée à un plan d'intervention individualisé pourrait permettre de stimuler l'utilisation de certaines capacités.

Au niveau du fonctionnement social, l'organisation des temps libres demeure déficitaire. La participation à des activités est peu élevée et près du trois quarts des usagers n'utilisent pas les ressources du milieu. En lien avec les difficultés présentées au niveau de la mobilité, des fonctions mentales et de la capacité à entrer en contact avec autrui, il y a lieu de repenser les services à offrir à la clientèle à ce niveau et leurs lieux de dispensation. À notre avis, ces usagers sont capables d'exprimer leurs désirs et leurs idées. Il est requis de leur demander ce qu'ils souhaiteraient à ce niveau et de les amener à faire des choix. Il importe aussi d'augmenter les occasions de socialiser dans le déroulement du quotidien et de les soutenir dans ces occasions.

Au niveau des fonctions mentales, il est primordial d'évaluer chaque usager quant à l'impact fonctionnel des déficits des fonctions mentales. En plus de stimuler certaines capacités, des moyens compensatoires doivent être pensés dans le milieu de vie (ex. : points de repère dans le temps, l'espace, personnaliser la chambre, etc.). En regard des troubles de comportement, il importe de comprendre le sens de ces comportements perturbateurs et de tenter de les atténuer. L'évaluation ainsi qu'un plan d'intervention interdisciplinaire pourraient aider à diminuer la fréquence de ces comportements pour permettre à l'usager de reprendre un contrôle sur ses *agirs* ou encore pour utiliser des moyens compensatoires qui rendent son comportement plus acceptable.

---

« La grande majorité des usagers de ces unités présente un diagnostic principal de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif. »

---

Au niveau des activités de la vie quotidienne, bien que ce domaine des AVQ se retrouve au 4<sup>ième</sup> rang d'importance des incapacités sur les six domaines couverts par le SMAF, le niveau d'incapacité indique clairement que le personnel doit consacrer beaucoup d'heures pour aider les usagers dans les différentes tâches quotidiennes, soit pour les stimuler, superviser ou accomplir leur tâche de façon partielle ou totale.

Il serait maintenant donc opportun de dresser les profils iso-SMAF des usagers du service de gérontopsychiatrie. Selon Dubuc (2002), les profils iso-SMAF représentent un système de gestion axé sur la classification des besoins des usagers en profil type d'autonomie fonctionnelle. Les 14 profils iso-SMAF regroupent des personnes ayant un profil d'incapacité semblable, qui nécessitent globalement des services similaires et qui génèrent des coûts équivalents. Ainsi, les profils iso-SMAF permettent de définir rapidement les besoins de la personne en perte d'autonomie ainsi que les services requis à sa condition.

Le pourcentage élevé d'incapacité à l'item « entretenir sa personne » peut faire référence au fait que les activités évaluées dans cette section nécessitent un niveau élevé de dextérité fine et la capacité d'intégrer cet item dans l'hygiène quotidienne. Le niveau de capacité est réduit par divers problèmes tels les mouvements induits ayant un impact sur la dextérité fine ou encore les problèmes de mémoire. Les incapacités en regard des fonctions vésicale et intestinale ont une influence sur le choix d'un milieu de vie.

La capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne augmente le sentiment d'efficacité personnelle, la dignité, et est un point de repère dans le quotidien. Le fait de ne plus être en mesure d'accomplir ces activités peut contribuer à la détresse psychologique des usagers.

Dans le processus de réadaptation, il serait indiqué de déterminer, pour chacun des usagers, si le niveau de capacité peut être optimisé ou si l'utilisation de stratégies compensatoires peut éviter une détérioration ou combler un déficit fonctionnel.

Au niveau de la mobilité, il importe de connaître la cause des problèmes de mobilité (faiblesse musculaire, trouble d'orientation dans l'espace, inertie pathologique, distance trop grande, etc.) pour identifier l'intervention requise à ce niveau. Des programmes de rééducation ou de maintien de capacité à la marche sur les unités sont à instaurer. La collaboration de la physiothérapie serait aidante à ce niveau. Un arrimage est indiqué avec le comité sectoriel des risques de chutes.

Au niveau de la communication, pour les 16 % des usagers ayant des difficultés importantes à totales de langage, l'identification des causes de ces incapacités (physiques, psychiatriques) est souhaitée ainsi que les mesures de réadaptation nécessaires à ce niveau.

Par ailleurs, si peu d'usagers (7 %) présentent un risque d'agression envers soi ou autrui, 39 % présentent des troubles de comportement qui nécessitent une surveillance plus intensive (agressivité envers soi ou les autres, errance, cris constants) et 13 % posent un risque d'incendie lorsqu'ils fument.

L'analyse des résultats de ce profil clientèle nous amène à identifier certaines implications futures.

- Il importe de développer une compréhension de la personne âgée dans sa globalité en prenant en compte la condition mentale, la condition physique et le niveau fonctionnel ;
- Une approche milieuthérapie combinée à des plans d'interventions individualisées est indiquée et permettrait de :
  - développer les attitudes thérapeutiques favorisant la qualité de vie des usagers, et l'approche T-R-R ;
  - se rallier à des valeurs et à une philosophie commune d'intervention (ex. : respect, dignité reconnaître les capacités, etc.) ;
  - stimuler l'utilisation des capacités au lieu de faire à la place ;
  - favoriser l'implication de la famille, des personnes significatives et des aidants naturels ;
  - mettre en place un environnement réadaptatif au niveau des espaces physiques puisque l'environnement a une influence sur la qualité de vie ; augmenter les repères visuels pour diminuer la désorientation ; aménager les espaces communs pour favoriser la socialisation ;
  - donner les stimulations adaptées au besoin de chacun.

Enfin, les membres du comité de travail considèrent que le travail de collaboration entre les cliniciens et les chercheurs du Module de soutien évaluatif de l'Axe de psychiatrie sociale du Centre de recherche Fernand-Seguin s'est avéré une expérience des plus intéressantes et fructueuses. Nous espérons pouvoir poursuivre cette collaboration afin d'améliorer les services offerts à la clientèle de gérontopsychiatrie de l'HLHL.

## Recommandations

Les résultats de cette étude clinico-administrative incitent le comité de travail, auteur de ce rapport, à formuler les recommandations suivantes :

1. Élaborer des programmations cliniques en fonction des données de cette étude, de la clientèle vieillissante du service de psychiatrie tertiaire et de la réorganisation des services cliniques.
2. Prévoir un arrimage de ces programmations cliniques avec le programme spécifique de gérontopsychiatrie dans le cadre de la réorganisation des soins et des services cliniques de l'établissement.

## Remerciements

- M. Jocelyn Bisson, MSc, pour avoir donné la formation aux infirmières sur le questionnaire HoNOS et offert les algorithmes des variables utilisées
- Mme. Josée Charlebois, t.s., pour avoir complété les historiques de placements
- Mme. Ghyslaine Lemay, t.s., pour avoir donné la formation aux professionnels sur le questionnaire SMAF
- D<sup>re</sup>. Murphy et D<sup>r</sup>. Oskoui, pour avoir complété les questionnaires de l'Échelle globale de fonctionnement et celui concernant les diagnostics psychiatriques
- D<sup>r</sup>. Clément, D<sup>r</sup>. Charles et D<sup>r</sup>. St-Phard, pour avoir complété les questionnaires des omnipraticiens sur les problèmes physiques
- M. Michel Barbero, t.s., Mme. Catherine Dupré, erg., Mme. Guylaine Grenier, t.s. et Mme. Cécile Lévesque, BSc, erg., pour avoir complété les questionnaires SMAF
- Les infirmières des unités qui ont complété les questionnaires des données complémentaires :
  - Unité 302 - M. Paul Coulombe, Mme. Yveslise Paul et Mme. Josée Leblond
  - Unité 305 - Mme. Louise Beaulieu, Mme. Yvela Blanchet et Mme. Alberte Métellus
  - Unité 402 - Mme. Lisette Thériault, Mme. Carmelle Béliard et Mme. Ginette Bastien
- Les assistantes infirmières chefs, Mme. Ginette St-Amour, Mme. Jocelyne Boulanger et Mme. Johanne Robitaille, pour avoir complété les questionnaires HoNOS
- Les infirmières chefs, Mme. Marie-Lourdes Kernisant et Mme. Jocelyne Berger, pour leur participation active au processus visant à compléter la collecte de données de l'étude

## Comité de travail

- Richard Boyer, chercheur au Centre de recherche Fernand-Seguin et coordonnateur de l'axe de psychiatrie sociale
- Josée Charlebois, travailleur social et coordonnatrice professionnelle
- Nicole Daigle, conseillère clinicienne en soins infirmiers spécialisés
- Luc Lemaire, infirmier chef à l'Unité 301
- Christiane Morin, ergothérapeute et chef du service d'ergothérapie et du service de physiothérapie
- Rosita Punti, psychiatre et chef adjointe au service de gérontopsychiatrie
- Patrick Ohana, coordonnateur de recherche au Module de soutien évaluatif

# COLLECTIONS




**ENSEIGNEMENT  
ET FORMATION**



**SOINS  
ET SERVICES**



**RÉCHERCHE ET  
ÉVALUATION**



L'Hôpital Louis-H. Lafontaine offre des services spécialisés et ultraspecialisés en santé mentale. Centre universitaire affilié à l'Université de Montréal, il développe des savoirs par la recherche, l'enseignement et l'évaluation.

À la fine pointe des connaissances, le Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine est le plus important lieu de recherche en santé mentale dans le milieu francophone canadien.

**Hôpital  
Louis-H. Lafontaine**

APPILIÉ À  
Université   
de Montréal