



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTRÉAL-CENTRE

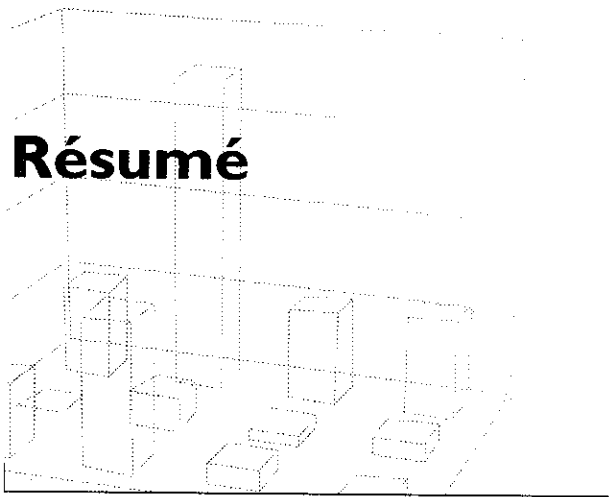
Santé mentale

Portrait de la clientèle en milieux hospitaliers et résidentiels

Rapport synthèse

**Louise Fournier
Michel Roberge
Edwidge Rouleau
Véronic Ouellette
Brigitte Simard**

**Une collaboration
de la Direction de la santé publique
et de la Direction
de la programmation et coordination
Décembre 1999**



Résumé

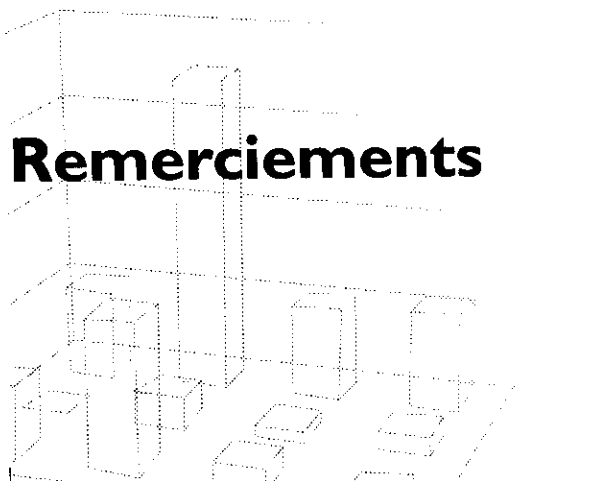
Une vaste opération d'évaluation a été menée en 1997 afin de dresser le portrait de la clientèle hospitalisée en psychiatrie ou séjournant dans les ressources d'hébergement spécialisées en santé mentale rattachées aux établissements publics. Cette opération a été réalisée grâce à la participation des intervenants qui ont fait l'évaluation de 3 910 usagers.

Ce rapport fournit les premiers résultats de cette étude. Une série de 11 tableaux commentés permet d'aborder les principales thématiques couvertes lors de l'évaluation. Dans tous ces tableaux, les résultats sont présentés pour l'ensemble de la clientèle de la région et en fonction des différents types d'établissements ou de ressources. On y trouve d'abord une description de cette clientèle selon l'âge, le sexe, la provenance géographique et la durée de séjour. Elle est ensuite décrite en fonction de certaines caractéristiques cliniques comme les niveaux de soins requis sur les plans physiques et psychiatriques, le diagnostic principal, le niveau d'autonomie fonctionnelle et la dangerosité. Les besoins de cette clientèle, que ce soit sur le plan de la réadaptation et de l'intégration sociale ou sur le plan résidentiel, sont également présentés. Enfin, sont abordées la question des obstacles pour obtenir les services résidentiels requis de même que celle de la motivation des usagers.

Cette présentation thématique est suivie d'une synthèse des résultats permettant de dresser le

portrait de la clientèle de chaque type de ressources et de souligner les particularités de certains établissements lorsque cela était possible.

Ces résultats sont ensuite discutés en fonction de leur intérêt pour la planification des services en santé mentale dans la région de Montréal. Les questions de l'accessibilité aux services, de l'efficacité et de l'équité sont plus particulièrement abordées. Enfin, les principaux avantages de même que les différentes limites de cette étude sont relevés.



Remerciements

Nous tenons à remercier les nombreuses personnes qui ont contribué à la production de ce rapport.

Tout d'abord, il y a celles qui ont participé à la collecte des données nécessaires à l'évaluation de la clientèle : monsieur Léo Fortin de la Régie qui a assumé la coordination régionale de la démarche d'évaluation; les représentants des centres hospitaliers de courte durée et de soins psychiatriques qui ont assumé la tâche de coordonner les activités d'évaluation dans leur établissement; les intervenants qui ont procédé à l'évaluation de plus de 3 900 personnes dans des délais très courts. Nous tenons à leur témoigner notre reconnaissance pour leur détermination et leur participation exceptionnelle.

Nous remercions tout particulièrement les lecteurs internes et externes soit madame Diane Gauthier,

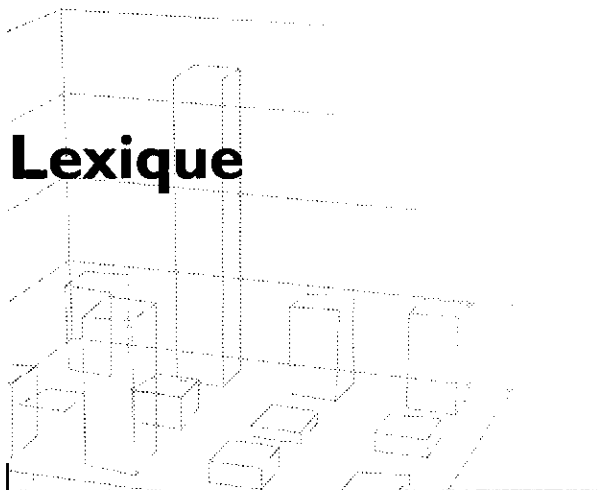
Dr Jacques Carrière et messieurs Herman Alexandre, Léo-Roch Poirier et Léo Fortin. Nous avons grandement apprécié leurs commentaires pertinents et suggestions judicieuses.

Nous tenons à souligner la contribution de messieurs Rodolphe Arsenault et Wilfrid Pilon, du Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard, responsables de l'adaptation de l'outil d'évaluation et de l'élaboration de rapports préliminaires.

Enfin, nous remercions madame Diane Gauthier, chef des Services de santé mentale, qui a demandé cette collecte d'informations et nous a appuyés dans la rédaction de ce rapport.

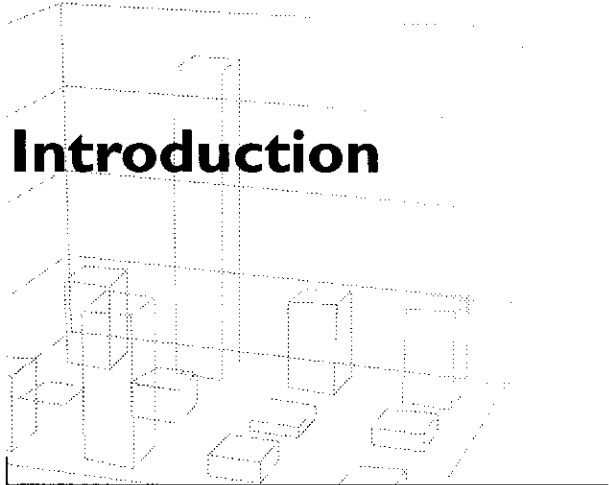
Table des matières

Lexique	iv
Introduction	I
1. Description des variables principales et pondération	3
1.1 Inventaire du niveau de soins	3
1.1.1 Description des niveaux de soins physiques et psychiatriques	3
1.2 Autonomie fonctionnelle	5
1.3 Besoins de services	5
1.4 Pondération	5
2. Résultats	6
2.1 Caractéristiques sociodémographiques et durée de séjour	6
2.1.1 Âge et sexe (Tableau 1)	6
2.1.2 Provenance des usagers (Tableau 2)	7
2.1.3 Durées de séjour (Tableau 3)	8
2.2 Caractéristiques cliniques	10
2.2.1 Niveaux de soins (Tableau 4)	10
2.2.2 Diagnostic principal (Tableau 5)	12
2.2.3 Autonomie fonctionnelle (Tableau 6)	13
2.2.4 Prévalence des comportements dangereux (Tableau 7)	14
2.3 Besoins	15
2.3.1 Programmes destinés à la personne (Tableau 8)	15
2.3.2 Besoins de services résidentiels à court terme (Tableau 9)	17
2.4 Obstacles à la prestation de services	19
2.4.1 Obstacles pour obtenir à court terme des services résidentiels (Tableau 10)	19
2.4.2 Motivation de l'usager (Tableau 11)	21
2.5 Synthèse des résultats : Portrait de la clientèle selon le type de ressources	21
3. Discussion générale et conclusions	26
3.1 Intérêts des résultats pour la planification des services	26
3.2 Avantages et limites de l'étude	29
3.3 Travaux subséquents	30



Lexique

- CH** Centre hospitalier : a pour mission d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés, y compris des soins infirmiers et des services psychosociaux spécialisés si requis.
- CHSGS** Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés : un CH offrant une variété de services médicaux. Dans le présent rapport, seuls ceux ayant un département de psychiatrie sont mentionnés. Les services hospitaliers de psychiatrie des CHSGS sont considérés comme étant de courte durée.
- CHSP** Centre hospitalier de soins psychiatriques : un CH dont les services médicaux sont principalement en psychiatrie.
- CHSP-CD** Services d'hospitalisation de courte durée du CHSP.
- CHSP-LD** Services d'hospitalisation de longue durée du CHSP.
- RTF** Ressource de type familial : les ressources de type familial se composent des familles d'accueil (enfants) et des résidences d'accueil (adultes ou personnes âgées). « Peuvent être reconnues à titre de résidence d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent chez elles au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel » (Loi sur les services de santé et les services sociaux, art. 312).
- RI** Ressource intermédiaire : « Est une ressource intermédiaire, toute ressource rattachée à un établissement public qui, aux fins de maintenir ou d'intégrer un usager dans la communauté, lui dispense par l'entremise de cette ressource des services d'hébergement et de soutien ou d'assistance en fonction de ses besoins » (Loi sur les services de santé et les services sociaux, art. 302). Dans les ressources intermédiaires, nous retrouvons les appartements supervisés, les maisons de chambres, les maisons d'accueil, les résidences de groupe, les foyers de groupe, les maisons de transition...



Introduction

Dans le but de planifier les services en fonction des besoins des usagers, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre a retenu l'*Inventaire du niveau de soins (INS)* assorti d'une évaluation de l'autonomie fonctionnelle comme instrument pour dresser le portrait de la clientèle hospitalisée en psychiatrie ou séjournant dans les ressources d'hébergement spécialisées en santé mentale qui sont rattachées aux établissements publics.

Dans le présent document, les Services de santé mentale de la Direction de la programmation et de coordination de la Régie ont voulu rendre disponible un premier ensemble de données représentant les principaux résultats de cette étude. Il s'adresse d'abord et avant tout aux hôpitaux et aux ressources d'hébergement ayant participé à la démarche d'évaluation afin qu'ils puissent bénéficier du portrait d'ensemble de leur clientèle. Ce rapport synthèse offre également à l'établissement la possibilité de voir sa clientèle en comparaison à celle d'autres établissements de la même catégorie ou encore à celle de l'ensemble des établissements de la région. Il a été conçu en fonction d'un lecteur pressé plus soucieux de connaître les résultats que d'en apprendre sur les choix conceptuels ou méthodologiques de cette étude.

Dans une première étape, en février 1997, la clientèle des quatre centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHSP) a fait l'objet de l'évaluation. Sur une période d'une à deux semaines, tous les usagers hospitalisés (courte ou longue durée) et tous les résidents des foyers de groupe et des pavillons devaient être évalués si leur durée de séjour était d'au moins trois jours¹. Les intervenants directement impliqués auprès d'eux complétaient le questionnaire d'évaluation. Lors de cette étape, 2 716 usagers (2 152 hospitalisés et 564 résidents des autres types de ressources) ont été évalués.

Dans une seconde étape, également sur une période d'une à deux semaines, mais au cours du mois de septembre 1997, la clientèle des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et des autres ressources d'hébergement (pavillons, ressources de type familial et ressources intermédiaires) ayant séjourné un minimum de trois jours a été évaluée. Dans les CHSGS et les pavillons, l'ensemble des usagers a été évalué alors que dans les ressources de type familial (RTF) et les ressources intermédiaires (RI), seulement un résident sur cinq, choisi au hasard, l'a été. Ainsi, un questionnaire a été complété pour 439 personnes hospitalisées dans les CHSGS, 262 personnes hébergées dans les pavillons et 493 hébergées dans les RTF ou les RI. Tout comme à la première étape, les questionnaires étaient complétés par les intervenants.

¹ Les usagers dont la durée de séjour est de moins de trois jours ne pouvaient être évalués car l'instrument nécessite une période d'observation minimale de trois jours.

Lors de l'une ou l'autre de ces étapes, un coordonnateur par établissement avait la charge de réviser les questionnaires de manière à assurer la qualité des informations recueillies. Ces questionnaires étaient ensuite retournés au centre de recherche Robert-Giffard pour la saisie informatique et une première étape d'analyse des données. Au total, 3 910 personnes ont été évaluées. Il est à noter, tel que mentionné plus haut, que la clientèle évaluée ne correspond qu'à une partie des personnes desservies par les ressources de santé mentale de la région. Cela n'inclut pas les personnes suivies dans les différents services ambulatoires qui ne bénéficient pas d'hébergement ni celles qui sont hébergées dans les ressources privées ou communautaires.

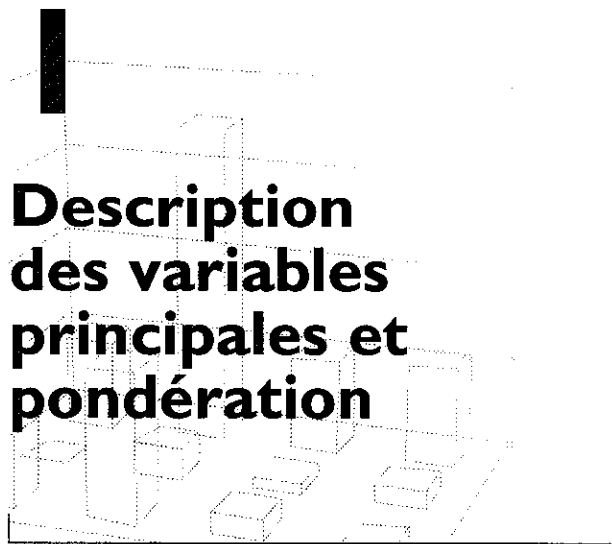
La banque de données résultant de ces deux étapes d'évaluation constitue une mine d'informations très précieuses sur l'ensemble de cette clientèle. Elle servira d'abord et avant tout à éclairer les choix dans la planification des services en santé mentale pour la région de Montréal. Elle n'offre certes pas des réponses à tout, mais elle peut fournir des données objectives qui serviront de base de discussion entre les différents acteurs du réseau. Certaines données de cette étude ont déjà été utilisées dans le cadre des travaux de planification du Plan 1998-2002 « Le défi de l'accès ». La Régie continue de se servir de cette base de données dans les travaux d'actualisation de ce plan.

Ce rapport fournit d'abord quelques éléments essentiels à la compréhension des résultats : 1) la définition des variables principales, soit les niveaux de soins, les types d'autonomie fonctionnelle et les types de besoins de services; 2) quelques éléments concernant la pondération des données. Onze grandes catégories de variables ont été retenues dans ce rapport compte tenu de leur importance pour la description des besoins de la clientèle et aux fins de la programmation. Leur présentation en 11 tableaux de résultats est relativement uniforme. Pour chaque tableau, les données sont d'abord fournies pour l'ensemble des usagers de la région, puis pour la clientèle hospitalisée en **longue durée** dans trois des CHSP (excluant Pinel) dans son ensemble puis pour chacun de ces établissements. Viennent ensuite

les résultats pour la clientèle hospitalisée en **courte durée** dans ces mêmes trois CHSP (dans son ensemble et pour chacun des établissements). Suivent les résultats concernant la clientèle de l'Institut Philippe-Pinel. Chaque tableau comprend ensuite les résultats pour l'ensemble de la clientèle hospitalisée en psychiatrie dans les CHSGS et pour la clientèle de chacun de ces établissements. Enfin, les résultats sont présentés de manière regroupée pour l'ensemble des usagers des ressources d'hébergement en distinguant celle des pavillons, des RTF et des RI. Les ressources résidentielles, dont les services sont offerts par les employés de l'établissement, ont été intégrées dans la catégorie RI.

De manière générale, les résultats sont exprimés en nombre de personnes (n) et en pourcentage, soit par rapport au nombre de personnes hébergées dans un établissement ou un groupe d'établissements (% rangée) ou soit par rapport au nombre de personnes ayant une caractéristique particulière (% colonne). Pour chacun des tableaux, des explications sont fournies lorsque cela est nécessaire et quelques commentaires sont faits de manière à faire ressortir les principaux résultats.

Les tableaux ont été regroupés à l'annexe 1. Celle-ci est détachée, mais fait partie intégrante de ce rapport. Le lecteur pourra ainsi, côte à côte, voir les résultats dans les tableaux tout en suivant la description dans le texte. L'annexe 2 présente la carte des sous-régions de santé mentale dans Montréal-Centre et l'annexe 3, la liste des centres hospitaliers, leur nombre de lits et la sous-région qu'ils desservent. Ces deux annexes ont pour but de faciliter la compréhension de l'organisation des services dans la région. À l'annexe 4, le questionnaire « Inventaire du niveau de soins et autonomie fonctionnelle, version 1992 » est joint de manière à ce que le lecteur puisse s'y référer pour clarifier le contexte ou les choix de réponses.



Description des variables principales et pondération

1.1 Inventaire du niveau de soins

L'*Inventaire du niveau de soins* est un outil d'évaluation de l'ensemble des besoins de soins en santé physique et mentale des personnes.

Le concept du niveau de soins s'appuie sur le postulat que des mesures de la santé mentale et physique d'une personne peuvent permettre d'estimer le type (niveau) de soins qu'elle requiert. Cet instrument ayant été conçu aux fins de planification, et non comme un outil clinique, il faudra être prudent lors de l'utilisation des résultats. Ils ne devraient jamais être utilisés directement et sans autre évaluation pour l'orientation d'un usager en particulier.

Les soins psychiatriques sont définis selon trois niveaux et les soins physiques selon quatre niveaux. La combinaison des trois niveaux de soins psychiatriques et des quatre niveaux de soins physiques fournit une matrice à douze niveaux. La détermination d'une catégorie de niveau de soins est faite à partir des réponses à un ensemble de questions.

1.1.1 Description des niveaux de soins physiques et psychiatriques ²

Les niveaux de soins psychiatriques

1. Intégré : L'individu présente des problèmes psychiatriques légers d'ordre affectif, relationnel, de propreté personnelle, d'orientation et quelques manifestations de symptômes psychotiques ou de dépression ou d'agitation mais à un degré moindre qu'en réadaptation. Il ne représente pas une menace pour lui-même ou les autres et son état mental n'affecte pas sérieusement sa capacité fonctionnelle ou son adaptation sociale. Il ne requiert pas de soins psychiatriques constants.

2. Réadaptation : L'individu présente des problèmes psychiatriques moyens (plus intenses qu'au niveau intégré) d'ordre affectif, relationnel, de propreté personnelle, d'orientation et quelques manifestations d'éléments psychotiques, dépressifs ou d'agitation. Son état ne présente aucun danger pour lui-même ou autrui, mais il entrave gravement sa capacité fonctionnelle ou son adaptation sociale. L'individu peut également avoir un comportement

² PILON, W., ARSENAULT, R., *Inventaire du niveau de soins et autonomie fonctionnelle, Guide de l'évaluateur*, révision en mars 1993, 56 p.

Niveaux de soins combinés

Niveaux psychiatriques	Niveaux physiques			
	Autonome	Supervisé	Soins de base	Soins infirmiers
Intégré	1	2	3	4
Réadaptation	5	6	7	8
Intensif	9	10	11	12

intolérable compte tenu des normes sociales qui prévalent dans notre société (ex. : montrer ses organes génitaux, être facilement irritable). Il requiert des soins psychiatriques plus réguliers.

3. Intensif : L'individu présente des problèmes psychiatriques plus graves comme des symptômes psychotiques, ou de dépression ou d'agitation. Il peut être dangereux pour lui-même, pour autrui ou pour les biens matériels. L'individu a une incapacité fonctionnelle à jouer un rôle dans la société. Il requiert un soutien psychiatrique plus continu et systématique et peut exiger une surveillance.

3. Soins de base : L'individu est plus sérieusement affecté dans les activités de la vie quotidienne et il nécessite une assistance physique pour certaines de ses activités de la vie de tous les jours. Il est moins en santé et peut requérir, à l'occasion, des soins infirmiers (ex. : incontinence occasionnelle, besoin d'aide pour prendre un bain ou s'habiller ou s'alimenter).

4. Soins infirmiers : L'individu est gravement ou totalement déficient au niveau des activités de la vie quotidienne et il peut présenter plusieurs problèmes sérieux de santé physique. Il requiert des soins infirmiers spécialisés plus continus (ex. : incapacité à s'injecter l'insuline nécessaire au traitement d'un diabète).

Les niveaux de soins physiques

1. Autonome : L'individu est physiquement sain et il est généralement autonome dans les activités de la vie quotidienne. La plupart du temps, il ne requiert pas de soins infirmiers.

2. Supervisé : L'individu requiert une supervision au niveau des activités de la vie quotidienne, mais il est en général physiquement sain (ex. : supervision pour les besoins alimentaires, pour la prise de médicaments). La plupart du temps, il ne requiert pas de soins infirmiers.

Il n'existe pas de correspondance directe entre les différents niveaux de soins requis et les besoins de ressources hospitalières ou résidentielles particulières. Toutefois, à titre indicatif pour le lecteur, mentionnons que, selon l'expérience des utilisateurs de cet instrument à l'hôpital Robert-Giffard, les personnes de niveaux 1 à 3 et 5 à 7 sont potentiellement aptes à vivre dans la communauté, tout comme les personnes de niveaux 4 et 8 si elles disposent d'un soutien infirmier. Les personnes de niveaux 9 et 10 peuvent aussi être désinstitutionnalisées si elles font l'objet d'un suivi psychiatrique intensif et qu'elles peuvent bénéficier de ressources et de services avec un encadrement plus structuré. Les personnes âgées doivent faire l'objet d'une attention plus particulière.

1.2 Autonomie fonctionnelle

L'autonomie fonctionnelle est considérée comme la capacité de la personne à effectuer seule ou avec un minimum d'aide la plupart des activités de la vie quotidienne. Elle est mesurée sur trois plans, **l'autonomie personnelle, l'autonomie communautaire et l'autonomie sociale**. Un score global (autonomie fonctionnelle) peut être obtenu de même qu'un score pour chacune des dimensions (personnelle, communautaire, sociale).

- **Autonomie personnelle** : Couvre les aspects de l'alimentation, de l'hygiène personnelle, de l'entretien des vêtements, de l'entretien domestique, de la sécurité personnelle, des finances et du budget et de la santé physique et mentale.
- **Autonomie communautaire** : Réfère aux loisirs, au transport, au magasinage, aux services communautaires (bureau de poste, bibliothèque...), au potentiel de travail et aux contacts sociaux (ex : utiliser le téléphone).
- **Autonomie sociale** : Évalue le niveau de travail possible, le réseau d'aide, la fréquence des relations interpersonnelles et la motivation de la personne.

1.3 Besoins de services

Les besoins de services couvrent quatre volets - *les services résidentiels, les programmes de services destinés à la personne* (intégration scolaire, intégration au travail, intégration sociale), *les services professionnels* (médicaux, paramédicaux) et *les services généraux* dans la communauté (organismes d'entraide, dépannage-urgence...). Dans ce rapport, les résultats ne sont présentés que pour les deux premiers volets.

Pour chacun des volets, les besoins étaient évalués en fonction des services reçus actuellement, des besoins à court terme (moins d'un an) et à long terme (plus d'un an) ainsi que des obstacles à l'obtention de ces services. Dans ce rapport, les résultats portent uniquement sur les besoins à court terme pour les

deux types de besoins rapportés ici et sur les obstacles en rapport aux besoins résidentiels.

Les résultats concernant les besoins de services doivent être interprétés avec réserve considérant le niveau de fiabilité moindre quant à l'information reçue pour cette partie du questionnaire. Les intervenants des hôpitaux de la région ont également rapporté des difficultés à répondre à cette section.

1.4 Pondération

Comme il a été mentionné précédemment, la totalité des usagers des établissements a été évaluée sauf dans les RTF et les RI couverts lors de la deuxième étape où seulement 20 % des usagers l'ont été. De manière à avoir un portrait de l'ensemble de la clientèle, les données concernant les usagers des RTF et des RI ont été pondérées en leur accordant un poids de 5. Ainsi, bien que 3 910 personnes aient effectivement été évaluées, les données sont présentées pour un équivalent de 5 882 personnes. Ce dernier chiffre représente le nombre total approximatif de personnes séjournant dans les CHSP, les CHSGS, les pavillons, les RTF et les RI, lors de la cueillette des données.

2

Résultats

2.1 Caractéristiques socio-démographiques et durée de séjour

2.1.1 Âge et sexe (Tableau I)

Le tableau I présente la répartition des usagers selon l'âge et le sexe.

Âge

- La clientèle est plus âgée dans les pavillons et les RTF, à Louis-H. Lafontaine-LD et CD, Douglas-LD, Maisonneuve-Rosemont et Général Juif
- Elle est particulièrement jeune à Pinel et à Rivière-des-Prairies-LD

Chez l'ensemble de la clientèle évaluée, l'âge varie entre 6 et 100 ans avec une moyenne se situant à 49 ans. Les adultes de 18 à 64 ans représentent 80 %³ des usagers, les personnes âgées (65 ans et plus) 19 % et les jeunes (moins de 18 ans) 2 %.

Près de 100 jeunes ont été évalués. La majorité d'entre eux sont hospitalisés dans des unités de courte durée. Ils se retrouvent principalement à Rivière-des-Prairies (43 %), à Douglas (14 %), à Pinel (10 %) et à Sacré-Cœur (9 %). Il y a également 16 % de la clientèle des jeunes qui est hébergée dans les RI.

Évidemment, les jeunes se retrouvent dans les établissements qui ont un mandat pour ceux-ci.

La clientèle adulte comprend près de 4 700 personnes. Elles sont davantage concentrées dans les RTF (31 %), dans les programmes longue durée des CHSP (25 %), dans les RI (16 %) et dans les pavillons (10 %).

Le nombre de personnes âgées est d'environ 1 100. Elles se retrouvent principalement en RTF (33 %), en CHSP-LD (23 %), en pavillon (20 %) et en CHSP-CD (13 %).

Certains types d'établissements reçoivent une forte proportion de personnes âgées (comparée à la proportion pour l'ensemble de la région). Par exemple, dans les pavillons 33 % des usagers sont âgés de 65 ans et plus et dans les CHSP-CD cette proportion est de 31 %. On note également des proportions particulièrement élevées de personnes âgées dans certains CHSP comme Louis-H. Lafontaine (24 % en LD et 37 % en CD) ou Douglas (29 % en LD et 35 % en CD) ou encore dans certains CHSGS comme le Général Juif (36 %), Fleury (25 %), Royal Victoria (23 %) et Lakeshore (23 %). À l'inverse, on note de très faibles proportions de personnes âgées à

³ Dans le texte, le pourcentage sera toujours arrondi à l'unité; les tableaux présentent les données à une décimale

Rivière-des-Prairies (0 %, ce qui n'est pas étonnant), à Pinel (2 %), dans les RI (6 %) et dans certains CHSGS comme St-Luc (8 %).

Sexe

RÉSUMÉ

Sexe

- La clientèle évaluée est majoritairement masculine
- Les hommes sont plus nombreux dans les CHSP-LD, les pavillons et les RI
- Les femmes sont en majorité dans les CHSP-CD (sauf à Rivière-des-Prairies) et dans les CHSGS

Dans la région, la majorité de la clientèle hébergée est constituée d'hommes (57 %). Cependant, la répartition selon le sexe est assez variable non seulement entre les catégories d'établissements mais également entre les établissements d'une même catégorie. Ainsi, on note de très fortes proportions d'hommes (comparées à la proportion pour l'ensemble de la région) à l'Institut Pinel (89 %), à l'hôpital Rivière-des-Prairies (LD 63 % et CD 70 %), au CHSGS Général Juif (65 %), dans les pavillons (63 %) et dans les RI (62 %). À l'inverse, on observe les plus fortes concentrations de clientèle féminine dans les CHSGS (55 %), particulièrement à St. Mary (71 %) et à Royal Victoria (64 %), dans les CHSP-CD (52 %) et dans les RTF (50 %).

2.1.2 Provenance des usagers (Tableau 2)

RÉSUMÉ

Provenance

- 18 % des usagers viennent de l'extérieur de la région
- La clientèle vient surtout de la sous-région de l'établissement
- Une part importante de la clientèle provient de la sous-région Est alors que la provenance des sous-régions Centre-Ouest et Ouest est faible
- Les sous-régions Ouest, Centre-Ouest et Sud-Ouest ont moins d'usagers dans les ressources résidentielles

Le tableau 2 donne la répartition des usagers selon la provenance géographique. D'abord, signalons que pour 11 % de l'ensemble des usagers, la provenance est totalement inconnue c'est-à-dire qu'on ne saurait dire si ces usagers sont originaires de Montréal ou d'ailleurs. Ce pourcentage d'usagers de provenance inconnue est particulièrement élevé dans le programme longue durée de l'hôpital Rivière-des-Prairies (29 %) et dans les RTF (16 %). Les autres données sur la provenance sont fournies uniquement pour les usagers dont la provenance est connue. La deuxième colonne " n connue " indique les effectifs considérés pour les colonnes subséquentes du tableau.

Région de Montréal-Centre vs hors région

Ainsi, lorsque la provenance est connue, les résultats montrent que 18 % de la clientèle provient de l'extérieur de Montréal. Cette proportion de clientèle hors région est particulièrement élevée à l'Institut Pinel (48 %), à l'Hôpital Rivière-des-Prairies particulièrement dans le programme LD (48 %) et dans une moindre mesure en CD (25 %), à l'Hôpital Général Juif (40 %) et à l'Hôpital Sacré-Cœur (34 %). Notons que, à part Rivière-des-Prairies qui a un mandat particulier, chacun de ces établissements a un mandat national (Pinel) ou suprarégional.

Sous-régions

Parmi l'ensemble des usagers, 82 % viennent de la région de Montréal-Centre, 76 % d'une sous-région connue et 6 % dont la provenance sous-régionale est inconnue. Notons que ce pourcentage de provenance sous-régionale inconnue est en grande partie attribuable à la clientèle de Louis-H. Lafontaine (256 sur 333 usagers dont la provenance sous-régionale est inconnue ; voir tableau 2.1 à la page suivante).

Pour les usagers dont la sous-région est connue, il est intéressant de constater qu'une forte proportion d'entre eux viennent de la sous-région Est, en fait deux fois plus de cette région que de n'importe quelle autre région. Cependant, il importe de tenir compte du fait que cette région comprend un plus

Taux d'usagers pour 10 000 de population par sous-région

SOUS-RÉGION	Nombre d'habitants*	Nombre d'usagers	Taux pour 10 000 habitants
Est	449 328	1 460	32,5
Centre-Est	292 738	727	24,8
Nord	294 716	630	21,4
Centre-Ouest	333 012	512	15,4
Sud-Ouest	211 958	469	22,1
Ouest	275 735	185	6,7

* Estimation de la population totale en 1997

grand nombre d'habitants. Le tableau 2.1 met en relation le nombre d'usagers provenant de la sous-région et le nombre d'habitants de manière à fournir le taux par 10 000 de population. Ainsi, en considérant ce taux, on peut constater que le nombre d'usagers provenant de la sous-région Est demeure plus élevé mais pas deux fois plus que dans n'importe quelle autre sous-région. Cependant, il est à noter que ce taux pourrait être plus élevé s'il y avait moins de données manquantes pour Louis-H. Lafontaine. Pour les autres sous-régions, on observe que pour trois d'entre elles (Centre-Est, Nord et Sud-Ouest) le taux se situe entre 21 et 25. Deux régions se démarquent par leur faible taux : Centre-Ouest (15,4) et Ouest (6,7). Ces écarts entre les sous-régions sont-ils le reflet de différences socio-économiques, de différences dans l'organisation des services ou peuvent-ils s'expliquer tout autrement (raisons historiques, par exemple)? Ces écarts méritent que ces questions soient approfondies.

Dans les **CHSP-LD**, les trois établissements reçoivent des usagers de toutes les sous-régions. Cependant, ils en reçoivent davantage de certaines : à Louis-H. Lafontaine 26 % proviennent de l'Est, à Douglas 38 % proviennent du Sud-Ouest et 18 % du Centre-Ouest et à Rivière-des-Prairies 23 % proviennent de l'Est.

Dans les **CHSP-CD**, les taux d'usagers provenant d'une sous-région particulière sont plus élevés que dans les CHSP-LD. Ainsi, à Louis-H. Lafontaine 65 % des usagers proviennent de l'Est, à Douglas 60 % proviennent du Sud-Ouest et à Rivière-des-Prairies 42 % proviennent de l'Est. Dans les **CHSGS**, cela est

encore plus accentué : au CH Général de Montréal 100 % de la clientèle vient du Centre-Ouest, à Royal Victoria 97 % vient de la sous-région Centre-Ouest, à Fleury 96 % de la sous-région Nord, à Lakeshore 94 % vient de la sous-région Ouest, à St. Mary 64 % provient de Centre-Ouest et à St-Luc 58 % provient de Centre-Est. Les CHSGS Sacré-Cœur (37 % Nord) et Général Juif (49 % Centre-Ouest) ont de plus faibles pourcentages de clientèle provenant d'une région particulière; cela est vraisemblablement attribuable aux mandats régionaux ou supra-régionaux particuliers de ces établissements.

Dans les pavillons, les RTF et les RI, on observe que la clientèle provient en grande partie des sous-régions Est, Centre-Est et Nord. Comment se fait-il que les autres sous-régions aient si peu d'usagers dans ce type de ressources? Une autre question qui mérite d'être approfondie.

2.1.3 Durées de séjour (Tableau 3)

Le tableau 3 présente la distribution des usagers selon la durée de séjour. Ici, la durée de séjour est calculée en fonction de la date de la dernière admission et le moment de l'évaluation. Il est à noter que cela diffère de la notion habituelle de durée de séjour (par exemple, dans MEDECHO) qui est le laps de temps écoulé entre la date d'admission et celle du congé. La durée de séjour est donc ici plus courte que celle qui serait calculée à la sortie. Par ailleurs, la durée de séjour concerne ici la clientèle des ressources visées selon une coupe transversale (clientèle présente lors d'une période de deux

Durée de séjour

- Dans l'ensemble, la durée moyenne de séjour est d'environ huit ans
- Moins de 20 % des usagers de la région a un séjour ne dépassant pas six mois et le quart ne dépassant pas un an
- Près de 30 % avait un séjour de un à cinq ans et 45 % de cinq ans et plus
- La durée de séjour en CHSP-CD est plus longue que dans les CHSGS
- Certains CHSGS ont une clientèle de long séjour

semaines). Cela signifie que les personnes dont la durée de séjour est longue avaient une chance plus grande d'être évaluées que celles ayant une courte durée de séjour. En conséquence, la prudence est de rigueur pour les gens voulant faire un rapprochement entre les durées d'hospitalisation fournies par MEDECHO par exemple (habituellement déterminées pour l'ensemble des usagers ayant séjourné sur une période d'un an) et les résultats présentés ici.

Nous n'avons pu établir la durée de séjour pour 49 usagers. Dans les tableaux, elle est d'abord exprimée en catégories : moins de 6 mois, 6 mois à 1 an, 1 à 2 ans, 2 à 5 ans, 5 à 10 ans et plus de 10 ans. Elle est ensuite présentée en durée moyenne de séjour (calculée en année).

Pour l'ensemble de la clientèle évaluée, 18 % des usagers de la région avaient un séjour ne dépassant pas six mois et près de 25 % un séjour ne dépassant pas un an. Près de 30 % avaient un séjour variant entre un et cinq ans et 45 % un séjour de cinq ans et plus. Dans l'ensemble, la durée moyenne de séjour est d'environ huit ans.

La durée moyenne de séjour est à son maximum chez la clientèle des CHSP-LD (17 ans), variant de 11 ans à Douglas à tout près de 22 ans à Rivière-des-Prairies. Ainsi, dans la plupart des programmes de longue durée des CHSP, plus de 60 % des usagers y séjournent depuis plus de 10 ans. Douglas fait exception, sa clientèle étant plus également répartie entre les différentes catégories de durée de séjour.

Pourquoi la clientèle de Louis-H. Lafontaine, par rapport à celle de Douglas, comprend-elle proportionnellement presque deux fois plus de personnes séjournant depuis plus de 10 ans alors que les deux clientèles sont dans des programmes similaires et dans des établissements également similaires? Par ailleurs, nous constatons que 14 % des usagers dans les programmes de longue durée de Douglas se situent dans la catégorie « moins de six mois » comparativement à 2 % à Louis-H. Lafontaine. Cela semble indiquer que l'hospitalisation de longue durée serait plus accessible à Douglas.

Parmi les autres types de ressources où la durée de séjour moyenne est relativement longue, viennent les pavillons où elle est de 11 ans et où un peu plus de la moitié de la clientèle y séjourne depuis plus de 10 ans. Dans les RTF, la durée moyenne atteint presque six ans et dans les RI près de quatre ans.

Il est intéressant de constater que la durée moyenne de séjour est nettement plus élevée dans les CHSP-CD (près de quatre ans) que dans les CHSGS (environ six mois). Dans les deux cas, il devrait s'agir d'hospitalisation de courte durée. Ce résultat mérite qu'on se questionne.

On peut également se questionner sur les écarts importants observés entre les établissements de même catégorie. Par exemple, 16 % de la clientèle de courte durée de Louis-H. Lafontaine y séjourne depuis plus de 10 ans alors que cette proportion est de 6 % à Douglas. Cet écart est également observable dans les durées moyennes de séjour (respectivement 4,2 et 2,3 ans). Comme nous l'avons vu précédemment, le taux d'hospitalisation de moins de six mois en longue durée à Douglas (14 %) versus celui de Louis-H. Lafontaine (2 %) est probablement une partie de l'explication. Ainsi, il se pourrait que cela oblige le programme de courte durée de Louis-H. Lafontaine à garder des usagers plus longtemps parce qu'on ne peut les transférer vers la longue durée.

Parmi les différents CHSGS, les durées moyennes varient de 0,1 an à 1,4 an. Toutefois, les effectifs dans chacun des établissements étant petits, il faudrait être

prudent dans les conclusions à en tirer. Les durées moyennes de séjour les plus courtes sont observées à Fleury, Général de Montréal et Notre-Dame alors que les plus longues le sont à Saint-Luc et à St. Mary. Notons que 38 personnes ont un séjour de plus d'un an dans les CHSGS, dont 24 de plus de deux ans. Ces personnes pourraient être ciblées dans le cadre du programme régional d'hospitalisation de long séjour à créer selon le Plan 1998-2002. Les séjours de plus de deux ans sont surtout concentrés à Saint-Luc et à Sacré-Cœur.

À Pinel, la durée moyenne de séjour est de trois ans, ce qui est relativement similaire à ce qui est observé dans les CHSP-CD. Par ailleurs, il est à noter que 26 personnes ont une hospitalisation d'une durée de plus de 10 ans.

2.2 Caractéristiques cliniques

2.2.1 Niveaux de soins (Tableau 4)

Le tableau 4 montre la répartition des usagers en fonction des niveaux de soins. Le lecteur se référera

à la section 2.1 pour mieux comprendre les différents niveaux de soins et leur interprétation pour la réinsertion sociale des usagers.

Le tableau 4.1, présenté ci-dessous, fournit un résumé et une compilation d'informations contenues dans le tableau 4. Nous allons d'abord commenter le tableau 4.1.

Concernant les niveaux de soins psychiatriques, la majorité (67 %) de la clientèle de la région a été évaluée comme ayant des besoins de type intensif. Très peu d'usagers (7 %) se retrouvent dans la catégorie intermédiaire de soins psychiatriques de type réadaptation et 27 % sont considérés comme ayant besoin d'un niveau de soins de type intégré, c'est-à-dire qu'ils ont très peu de déficit au plan psychiatrique.

Sur le plan des besoins physiques, un peu plus de la moitié de la clientèle se situe au niveau dit supervisé, 18 % à un niveau autonome et environ 14 % à chacun des deux niveaux les plus exigeants sur le plan des soins infirmiers.

Lorsque les deux types de besoins de soins sont considérés à la fois, on observe qu'environ le tiers des usagers se situe dans la catégorie « niveau psychiatrique intensif et niveau physique supervisé »; cela représente plus de 2 000 personnes. Dans cette matrice, on peut également observer que la moitié des cellules regroupe très peu de personnes (six cellules sur 12 avec 3 % et moins).

Revenons maintenant aux résultats présentés au tableau 4 qui permettent de voir comment la

Niveaux de soins

- Nécessitent des soins intensifs, les 3/4 des usagers en CHSP-LD, les 4/5 en CHSP-CD et les 9/10 en CHSGS
- En ressources résidentielles, plus de la moitié nécessite des soins intensifs alors que le tiers a besoin de soins intégrés
- Les soins physiques sont davantage nécessaires chez les usagers des CHSP-LD et CD

41

Répartition de l'ensemble des usagers (%) selon les niveaux de soins

Niveaux psychiatriques	Niveaux physiques				Total
	Autonome	Supervisé	Soins de base	Soins infirmiers	
Intégré	7,8	16,1	2,3	0,7	26,9
Réadaptation	0,0	3,3	1,3	1,9	6,5
Intensif	10,1	35,1	10,3	11,1	66,6
Total	17,9	54,5	13,9	13,7	100,0

clientèle des différents types de ressources est évaluée.

Selon la logique de l'*Inventaire du niveau de soins*, généralement la clientèle des niveaux psychiatriques intégré et réadaptation n'a pas besoin de soins hospitaliers. Les résultats montrent que dans les **programmes longue durée des CHSP**, 26 % des usagers sont classés dans ces niveaux. Ce pourcentage varie selon l'établissement soit 33 % à L.H. Lafontaine, 21 % à Douglas et 19 % à Rivières-des-Prairies. Dans les **programmes CD des CHSP**, il y aurait 21 % des usagers qui ne nécessiteraient pas des soins de type intensif soit, 17 % à L.H. Lafontaine, 30 % à Douglas et 20 % à Rivières-des-Prairies⁴. Dans les CHSP, la clientèle de la courte durée par rapport à celle de la longue durée se distingue sur deux points : 1) le pourcentage d'usagers nécessitant des soins intensifs est plus élevé en courte durée; 2) ceux nécessitant des soins physiques importants (ex. : soins de base et soins infirmiers) sont proportionnellement plus nombreux en longue durée (51 % en LD et 32 % en CD).

En comparaison, dans les **CHSGS**, il y aurait proportionnellement beaucoup plus de personnes qui nécessitent des soins intensifs (90 %). Entre les CHSGS, il existe également des variations. Par exemple, à St. Mary et à Royal Victoria, tous les usagers nécessitent des soins intensifs et à Maisonneuve-Rosemont et à Notre-Dame, seulement 2 % ne nécessitent pas de tels soins. À l'opposé, dans certains établissements, une proportion relativement importante d'usagers ne nécessite pas des soins intensifs : Jean-Talon (19 %), St-Luc (16 %), Général de Montréal (16 %) et Sacré-Cœur (16 %). Comparés aux CHSP, les CHSGS reçoivent une clientèle nécessitant moins de soins physiques importants : seulement 17 % des usagers se classent dans les catégories soins de base et soins infirmiers (niveaux 3, 4, 7, 8, 11 et 12).

Dans la perspective où les usagers évalués comme ayant des besoins de soins psychiatriques de niveau

intégré ou de réadaptation (niveau 1-8) ne devraient pas avoir besoin de soins hospitaliers, cela signifierait que le bassin potentiel de personnes hospitalisées pourrait diminuer significativement. Ainsi, 533 personnes hospitalisées pourraient quitter l'hôpital à court et moyen terme. Évidemment, toutes ces personnes ne peuvent regagner un logement autonome et il sera nécessaire de s'assurer de la disponibilité d'autres ressources.

Par ailleurs, il est frappant de constater que dans les **ressources résidentielles** (pavillons, RI et RTF) il y a également un fort pourcentage (bien qu'à un degré moindre) d'usagers nécessitant des soins intensifs : 58 % en RTF, 56 % en RI et 53 % dans les pavillons. De plus, on constate qu'une partie de cette clientèle a des besoins de soins psychiatriques de niveau intégré et de soins physiques de niveau autonome ou supervisé (les niveaux 1 et 2) : en pavillons 32 %, en RTF 31 % et en RI 41 %. Ainsi, la clientèle de ce type de ressources se retrouve aussi bien à l'une ou l'autre extrémité des niveaux de soins. Des analyses complémentaires seraient requises pour mieux comprendre cette distribution.

Il apparaît clairement que la clientèle des RI nécessite moins de soins physiques que la clientèle de n'importe quel autre type de ressources. Seulement 6 % des usagers de ce type de ressources nécessitent des soins physiques de type soins de base et soins infirmiers (3, 4, 7, 8, 11, 12). Pour ces mêmes catégories, 22 % des usagers des pavillons et 25 % de ceux des RTF y sont classés. Ainsi, sur le plan des besoins de soins physiques, par ordre d'importance, on retrouve la clientèle des CHSP-LD, celle des CHSP-CD, des RTF, des pavillons, des CHSGS et enfin celle des RI.

Ces résultats ne sont pas simples à interpréter et font ressortir que les règles de placement des usagers sont loin d'être évidentes. Il y aurait lieu de s'interroger à ce sujet. Des analyses plus approfondies seront également requises pour mieux comprendre les caractéristiques des clientèles de chacun des types d'établissements.

4 Dans le programme courte durée de l'hôpital Rivières-des-Prairies, 60 % de la clientèle a moins de 18 ans. L'*Inventaire de niveau de soins* étant conçu pour une population adulte, il faudrait être prudent dans l'interprétation des résultats du tableau 4 pour cette partie de la clientèle.

2.2.2 Diagnostic principal (Tableau 5)

Le tableau 5 montre la répartition des usagers en fonction du diagnostic principal selon la classification CIM-9. Cinq grandes catégories et une catégorie résiduelle sont utilisées pour éviter de multiplier indûment le nombre de cellules dans le tableau. Ces catégories ont été choisies en fonction de leur intérêt pour la planification.

RÉSUMÉ

Diagnostic principal

- La catégorie « troubles mentaux » regroupe 80 % des usagers de la région; elle est suivie par la catégorie « déficience intellectuelle » regroupant 7 % de la clientèle
- Les usagers classés dans la catégorie « troubles mentaux » sont proportionnellement plus nombreux dans les CHSGS

Dans la région, les troubles de santé mentale sont le diagnostic principal de 81 % des usagers évalués. Cette catégorie regroupe les psychoses schizophréniques (68 %), les psychoses affectives (13 %), les psychoses non organiques (4 %), les états psychotiques organiques (3 %), les troubles névrotiques (2 %), les états délirants (2 %) et les autres troubles de santé mentale (le reste soit environ 8 %). Cette dernière catégorie comprend principalement les états réactionnels aigus, les troubles mentaux non spécifiques suite à des atteintes organiques, les troubles dépressifs non classés, les troubles de l'affectivité spécifiques de l'enfance et de l'adolescence, les déviations sexuelles, les troubles physiologiques d'origine psychique et l'anorexie. La prévalence des troubles de santé mentale est particulièrement élevée dans les CHSGS (92 %) où les taux varient entre 83 % (Maisonnette-Rosemont) et 100 % (St. Mary). Viennent ensuite plusieurs catégories d'établissements où le taux de prévalence se situe autour de 85 % : c'est le cas dans les CHSP-CD (à noter que Rivière-des-Prairies a un taux beaucoup plus faible, 54 %), à Pinel, dans les pavillons et dans les RTF. La prévalence est de 75 % dans les RI, mais le pourcentage de diagnostic non disponible dans ce type de ressources est élevé (15 %). Si on excluait ces usagers dont le diagnostic n'est pas

disponible, la prévalence de ce type de troubles se situerait davantage autour de 88 %. Enfin, cette prévalence est à son plus faible dans les CHSP-LD où elle est de 71 %. Il est à noter que la prévalence observée chez la clientèle de l'ensemble des CHSP-LD est nettement influencée par celle obtenue à Rivière-des-Prairies où ce type de trouble n'est rencontré que chez 43 % des usagers. Les autres CHSP-LD (Douglas et Louis-H. Lafontaine) ont davantage une prévalence se situant autour de 83 %.

La déficience intellectuelle est le deuxième diagnostic principal le plus prévalent (7 %) chez l'ensemble des usagers de la région. Près de la moitié de ceux présentant un tel diagnostic sont hébergés dans les CHSP-LD, particulièrement à Rivière-des-Prairies, alors que les autres sont principalement hébergés dans les RTF et les pavillons. Pour certains établissements, ils représentent une part importante de leur clientèle : à Rivière-des-Prairies, ils représentent 26 % en LD et 13 % en CD, à Douglas 13 % des usagers en LD et en pavillons 8 %. À l'inverse, les usagers présentant ce type de diagnostic principal sont rares, ou même absents, dans certains autres types d'établissements : c'est le cas dans les CHSGS de manière générale, dans les RI et à Pinel.

Un trouble envahissant du développement est le diagnostic principal de près de 4 % de l'ensemble des usagers. Ceux présentant ce type de trouble se retrouvent principalement en CHSP-LD (10 %) et en CHSP-CD (5 %). Toutefois, notons que ces usagers proviennent principalement de Rivière-des-Prairies où ils représentent 29 % des usagers (comparé à moins de 2 % dans les autres CHSP).

Un trouble de personnalité est le diagnostic principal d'un peu plus de 3 % des usagers de la région. C'est à l'Institut Pinel que se retrouve la plus forte proportion d'usagers présentant ce type de trouble (9 %). Parmi les CHSGS, certains établissements se démarquent par une proportion plus élevée d'usagers présentant ce type de trouble; c'est le cas à Maisonnette-Rosemont (15 %) et à Jean-Talon (11 %).

Les personnes dont le diagnostic principal est un

trouble lié à l'usage de substances sont peu nombreuses, 1 % de l'ensemble des usagers. Cette prévalence varie peu d'un établissement à l'autre; Général de Montréal et Fleury sont à peu près les seuls à se démarquer (8 % et 4 % respectivement).

La catégorie résiduelle (colonne «Aucune de ces catégories») regroupe un peu moins de 1 % des usagers. Les diagnostics qu'on y retrouve sont: affection pyramidale et trouble accompagné de mouvements anormaux, affection cérébro-médullaire, maladie valvulo-aortique, cystite, aberration chromosomique et effets nocifs non classés. Parmi les 38 personnes classées dans cette catégorie résiduelle, sept ont un diagnostic secondaire de déficience intellectuelle, quatre de santé mentale, de trouble envahissant du développement ou de trouble de personnalité et pour les 27 autres, soit le diagnostic secondaire n'est pas disponible ou soit qu'il se situe une fois de plus dans la catégorie résiduelle.

Enfin, le diagnostic principal est une information manquante pour près de 4 % des usagers. C'est principalement dans les RI que ce phénomène se produit (15 % des usagers) et dans une moindre mesure dans les RTF (4 %). C'est compréhensible dans la mesure où seulement un rapport sommaire de l'état de santé et un résumé précisant les principaux besoins des usagers, de même que les services attendus, sont disponibles dans ce type de ressources.

2.2.3 Autonomie fonctionnelle (Tableau 6)

Le tableau 6 montre les niveaux d'autonomie fonctionnelle. Le lecteur se référera à la définition de la section 2.2 pour mieux comprendre les différentes

mesures de l'autonomie. Pour faciliter la lecture, les scores pour chacune des sous-échelles et pour l'échelle globale sont présentés en pourcentage moyen pour un groupe donné. Ainsi, un score de 100 pour un individu signifierait qu'il réalise toutes ses activités de façon autonome et, inversement, un score de 0 indiquerait une totale dépendance envers les autres pour les activités de la vie quotidienne. L'écart-type (é.-t.) fournit une indication de la dispersion de ces pourcentages entre les usagers.

Le lecteur voulant mieux comprendre le contenu de chacune des sous-échelles peut consulter le questionnaire en annexe, les items y sont regroupés en fonction des sous-échelles.

Selon l'échelle d'autonomie fonctionnelle (score global), les usagers les plus autonomes se retrouvent en RI (77 % d'autonomie) puis, en ordre décroissant, à Pinel (64 %) et dans les CHSGS (60 %). Dans ce dernier type de ressources, les scores varient de 50 % (St-Luc) à 67 % (Lakeshore et Maisonneuve). Dans les CHSP-CD, le score moyen est de 52 % mais il est variable en fonction des établissements : à Douglas et à Louis-H. Lafontaine, les usagers obtiennent des scores comparables de 54 et 55 % alors qu'à Rivière-des-Prairies ils obtiennent des scores beaucoup plus bas (36 %). Par ordre décroissant d'autonomie parmi les types de ressources, on retrouve ensuite les RTF (46 %) et les pavillons (40 %). Enfin, le plus faible pourcentage moyen d'autonomie est observé dans les CHSP-LD (30 %). Comme en courte durée, la clientèle dans les programmes de longue durée de Rivière-des-Prairies se démarque par le très faible pourcentage (15 %) d'autonomie.

En ce qui concerne les scores aux trois sous-échelles, on note que les scores d'autonomie personnelle et d'autonomie communautaire sont habituellement semblables alors que le score d'autonomie sociale est plus faible.

Les résultats de cette section montrent bien que, parmi les clientèles des différents types de ressources, celle des RI est clairement la plus

Autonomie fonctionnelle

- Les usagers les plus autonomes sont en RI, à Pinel et dans certains CHSGS
- Ils sont moins autonomes en CHSP-LD ainsi qu'à Rivière-des-Prairies-CD

autonome. À l'opposé, celles montrant le plus faible niveau d'autonomie se retrouvent dans les CHSP-LD de manière générale et plus spécifiquement à Rivière-des-Prairies où il est particulièrement remarquable aussi bien en longue qu'en courte durée.

2.2.4 Prévalence des comportements dangereux (Tableau 7)

Le tableau 7 présente la prévalence des comportements dangereux. Ici, l'évaluateur devait coter les comportements dangereux ou violents ayant fait l'objet d'une attention particulière dans le cadre du plan de soins ou de services individualisés au cours de la dernière année. Si aucun comportement violent ou

de la vie. Ainsi, il apparaît que les usagers classés dans la catégorie « A été violent ou dangereux » ont eu davantage de comportements de violence envers les autres; il semble également que ces usagers ont eu plusieurs types de comportements violents ou dangereux et qu'ils soient plus difficiles à classer dans une catégorie particulière. Pour ce qui est de la catégorie « Autres », les usagers ainsi classés semblent avoir eu peu de comportements violents, mais certains ont fait l'objet d'une surveillance ou d'une contention. Lorsque des comportements dangereux sont notés, ils sont davantage dirigés vers la personne elle-même que vers les autres ou vers les objets.

Absence de comportements dangereux

La majorité des usagers de la région, soit 63 %, n'ont présenté aucun comportement de dangerosité ayant fait l'objet d'une attention particulière au cours de l'année précédant l'évaluation. Cette proportion est encore plus élevée si l'on ne considère que les ressources résidentielles où elle varie de 76 % dans les RI à 83 % dans les RTF et 85 % dans les pavillons. À l'inverse, comme on pouvait s'y attendre, Pinel compte peu d'usagers qui n'aient pas présenté de comportements dangereux au cours de l'année précédant l'évaluation (15 %). Entre ces deux extrêmes, se situent les CHSP-LD, les CHSP-CD et les CHSGS avec des proportions variant de 39 à 42 % des usagers n'ayant pas présenté de comportements dangereux. Cela dit, notons que certains établissements se démarquent de la catégorie d'établissements à laquelle ils appartiennent. C'est le cas, par exemple, de Rivière-des-Prairies où, aussi bien dans les programmes de courte que de longue durée, le pourcentage d'usagers ne présentant pas de dangerosité est relativement faible (30 % en LD et 18 % en CD). Également, parmi les CHSGS il existe une grande disparité. D'une part, il y a les établissements ayant une forte proportion d'usagers identifiés comme ayant des comportements dangereux (Maisonnette-Rosemont, Royal Victoria, Jean-Talon) et, d'autre part, ceux ayant relativement une faible proportion de ce type d'usagers (St. Mary, Général de Montréal et Sacré-Cœur).

Comportements dangereux

- 37 % des usagers ont eu de tels comportements durant l'année
- Ils sont peu présents en ressources résidentielles
- Ils le sont surtout à Pinel puis dans les autres CH mais le taux varie d'un CH à l'autre
- Les types les plus fréquents sont ceux envers soi (notamment l'automutilation) et ceux envers autrui (assauts physiques)

dangereux n'avait été noté, l'usager était classé dans la catégorie « Aucun ». Dans le cas où un tel comportement aurait été présent, l'évaluateur devait classer l'usager dans une seule catégorie parmi 11, celle correspondant au comportement le plus important, selon lui. Par la suite, certaines réponses ont été regroupées pour ne considérer que cinq grandes catégories : la dangerosité envers soi-même, celle envers les autres, celle envers les objets et deux catégories résiduelles (« A été violent ou dangereux » et « Autres »). Dans le document de la grille d'évaluateur, les informations relatives à la classification dans l'une ou l'autre de ces catégories résiduelles étaient malheureusement peu explicites. Pour pallier l'absence de précision, des analyses exploratoires ont été menées en croisant cette variable avec les réponses à d'autres questions sur les comportements dangereux ou violents au cours des 30 derniers jours ou au cours

Types de comportements dangereux

Ainsi, 37 %⁵ de l'ensemble des usagers de la région ont présenté des comportements dangereux au cours de l'année précédant l'évaluation, 12 % envers eux-mêmes, 10 % envers les autres, 3 % envers les objets, 8 % non spécifiques et 5 % autres.

La **dangerosité envers soi-même** comprend les comportements d'automutilation (40 % des cas), la menace de suicide (30 %), la tentative de suicide (18 %) et la surveillance pour état suicidaire (12 %). Parmi les différents types de ressources, c'est en CHSGS que l'on retrouve la plus forte proportion d'usagers ayant eu ce type de dangerosité (21 %). D'un CHSGS à l'autre il y a des variations, mais là où les proportions les plus élevées sont observées c'est presque essentiellement dans les mêmes CHSGS où il y avait une proportion élevée de comportements dangereux de manière générale, soit Maisonneuve-Rosemont, Royal Victoria et Jean-Talon où les proportions varient entre 28 et 33 %. L'hôpital Général de Montréal a également une forte proportion (26 %) d'usagers ayant eu des comportements dangereux envers eux-mêmes. Parmi les autres types de ressources, certains établissements se démarquent aussi par leur proportion relativement élevée d'usagers ayant eu ce type de comportements : par exemple, Rivière-des-Prairies que ce soit en courte ou en longue durée (29 %) et Louis-H. Lafontaine en courte durée.

La **dangerosité envers les autres** comprend l'assaut physique (91 % des cas de dangerosité envers les autres), la tentative de meurtre (3 %) et l'assaut sexuel (6 %). Parmi les types de ressources, c'est à Pinel que l'on retrouve la plus forte proportion de personnes présentant ce type de dangerosité (24 %); il est suivi des CHSP-LD (18 %) et des CHSP-CD (16 %). Le programme de courte durée de Rivière-des-Prairies est le service qui compte la plus forte proportion d'usagers ayant eu ce type de comportements. Certains CHSGS ont également une proportion élevée : Royal Victoria (26 %) et Fleury (21 %).

⁵ Ce résultat est très près de celui obtenu avec la variable «facteurs de risque de dangerosité» construite par Pilon et Arsenault où 42 % de la clientèle est considérée à risque.

La **dangerosité envers les objets** comprend les bris d'objets ou d'ameublement et les tentatives de mettre le feu. La prévalence de ce type de comportements est faible dans la plupart des établissements et il y a peu de variations qui méritent d'être signalées.

Les usagers classés dans la catégorie « A été violent ou dangereux » sont proportionnellement plus présents à Pinel (37 %) et dans certains établissements de type CHSGS, par exemple à Maisonneuve-Rosemont (27 %), à St-Luc (26 %) et au Lakeshore (23 %). Rappelons que cette première catégorie résiduelle tend à couvrir des comportements violents multiples et dirigés vers les autres.

Enfin, ceux qui sont classés dans la catégorie « Autres » sont proportionnellement plus nombreux dans le CHSP Douglas (CD ou LD : 12 %) et dans les CHSGS (12 %), plus particulièrement à Maisonneuve-Rosemont (25 %), au Général Juif (21 %) et à Jean Talon (19 %). Rappelons que cette deuxième catégorie résiduelle tend à couvrir des comportements violents ou dangereux beaucoup plus légers que la catégorie précédente.

2.3 Besoins

2.3.1 Programmes destinés à la personne (Tableau 8)

Le tableau 8 présente les programmes nécessaires à la personne à court terme selon la perception des intervenants. Ces programmes représentent le volet

Programmes requis

- L'intégration sociale représente 70 % des besoins mentionnés, ce taux varie entre les établissements
- Pour 38 % des usagers en CHSP-LD, aucun programme n'est perçu requis
- L'intégration sociale est particulièrement requise en RTF

réadaptation et intégration sociale. Les intervenants pouvaient indiquer jusqu'à deux besoins prioritaires parmi 18 programmes de services. Ces programmes ont été regroupés en quatre catégories : intégration scolaire (classe régulière, alphabétisation, etc.), intégration et maintien au travail (apprentissage d'habiletés de travail, intégration à un travail régulier, etc.), intégration sociale (entraînement aux activités de la vie quotidienne, soutien à l'intégration sociale, etc.) et autres programmes (à préciser par l'intervenant). Le tableau comprend deux parties. Dans la première, il y a trois colonnes montrant la répartition des clients selon qu'ils n'ont aucun besoin ou qu'ils ont un ou deux besoins identifiés par les intervenants. Dans la deuxième partie, il y a quatre colonnes montrant comment l'ensemble des besoins identifiés se répartit en fonction des quatre catégories. Il importe ici de bien comprendre que les nombres et les pourcentages présentés dans cette deuxième partie du tableau ne correspondent pas à des personnes mais à des besoins. Il faut également souligner que lorsque deux besoins étaient identifiés pour une personne, ils pouvaient être de la même catégorie. Par exemple, une personne dont le premier besoin identifié était l'entraînement aux activités de la vie quotidienne et le second le soutien à l'intégration sociale, avait deux besoins appartenant à la même catégorie. Ainsi, dans la deuxième partie du tableau, il y aura pour cette personne deux besoins classés dans la catégorie « sociale ». Cela explique pourquoi certains nombres dans cette partie du tableau peuvent parfois excéder le nombre de clients dans la ressource.

Répartition des usagers en fonction du nombre de besoins

Dans la région, les intervenants ont identifié deux besoins pour 60 % des usagers, un besoin pour 20 % des usagers et aucun besoin pour un autre 20 % d'entre eux. Les catégories d'établissements ayant les plus haut taux d'usagers avec deux besoins sont les RTF (83 %), les RI (70 %), Pinel (72 %) et les CHSGS (64 %). Certains établissements en particulier se distinguent également par un taux élevé : Maisonneuve-Rosemont (98 %), Lakeshore (90 %), Saint-Luc (87 %), Notre-Dame (83 %), Jean-Talon

(78 %) et Douglas-CD (76 %). À l'inverse, les catégories d'établissements où l'on observe les taux les plus élevés de clients n'ayant aucun besoin sont les CHSP-LD (38 %), les CHSP-CD (28 %) et les pavillons (27 %). Notons que Louis-H. Lafontaine tend à se démarquer par rapport aux catégories de programmes auxquelles il appartient. Par exemple, en longue durée, Louis-H. Lafontaine a relativement peu de personnes identifiées comme n'ayant aucun besoin par rapport à Douglas et Rivière-des-Prairies. Inversement, en courte durée, Louis-H. Lafontaine a relativement beaucoup de personnes n'ayant aucun besoin comparativement aux deux autres établissements ayant ce type de programme.

Besoins selon le type d'intégration

Dans la région, l'intégration sociale est le type de programme le plus en demande : 70 % des besoins identifiés appartiennent à cette catégorie. Parmi les catégories d'établissements, c'est dans les RTF que ce type de programme est le plus en demande (81 %) et là où il l'est beaucoup moins c'est à Pinel (50 %), dans les CHSP-LD (56 %) et dans les CHSP-CD (60 %). Certains établissements se démarquent par rapport à la catégorie à laquelle ils appartiennent : par exemple, la clientèle de Rivière-des-Prairies en courte durée (40 %) ou en longue durée (31 %) aurait proportionnellement moins de besoins de ce type. Parmi les CHSGS, le Général Juif (44 %) aurait également moins de besoins de ce type alors que Maisonneuve-Rosemont (88 %) et St-Luc (83 %) en auraient proportionnellement beaucoup plus.

Évidemment, lorsque les programmes d'intégration sociale sont moins en demande c'est que d'autres types de programmes le sont plus. Les programmes de type intégration ou maintien au travail occupent la deuxième position parmi les programmes les plus en demande : ils représentent 19 % des besoins identifiés pour l'ensemble de la région. C'est dans les CHSP-LD (31 %) et plus particulièrement à Rivière-des-Prairies (47 %) et à Louis-H. Lafontaine (29 %) que ce type de programme est requis. Notons également que les besoins de la clientèle du CHSGS Fleury (32 %) vont également dans ce sens.

Les besoins d'intégration scolaire ne représentent que 5 % de l'ensemble des besoins de la région. Ce type de besoins semble toutefois plus fréquent dans certains établissements : Rivière-des-Prairies-CD (38 %), Jean-Talon (15 %) et Douglas-LD (13 %).

Les besoins de la catégorie résiduelle, « Autres », constituent 6 % de l'ensemble des besoins de la région. Ces autres besoins sont particulièrement exprimés pour la clientèle de Pinel (26 %), pour celle de Rivière-des-Prairies courte durée (16 %) et de Lakeshore (14 %). Ces autres besoins correspondent probablement à des besoins bien spécifiques mais nous ne sommes pas en mesure de les détailler ici.

2.3.2 Besoins de services résidentiels à court terme (Tableau 9)

Besoins résidentiels

- Le tiers des usagers a besoin de RTF. Un autre tiers requiert d'autres ressources résidentielles
- Bénéficieraient de ressources résidentielles, le cinquième des usagers des CHSP-LD, plus du quart de ceux des CHSP-CD et le tiers de ceux des CHSGS
- Pour le reste des usagers, le maintien dans le même type de ressources résidentielles est généralement préconisé

Le tableau 9 montre les besoins de services résidentiels tels que perçus par les intervenants. Il s'agit des besoins identifiés à court terme, c'est-à-dire pour l'année suivant l'évaluation. Dans ce tableau, l'interprétation de la catégorie « Aucun » (dernière colonne du tableau) pose problème. Doit-on considérer qu'un usager ainsi classé n'a besoin d'aucun service résidentiel particulier ou que la situation résidentielle actuelle est celle qui convient le mieux à court terme? Si c'est le premier cas, on se demanderait alors pourquoi cet usager n'a pas été classé dans la catégorie « Résidence autonome »? Si c'est le deuxième cas, on peut se demander pourquoi il n'a pas été classé dans la catégorie correspondante; par exemple, s'il s'agissait d'un usager d'un pavillon et que son besoin à court terme était celui d'un pavillon, pourquoi ne pas l'avoir classé dans la catégorie « pavillon »? Dans le document du guide de l'évaluateur fourni aux intervenants, les consignes à ce sujet ne sont pas claires, d'où la possibilité d'une interprétation qui risque de varier d'un intervenant à l'autre. Pour l'ensemble de la région, pas plus de 5 % des usagers ont été classés dans cette catégorie, mais dans un des établissements c'est jusqu'à 25 % de la clientèle qui y est classée (Douglas-LD). Parmi les deux options, la seconde est apparue comme étant la plus probable lorsque l'on examine par exemple les chiffres de Douglas-LD comparés à ceux de Louis-H. Lafontaine-LD. Dans le cas de Douglas, l'addition du pourcentage (% rangée) de la colonne « Aucun »

9.1

Comparaison de la situation résidentielle des usagers au moment de l'évaluation et des besoins perçus à court terme par les intervenants

	Population évaluée		Besoins perçus*	
	Nombre	%	Nombre	%
CHSP-LD	1422	24,2	1072	18,2
CH-CD	889	15,2	370	6,3
Pinel	284	4,8		
Pavillons	672	11,4	813	13,8
RTF	1820	31,0	1924	32,7
RI	775	13,4	909	15,5
Résidence autonome			389	6,6
Autres			405	6,9
TOTAL	5882	100,0	5882	100,0

* Avec interprétation de la catégorie « Aucun »

(25 %) à celui de la colonne « CH-LD » (37 %) est de 62 %. La même addition dans le cas de Louis-H. Lafontaine (61 % + 3 %) donnerait 64 %. Ainsi, nous avons préféré conserver ce tableau en faisant l'hypothèse la plus probable, tout en étant conscients du risque d'erreur qu'il comporte, plutôt que d'éliminer complètement ces données qui nous apparaissaient particulièrement pertinentes. C'était également l'hypothèse la plus conservatrice comme nous le verrons plus loin. Nous avons donc laissé le tableau 9 intact, mais il ne faudra pas s'étonner que nous utilisions dans le texte le résultat de l'addition signifiant que nous interprétons la catégorie « Aucun » comme étant le statut quo comme besoin résidentiel.

Le tableau 9.1 montre, d'une part, la répartition de la clientèle dans les différents types de ressources au moment de l'évaluation (données provenant du tableau 1) et, d'autre part, la répartition de la clientèle selon les besoins résidentiels à court terme, tels que perçus par les intervenants (données provenant du tableau 9 : données de la catégorie « Aucun » interprétées comme étant le maintien dans le même type de ressource résidentielle). La comparaison de ces deux types de répartition permet de souligner certains écarts intéressants qui peuvent servir d'indications sur les programmes à développer ou à restreindre. Dans le texte qui suit, nous commenterons à la fois les données de ce tableau et celles du tableau 9.

Pour l'ensemble de la clientèle de la région, le service résidentiel le plus en demande est la ressource de type familial (RTF) puisque 33 % de l'ensemble des usagers sont perçus par les intervenants comme ayant besoin de ce type d'encadrement résidentiel (voir tableau 9.1). Il est à noter toutefois qu'au moment de l'évaluation la clientèle en RTF représentait 31 % de l'ensemble de la clientèle évaluée. De plus, les intervenants des RTF évaluent que les besoins de 96 % (en incluant la catégorie « Aucun », voir tableau 9) de leur clientèle actuelle sont de maintenir ce type de service résidentiel. Cela laisse donc peu de places pour des clients ayant ce type de besoins mais venant de l'extérieur de ce type de ressources. La demande extérieure pour ce type

de ressources vient principalement des CHSGS (12 % de leur clientèle), des CHSP-CD (7 %), des CHSP-LD (4 %) et des RI (3 %). Selon la perception des intervenants, et si l'on considère que 1 924 personnes auraient besoin de ce type de ressources à court terme et qu'environ 1 820 personnes (tableau 9.1) y avaient recours au moment de l'évaluation, il manquerait environ 100 places pour répondre à la demande et cela sans compter les demandes qui pourraient venir de l'extérieur du réseau de clients qui ont fait l'objet de l'évaluation.

Le deuxième type de services le plus en demande pour l'ensemble de la clientèle de la région est celui des programmes d'hospitalisation de longue durée. En effet, les intervenants évaluent que 18 % (1 072 personnes) de l'ensemble de la clientèle a ce type de besoins et que 68 % (en incluant la catégorie « Aucun », tableau 9) de ceux qui reçoivent déjà ce type de services devraient continuer de le recevoir. Ici, la demande est clairement en deçà de la situation actuelle puisque 24 % (1 422 personnes, tableau 9.1) de la clientèle évaluée séjournait en CHSP-LD. Dans ce cas-ci, il y aurait un excédent de 350 places.

Le troisième type de ressources le plus demandé pour la région est la ressource intermédiaire (RI), 16 % de la clientèle (909 personnes) aurait besoin de ce type de ressources à court terme. Au moment de l'évaluation, 13 % (775 personnes) de la clientèle était en RI et les intervenants estimaient que 75 % (72 % + 3 %) d'entre elles devaient continuer de recevoir ce type de services. Pour la majorité de ceux qui n'auraient plus besoin de ce type de ressources à court terme, les intervenants considéraient qu'ils pourraient vivre en résidence autonome. La demande pour les ressources intermédiaires, quand elle ne vient pas des RI elles-mêmes, vient principalement des CHSGS (17 % des usagers de ce type de ressources), des CHSP-CD (15 %), de Pinel (11 %) et des CHSP-LD (8 %). Si l'on considère le nombre de clients dans les RI au moment de l'évaluation et le nombre de personnes évaluées comme ayant besoin de ce type de ressources à court terme, la perception des intervenants suggère le développement de 134 nouvelles places de ce type et cela, encore une

fois, sans compter les demandes qui viendraient de l'extérieur de ce réseau de services.

En ce qui concerne les pavillons, les intervenants considèrent que 14 % (813 personnes) de la clientèle de la région a besoin de ce type de ressources résidentielles. Au moment de l'évaluation, 11 % (672 personnes) de l'ensemble de la clientèle était dans ce type de ressources et les intervenants considéraient que ce service était encore adéquat à court terme pour 96 % (90 % + 6 %) des usagers. En dehors des usagers des pavillons, la demande pour ce type de ressources vient principalement des CHSP-LD (8 % des clients pourraient bénéficier de ce type de services), des CHSGS (5 %) et des CHSP-CD (4 %). Selon la perception des intervenants, les pavillons seraient déficitaires de plus d'une centaine de places.

Pour environ 7 % de la clientèle de la région, les intervenants évaluent qu'ils pourront retourner en résidence autonome. C'est principalement pour la clientèle hospitalisée en courte durée, que ce soit en CHSGS (27 %) ou en CHSP (21 %) et pour la clientèle en RI (18 %), que ce type d'alternative est envisagé à court terme.

L'hospitalisation de courte durée est, selon les intervenants, le besoin résidentiel pour environ 6 % de l'ensemble de la clientèle de la région. Cette alternative est préconisée surtout pour les usagers de Pinel (51 % d'entre eux) mais également pour une bonne partie des usagers déjà hospitalisés en courte durée (27 % en CHSP et 20 % en CHSGS).

D'autres types de ressources résidentielles, comme les centres d'accueil de réadaptation (C.A.R.), les centres d'accueil d'hébergement (C.A.H.), l'unité médico-légale, sont également proposées mais seulement pour un faible pourcentage de l'ensemble de la clientèle. Ces besoins résidentiels devraient faire l'objet d'une attention particulière de la part des ressources concernées.

En résumé, la plupart des usagers des RTF, pavillons et RI semblent recevoir les services qui correspondent

à leurs besoins à court terme. Pour les usagers des CHSP-LD, on n'entrevoit pas de changement résidentiel pour 68 % d'entre eux, mais il est intéressant de constater que d'autres alternatives sont envisagées à court terme pour les autres. Pour ceux hospitalisés en courte durée (CHSP ou CHSGS), évidemment on ne s'attend pas à qu'ils demeurent très longtemps dans ce type de ressources. À court terme, certains seront prêts à retourner dans une résidence autonome, d'autres auront besoin de poursuivre leur séjour à l'hôpital, certains auront besoin d'une ressource résidentielle (principalement de type RI) et, enfin, d'autres auront besoin d'une hospitalisation de longue durée (et cela davantage pour les usagers des CHSP-CD que pour ceux des CHSGS). Cela semble dans l'ordre des choses.

Les résultats de cette section ont montré que certains services résidentiels pouvaient être en excès alors que d'autres étaient insuffisants pour répondre à la demande. Cela fournit une indication sur les services à transformer, mais les modifications à faire ne devraient pas être déterminées sur la seule base des chiffres avancés ici. Cette étude a ses limites et il faudra être prudent sur la manière d'utiliser les résultats.

2.4 Obstacles à la prestation de services

2.4.1 Obstacles pour obtenir à court terme des services résidentiels (Tableau 10)

Le tableau 10 présente, selon les types de services actuels, les principaux obstacles pour accéder aux services résidentiels dont les usagers auraient besoin à court terme. Les obstacles invoqués dans l'*Inventaire du niveau de soins* sont regroupés selon six catégories : aucun obstacle, obstacles imputables à la personne (ex. : problèmes de comportement), obstacles dus à des refus (ex. : de la personne ou de parents), obstacles dus à la non-disponibilité de

Obstacles pour les services résidentiels

- Il n'y a pas d'obstacle pour les deux tiers des usagers
- Les obstacles de type condition personnelle sont présents chez le quart des usagers
- Les conditions personnelles sont un obstacle pour environ la moitié des usagers des CHSP-LD; c'est aussi le principal obstacle en CHSP-CD et en CHSGS
- En CHSP-CD et CHSGS, la non-disponibilité des ressources est le deuxième type d'obstacles

ressources, obstacles relevant de contraintes administratives (ex. : la référence n'a pas été faite), autres obstacles.

Dans la **région**, il n'y a pas d'obstacle pour obtenir à court terme les services résidentiels appropriés pour 64 % des usagers. Lorsqu'il y a des obstacles, ils sont principalement attribués à la condition personnelle des usagers : pour 25 % des usagers de la région, il y aurait un obstacle de cette nature.

Le taux d'usagers avec **aucun obstacle** cache une dichotomie. Il y a d'un côté les ressources résidentielles où la proportion d'usagers n'ayant aucun obstacle est relativement élevée : 69 % dans les RI, 82 % dans les pavillons et 93 % dans les RTF. Il faut rappeler cependant que le besoin perçu pour les usagers de ces ressources était le maintien dans ce type de ressource. D'un autre côté, il y a les ressources hospitalières où la proportion d'usagers n'ayant aucun obstacle est beaucoup plus faible : elle se situe autour de 34 % dans les CHSP (CD et LD) et autour de 46 % à Pinel et dans les CHSGS. Certains établissements se démarquent par rapport à la catégorie à laquelle ils appartiennent. Par exemple, dans les CHSP-LD, la proportion d'usagers de Rivière-des-Prairies à n'avoir aucun obstacle est relativement faible (22 %) alors que dans les CHSP-CD cette proportion est relativement élevée (56 %). Dans les CHSGS, il y a également des variations importantes entre les établissements : par exemple, 29 % des usagers de St. Mary ne présentent aucun obstacle alors que cette proportion s'élève à 61 % au Général Juif ou même à 65 % au Royal Victoria.

Peu importe le type de ressources, lorsqu'il y a un obstacle c'est majoritairement la condition personnelle qui est en cause. La proportion d'usagers ayant ce type d'obstacle est particulièrement élevée dans certains établissements ou programmes d'établissements : en longue durée à Rivière-des-Prairies-LD (68 %), à St. Mary (57 %), à Douglas-CD (48 %) et à Pinel (45 %).

La **disponibilité des ressources** est considérée comme un obstacle pour 259 usagers dans la région. C'est principalement dans les CHSGS que ce type d'obstacle est invoqué (15 % des usagers) et plus particulièrement dans certains établissements : St-Luc (37 %), Jean-Talon (26 %), Fleury (25 %) et Sacré-Cœur (21 %). Signalons également que ce type d'obstacle est mentionné pour 15 % des usagers de Douglas-LD et 12 % de ceux de Louis-H. Lafontaine-CD.

Les **refus** sont des obstacles perçus pour 251 usagers. C'est principalement dans les programmes d'hospitalisation de courte durée que se trouvent ces usagers (11 % en CHSP ou en CHSGS).

Les **obstacles de nature administrative** touchent 108 usagers. Ce type d'obstacle est invoqué principalement à Louis-H. Lafontaine-LD (7 %) et en CD (5 %), à Douglas-LD (6 %), à Sacré-Cœur (6 %) et à Notre-Dame (5 %).

Tous ces types d'obstacles ne sont pas de même nature. Un obstacle comme la condition personnelle indique probablement que l'état de la personne empêche le recours à une ressource résidentielle plus légère. Le refus comme obstacle signifie qu'il faudra convaincre l'utilisateur ou sa famille de l'intérêt d'un autre type de placement résidentiel. La disponibilité des ressources comme obstacle interpelle les services de planification de la Régie alors que les obstacles de nature administrative devraient alerter la direction des établissements concernés.

2.4.2 Motivation de l'utilisateur (Tableau 11)

Le tableau 11 présente la motivation des utilisateurs selon le type de services. La motivation est évaluée par quatre questions touchant la fréquence à laquelle

Motivation des utilisateurs

- La motivation est bonne ou moyenne pour les trois quarts des utilisateurs en CHSGS, en RI et à Louis-H. Lafontaine-CD
- Elle est faible en CHSP-LD

la personne accepte de participer à diverses activités, telles que rencontrer l'équipe d'intervention, sortir dans sa famille ou avec des amis ou s'impliquer dans des activités de son choix. La synthèse des réponses à ces questions permet de qualifier la motivation comme étant faible, moyenne ou bonne. En raison de données manquantes, les résultats sont rapportés pour 5 797 utilisateurs; la première colonne du tableau (Nombre) indique le nombre de personnes dans chaque établissement ou type d'établissements sur lequel portent les résultats.

C'est dans les CHSP-LD que l'on retrouve la plus forte proportion d'utilisateurs (52 %) évalués comme ayant une motivation faible. Cette proportion varie cependant d'un établissement à l'autre : 70 % à Rivière-des-Prairies, 53 % à Douglas et 39 % à Louis-H. Lafontaine. Dans les CHSP-CD, la proportion d'utilisateurs ayant une faible motivation est également élevée (33 %) et varie sensiblement de la même manière d'un établissement à l'autre. Dans les pavillons et les RTF, la proportion des utilisateurs ayant une faible motivation (28 % et 34 %) est similaire à ce que l'on trouve chez les utilisateurs des CHSP-CD. À Pinel et dans l'ensemble des CHSGS la proportion d'utilisateurs ayant une faible motivation se situe autour de 17 %. Enfin, dans les RI, très peu d'utilisateurs sont évalués comme ayant une faible motivation (3 %) et la plupart (68 %) sont évalués comme ayant une bonne motivation.

Notons que la **motivation est moyenne ou**

bonne chez au moins 75 % des utilisateurs dans tous les CHSGS, en RI et à Louis-H. Lafontaine-CD.

2.5 Synthèse des résultats : Portrait de la clientèle selon le type de ressources

La clientèle des **CHSP-LD** est représentée par 1 422 utilisateurs, soit environ le quart de la clientèle évaluée. Elle comprend une forte proportion d'hommes (59 %) par rapport aux CHSP-CD ou aux CHSGS. Tous les utilisateurs ont plus de 18 ans et la moyenne d'âge est similaire à celle de l'ensemble de la clientèle de la région. Elle comprend un assez fort pourcentage d'utilisateurs provenant de l'extérieur de la région (27 %) et une proportion élevée d'utilisateurs venant d'une sous-région non identifiée (18 %) de Montréal. Lorsque les utilisateurs viennent d'une sous-région identifiée, c'est principalement des sous-régions Est (20 %) et Sud-Ouest (11 %). La durée moyenne de séjour est particulièrement longue dans ce type de ressources, environ 17 ans et avec plus de 60 % des utilisateurs qui y résident depuis plus de 10 ans. Selon l'*Inventaire de niveaux de soins*, 26 % des utilisateurs ne nécessiteraient pas des soins psychiatriques intensifs (niveaux 1 à 8) mais la moitié nécessiterait des soins de base ou des soins infirmiers. En fait, parmi les différents types de ressources, c'est là que la clientèle semble le plus avoir besoin de soins physiques importants. En ce qui concerne le diagnostic, on y retrouve les plus fortes proportions d'utilisateurs ayant une déficience intellectuelle (15 %) ou un trouble envahissant du développement (10 %) mais cela est largement attribuable à la clientèle de Rivière-des-Prairies. Presque la moitié des utilisateurs présentant une déficience intellectuelle et presque 70 % de ceux présentant un trouble envahissant du développement résident dans ce type de ressources. C'est également chez les utilisateurs des CHSP-LD qu'il y a le plus faible niveau d'autonomie fonctionnelle de même que le plus fort pourcentage d'utilisateurs ayant une faible motivation. On note une assez forte proportion d'utilisateurs ayant des comportements dangereux et un pourcentage relativement élevé de

personnes ayant des comportements dangereux envers les autres. La demande, par rapport à des programmes d'intégration pour cette clientèle, est peu élevée de manière générale si ce n'est la demande concernant l'intégration au travail qui est plus élevée que dans les autres types de ressources. Selon les intervenants, 68 % de la clientèle devrait, à court terme, continuer de recevoir des services de type hospitalisation de longue durée. Les principales alternatives envisagées pour ceux n'ayant plus besoin d'un tel encadrement sont la RI (8 %), le pavillon (8 %), le C.A.R. (5 %), le C.A.H. (5 %) et la RTF (4 %). Malgré la demande provenant d'autres types de ressources pour ce genre de services, il semblerait y avoir un excédent de 350 places.

La clientèle hospitalisée dans les programmes de longue durée est répartie entre trois établissements : 660 usagers à Louis-H. Lafontaine, 320 à Douglas et 442 à Rivière-des-Prairies. Chacun de ces établissements a ses particularités sur le plan de la composition de sa clientèle mais l'établissement qui se démarque le plus est Rivière-des-Prairies. Sa clientèle est beaucoup plus jeune, 37 ans en moyenne et comprend une plus forte proportion d'hommes (63 %). Pour une bonne partie de la clientèle la provenance est inconnue, mais lorsqu'elle l'est, on note une forte proportion venant de l'extérieur de Montréal sinon elle vient principalement des sous-régions Est et Nord. Des trois, c'est l'établissement où l'on observe la plus longue durée moyenne de séjour (près de 22 ans) et la plus forte proportion d'usagers y résidant depuis plus de 10 ans (79 %). C'est également dans cet établissement qu'il y a les proportions les plus élevées de personnes ayant une déficience intellectuelle (26 %) ou un trouble envahissant du développement (29 %). L'autonomie fonctionnelle y est à son plus faible niveau de même que la motivation. Les usagers ayant des comportements dangereux sont proportionnellement plus nombreux que dans les deux autres CHSP-LD et particulièrement les comportements dangereux envers soi-même. Les programmes d'intégration sociale sont vus comme moins nécessaires que dans les autres établissements, mais ceux d'intégration au travail le sont davantage. Dans cet établissement, les interve-

nants évaluent que 78 % des usagers devraient poursuivre une hospitalisation de longue durée.

La clientèle des deux autres établissements est similaire sur certains aspects comme la répartition selon le sexe, légèrement en faveur des hommes, la proportion assez élevée de personnes âgées (24 à 29 %), le faible niveau d'autonomie fonctionnelle, la proportion d'usagers qui devrait poursuivre une hospitalisation de longue durée. Par ailleurs, ils se distinguent sur la durée moyenne de séjour qui est clairement plus élevée à Louis-H. Lafontaine qu'à Douglas et sur l'accessibilité au programme de longue durée qui est plus grande à Douglas qu'à Louis-H. Lafontaine. On note également qu'il y a proportionnellement plus d'usagers de Louis-H. Lafontaine qui ne nécessitent pas de soins psychiatriques intensifs (33 % comparé à 21 % à Douglas). Les usagers ayant des comportements dangereux sont plus nombreux à Douglas qu'à Louis-H. Lafontaine. Plus que dans les autres CHSP-LD, les intervenants de Louis-H. Lafontaine voient la nécessité de programmes d'intégration pour leur clientèle. Enfin, signalons que la motivation des usagers semble meilleure à Louis-H. Lafontaine qu'à Douglas.

La clientèle des programmes **CHSP-CD** comprend 454 usagers dont la majorité (52 %) est des femmes, contrairement à la clientèle des programmes de longue durée de ces mêmes établissements. Par rapport aux CHSP-LD, et également par rapport aux CHSGS, on note une forte proportion de personnes âgées (31 % comparé à 18 et 19 %). La proportion d'usagers venant de l'extérieur de Montréal est moins élevée que dans les CHSP-LD et, en fait, comparable à celle qui est observée dans les CHSGS. En ce qui concerne la durée de séjour, elle est nettement plus courte (4 ans) que dans les CHSP-LD (17 ans) mais beaucoup plus longue que dans les CHSGS (6 mois). La proportion d'usagers ne nécessitant pas de soins psychiatriques intensifs est légèrement moins élevée (20 %) que dans les CHSP-LD (26 %) mais environ le double de ce qui est observé dans les CHSGS (10 %). En ce qui concerne les besoins de soins physiques, les CHSP-CD se situent encore une fois entre les deux : les besoins

sont moins grands que dans les CHSP-LD mais plus grands que dans les CHSGS. Sur le plan diagnostique, les CHSP-CD comptent moins d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement que dans les CHSP-LD mais les proportions sont plus élevées que ce qui est observé dans les CHSGS. L'autonomie fonctionnelle et la motivation sont plus grandes que dans les CHSP-LD mais moindres que dans les CHSGS. On note une forte proportion d'usagers ayant des comportements dangereux, notamment la dangerosité envers les autres. Les programmes d'intégration sont plus en demande que dans les CHSP-LD mais moins que dans les autres types d'établissements. La demande est la plus grande pour l'intégration sociale. À court terme, les intervenants évaluent que 27 % auront encore besoin d'une hospitalisation de courte durée, que 21 % pourront regagner une résidence autonome et que les autres auront besoin principalement d'une hospitalisation en longue durée (17 %) ou des services d'une RI (7 %).

La clientèle en CHSP-CD est ici répartie entre trois établissements : 235 usagers à Louis-H. Lafontaine, 148 à Douglas et 71 à Rivière-des-Prairies. Comme en CHSP-LD, Rivière-des-Prairies se distingue particulièrement. D'abord, la clientèle de cet établissement est beaucoup plus jeune, comprenant même 61 % d'usagers de moins de 18 ans. Elle comprend une forte proportion d'hommes (70 %). Le quart des usagers vient de l'extérieur de Montréal, comparé à 8 et à 9 % dans les deux autres établissements. La durée moyenne de séjour est plus élevée (5 ans) que dans les deux autres CHSP-CD. Sur le plan diagnostique, on note une forte proportion d'usagers ayant un trouble envahissant du développement (30 %) ou une déficience intellectuelle (13 %). Le niveau d'autonomie et la motivation sont très faibles par rapport aux autres CHSP-CD, mais ils sont plus élevés que dans le programme longue durée du même établissement. La proportion d'usagers ayant des comportements dangereux est très élevée par rapport aux autres CHSP-CD (comparable à Pinel). Parmi tous les établissements, c'est dans le programme courte durée de cet établissement que l'on note la plus forte proportion de dangerosité envers les autres (31 %) et

il y a également une forte proportion d'usagers ayant des comportements dangereux envers eux-mêmes. Les besoins de programmes d'intégration sociale sont perçus comme étant moins importants que dans les autres CHSP-CD, mais ceux d'intégration scolaire le sont beaucoup plus. Les intervenants évaluent que seulement 14 % devront poursuivre une hospitalisation de courte durée mais que 48 % devraient profiter d'un programme d'hospitalisation de longue durée. Les principaux besoins résidentiels pour les autres usagers seraient la ressource intermédiaire (14 %), d'autres ressources que celles qui sont proposées (10 %) ou le retour en résidence autonome (9 %).

La clientèle des programmes courte durée dans les deux autres établissements est plus similaire. Les deux se caractérisent par une clientèle majoritairement féminine (54 à 59 %) et comprenant une forte proportion de personnes âgées (35 à 37 %). Douglas se distingue toutefois par une unité d'usagers de moins de 18 ans. Il se distingue également par la durée de séjour qui est en moyenne plus courte qu'à Louis-H. Lafontaine (2,3 versus 4,2 ans) et la proportion moins élevée d'usagers y séjournant depuis plus de 10 ans (6 % versus 16 %). Plus d'usagers à Douglas qu'à Louis-H. Lafontaine ont des besoins de soins psychiatriques intensifs (30 % versus 17 %). Les deux sont comparables aux CHSGS sur le plan diagnostique. Sur les plans de l'autonomie fonctionnelle, de la motivation et de la proportion d'usagers ayant des comportements dangereux, les deux établissements sont comparables. La demande par rapport à des programmes d'intégration est plus élevée à Louis-H. Lafontaine qu'à Douglas ou qu'à Rivière-des-Prairies. Une proportion similaire (23 à 24 %) d'usagers à Louis-H. Lafontaine et à Douglas pourra retourner dans une résidence autonome à court terme. Par contre, proportionnellement plus d'usagers à Douglas (38 % comparé à 23 % à Louis-H. Lafontaine) devraient poursuivre une hospitalisation de courte durée alors que plus d'usagers à Louis-H. Lafontaine devraient être transférés dans un programme d'hospitalisation de longue durée (16 % comparé à 4 % à Douglas).

Pinel est un établissement très particulier et c'est pourquoi nous avons décidé de le traiter séparément des autres CHSP. La clientèle évaluée comprend 284 usagers, majoritairement des hommes (89 %) âgés de 18 à 64 ans (94 %). Soulignons la présence d'un petit nombre d'usagers de moins de 18 ans. Presque la moitié des usagers vient de l'extérieur de Montréal alors que l'autre moitié vient d'un peu toutes les sous-régions de Montréal mais plus particulièrement de l'Est et du Centre-Est. La durée moyenne de séjour est d'environ trois ans, 41 % ayant été admis dans les six mois précédant l'évaluation et 19 % y séjournant depuis plus de 10 ans. Environ 11 % des usagers ne nécessiteraient pas de soins psychiatriques intensifs, ce qui est comparable à ce qui est observé dans les CHSGS. Pinel est également similaire aux CHSGS en ce qui a trait au niveau d'autonomie fonctionnelle et à la motivation qui sont assez élevés dans les deux cas. Ce qui particularise le plus Pinel, c'est évidemment la proportion très élevée d'usagers ayant des comportements dangereux, notamment ceux envers les autres. La demande pour les programmes d'intégration est élevée mais proportionnellement moins pour des programmes d'intégration sociale et plus pour d'autres types de programmes que ceux suggérés dans le questionnaire. Selon les intervenants, 51 % des usagers auront encore besoin à court terme d'une hospitalisation de courte durée et 16 % des services d'une unité médico-légale. Pour les autres, ils proposent principalement la RI (11 %), d'autres types de ressources résidentielles que celles mentionnées (11 %) et le retour en résidence autonome (5 %).

La clientèle évaluée dans les **CHSGS** comprend 439 usagers. C'est dans ce type de ressources que l'on note la plus forte concentration de femmes (55 %). Lorsque les usagers viennent de Montréal (89 %), ils sont de toutes les sous-régions mais avec une concentration plus grande du Centre-Ouest et du Centre-Est. La plus grande partie de la clientèle (81 %) a été admise dans les six mois qui ont précédé l'évaluation et environ 90 % des usagers nécessitent des soins psychiatriques intensifs. Ils sont proportionnellement plus nombreux qu'en CHSP-CD à requérir des soins de ce type, mais ils sont moins

nombreux à avoir besoin de soins physiques importants. D'ailleurs, la clientèle des CHSGS est parmi celles à avoir le moins besoin de soins physiques importants (juste un peu plus que la clientèle des RI). C'est dans cette catégorie de ressources qu'il y a la plus forte proportion d'usagers ayant un diagnostic de trouble de santé mentale. Rares sont les usagers ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Le niveau fonctionnel est assez bon de même que la motivation. La majorité des usagers (61 %) ont eu des comportements dangereux, mais c'est dans ce type de ressources qu'il y a la plus forte proportion d'usagers ayant eu des comportements dangereux envers eux-mêmes. La demande pour des programmes d'intégration est relativement élevée dans ce type de ressources. Selon les intervenants, 20 % des usagers auront encore besoin à court terme d'un programme d'hospitalisation de courte durée alors que 27 % pourront retourner en résidence autonome. Les autres usagers pourraient profiter principalement d'une RI (17 %), d'une RTF (12 %), d'un autre type de ressources résidentielles que celles mentionnées (6 %), d'un pavillon (5 %) ou d'un C.A.H. (5 %). La disponibilité des ressources est un obstacle particulièrement mentionné (15 %) par rapport aux besoins résidentiels de la clientèle de ce type de ressources.

Nous n'allons pas commenter un à un, chacun des CHSGS. Cela serait fastidieux pour le lecteur sans compter qu'il serait parfois hasardeux de faire des comparaisons entre les différents établissements, le nombre de personnes évaluées étant parfois relativement petit.

Dans les **pavillons**, la clientèle évaluée comprend 673 usagers. Elle se caractérise par une proportion relativement élevée d'hommes (63 %) et une forte proportion de personnes de 65 ans et plus (33 %). Les usagers viennent principalement de deux sous-régions : Est (42 %) et Centre-Est (24 %). La durée moyenne de séjour est relativement élevée (11 ans) avec 51 % des usagers qui y résident depuis plus de 10 ans. L'accessibilité à ce type de ressources semble particulièrement faible puisque seulement 3 % de la

clientèle y réside depuis moins de six mois. Environ 53 % de la clientèle nécessite des soins psychiatriques intensifs. Environ le tiers a besoin de soins psychiatriques intégrés sans besoin de soins physiques importants. Le niveau d'autonomie fonctionnelle des usagers est très faible, en fait comparable à celui de la clientèle hospitalisée en longue durée à Louis-H. Lafontaine ou à Douglas. L'évaluation de la motivation est similaire à celle qui a été faite pour la clientèle en CHSP-CD. C'est dans les pavillons que l'on observe le plus faible taux d'usagers ayant des comportements dangereux. La demande pour des programmes d'intégration est relativement moins élevée que dans d'autres types de ressources résidentielles. Selon les intervenants, 96 % de la clientèle est au bon endroit sur le plan résidentiel à court terme, ce qui permet de comprendre que ce type de ressources est peu accessible pour de nouvelles personnes. La demande venant de l'extérieur (clientèle d'autres types de ressources) est pourtant présente.

La clientèle en **RTF** comprendrait environ 1 825 usagers (donnée pondérée). On compte parmi les usagers autant de femmes que d'hommes et la proportion de personnes âgées (20 %) est moins élevée que dans les pavillons. Lorsque la provenance géographique est connue, on observe que les usagers viennent principalement des sous-régions Est (28 %) et Nord (19 %) alors que très peu sont originaires de la sous-région Ouest (3 %). La durée moyenne de séjour se situe à près de six ans avec 16 % de la clientèle qui y réside depuis plus de 10 ans. L'accessibilité est un peu plus élevée que dans les pavillons, mais elle demeure relativement faible puisque seulement 7 % de la clientèle y réside depuis moins de six mois. Similairement à ce qui a été observé dans les pavillons, 58 % des usagers nécessitent des soins psychiatriques intensifs. Par ailleurs, près du tiers requiert des services de type intégré (niveau 1 et 2). Le niveau d'autonomie fonctionnelle des usagers est relativement faible, juste un peu mieux que dans les pavillons. Dans les RTF, la proportion d'usagers ayant des comportements dangereux est parmi les plus faibles. C'est dans ce type de ressources que les programmes d'intégration sont le plus en demande.

Les intervenants considèrent que 96 % des usagers doivent à court terme être maintenus dans ce même type de ressources. Cela laisse peu de places pour les nouveaux venus.

La clientèle en **RI** compterait environ 775 usagers (donnée pondérée). Il y a, dans ce type de ressources, une proportion relativement élevée d'hommes (62 %) et une forte proportion d'adultes de moins de 65 ans (92 %). La moyenne d'âge est parmi les plus basses (41 ans). Environ 17 % des usagers viennent de l'extérieur de Montréal, sinon ils viennent principalement des sous-régions Est (33 %) et Centre-Est (19 %). La durée moyenne de séjour (près de 4 ans) est plus faible que dans les autres ressources résidentielles (pavillons et RTF) et peu d'usagers y résident depuis plus de 10 ans (8 %). Si l'on en juge par la proportion d'usagers ayant une durée de séjour inférieure à six mois (13 %), l'accessibilité à ce type de ressources serait plus grande que dans les pavillons ou les RTF. Parmi les différents types de ressources, c'est la clientèle qui nécessite le moins de soins physiques importants. Par ailleurs, 56 % de la clientèle a des besoins psychiatriques intensifs. De toutes les clientèles, c'est de loin celle qui est la plus autonome selon la mesure d'autonomie fonctionnelle et également celle où la motivation est la meilleure. Cette clientèle a une faible proportion d'usagers ayant des comportements dangereux, bien qu'elle soit un peu plus élevée que dans les pavillons et les RTF. La demande pour des programmes d'intégration est relativement élevée chez la clientèle des RI. Les intervenants évaluent que les trois quarts des usagers des RI auront encore besoin de ce type de ressources. Cela laisse un peu plus de marge de manœuvre que dans les pavillons et les RTF pour accueillir de nouveaux clients qui auraient besoin de ce type de ressources. Pour l'autre quart des usagers qui n'auront plus besoin des services d'une RI, les intervenants proposent principalement le retour en résidence autonome.

3

Discussion générale et conclusions

L'objectif de ce document était de rendre disponible aux partenaires du réseau de services en santé mentale un premier ensemble de données représentant les principaux résultats de l'étude de la clientèle réalisée avec l'*Inventaire du niveau de soins* en 1997. Effectivement, les résultats sont présentés selon les thématiques majeures et les établissements peuvent comparer les caractéristiques de leur clientèle à celles d'autres établissements de la région. Par ailleurs, les résultats de l'étude fournissent également plusieurs informations utiles à la planification des services.

3.1 Intérêt des résultats pour la planification des services

Sur le plan de l'accessibilité aux ressources résidentielles, les résultats concernant la durée de séjour montrent que très peu de nouveaux clients ont eu accès aux pavillons dans l'année qui a précédé l'étude (6 %), que l'accessibilité selon cette définition est un peu meilleure (15 %) dans les RTF et encore mieux (28 %) dans les RI. Par ailleurs, selon les résultats de l'évaluation des besoins résidentiels de la clientèle, il semblerait nécessaire de créer de nouvelles places pour répondre à la demande dans chacun de ces types de ressources. Dès lors, on peut avancer que l'accessibilité dans ces ressources est

relativement limitée ou, à tout le moins, qu'elle l'était au moment de l'étude.

En ce qui concerne l'efficience, que nous définirons ici comme étant la meilleure réponse aux besoins de la personne au meilleur coût, les résultats fournissent une information intéressante quant au portrait clinique de ces clientèles. Ainsi, on a pu constater que ce portrait diffère d'un type de ressources à l'autre.

Par exemple, les pavillons reçoivent une clientèle plus âgée ayant des besoins physiques importants, un niveau d'autonomie fonctionnelle très faible, peu de comportements dangereux et nécessitant peu de programmes d'intégration selon la perception des intervenants. La clientèle en RTF par rapport à cette dernière est moins âgée, a moins de besoins physiques importants, a une meilleure autonomie fonctionnelle, a également peu de comportements dangereux, mais est celle pour laquelle les programmes d'intégration sont les plus en demande. Enfin, la clientèle des RI est la moins âgée des trois et elle est celle qui nécessite le moins de soins physiques importants, qui a la meilleure autonomie fonctionnelle et la meilleure motivation. La proportion de clients ayant des comportements dangereux est un peu plus élevée que dans les deux autres types de ressources résidentielles, mais elle l'est peu par rapport aux établissements hospitaliers. La demande pour les programmes d'intégration y est relativement élevée.

De cette brève description, il apparaît clairement que ces trois types de ressources répondent à des clientèles qui ont des profils relativement différents. Dans le contexte de définir des critères d'admission, ces informations pourront être utiles à ceux qui auront à mettre au point le système régional d'admission pour l'hébergement dans ce type de ressources. Il y a lieu aussi de s'interroger sur le fait que 350 usagers des ressources résidentielles ont été évalués comme étant autonomes sur les plans physique et psychiatrique. Chaque client est-il au bon endroit compte tenu de ses besoins, des services disponibles et des coûts? Quelle est la proportion de ceux qui ne le sont pas? Pourquoi sont-ils dans ces ressources? Y aurait-il un manque de logements sociaux pour ces personnes? À qui incomberait la responsabilité de développer ce type de logements? Le réseau de la santé, la Ville de Montréal ou d'autres partenaires? Ce rapport n'offre pas de réponses à ces questions, mais elles mériteraient d'être traitées d'une manière ou d'une autre.

En ce qui concerne l'équité, il y a lieu de s'inquiéter. On a vu dans la section sur la provenance géographique que le nombre d'usagers par 10 000 habitants est très variable d'une sous-région à l'autre. Dans le tableau qui suit, nous avons calculé le même taux pour les trois types de ressources résidentielles. On retrouve un peu le même déséquilibre. Cela ne signifie pas qu'il faille dès lors conclure à une iniquité sous-régionale. L'Est de Montréal est une sous-région probablement plus pauvre que l'Ouest, par exemple, et il se peut que les besoins de soins y soient plus importants. Il se peut également qu'il y ait eu une migration de personnes présentant des troubles

mentaux près de certains centres de services. Enfin, rappelons que les usagers évalués dans cette opération ne représentent que ceux séjournant dans les ressources rattachées aux établissements publics. Les ressources d'hébergement non rattachées à ce type d'établissements étant plus concentrées dans certaines sous-régions que dans d'autres, cela pourrait également contribuer à expliquer les différences sous-régionales. Il sera nécessaire d'approfondir ces questions.

Enfin, on peut également s'interroger sur l'équité entre les sexes. Nous avons vu que les pavillons et les RI accueillent une clientèle composée majoritairement d'hommes (plus de 60 %). Encore une fois, est-ce le reflet des besoins de la clientèle ou serait-ce un problème organisationnel?

Les données montrent des besoins importants d'intégration en ressources résidentielles pour près de 600 usagers hospitalisés, soit 300 en CHSP-LD, 135 en CHSP-CD et 150 en CHSGS. Étant donné le faible roulement de la clientèle dans les ressources résidentielles, il semble nécessaire de développer des places résidentielles supplémentaires. Également, les obstacles mentionnés portent sur la disponibilité des ressources pour plus de 250 usagers et le refus de l'utilisateur ou des proches pour autant de personnes. Il sera nécessaire de faire d'autres analyses pour déterminer le lien entre ces obstacles et le besoin résidentiel identifié.

Par ailleurs, rappelons la concentration actuelle des ressources résidentielles dans certaines sous-régions, tel que mentionné précédemment. La planification

Taux d'usagers pour 10 000 de population par sous-région et par type de ressources résidentielles

SOUS-RÉGION	Pavillons	RTF	RI	Total
Est	5,8	9,6	5,3	19,9
Centre-Est	5,1	6,8	4,8	16,7
Nord	1,3	10,0	3,1	14,4
Centre-Ouest	0,9	6,3	1,0	8,2
Sud-Ouest	0,7	8,0	1,9	10,6
Ouest	0,7	1,5	1,1	3,3

régionale 1998-2002 prévoit le développement de plus de 180 places résidentielles dans les sous-régions moins nanties. Les données de ce rapport permettront d'orienter en partie un tel développement. Enfin, en termes de réadaptation, l'intégration sociale est un programme requis pour une grande majorité des usagers. L'intégration et le maintien au travail est également un programme important. Les données présentées dans ce rapport ne permettant pas de déterminer jusqu'à quel point ces besoins sont comblés, il sera nécessaire de faire d'autres analyses pour répondre à cette question.

En ce qui concerne les personnes hospitalisées depuis plus de six mois et pour lesquelles on se demande si elles reçoivent les services résidentiels appropriés à leur situation, ce rapport pourra également être utile. D'abord, il fournit une description sommaire des usagers des trois établissements CHSP-LD où sont surtout concentrés ces usagers. D'autres usagers de ce type séjournent également en CHSP-CD et en CHSGS. Il faut noter particulièrement que le quart des usagers des CHSP-LD a un niveau de soins qui les orienterait davantage vers les ressources autonomes, supervisées ou de réadaptation. Des analyses d'ensemble pourraient éventuellement être réalisées sur ces personnes, en subdivisant la clientèle qui requiert d'autres services résidentiels et celle qui nécessite encore l'hospitalisation.

Les urgences. La région voit de façon récurrente des débordements des urgences générales et psychiatriques. Ce rapport montre des éléments de solutions à approfondir. Ainsi, nous constatons un nombre important d'usagers ayant des séjours prolongés dans les services de courte durée, des taux d'usagers dans ces services qui ont des niveaux de soins ne nécessitant pas de services hospitaliers et des bassins importants d'usagers qui devraient bénéficier d'autres types de ressources résidentielles et de réadaptation.

Les durées moyennes de séjour. On voit certains établissements de CD ayant d'importantes durées de séjour ou un taux élevé d'usagers y séjournant depuis

longtemps. L'augmentation de l'accès à des ressources résidentielles ou à l'hospitalisation régionale LD devrait favoriser une amélioration de cette situation. Par ailleurs, la moyenne en LD est de 17 ans. Or, une partie de ces usagers présente des niveaux de soins qui devraient permettre leur réinsertion sociale. Également, les niveaux de soins dans certains types de ressources résidentielles semblent permettre l'accès à des usagers au niveau de soins importants. Dans la perspective des normes de LD préconisées par le MSSS et des standards de pratiques, des travaux majeurs doivent être poursuivis sur la réadaptation et la réinsertion de ces usagers.

L'hospitalisation de longue durée. Un bon nombre d'usagers en CHSGS semble nécessiter de l'hospitalisation de longue durée, selon les besoins perçus et les durée de séjour. Plusieurs dossiers concernant les services de longue durée sont actuellement menés par la Régie, en collaboration avec les partenaires du réseau : système régional d'admission pour l'hospitalisation de long séjour en CHSP, cadre de référence pour l'hospitalisation psychiatrique de longue durée, définition des mandats et responsabilités en LD, établissement de lits régionaux d'hospitalisation de long séjour. Plusieurs éléments de ce rapport viennent corroborer la nécessité de mener de tels travaux.

Enfin, certains autres éléments mériteraient une attention particulière dans les travaux subséquents.

Par exemple, on constate la présence de **comportements dangereux** chez 60 % des usagers dans les CHSP-LD et CD et en CHSGS, alors que ce taux est relativement bas dans les ressources résidentielles. Cette information est à mettre en parallèle avec les niveaux de soins. Une forte proportion des usagers dans les ressources résidentielles nécessite des soins psychiatriques de type intensif ce qui nous questionnait sur la différence entre les usagers de ce type de ressources et ceux des CH. La présence de comportements dangereux est possiblement un des éléments distinctifs.

Au niveau de la **réadaptation**, il faut aussi souligner les besoins importants perçus par les intervenants. Bien que la validité de ces informations puisse être questionnée, comme on le verra ci-après, il faut constater l'importance de cette perception. Le besoin semble être perçu comme étant moins important dans les CHSP-LD. Cette perception devrait être réexaminée compte tenu de l'évolution de la conception des programmes qui devraient y être dispensés. Par ailleurs, le besoin de programmes de réadaptation est perçu comme étant important dans les programmes CD et dans les ressources résidentielles. Par conséquent, la question de la réadaptation devrait faire l'objet d'une attention particulière si l'on veut mieux répondre à de tels besoins; ainsi il est nécessaire de mieux connaître l'ampleur des besoins et les ressources actuellement disponibles pour y répondre.

3.2 Avantages et limites de l'étude

Cette étude sur la clientèle hospitalisée ou hébergée dans les ressources spécialisées en santé mentale comporte de grands avantages. D'abord, comme nous l'avons vu, elle permet de fournir un portrait relativement précis de cette clientèle. Non seulement elle permet de connaître sa répartition au travers des différentes ressources ou sa composition socio-démographique ou clinique, mais elle fournit également des informations sur l'adéquation des services par rapport aux besoins. Ainsi, on peut croire que cette étude contribuera à améliorer la qualité des services offerts à cette clientèle.

Signalons, comme autre avantage, que la méthodologie utilisée dans cette étude a permis que cette vaste opération de collecte de données soit menée à peu de frais. Bien sûr, ceci est redevable à la collaboration des intervenants des différents établissements et nous ne voudrions pas minimiser le coût que cela a pu représenter pour eux. Aussi, il faut espérer que les résultats de cette étude leur seront également utiles.

Cette étude comporte aussi des limites qu'il ne faudrait pas négliger. La première concerne la validité des réponses dans certaines sections. Si faire compléter le questionnaire par les intervenants comporte des avantages sur le plan pratique, cela n'est pas sans risque sur le plan de la validité. Ici, notre critique s'adresse à l'instrument et non pas aux intervenants. Pour mener à bien une telle opération impliquant un grand nombre d'intervenants, il est impératif que les instruments soient très structurés, à tout le moins sur le plan des définitions, de manière à ce que tout le monde puisse interpréter les questions et les réponses de la même manière. Dans ce but, un « Guide de l'évaluateur » était fourni aux intervenants et une formation leur a également été donnée. Malgré ces efforts importants, comme on l'a vu, certaines imprécisions ont subsisté. Un exemple de ceci est la définition de la catégorie « aucun besoin » que ce soit par rapport aux services destinés à la personne ou par rapport aux services résidentiels. Un autre exemple est celui des deux catégories résiduelles dans la section sur les comportements dangereux. Pour remédier à ces problèmes d'interprétation dans ces différentes sections, nous avons proposé l'hypothèse qui nous apparaissait la meilleure en fournissant les arguments en sa faveur et nous avons fait des mises en garde, telles que d'éviter de prendre des décisions importantes sur cette seule base. Si cette étude devait être répétée, il serait important de s'assurer que le « Guide de l'évaluateur » révisé permette d'éviter ce genre d'ambiguïté. Par ailleurs, en l'absence d'un cadre de référence relativement précis, lorsqu'il est question d'évaluer des besoins résidentiels ou de réadaptation, il subsistera toujours des différences de perception entre les intervenants. Plusieurs facteurs peuvent influencer cette perception, par exemple, la formation professionnelle de l'intervenant, la connaissance qu'il y a différents types de ressources ou encore son appartenance à un établissement ayant une philosophie d'intervention particulière. Il existe d'autres moyens d'évaluer les besoins de soins de manière plus objective ou standardisée, mais ils impliqueraient également des coûts plus importants.

Une deuxième limite, également relative à l'instrument, concerne la mesure du niveau de soins. D'abord, signalons que le découpage en trois niveaux pour les besoins psychiatriques, alors qu'il est en quatre niveaux pour les besoins physiques, est à tout le moins surprenant, cet instrument ayant été conçu pour évaluer les besoins d'une clientèle présentant des problèmes de santé mentale. Notre critique ne s'adresse pas tant au découpage des besoins physiques dont les niveaux, somme toute, semblent relativement discriminants. Elle s'adresse bien plus au découpage sur le plan des besoins psychiatriques. D'abord, il n'y a que trois niveaux et, ensuite, les données montrent, qu'en fait, plus de 90 % de la clientèle se situe à deux de ces niveaux, rendant le niveau intermédiaire, à toutes fins pratiques, à peu près sans intérêt. Ainsi, la mesure de besoins de soins, utilisée seule, permet peu de discriminer entre les différentes clientèles sur le plan des besoins psychiatriques. Heureusement, l'instrument comprend d'autres sections qui se sont avérées particulièrement intéressantes quant au potentiel de discrimination. C'est le cas, par exemple, pour les sections sur l'autonomie fonctionnelle, la motivation, la dangerosité. Il semble qu'il y ait maintenant une nouvelle version de l'instrument où les auteurs ont tenté d'améliorer le pouvoir de discrimination des niveaux de soins psychiatriques. Ce serait, certes, une amélioration très souhaitable.

Comme troisième limite, mentionnons le problème des données manquantes. De manière générale, elles ont un impact négligeable parce qu'elles sont peu nombreuses ou relativement bien distribuées au travers des différents établissements. Il arrive toutefois que la proportion de données manquantes soit relativement élevée et particulièrement concentrée dans certains établissements, comme c'est le cas dans la section sur la provenance géographique. Il y a également le cas de la section sur les diagnostics où la proportion de données manquantes n'est pas très élevée de manière générale mais l'est dans un type d'établissement en particulier. Ces données manquantes n'invalident pas totalement les résultats mais laissent évidemment une part d'inconnu qui ne peut être interprétée.

Comme quatrième limite, il importe de soulever à nouveau le fait que le nombre d'utilisateurs évalués dans les différents CHSGS est parfois peu élevé. Ainsi, il faudra être prudent dans les conclusions à tirer, les résultats pouvant être dus au hasard de la clientèle qui s'est présentée au cours des deux semaines où l'évaluation a été faite.

3.3 Travaux subséquents

Dans ce rapport, nous sommes loin d'avoir épuisé la présentation et l'analyse des informations sur la clientèle de la région fournies par l'inventaire. Prise dans la perspective de l'atteinte des objectifs du Plan d'amélioration 1998-2002 de la Régie, cette présentation permet aux partenaires régionaux et des établissements de mieux cibler les résultats-clients à approfondir. Elle alimentera également les discussions avec ces partenaires.

Deux autres publications sont envisagées. Un document complètera le cadre conceptuel et méthodologique de l'étude. De façon plus détaillée, ce document fera une présentation de l'*Inventaire du niveau de soins*, son historique, les études sur ses caractéristiques psychométriques, etc. Ce document s'adressera davantage au lecteur qui voudrait approfondir sa connaissance de l'instrument, de ses fondements méthodologiques, etc. Un autre document envisagé est la présentation d'une série importante d'autres tableaux peu ou pas commentés, qui approfondiraient la présentation des résultats et qui seraient d'intérêt commun pour l'ensemble des établissements. Les modes de diffusion de ces documents restent à déterminer. Ainsi, chacun est invité à faire part de ses questions de manière à influencer les prochains choix dans la diffusion des résultats.



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTRÉAL-CENTRE

Santé mentale

Portrait de la clientèle en milieux hospitaliers et résidentiels

Annexes

**Louise Fournier
Michel Roberge
Edwidge Rouleau
Véronic Ouellette
Brigitte Simard**

**Une collaboration
de la Direction de la santé publique
et de la Direction
de la programmation et coordination
Décembre 1999**

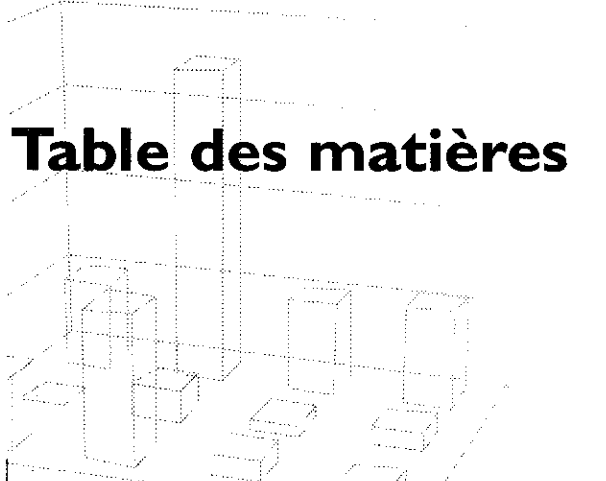


Table des matières

Note

Ce document est une annexe au document « Santé mentale – Portrait de la clientèle en milieux hospitaliers et résidentiels » ; il en fait partie intégrante. Veuillez vous référer à ce document pour la présentation des résultats et la mise en contexte de ceux-ci.

Annexe 1	3
Tableau 1 Répartition de la clientèle selon l'âge et le sexe	4
Tableau 2 Provenance des usagers	6
Tableau 3 Durée de séjour	8
Tableau 4 Le niveau de soins	10
Tableau 5 Diagnostic	12
Tableau 6 Autonomie fonctionnelle	14
Tableau 7 Prévalence des comportements dangereux	16
Tableau 8 Programmes destinés à la personne	18
Tableau 9 Besoins en services résidentiels à court terme	20
Tableau 10 Obstacles pour obtenir à court terme des services résidentiels	22
Tableau 11 Motivation de l'usager	24
Annexe 2 - Carte des sous-régions	26
Annexe 3 - Nombre de lits de psychiatrie et sous-régions des centres hospitaliers (1997)	27
Annexe 4 - Questionnaire de l'étude	28

Annexe I

Tableau 1	Répartition de la clientèle selon l'âge et le sexe	4
Tableau 2	Provenance des usagers	6
Tableau 3	Durée de séjour	8
Tableau 4	Le niveau de soins	10
Tableau 5	Diagnostic	12
Tableau 6	Autonomie fonctionnelle	14
Tableau 7	Prévalence des comportements dangereux	16
Tableau 8	Programmes destinés à la personne	18
Tableau 9	Besoins en services résidentiels à court terme	20
Tableau 10	Obstacles pour obtenir à court terme des services résidentiels	22
Tableau 11	Motivation de l'usager	24

Répartition de la clientèle selon l'âge et le sexe

Ressources	< 18	18-44	>= 45	n	Moy.	Min-Max	F	H	n
RÉGION				5882	49	6-100	2535	3317	5852
	(n)	4681	1102				43.3	56.7	
	% rangée	79.6	18.7						
CHSP-LD				1422	49	19-100	578	844	1422
	(n)	1173	249				22.8	25.4	
	% colonne	25.1	22.6				40.6	59.4	
	% rangée	82.5	17.5						
L.H. Lafontaine				660	54	22-86	278	382	660
	(n)	504	156				11.0	11.5	
	% colonne	10.8	14.2				42.1	57.9	
	% rangée	76.4	23.6						
Douglas				320	54	19-100	138	182	320
	(n)	227	93				5.4	5.5	
	% colonne	4.8	8.4				43.1	56.9	
	% rangée	70.9	29.1						
HRDP				442	37	19-53	162	280	442
	(n)	442					6.4	8.4	
	% colonne	9.4					36.7	63.3	
	% rangée	100.0							
CHSP-CD				454	47	7-92	219	6.6	454
	(n)	57	139				9.3	48.2	
	% colonne	57.6	12.6				51.8		
	% rangée	12.6	30.6						
L.H. Lafontaine				235	54	19-92	127	108	235
	(n)	148	87				5.0	3.3	
	% colonne	5.5	7.9				54.0	46.0	
	% rangée	63.0	37.0						
Douglas				148	51	14-92	87	61	148
	(n)	14	52				3.4	1.8	
	% colonne	14.1	4.7				58.8	41.2	
	% rangée	9.5	35.1						
HRDP				71	17	7-27	21	50	71
	(n)	43	28				0.8	1.5	
	% colonne	43.4	1.6				29.6	70.4	
	% rangée	60.6	39.4						
PINEL				284	37	14-72	31	253	284
	(n)	10	6				1.2	7.6	
	% colonne	10.1	0.5				10.9	89.1	
	% rangée	3.5	2.1						
CHSGS				439	47	14-97	240	195	435
	(n)	11	83				9.5	5.9	
	% colonne	11.1	7.4				55.2	44.8	
	% rangée	2.5	18.9						
Fleury				28	48	21-75	16	12	28
	(n)	21	7				0.6	0.4	
	% colonne	0.4	0.6				57.1	42.9	
	% rangée	75.0	25.0						
Général Juif				33	52	19-87	11	20	31
	(n)	21	12				0.4	0.6	
	% colonne	0.4	1.1				35.5	64.5	
	% rangée	63.6	36.4						

Ressources		< 18			18-64			>= 65			n	Moy.	Min-Max	F			H	n
Jean-Talon	(n)				23			4			27	46	24-86	16		11		
	% colonne % rangée				0.5			0.4						0.6		0.3		27
Lakeshore	(n)				24			7			31	47	20-78	19		12		
	% colonne % rangée				0.5			0.6						0.7		0.4		31
Maisonnette-Ros.	(n)				41			7			48	53	20-90	28		20		
	% colonne % rangée				0.9			0.6						1.1		0.6		48
Hôp. général Mtl	(n)				33			5			38	44	18-97	17		21		
	% colonne % rangée				0.7			0.5						0.7		0.6		38
Notre-Dame	(n)				34			8			42	50	22-83	23		19		
	% colonne % rangée				0.7			0.7						0.9		0.6		42
Royal Victoria	(n)	2	31	10	31			10			43	48	16-87	27		15		
	% colonne % rangée	2.0	0.7	0.9	0.7			0.9						1.1		0.5		42
Sacré-Cœur	(n)	9	60	14	60			14			83	47	14-88	47		36		
	% colonne % rangée	9.1	1.3	1.3	1.3			1.3						1.9		1.1		83
St-Luc	(n)	10.8	72.1	23.3	72.1			16.9			38	49	20-82	56.6		43.4		
	% colonne % rangée													43.2		56.8		
St. Mary	(n)				35			3			28	45	20-84	16		21		
	% colonne % rangée				0.7			0.3						0.6		0.6		28
PAVILLONS	(n)				22			6			28	57	26-91	20		8		
	% colonne % rangée				0.5			0.5						0.8		0.2		
RTF	(n)				453			220			673	57	26-91	246		426		
	% colonne % rangée				9.7			20.0						9.7		12.8		672
RI	(n)	5	1460	360	67.3			32.7			1825	53	16-86	36.6		63.4		
	% colonne % rangée	5.1	31.2	32.7	31.2			19.7						9.10		9.00		1810
	(n)	16	724	45	724			45			785	41	6-83	295		480		
	% colonne % rangée	16.2	15.5	4.1	15.5			4.1						11.6		14.5		775
	(n)	2.0	92.2	5.7	92.2			5.7						38.1		61.9		
	% colonne % rangée	2.0	92.2	5.7	92.2			5.7						38.1		61.9		

2

Provenance des usagers

Ressources	Inconnue	Connue	Hors Montréal	Est	Centre Est	Nord	Montréal Cen. Ouest	Sud Ouest	Ouest	Inconnue
RÉGION (n) % rangée	620 10,5	5262 100,0	946 18,0	1460 27,7	727 13,8	630 12,0	512 9,7	469 8,9	185 3,5	333 6,3
CHSP-LD (n) % colonne % rangée	177 28,5 5,2	1245	335 35,4 26,9	251 17,2 20,2	82 11,3 6,6	93 14,8 7,5	76 14,8 6,1	141 30,1 11,3	38 20,5 3,1	229 68,8 18,4
L.H.Lafont. (n) % colonne % rangée	39 6,3 5,9	621	124 13,1 20,0	162 11,1 26,1	40 5,5 6,4	41 6,5 6,6	10 2,0 1,6	10 2,1 1,6	11 5,9 1,8	223 67,0 35,9
Douglas (n) % colonne % rangée	10 1,6 3,1	310	62 6,6 20,0	17 1,2 5,5	22 3,0 7,1	10 1,6 3,2	56 10,9 18,1	118 25,2 38,1	19 10,3 6,1	6 1,8 1,9
HRDP (n) % colonne % rangée	128 20,6 29,0	314	149 15,8 47,5	72 4,9 22,9	20 2,8 6,4	42 6,7 13,4	10 2,0 3,2	13 2,8 4,1	8 4,3 2,5	
CHSP-CD (n) % colonne % rangée	15 2,4 3,3	439	47 5,0 10,7	179 12,3 40,8	27 3,7 6,2	24 3,8 5,5	27 5,3 6,2	91 19,4 20,7	10 5,4 2,3	34 10,2 7,7
L.H. Lafon. (n) % colonne % rangée	8 1,3 3,4	227	17 1,8 7,5	147 10,1 64,8	13 1,8 5,7	10 1,6 4,4	3 0,6 1,3	3 0,6 1,3	1 0,5 0,4	33 9,9 14,5
Douglas (n) % colonne % rangée	5 0,8 3,4	143	13 1,4 9,1	3 0,2 2,1	9 1,2 6,3	2 0,3 1,4	21 4,1 14,7	86 18,3 60,1	8 4,3 5,6	1 0,3 0,7
HRDP (n) % colonne % rangée	2 0,3 2,8	69	17 1,8 24,6	29 2,0 42,0	5 0,7 7,2	12 1,9 17,4	3 0,6 4,3	2 0,4 2,9	1 0,5 1,4	
PINEL (n) % colonne % rangée	2 0,3 0,7	282	135 14,3 47,9	44 3,0 15,6	43 5,9 15,2	22 3,5 7,8	15 2,9 5,3	5 1,1 1,8	10 5,4 3,5	8 2,4 2,8
CHSGS (n) % colonne % rangée	14 2,3 3,2	425	47 5,0 11,1	58 4,0 13,6	87 12,0 20,5	65 10,3 15,3	120 23,4 28,2	8 1,7 1,9	38 20,5 8,9	2 0,6 0,5
Fleury (n) % colonne % rangée		28			1 0,1 3,6	27 4,3 96,4				
Général Juf (n) % colonne % rangée	3 0,5 9,1	30	12 1,3 40,0			1 0,2 3,3	16 3,1 53,3		1 0,5 3,3	

Ressources	Inconnue	Connue	Hors Montréal	Montréal					Inconnue
				Est	Centre Est	Nord	Cent. Ouest	Sud Ouest	
Jean-Talon (n) % colonne % rangée	3 0,5 11,1	24		2 0,1 8,3	21 2,9 87,5	1 0,2 4,2			
Lakeshore (n) % colonne % rangée		31	1 0,1 3,2				1 0,2 3,2	29 15,7 93,5	
Maisonnette- Ros. (n) % colonne % rangée		48	1 0,1 2,1	41 2,8 85,4	5 0,7 10,4	1 0,2 2,1			
Hôp. général de Mt (n) % colonne % rangée		38					38 7,4 100,0		
Notre Dame (n) % colonne % rangée		42		3 0,2 7,1	37 5,1 88,1		2 0,4 4,8		
Royal Victoria (n) % colonne % rangée	2 0,3 4,7	41					40 7,8 96,6	1 0,5 2,4	
Sacré-Cœur (n) % colonne % rangée	6 1,0 7,2	77	26 2,7 33,8	8 0,5 10,4		31 4,9 40,3	4 0,8 5,2	1 0,2 1,3	5 2,7 6,5
St-Luc (n) % colonne % rangée		38	4 0,4 10,5	4 0,3 10,5	22 3,0 57,9	4 0,6 10,5	2 0,4 5,3	2 0,4 5,3	
St. Mary (n) % colonne % rangée		28	3 0,3 10,7		1 0,1 3,6		18 3,5 64,3	4 0,9 14,3	2 1,1 7,1
PAVILLONS (n) % colonne % rangée	57 9,2 8,5	616	92 9,7 14,9	259 17,7 42,0	149 20,5 24,2	39 6,2 6,3	30 5,9 4,9	14 3,0 2,3	15 4,5 2,4
RTF (n) % colonne % rangée	290 46,8 15,9	1535	165 17,4 10,7	430 29,5 28,0	200 27,5 13,0	295 46,8 19,2	210 41,0 13,7	170 36,2 11,1	40 21,6 2,6
RI (n) % colonne % rangée	65 10,5 8,3	720	125 13,2 17,4	239 16,4 33,2	139 19,1 19,3	92 14,6 12,8	34 6,6 4,7	40 8,5 5,6	20 6,0 4,3

3

Durée de séjour

Ressources	Inconnue	< 6 mois	6 mois à 1 an	1 à 2 ans	2 à 5 ans	5 à 10 ans	> de 10 ans	Moy. (Année)
RÉGION	49	1038	421	635	1089	966	1684	5832
		17,6	7,2	10,8	18,5	16,4	28,6	8,1
CHSP-LD		61	39	45	138	240	899	
% colonne		5,9	9,3	7,1	12,7	24,8	53,4	17,1
% rangée		4,3	2,7	3,2	9,7	16,9	63,2	
L.H. Lafontaine		14	8	19	61	124	434	
% colonne		1,4	1,9	3,0	5,6	12,8	25,8	16,9
% rangée		2,1	1,2	2,9	9,2	18,8	65,8	
Douglas		45	26	22	57	52	118	
% colonne		4,3	6,2	3,5	5,2	5,4	7,0	11,0
% rangée		14,1	8,1	6,9	17,8	16,3	36,9	
HRDP		2	5	4	20	64	347	
% colonne		0,2	1,2	0,6	1,8	6,6	20,6	21,8
% rangée		0,5	1,1	0,9	4,5	14,5	78,5	
CHSP-CD		252	44	32	29	38	59	
% colonne		24,3	10,5	5,0	2,7	3,9	3,5	3,8
% rangée		55,5	9,7	7,0	6,4	8,4	13,0	
L.H. Lafontaine		138	21	14	10	15	37	
% colonne		13,3	5,0	2,2	0,9	1,6	2,2	4,2
% rangée		58,7	8,9	6,0	4,3	6,4	15,7	
Douglas		93	20	14	7	5	9	
% colonne		9,0	4,8	2,2	0,6	0,5	0,5	2,3
% rangée		62,8	13,5	9,5	4,7	3,4	6,1	
HRDP		21	3	4	12	18	13	
% colonne		2,0	0,7	0,6	1,1	1,9	0,8	5,4
% rangée		29,6	4,2	5,6	16,9	25,4	18,3	
PINEL		116	37	36	44	25	26	
% colonne		11,2	8,8	5,7	4,0	2,6	1,5	3,0
% rangée		40,8	13,0	12,7	15,5	8,8	9,2	
CHSGS		355	23	14	18	4	1	
% colonne		49,0	5,5	2,2	1,7	0,4	0,1	0,5
% rangée		5,5	5,2	3,2	4,1	0,9	0,2	
Fleury		27		1				
% colonne		2,6		0,2				0,1
% rangée		96,4		3,6				
Général Juif		11	3	2	1			
% colonne		22,4	0,7	0,3	0,1			0,5
% rangée		33,3	9,1	6,1	3,0			

Ressources		Inconnue												Moy. (Année)											
		< 6 mois				6 mois à - 1 an				1 à 2 ans				2 à 5 ans				5 à 10 ans				> de 10 ans			

Le niveau de soins

Ressources	Intégré				Réadaptation				Intensif			
	Autonomie	Supervisé	Soins de base	Soins infirmiers	Autonomie	Supervisé	Soins de base	Soins infirmiers	Autonomie	Supervisé	Soins de base	Soins infirmiers
RÉGION (n)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
% rangée	459	941	136	42	2	192	74	100	593	2056	606	651
CHSP-LD (n)	7,8	16,1	2,3	0,7	0	3,3	1,3	1,9	10,1	35,1	10,3	11,1
% colonne	40	138	46	14	1	43	25	67	45	434	203	366
% rangée	8,7	14,7	33,8	33,3	50,0	22,4	33,8	60,9	7,6	21,1	33,5	56,2
L.H. Lafont. (n)	2,8	9,7	3,2	1,0	0,1	3,0	1,8	4,7	3,2	30,5	14,3	25,7
% colonne	29	106	30	7	23	23	11	14	27	231	88	94
% rangée	6,3	11,3	22,1	16,7	12,0	14,9	1,7	2,1	4,6	11,2	14,5	14,4
Douglas (n)	4,4	16,1	4,5	1,1	3,5	3,5	1,7	2,1	4,1	35,0	13,3	14,2
% colonne	9	21	7	3	1	9	4	14	16	101	44	91
% rangée	2,0	2,2	5,1	7,1	50,0	4,7	5,4	12,7	2,7	4,9	7,3	14,0
HRDP (n)	2,8	6,6	2,2	0,9	0,3	2,8	1,3	4,4	5,0	31,6	13,8	28,4
% colonne	2	11	9	4	11	11	10	39	2	102	71	181
% rangée	0,4	1,2	6,6	9,5	5,7	13,5	2,3	8,8	0,3	5,0	11,7	27,8
CHSP-CD (n)	0,5	2,5	2,0	0,9	2,5	2,5	2,3	8,8	0,5	23,1	16,1	41,0
% colonne	31	38	4	2	8	4,2	4,1	10	79	151	54	74
% rangée	6,8	4,0	2,9	4,8	4,2	1,8	0,7	2,2	13,3	7,3	8,9	11,4
L.H. Lafont. (n)	6,8	8,4	0,9	0,4	1,8	1,8	0,7	2,2	17,4	33,3	11,9	16,3
% colonne	14	16	1	2	5	5	3	1	44	91	24	37
% rangée	3,1	1,7	0,7	4,8	2,6	2,1	0,4	0,4	7,4	4,4	4,0	5,7
Douglas (n)	6,0	6,8	0,4	0,9	2,1	2,1	2,0	2,7	18,7	38,7	10,2	15,7
% colonne	13	19	2	2	2	2	3	4	25	47	16	17
% rangée	2,8	2,0	1,5	0,9	1,0	1,4	2,0	3,6	4,2	2,3	2,6	2,6
HRDP (n)	8,8	12,8	1,4	0,9	1,4	1,4	2,0	2,7	16,9	31,8	10,8	11,5
% colonne	4	3	1	2	1	1	1	5	10	13	14	20
% rangée	0,9	0,3	0,7	4,8	0,5	0,5	0,4	5,0	1,7	0,6	2,3	3,1
PINEL (n)	5,6	4,2	1,4	0,9	1,4	1,4	2,0	7,0	14,1	18,3	19,7	28,2
% colonne	17	12	1	1	1	1	1	1	54	168	21	11
% rangée	3,7	1,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	9,1	8,2	3,5	1,7
CHSGS (n)	6,0	4,2	0,9	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	19,0	59,2	7,4	3,9
% colonne	20	14	3	1	1	3	1	1	126	198	39	29
% rangée	4,4	1,5	2,2	2,4	50,0	1,6	1,4	4,5	21,2	9,6	6,4	4,5
Fleury (n)	4,6	3,2	0,7	0,2	0,2	0,7	0,2	6,7	29,0	45,5	9,0	6,7
% colonne	2	2	2	2	1	1	1	3	12	8	1	3
% rangée	0,4	0,2	0,7	0,2	0,2	0,7	0,2	0,2	2,0	0,4	0,2	0,5
Général Juiif (n)	7,1	7,1	1,4	0,2	0,2	0,7	0,2	6,1	42,9	28,6	3,6	10,7
% colonne	3	3	1	1	1	1	1	1	12	14	1	2
% rangée	0,7	0,7	1,4	0,2	50,0	1,6	1,4	4,5	2,0	0,7	0,2	0,3
	9,1	9,1	3,0	0,2	0,2	0,7	0,2	6,1	36,4	42,4	3,0	6,1

Ressources	Intégré				Réadaptation				Intensif			
	Autonome	Supervisé	Soins de base	Soins infirmiers	Autonome	Supervisé	Soins de base	Soins infirmiers	Autonome	Supervisé	Soins de base	Soins infirmiers
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Jean-Talon (n)												
% colonne	2	3							9	9	3	1
% rangée	0,4 7,4	0,3 11,1							1,5 33,3	0,4 33,3	0,5 11,1	0,2 3,7
Lakeshore (n)												
% colonne	3								11	10	3	3
% rangée	0,7 10,0								1,9 36,7	0,5 33,3	0,5 10,0	0,5 10,0
Maisonnette (n)												
% colonne			1						17	24	6	
% rangée			0,7 2,1						2,9 35,4	1,2 50,0	1,0 12,5	
Hôp. général (n)												
Mtl % colonne	3	1		1	1				12	12	4	4
% rangée	0,7 7,9	0,1 2,6		2,4 2,6	0,5 2,6				2,0 31,6	0,6 31,6	0,7 10,5	0,6 10,5
Notre-Dame (n)												
% colonne		1							8	25	3	4
% rangée		0,1 2,4							1,3 19,5	1,2 61,0	0,5 7,3	0,6 9,8
Royal Victoria(n)												
% colonne									14	18	5	4
% rangée									2,4 34,1	0,9 43,9	0,8 12,2	0,6 9,8
Sacré-Coeur (n)												
% colonne	5	5	2		1				20	39	6	5
% rangée	1,1 6,0	0,5 6,0	1,5 2,4		50,0 1,2				3,4 24,1	1,9 47,0	1,0 7,2	0,8 6,0
St-Luc (n)												
% colonne	2	2			2				7	19	5	1
% rangée	0,4 5,3	0,2 5,3			1,0 5,3				1,2 18,4	0,9 50,0	0,8 13,2	0,2 2,6
St. Mary (n)												
% colonne									4	20	2	2
% rangée									0,7 14,3	1,0 71,4	0,3 7,1	0,3 7,1
PAVILLONS (n)												
% colonne	29	185	30	9	44	10		7	16	251	62	29
% rangée	6,3 4,3	19,7 27,5	22,1 4,5	21,4 1,3	22,9 6,5	13,5 1,5		6,4 1,0	2,7 2,4	12,2 37,4	10,2 9,2	4,5 4,3
RTF (n)												
% colonne	120	435	45	15	85	30		25	90	635	200	135
% rangée	26,1 6,6	46,2 24,0	33,1 2,5	35,7 0,8	44,3 4,7	40,5 1,7		22,7 1,4	15,2 5,0	30,9 35,0	33,0 11,0	20,7 7,4
RI (n)												
% colonne	202	119	8	1	8	5		1	183	219	27	7
% rangée	44,0 25,9	12,6 15,3	5,9 1,0	2,4 0,1	4,2 1,0	6,8 0,6		0,9 0,1	30,9 23,5	10,7 28,1	4,5 3,5	1,1 0,9

Diagnostic

Ressources	Trouble santé mentale	Déficience intellectuelle	Trouble envah. développement	Trouble de personnalité	Trouble relié à substance	Aucune de ces catégories	Diagnostic non disponible	Total
RÉGION (n) % rangée	4735 80,5	435 7,4	206 3,5	201 3,4	64 1,1	38 0,6	203 3,5	5882
CHSP-LD (n) % colonne % rangée	1006 21,2 70,7	206 47,4 14,5	142 68,9 10,0	50 24,9 3,5	16 25,0 1,1	2 5,3 0,1		1422
L.H. Lafontaine (n) % colonne % rangée	554 11,7 83,9	48 11,0 7,3	8 3,9 1,2	39 19,4 5,9	10 15,6 1,5	1 2,6 0,2		660
Douglas (n) % colonne % rangée	264 5,6 82,5	43 9,9 13,4	5 2,4 1,6	2 1,0 0,6	6 9,4 1,8			320
HRDP (n) % colonne % rangée	188 4,0 42,5	115 26,4 26,0	129 62,6 29,2	9 4,5 2		1 2,6 0,2		442
CHSP-CD (n) % colonne % rangée	383 8,1 84,4	23 5,3 5,1	22 10,7 4,8	12 6,0 2,6	4 6,3 0,9	10 26,3 2,2		454
L.H. Lafontaine (n) % colonne % rangée	211 4,5 89,8	7 1,6 3,0		10 5,0 4,3	3 4,7 1,3	4 10,5 1,7		235
Douglas (n) % colonne % rangée	134 2,8 90,5	7 1,6 4,7	1 0,5 0,7	2 1,0 1,4	1 1,6 0,7	3 7,9 2,0		148
HRDP (n) % colonne % rangée	38 0,8 53,5	9 2,1 12,7	21 10,2 29,6			3 7,9 4,2		71
PINEL (n) % colonne % rangée	238 5,0 83,8	8 1,8 2,8	4 1,9 1,4	24 11,9 8,5	3 4,7 1,1	1 2,6 0,4	6 3,0 2,1	284
CHSGS (n) % colonne % rangée	404 8,5 92,0	5 1,1 1,1	4 1,9 0,9	15 7,5 3,4	9 14,1 2,1	1 2,6 0,2	1 0,5 0,2	439
Fleury (n) % colonne % rangée	25 0,5 89,3		1 0,5 3,6		1 1,6 3,6	1 2,6 3,6		28
Général Juif (n) % colonne % rangée	32 0,7 97,0				1 1,6 3,0			33

Resources	Trouble santé mentale	Déficience intellectuelle	Trouble envah. développement	Trouble de personnalité	Trouble relié à substance	Aucune de ces catégories	Diagnostic non disponible	Total
Jean-Talon (n) % colonne % rangée	24 0,5 88,9			3 1,5 11,1				27
Lakeshore (n) % colonne % rangée	30 0,6 96,8		1 0,5 3,2					31
Maisonnette-Ros. (n) % colonne % rangée	40 0,8 83,3			7 3,5 14,6	1 1,6 2,1			48
Hôp. général Mtl (n) % colonne % rangée	33 0,7 86,8			2 1,0 5,3	3 4,7 7,9			38
Notre-Dame (n) % colonne % rangée	41 0,9 97,6			1 0,5 2,4				42
Royal Victoria (n) % colonne % rangée	42 0,9 97,7			1 0,5 2,3				43
Sacré-Cœur (n) % colonne % rangée	75 1,6 90,4	3 0,7 3,6	2 1,0 2,4		2 3,1 2,4		1 0,5 1,2	83
St-Luc (n) % colonne % rangée	34 0,7 89,5	2 0,5 5,3		1 0,5 2,6	1 1,6 2,6			38
St. Mary (n) % colonne % rangée	28 0,6 100,0							28
PAVILLONS (n) % colonne % rangée	578 12,2 85,9	55 12,6 8,2	8 3,9 1,2	15 7,5 2,2	12 18,8 1,8	4 10,5 0,6	1 0,5 0,1	673
RTF (n) % colonne % rangée	1540 32,5 84,4	120 27,6 6,6	15 7,3 0,8	40 19,9 2,2	20 31,3 1,1	15 39,5 0,8	75 36,9 4,1	1825
RI (n) % colonne % rangée	586 12,4 74,6	18 4,1 2,3	11 5,3 1,4	45 22,4 5,7		5 13,2 0,6	120 59,1 15,3	785

Autonomie fonctionnelle

Ressources	Personnelle (% moyen $\pm$ é.-t.)	Communautaire (% moyen $\pm$ é.-t.)	Sociale (% moyen $\pm$ é.-t.)	Fonctionnelle (% moyen $\pm$ é.-t.)
RÉGION	50 $\pm$ 30	49 $\pm$ 33	43 $\pm$ 23	48 $\pm$ 28
CHSP-LD	29 $\pm$ 26	29 $\pm$ 31	33 $\pm$ 22	30 $\pm$ 26
L.H. Lafontaine	38 $\pm$ 26	38 $\pm$ 32	39 $\pm$ 23	38 $\pm$ 25
Douglas	34 $\pm$ 30	36 $\pm$ 34	33 $\pm$ 22	35 $\pm$ 28
HRDP	13 $\pm$ 15	10 $\pm$ 16	25 $\pm$ 18	15 $\pm$ 15
CHSP-CD	54 $\pm$ 33	52 $\pm$ 36	47 $\pm$ 26	52 $\pm$ 31
L.H. Lafontaine	58 $\pm$ 31	56 $\pm$ 34	48 $\pm$ 24	55 $\pm$ 28
Douglas	56 $\pm$ 33	54 $\pm$ 36	49 $\pm$ 26	54 $\pm$ 31
HRDP	38 $\pm$ 36	33 $\pm$ 38	36 $\pm$ 31	36 $\pm$ 35
PINEL	68 $\pm$ 25	68 $\pm$ 31	50 $\pm$ 23	64 $\pm$ 24
CHSGS	63 $\pm$ 29	62 $\pm$ 32	51 $\pm$ 25	60 $\pm$ 27
Fleury	69 $\pm$ 29	66 $\pm$ 33	58 $\pm$ 21	65 $\pm$ 27
Général Juif	66 $\pm$ 28	61 $\pm$ 36	48 $\pm$ 26	60 $\pm$ 28
Jean-Talon	72 $\pm$ 31	70 $\pm$ 31	48 $\pm$ 19	66 $\pm$ 27
Lakeshore	70 $\pm$ 29	70 $\pm$ 32	56 $\pm$ 23	67 $\pm$ 27
Maisonnette-Ros.	69 $\pm$ 24	68 $\pm$ 24	65 $\pm$ 24	67 $\pm$ 22
Hôp. général Mtl	62 $\pm$ 31	56 $\pm$ 29	43 $\pm$ 21	55 $\pm$ 25
Notre-Dame	62 $\pm$ 27	61 $\pm$ 27	46 $\pm$ 24	58 $\pm$ 24
Royal Victoria	54 $\pm$ 28	55 $\pm$ 32	48 $\pm$ 30	53 $\pm$ 28
Sacré-Cœur	60 $\pm$ 30	59 $\pm$ 36	48 $\pm$ 24	57 $\pm$ 29
St-Luc	51 $\pm$ 30	53 $\pm$ 33	44 $\pm$ 25	50 $\pm$ 28
St. Mary	67 $\pm$ 26	69 $\pm$ 30	60 $\pm$ 21	66 $\pm$ 23
PAVILLONS	39 $\pm$ 19	40 $\pm$ 25	41 $\pm$ 19	40 $\pm$ 19
RTF	49 $\pm$ 24	48 $\pm$ 28	39 $\pm$ 20	46 $\pm$ 22
RI	81 $\pm$ 21	80 $\pm$ 22	64 $\pm$ 18	77 $\pm$ 18

Annex 15

Prévalence des comportements dangereux

Ressources	Aucun	Envers lui-même	Envers les autres	Envers les objets	A été violent dangereux	Autres	n
RÉGION							
(n)	3683	682	585	157	497	278	5882
% rangée	62,6	11,5	10,0	2,7	8,4	4,7	
CHSP-LD							
(n)	597	223	253	51	188	110	1422
% colonne	16,2	32,7	43,2	32,5	37,8	39,6	
% rangée	42,0	15,7	17,8	3,6	13,2	7,7	
L.H. Lafontaine							
(n)	332	64	118	19	92	35	66
% colonne	9,0	9,4	20,2	12,1	18,5	12,6	
% rangée	50,3	9,7	17,9	2,9	13,9	5,3	
Douglas							
(n)	134	31	64	10	44	37	320
% colonne	3,6	4,5	10,9	6,4	8,9	13,3	
% rangée	41,9	9,7	20,0	3,1	13,8	11,6	
HRDP							
(n)	131	128	71	22	52	38	442
% colonne	3,6	18,8	12,1	14,0	10,5	13,7	
% rangée	29,6	29,0	16,1	5,0	11,8	8,6	
CHSP-CD							
(n)	184	88	71	19	61	31	454
% colonne	5,0	12,9	12,1	12,1	12,3	11,2	
% rangée	40,5	19,4	15,6	4,2	13,4	6,8	
L.H. Lafontaine							
(n)	103	47	29	11	34	11	235
% colonne	2,8	6,9	5,0	7,0	6,8	4,0	
% rangée	43,8	20,0	12,3	4,7	14,5	4,7	
Douglas							
(n)	68	20	20	7	16	17	148
% colonne	1,8	2,9	3,4	4,5	3,2	6,1	
% rangée	45,9	13,5	13,5	4,7	10,8	11,5	
HRDP							
(n)	13	21	22	1	11	3	71
% colonne	0,4	3,1	3,8	0,6	2,2	1,1	
% rangée	18,3	29,6	31,0	1,4	15,5	4,2	
PINEL							
(n)	43	43	69	10	104	15	284
% colonne	1,2	6,3	11,8	6,4	20,9	5,4	
% rangée	15,1	15,1	24,3	3,5	36,6	5,3	
CHSGS							
(n)	171	94	50	16	54	54	439
% colonne	4,6	13,8	8,5	10,2	10,9	19,4	
% rangée	39,0	21,4	11,4	3,6	12,3	12,3	
Fleury							
(n)	11	5	6		2	4	28
% colonne	0,3	0,7	1,0		0,4	1,4	
% rangée	39,3	17,9	21,4		7,1	14,3	
Général Juif							
(n)	11	6	5	2	2	7	33
% colonne	0,3	0,9	0,9	1,3	0,4	2,5	
% rangée	33,3	18,2	15,2	6,1	6,1	21,2	

Ressources	Aucun	Envers lui-même	Envers les autres	Envers les objets	A été violent dangereux	Autres	n
Jean-Talon							
(n)	7	9	1	1	4	5	27
% colonne	0,2	1,3	0,2	0,6	0,8	1,8	
% rangée	25,9	33,3	3,7	3,7	14,8	18,5	
Lakeshore							
(n)	12	6	3		7	3	31
% colonne	0,3	0,9	0,5		1,4	1,1	
% rangée	38,7	19,4	9,7		22,6	9,7	
Maisonnette-Ros.							
(n)	6	14	1	2	13	12	48
% colonne	0,2	2,1	0,2	1,3	2,6	4,3	
% rangée	12,5	29,2	2,1	4,2	27,1	25,0	
Hôp. général Mtl							
(n)	23	10	2	2	1		38
% colonne	0,6	1,5	0,3	1,3	0,2		
% rangée	60,5	26,3	5,3	5,3	2,6		
Notre-Dame							
(n)	17	7	4	3	8	3	42
% colonne	0,5	1,0	0,7	1,9	1,6	1,1	
% rangée	40,5	16,7	9,5	7,1	19,0	7,1	
Royal Victoria							
(n)	9	12	11	3	2	6	43
% colonne	0,2	1,8	1,9	1,9	0,4	2,2	
% rangée	20,9	27,9	25,6	7,0	4,7	14,0	
Sacré-Cœur							
(n)	41	16	10	3	5	8	83
% colonne	1,1	2,3	1,7	1,9	1,0	2,9	
% rangée	49,4	19,3	12,0	3,6	6,0	9,6	
St-Luc							
(n)	12	7	5		10	4	38
% colonne	0,3	1,0	0,9		2,0	1,4	
% rangée	31,6	18,4	13,2		26,3	10,5	
St. Mary							
(n)	22	2	2			2	28
% colonne	0,6	0,3	0,3			0,7	
% rangée	78,6	7,1	7,1			7,1	
PAVILLONS							
(n)	570	32	26	6	26	13	673
% colonne	15,5	4,7	4,4	3,8	5,2	4,7	
% rangée	84,7	4,8	3,9	0,9	3,9	1,9	
RTF							
(n)	1520	120	85	35	25	40	1825
% colonne	41,3	17,6	14,5	22,3	5,0	14,4	
% rangée	83,3	6,6	4,7	1,9	1,4	2,2	
RI							
(n)	598	82	31	20	39	15	785
% colonne	16,2	12,0	5,3	12,7	7,8	5,4	
% rangée	76,2	10,4	3,9	2,5	5,0	1,9	

Programmes destinés à la personne

Ressources	Aucun besoin			Un besoin			Deux besoins			Type d'intégration			
										Scolaire	Maintien au travail	Sociale	Autres
RÉGION	(n)	1162	1171	3545						406	1568	5782	499
	% rangée	19,8	19,9	60,3						4,9	19,0	70,0	6,0
CHSP-LD	(n)	541	287	609						67	466	846	121
	% colonne	46,6	24,5	17,2						16,5	29,7	14,6	24,2
	% rangée	37,6	20,0	42,4						4,5	31,1	56,4	8,1
L.H. Lafontaine	(n)	146	153	361						20	256	521	76
	% colonne	12,6	13,1	10,2						4,9	16,3	9,0	15,2
	% rangée	22,1	23,2	54,7						2,3	29,3	59,7	8,7
Douglas	(n)	173	27	135						38	55	192	12
	% colonne	14,9	2,3	3,8						9,4	3,5	3,3	2,4
	% rangée	51,6	8,1	40,3						12,8	18,5	64,6	4,0
HRDP	(n)	222	107	113						9	155	133	33
	% colonne	19,1	9,1	3,2						2,2	9,9	2,3	6,6
	% rangée	50,2	24,2	25,6						2,7	47,0	40,3	10,0
CHSP-CD	(n)	122	75	243						71	111	338	41
	% colonne	10,5	6,4	6,9						17,5	7,1	5,8	8,2
	% rangée	27,7	17,0	55,2						12,7	19,8	60,2	7,3
L.H. Lafontaine	(n)	94	41	100						12	45	172	12
	% colonne	8,1	3,5	2,8						3,0	2,9	3,0	2,4
	% rangée	40,0	17,4	42,6						5,0	18,7	71,4	5,0
Douglas	(n)	22	10	102						19	50	133	12
	% colonne	1,9	0,9	2,9						4,7	3,2	2,3	2,4
	% rangée	16,4	7,5	76,1						8,9	23,4	62,1	5,6
HRDP	(n)	6	24	41						40	16	33	17
	% colonne	0,5	2,0	1,2						9,9	1,0	0,6	3,4
	% rangée	8,5	33,8	57,7						37,7	15,1	31,1	16,0
PINEL	(n)	27	53	204						19	91	230	121
	% colonne	2,3	4,5	5,8						4,7	5,8	4,0	24,2
	% rangée	9,5	18,7	71,8						4,1	19,7	49,9	26,2
CHSGS	(n)	84	73	282						38	90	464	45
	% colonne	7,2	6,2	8,0						9,4	5,7	8,0	9,0
	% rangée	19,1	16,6	64,2						6,0	14,1	72,8	7,1
Fleury	(n)	11	12	5						0	7	14	1
	% colonne	0,9	1,0	0,1						0,0	0,4	0,2	0,2
	% rangée	39,3	42,9	17,9						0,0	31,8	63,6	4,5
Général Juif	(n)	13	8	12						8	7	14	3
	% colonne	1,1	0,7	0,3						2,0	0,4	0,2	0,6
	% rangée	39,4	24,2	36,4						25,0	21,9	43,8	9,4

Ressources	Aucun besoin			Un besoin			Deux besoins			Type d'intégration			
	Aucun besoin			Un besoin			Deux besoins			Scolaire	Maintien au travail	Sociale	Autres
Jean-Talon (n) % colonne % rangée	2 0,2 7,4	4 0,3 14,8	21 0,6 77,8							7 1,7 15,2	3 0,2 6,5	34 0,6 73,9	2 0,4 4,3
Lakeshore (n) % colonne % rangée	2 0,2 6,5	1 0,1 3,2	28 0,8 90,3							2 0,5 3,5	11 0,7 19,3	36 0,6 63,2	8 1,6 14,0
Maisonnette-Ros. (n) % colonne % rangée	0 0,0 0,0	1 0,1 2,1	47 1,3 97,9							0 0,0 0,0	9 0,6 9,5	84 1,5 88,4	2 0,4 2,1
Hôp. général Mtl (n) % colonne % rangée	9 0,8 23,7	6 0,5 15,8	23 0,6 60,5							1 0,2 1,9	8 0,5 15,4	38 0,7 73,1	5 1,0 9,6
Notre-Dame (n) % colonne % rangée	2 0,2 4,8	5 0,4 11,9	35 1,0 83,3							6 1,5 8,0	15 1,0 20,0	49 0,8 65,3	5 1,0 6,7
Royal Victoria (n) % colonne % rangée	13 1,1 30,2	6 0,5 14,0	24 0,7 55,8							3 0,7 5,6	10 0,6 18,5	38 0,7 70,4	3 0,6 5,6
Sacré-Cœur (n) % colonne % rangée	30 2,6 36,1	19 1,6 22,9	34 1,0 41,0							7 1,7 8,0	6 0,4 6,9	67 1,2 77,0	7 1,4 8,0
St-Luc (n) % colonne % rangée	0 0,0 0,0	5 0,4 13,2	33 0,9 86,8							1 0,2 1,4	3 0,2 4,2	59 1,0 83,1	8 1,6 11,3
St. Mary (n) % colonne % rangée	2 0,2 7,1	6 0,5 21,4	20 0,6 71,4							3 0,7 6,5	11 0,7 23,9	31 0,5 67,4	1 0,2 2,2
PAVILLONS (n) % colonne % rangée	181 15,6 26,9	216 18,4 32,1	276 7,8 41,0							40 9,9 5,2	121 7,7 15,8	556 9,6 72,5	50 10,0 6,5
RTF (n) % colonne % rangée	32 2,8 4,0	102 8,7 12,8	661 18,6 83,1							50 12,3 1,7	430 27,4 14,8	2345 40,6 80,7	80 16,0 2,8
RI (n) % colonne % rangée	175 15,1 9,7	365 31,2 20,2	1270 35,8 70,2							121 29,8 8,5	259 16,5 18,2	1003 17,3 70,4	41 8,2 2,9

Besoins en services résidentiels à court-terme

Resources	Résidence autonome	Ri	RTF	Pavillon	C.A.R.	C.A.H.	Médico-légales	CH-CD+	CH-LD+	Autres	Aucun*	
RÉGION	(n) % rangée	389 6,6	884 15,0	1899 32,3	771 13,1	82 1,4	116 2,0	62 1,1	326 5,5	945 16,1	143 2,4	265 4,5
CHSP-LD	(n) % colonne % rangée	15 3,9 1,1	115 13,0 8,1	58 3,1 4,1	114 14,8 8,0	67 81,7 4,7	66 56,9 4,6	4 6,5 0,3	5 1,5 0,4	833 88,1 58,6	18 12,6 1,3	127 47,9 8,9
L.H. Lafontaine	(n) % colonne % rangée	79 8,9 12,0	24 1,3 3,6	75 9,7 11,4	33 40,2 5,0	14 12,1 2,1	3 4,8 0,5			403 42,6 61,1	12 8,4 1,8	17 6,4 2,6
Douglas	(n) % colonne % rangée	15 3,9 4,7	25 2,8 7,8	20 1,1 6,3	16 2,1 5,0	7 8,5 2,2	31 26,7 9,7	1 1,6 0,3	3 0,9 0,9	118 12,5 36,9	5 3,5 1,6	79 29,8 24,7
HRDP	(n) % colonne % rangée	11 1,2 2,5	14 0,7 3,2	23 3,0 5,2	27 32,9 6,1	21 18,1 4,8	2 3,2 0,4	2 0,6 0,5	2 0,6 0,5	312 33,0 70,6	1 0,7 0,2	31 11,7 7,0
CHSP-CD	(n) % colonne % rangée	95 24,4 20,9	70 7,9 15,4	31 1,6 6,8	19 2,5 4,2	10 12,2 2,2	16 13,8 3,5	2 3,2 0,4	107 32,8 23,6	77 8,1 17,0	11 7,7 2,4	16 6,0 3,5
L.H. Lafontaine	(n) % colonne % rangée	54 13,9 23,0	36 4,1 15,3	14 0,7 6,0	18 2,3 7,7	5 6,1 2,1	13 11,2 5,5	1 1,6 0,4	51 15,6 21,7	37 3,9 15,7	2 1,4 0,9	4 1,5 1,7
Douglas	(n) % colonne % rangée	35 9,0 23,6	24 2,7 16,2	15 0,8 10,1	1 0,1 0,7	4 4,9 2,7	3 2,6 2,0	1 1,6 0,7	46 14,1 31,1	6 0,6 4,1	2 1,4 1,4	11 4,2 7,4
HRDP	(n) % colonne % rangée	6 1,5 8,5	10 1,1 14,1	2 0,1 2,8	1 0,1 3,6	1 1,4 1,2			10 3,1 14,1	34 3,6 47,9	7 4,9 9,9	1 0,4 1,4
PINEL	(n) % colonne % rangée	13 3,3 4,6	32 3,6 11,3	4 0,2 1,4	2 0,3 0,7	2 2,4 0,7	1 0,9 0,4	45 72,6 15,8	144 44,2 50,7	8 0,8 2,8	31 21,7 10,9	2 0,8 0,7
CHSGS	(n) % colonne % rangée	118 30,3 26,9	74 8,4 16,9	52 2,7 11,8	22 2,9 5,0	3 3,7 0,7	20 17,2 4,6	10 16,1 2,3	60 18,4 13,7	27 2,9 6,2	25 17,5 5,7	28 10,6 6,4
Fleury	(n) % colonne % rangée	12 3,1 42,9	2 0,2 7,1	9 0,5 32,1	1 0,1 3,6					2 0,2 7,1	2 1,4 7,1	
Général Jullif	(n) % colonne % rangée	11 2,8 33,3	9 1,0 27,3	3 0,2 9,1				1 1,6 3,0	1 0,3 3,0	2 0,2 6,1	1 0,7 3,0	5 1,9 15,2

Resources	Résidence autonome	RI	RTF	Pavillon	C.A.R. ¹	C.A.H. ²	Médico-légale ³	CH-CD ⁴	CH-LD ⁵	Autres	Aucun ⁶
Jean-Talon	(n)										
% colonie	11	3	2			1	1	2	4	3	
% rangée	2,8	0,3	0,1			0,9	1,6	0,6	0,4	2,1	
	40,7	11,1	7,4			3,7	3,7	7,4	14,8	11,1	
Lakeshore	(n)										
% colonie	12	5	2	1		1		1	2	7	
% rangée	3,1	0,6	0,1	0,1		0,9		0,3	0,2	4,9	
	38,7	16,1	6,5	3,2		3,2		3,2	6,5	22,6	
Maisonnette-Ros.	(n)										
% colonie	26	6	3	4	1	2			4	2	
% rangée	6,7	0,7	0,2	0,5	1,2	1,7			0,4	1,4	
	54,2	12,5	6,3	8,3	2,1	4,2			8,3	4,2	
Hôp. général Mtl	(n)										
% colonie	4	9			1	3		13	3		5
% rangée	1,0	1,0			1,2	2,6		4,0	0,3		1,9
	10,5	23,7			2,6	7,9		34,2	7,9		13,2
Notre-Dame	(n)										
% colonie	5	9	11	5		3		1		2	6
% rangée	1,3	1,0		0,6		2,6		0,3		1,4	2,3
	11,9	21,4	26,2	11,9		7,1		2,4		4,8	14,3
Royal Victoria	(n)										
% colonie	7	7		2				24	2	1	
% rangée	1,8	0,8		0,3				7,4	0,2	0,7	
	16,3	16,3		4,7				55,8	4,7	2,3	
Sacré-Cœur	(n)										
% colonie	16	12	15	5	1	7	2	8	2	3	12
% rangée	4,1	1,4	0,8	0,6	1,2	6,0	3,2	2,5	0,2	2,1	4,5
	19,3	14,5	18,1	6,0	1,2	8,4	2,4	9,6	2,4	3,6	14,5
St-Luc	(n)										
% colonie	5	5	5	4		2		9	5	3	
% rangée	1,3	0,6	0,3	0,5		1,7		2,8	0,5	2,1	
	13,2	13,2	13,2	10,5		5,3		23,7	13,2	7,9	
St. Mary	(n)										
% colonie	9	7	2			1	6	1	1	1	
% rangée	2,3	0,8	0,1			0,9	9,7	0,3	0,1	0,7	
	32,1	25,0	7,1			3,6	21,4	3,6	3,6	3,6	
PAVILLONS	(n)										
% colonie	1	17	6	603		3	1				42
% rangée	0,3	1,9	0,3	78,2		2,6	1,6				15,8
	0,1	2,5	0,9	89,6		0,4	0,1				6,2
RTF	(n)										
% colonie	5	15	1725	10		10		5		30	25
% rangée	1,3	1,7	90,8	1,3		8,6		1,5		21,0	9,4
	0,3	0,8	94,5	0,5		0,5		0,3		1,6	1,4
RI	(n)										
% colonie	142	561	23	1				5		28	25
% rangée	36,5	63,5	1,2	0,1				1,5		19,6	9,4
	18,1	71,5	2,9	0,1				0,6		3,6	3,2

1 C.A.R. Centre d'accueil de réadaptation. Milieu de vie transitoire entre l'hôpital et la communauté, pour des personnes requérant des services de réadaptation à la communauté.

2 C.A.H. Centre d'accueil d'hébergement. Même type de résidence que la précédente mais axée davantage sur l'hébergement.

3 Unité médico-légale. Service d'évaluation et de traitement hospitalier pour les personnes présentant à la fois une problématique légale et psychiatrique.

4 CH-CD Centre hospitalier de court et de moyen séjour.

5 CH-LD Centre hospitalier de soins de longue durée.

6 Catégorie «Aucun» Signifie, selon nous, le maintien dans le même type de ressource (voir texte pour explications).

Obstacles pour obtenir à court terme des services résidentiels

Ressources		Aucune		Condition personnelle		Refus		Disponibilité		Administration		Autres		n
	(n) % rangée													
RÉGION		3746 63,7	1491 25,3			251 4,3		259 4,4		108 1,8		27 0,5		5882
CHSP-LD														
(n)		477	670			78		124		66		7		1422
% colonne		12,7	44,9			31,1		47,9		61,1		25,9		
% rangée		33,5	47,1			5,5		8,7		4,6		0,5		
L.H. Lafontaine														
(n)		261	260			52		42		44		1		660
% colonne		7,0	17,4			20,7		16,2		40,7		3,7		
% rangée		39,5	39,4			7,9		6,4		6,7		0,2		
Douglas														
(n)		117	110			20		49		18		6		320
% colonne		3,1	7,4			8,0		18,9		16,7		22,2		
% rangée		36,6	34,4			6,3		15,3		5,6		1,9		
HRDP														
(n)		99	300			6		33		4				442
% colonne		2,6	20,1			2,4		12,7		3,7				
% rangée		22,4	67,9			1,4		7,5		0,9				
CHSP-CD														
(n)		160	187			51		41		15				454
% colonne		4,3	12,5			20,3		15,8		13,9				
% rangée		35,2	41,2			11,2		9,0		3,3				
L.H. Lafontaine														
(n)		72	92			32		28		11				235
% colonne		1,9	6,2			12,7		10,8		10,2				
% rangée		30,6	39,1			13,6		11,9		4,7				
Douglas														
(n)		48	71			15		10		4				148
% colonne		1,3	4,8			6,0		3,9		3,7				
% rangée		32,4	48,0			10,1		6,8		2,7				
HRDP														
(n)		40	24			4		3						71
% colonne		1,1	1,6			1,6		1,2						
% rangée		56,3	33,8			5,6		4,2						
PINEL														
(n)		135	127			4		6		4		8		284
% colonne		3,6	8,5			1,6		2,3		3,7		29,6		
% rangée		47,5	44,7			1,4		2,1		1,4		2,8		
CHSGS														
(n)		195	115			49		65		9		6		439
% colonne		5,2	7,7			19,5		25,1		8,3		22,2		
% rangée		44,4	26,2			11,2		14,8		2,1		1,4		
Fleury														
(n)		10	8			2		7				1		28
% colonne		0,3	0,5			0,8		2,7				3,7		
% rangée		35,7	28,6			7,1		25,0				3,6		
Général Juif														
(n)		20	7			2		4						33
% colonne		0,5	0,5			0,8		1,5						
% rangée		60,6	21,2			6,1		12,1						

Ressources	Condition personnelle					n
	Aucune	Refus	Disponibilité	Administration	Autres	
Jean-Talon						
(n)	11	1	7	1	2	
% colonne	0,3	0,4	2,7	0,9	7,4	
% rangée	40,7	3,7	25,9	3,7	7,4	
Lakeshore						
(n)	12	6	2			
% colonne	0,3	2,4	0,8			
% rangée	38,7	19,4	6,5			
Maisonnette-Ros.						
(n)	17	9	5			
% colonne	0,5	3,6	1,9			
% rangée	35,4	18,8	10,4			
Hôp. général Mtl						
(n)	21	3	3	1		
% colonne	0,6	1,2	1,2	0,9		
% rangée	55,3	7,9	7,9	2,6		
Notre-Dame						
(n)	16	11	3	2	1	
% colonne	0,4	4,4	1,2	1,9	3,7	
% rangée	38,1	26,2	7,1	4,8	2,4	
Royal Victoria						
(n)	28	2	1			
% colonne	0,7	0,8	0,4			
% rangée	65,1	4,7	2,3			
Sacré-Cœur						
(n)	37	10	17	5	2	
% colonne	1,0	4,0	6,6	4,6	7,4	
% rangée	44,6	12,0	20,5	6,0	2,4	
St-Luc						
(n)	15	1	14			
% colonne	0,4	0,4	5,4			
% rangée	39,5	2,6	36,8			
St. Mary						
(n)	8	2	2			
% colonne	0,2	0,8	0,8			
% rangée	28,6	7,1	7,1			
PAVILLONS						
(n)	549	28	4	8	1	
% colonne	14,7	11,2	1,5	7,4	3,7	
% rangée	81,6	4,2	0,6	1,2	0,1	
RTF						
(n)	1690	30	5	5	5	
% colonne	45,1	12,0	1,9	4,6	18,5	
% rangée	92,6	1,6	0,3	0,3	0,3	
RI						
(n)	540	11	14	1		
% colonne	14,4	4,4	5,4	0,9		
% rangée	68,8	1,4	1,8	0,1		

Motivation de l'utilisateur

Ressources	(n)	Nombre	Faible	Moyenne	Bonne
RÉGION	% rangée	5797	1814 31,1	2233 38,5	1750 30,2
CHSP-LD	(n) % colonne % rangée	1403	727 40,1 51,8	461 20,6 32,9	215 12,3 15,3
L.H. Lafontaine	(n) % colonne % rangée	659	255 14,1 38,7	281 12,6 42,6	123 7,0 18,7
Douglas	(n) % colonne % rangée	305	163 9,0 53,4	92 4,1 30,2	50 2,9 16,4
HRDP	(n) % colonne % rangée	439	309 17,0 70,4	88 3,9 20,0	42 2,4 9,6
CHSP-CD	(n) % colonne % rangée	437	139 7,7 31,8	140 6,3 32,0	158 9,0 36,2
L.H. Lafontaine	(n) % colonne % rangée	229	54 3,0 23,6	89 4,0 38,9	86 4,9 37,6
Douglas	(n) % colonne % rangée	137	43 2,4 31,4	44 2,0 32,1	50 2,9 36,5
HRDP	(n) % colonne % rangée	71	42 2,3 59,2	7 0,3 9,9	22 1,3 31,0
PINEL	(n) % colonne % rangée	279	44 2,4 15,8	124 5,6 44,4	111 6,3 39,8
CHSGS	(n) % colonne % rangée	421	77 4,2 18,3	178 8,0 42,3	166 9,5 39,4
Fleury	(n) % colonne % rangée	28	2 0,1 7,1	10 0,4 35,7	16 0,9 57,1
Général juif	(n) % colonne % rangée	28	6 0,3 21,4	7 0,3 25,0	15 0,9 53,9

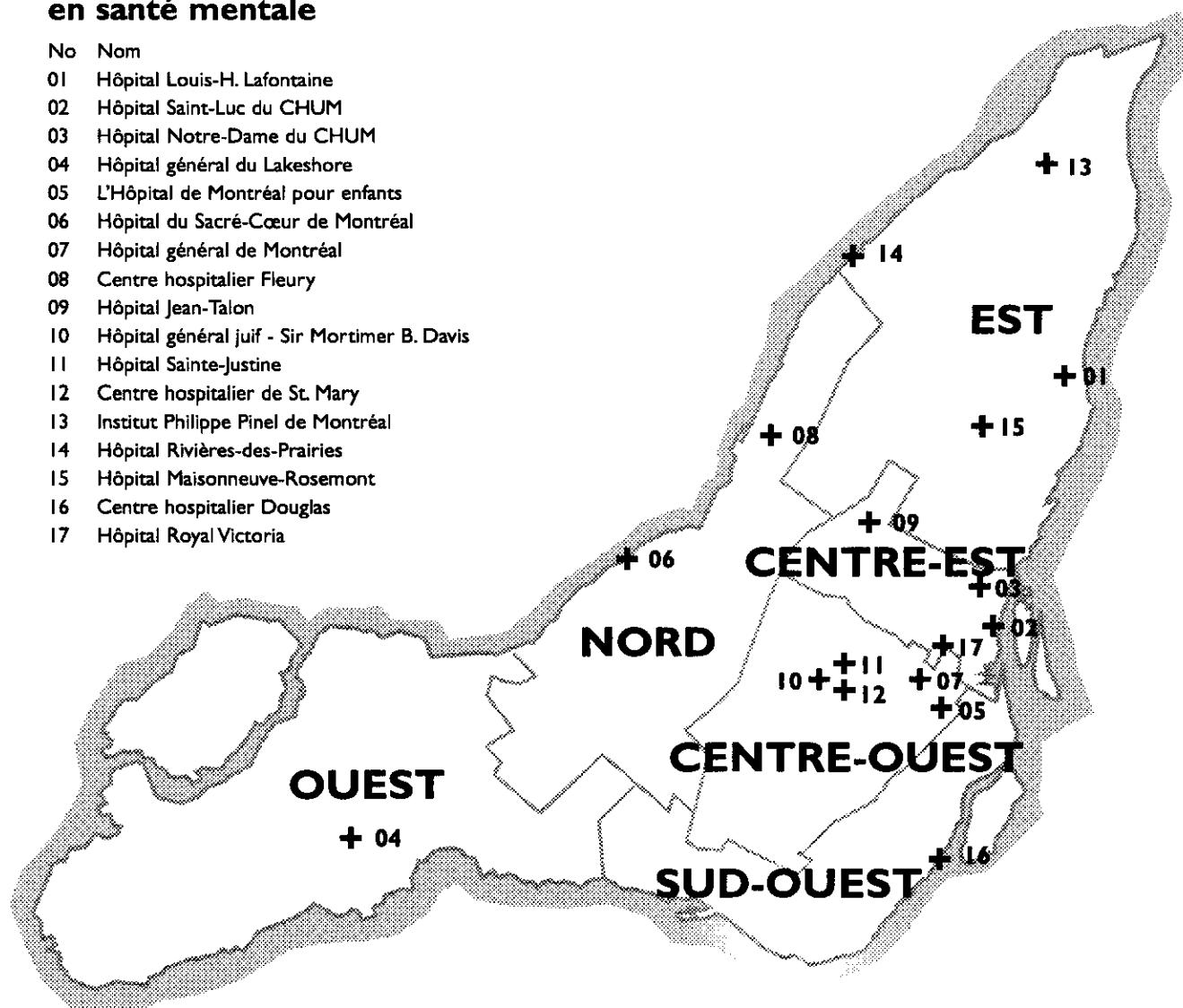
Ressources	Nombre	Faible	Moyenne	Bonne
Jean-Talon (n) % colonne % rangée	27	4 0,2 14,8	13 0,6 48,1	10 0,6 37,0
Lakeshore (n) % colonne % rangée	31	6 0,3 19,4	10 0,4 32,3	15 0,9 48,4
Maisonnette-Ros. (n) % colonne % rangée	48	3 0,2 6,3	23 1,0 47,9	22 1,3 45,8
Hôp. général Mtl (n) % colonne % rangée	36	10 0,6 27,8	19 0,9 52,8	7 0,4 19,4
Notre-Dame (n) % colonne % rangée	40	8 0,4 20,0	22 1,0 55,0	10 0,6 25,0
Royal Victoria (n) % colonne % rangée	37	7 0,4 18,9	17 0,8 45,9	13 0,7 35,1
Sacré-Cœur (n) % colonne % rangée	80	19 1,0 23,8	29 1,3 36,3	32 1,8 40,0
St-Luc (n) % colonne % rangée	38	8 0,4 21,1	19 0,9 50,0	11 0,6 28,9
St. Mary (n) % colonne % rangée	28	4 0,2 14,3	9 0,4 32,1	15 0,9 53,6
PAVILLONS (n) % colonne % rangée	671	186 10,3 27,7	321 14,4 47,8	164 9,4 24,4
RTF (n) % colonne % rangée	1805	620 34,2 34,3	785 35,2 43,5	400 22,9 22,2
RI (n) % colonne % rangée	781	21 1,2 2,7	224 10,0 28,7	536 30,6 68,6

Annexe 2

Les 6 sous-régions de Montréal-Centre en santé mentale

No Nom

- 01 Hôpital Louis-H. Lafontaine
- 02 Hôpital Saint-Luc du CHUM
- 03 Hôpital Notre-Dame du CHUM
- 04 Hôpital général du Lakeshore
- 05 L'Hôpital de Montréal pour enfants
- 06 Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- 07 Hôpital général de Montréal
- 08 Centre hospitalier Fleury
- 09 Hôpital Jean-Talon
- 10 Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis
- 11 Hôpital Sainte-Justine
- 12 Centre hospitalier de St. Mary
- 13 Institut Philippe Pinel de Montréal
- 14 Hôpital Rivières-des-Prairies
- 15 Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- 16 Centre hospitalier Douglas
- 17 Hôpital Royal Victoria



Annexe 3

Nombre de lits de psychiatrie et sous-régions des centres hospitaliers (1997)

La région de Montréal-Centre est subdivisée en six sous-régions aux fins de l'organisation des services hospitaliers (de courte durée). Pour un CH, la notion de sous-région réfère à sa localisation et au

milieu d'où provient généralement sa clientèle. Le CH est plus particulièrement (mais non exclusivement) responsable d'un secteur, lequel est une partie d'une sous-région. Les CH Pinel et Rivières-des-Prairies n'ont pas de sous-région. En effet, Pinel a un mandat national et Rivière-des-Prairies a un mandat pour les jeunes ainsi que pour les adultes qui y sont hospitalisés depuis leur jeunesse.

Centre hospitalier	Nombre de lits *		Sous-région
	CD	LD	
CHSP			
Louis-H. Lafontaine	214	695	Est
Douglas	180	419	Sud-Ouest et Ouest
Rivières-des-Prairies	82	417	
Pinel	295		
CHSGS			
Fleury	28		Nord
Général Juif	48		Centre-Ouest
Jean-Talon	30		Centre-Est
Lakeshore	32		Ouest
Maisonnette-Rosemont	48		Est
Général de Montréal	42		Centre-Ouest
Notre Dame	42		Centre-Est
Royal Victoria	46		Centre-Ouest
Sacré-Cœur	89		Nord
Saint-Luc	40		Centre-Est
St. Mary	29		Centre-Ouest

* Lits dressés déclarés par les CH au 31 mars 1997.

Annexe 4 - Questionnaire de l'étude

Identification

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT _____ (8) N° DE L'UNITÉ _____ (14) Nom de l'unité _____ (14)

TYPE DE RÉSIDENCE (ACTUELLEMENT) _____ (16) NUMÉRO DOSSIER _____ (24) SEXE ☐ F ☐ M (25) STATUT LÉGAL ☐ A ☐ B ☐ C (29) LANGUE _____ (29)

STATUT CIVIL _____ (30) DATE DE NAISSANCE _____ (36) AN MOIS JOUR DATE DE LA DERNIÈRE ADMISION _____ (42) AN MOIS JOUR CODE DU NOMBRE DE JOURS EN INSTITUTION _____ (43)

A. SANTÉ PHYSIQUE

1. Troubles actuels de la santé physique. (Cocher toutes les cases qui s'appliquent)

- | | |
|---|---|
| a. ☐ Maladie et trouble cardio-circulatoire | m. ☐ Vision limitée |
| b. ☐ Hypertension | n. ☐ Aveugle |
| c. ☐ Maladie du sang | o. ☐ Trouble de l'ouïe |
| d. ☐ Trouble sévère de l'appareil respiratoire | p. ☐ Trouble de la parole |
| e. ☐ Diabète | q. ☐ Fracture |
| f. ☐ Obésité | r. ☐ Trouble de l'appareil génito-urinaire |
| g. ☐ Arthrite | s. ☐ Maladie d'Huntington |
| h. ☐ Lésions de pression | t. ☐ Maladie d'Alzheimer |
| i. ☐ Trouble épileptique | u. ☐ Maladie de Parkinson |
| j. ☐ Troubles gastro-intestinaux | v. ☐ Dyskinésie tardive |
| k. ☐ Artériosclérose cérébrale | w. ☐ Cancer |
| l. ☐ Trouble dermatologique | x. ☐ Autre _____ |
| | y. ☐ Aucun des troubles physiques précédents |

(68)

2. La personne utilise présentement ou requiert. (Cocher toutes les cases qui s'appliquent)

- | | |
|--|--|
| a. ☐ Verres correctifs (lunettes) | d. ☐ Autre prothèse |
| b. ☐ Prothèse auditive | e. ☐ Aucune de ces réponses |
| c. ☐ Prothèse dentaire | |

(5)

3. Techniques requises par la personne durant les 7 derniers jours ou dans les 7 jours à venir. (Cocher toutes les cases qui s'appliquent)

- | | |
|---|---|
| a. ☐ Signes vitaux quotidiens | j. ☐ Succion |
| b. ☐ Injection d'insuline | k. ☐ Inhalothérapie/oxygène |
| c. ☐ Soins préventifs pour les lésions de pression | l. ☐ Perfusion/nourriture par solution intraveineuse |
| d. ☐ Soins pour lésions de pression | m. ☐ Alimentation par gavage |
| e. ☐ Soins suite à une colostomie/sonde | n. ☐ Alimentation |
| f. ☐ Pansement aseptique | o. ☐ Prise de sang/ examen de laboratoire |
| g. ☐ Physiothérapie | p. ☐ Autre _____ |
| h. ☐ Entraînement à la continence | q. ☐ Aucune des techniques précédentes |
| i. ☐ Irrigation de lésion | |

(22)

4. Activités de la vie quotidienne:

	Complètement autonome 1	Négligée ou besoin de rappel 2	Besoin de supervision 3	Besoin d'un peu d'aide physique 4	Besoin de beaucoup d'aide physique 5	Complètement dépendante 6
a. Bain/douche	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Habillement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Soins personnels	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Alimentation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e. Utilisation de la toilette	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(27)

5. Incontinence urinaire:

Jamais	Moins d'une fois par jour	Nuit seulement	1-3 fois par jour	Plus de 3 fois par jour	Utilise un cathéter
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐

(28)

6. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux l'habileté de la personne à marcher:

Complètement autonome	Chanceante	Marche avec une canne ou équivalent	Marche avec aide du personnel	Utilise une chaise roulante Autonome	Besoin d'être poussée	Confinée à une chaise avec ou sans ceinture abdominale	Confinée à son lit
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐

(29)

7. Incontinence des selles:

Jamais	Moins d'une fois par jour	Une fois par jour	Plus d'une fois par jour	Colostomie
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

(30)

B. SANTÉ MENTALE ET COMPORTEMENTS

8. Diagnostic: (À remplir par le médecin)

a. ☐☐☐ • ☐☐ (35) (principal) b. ☐☐☐ • ☐☐ (40) (secondaire) c. Classification: 1 ☐ DSM-III-R 2 ☐ CIM-9 (41)

Signature: _____

Nom et prénom en lettres moulées: _____

9. Cette personne a-t-elle au cours des 30 derniers jours: (Cocher tous les énoncés qui s'appliquent)

a. ☐ Reçu d'urgence une médication psychiatrique?	c. ☐ Fait l'objet d'une surveillance personnelle pour 30 minutes ou plus pour contrôler un comportement dangereux ou violent?
b. ☐ Été mise sous gilet, isolée, ou soumise à toute autre forme de contention physique pour contrôler un comportement dangereux?	d. ☐ Aucune des mesures précédentes

(45)

10. Cette personne a-t-elle au cours des 30 derniers jours: (Cocher tous les énoncés qui s'appliquent)

a. ☐ Tenté de se suicider	b. ☐ Posé des gestes d'auto-mutilation
c. ☐ Menacé de se suicider	i. ☐ Été surveillée pour état suicidaire
d. ☐ Fait un assaut physique sur quelqu'un	j. ☐ Fait un assaut sexuel sur quelqu'un
e. ☐ Tenté de tuer quelqu'un	k. ☐ Mis le feu
f. ☐ Brisé de l'ameublement ou des biens	l. ☐ Été violente ou dangereuse
g. ☐ Fait des abus d'alcool	m. ☐ Refusé de prendre sa médication
h. ☐ Fait des abus de drogues	n. ☐ Aucun de ces comportements

(59)

11. La personne a-t-elle déjà tenté de tuer une autre personne?

Oui 1	Non 2	Sais pas 3
☐	☐	☐

12. La personne a-t-elle déjà tenté de se suicider?

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

13. La personne est-elle confuse ou psychotique à un point tel qu'elle ne peut prendre soin d'elle-même?

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

(62)

14. La personne est-elle présentement dangereuse pour autrui?

Oui 1	Non 2
☐	☐

15. La personne est-elle présentement à risque suicidaire?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

(64)

16. Au cours des 3 derniers jours l'état mental et le comportement de la personne ont-ils été mieux ou pire qu'à l'habitude?

Bien mieux	Mieux	Le même	Pire	Bien pire
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

(65)

17. Comportement: évaluer pour chaque question, le comportement observé chez cette personne pendant les 3 derniers jours; indiquer la réponse en cochant la case appropriée pour chaque énoncé

	Jamais	Parfois	Souvent	Habituellement	Toujours		Jamais	Parfois	Souvent	Habituellement	Toujours
	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
a. Tenue négligée	☐	☐	☐	☐	☐	t. Se parle, marmonne	☐	☐	☐	☐	☐
b. Est impatiente	☐	☐	☐	☐	☐	u. Dit se sentir inutile, rejetée, sans espoir	☐	☐	☐	☐	☐
c. S'intéresse aux activités autour d'elle	☐	☐	☐	☐	☐	v. Glousse et rit sans raison apparente	☐	☐	☐	☐	☐
d. Se fâche ou est contrariée facilement	☐	☐	☐	☐	☐	w. Sort facilement des ses gonds	☐	☐	☐	☐	☐
e. Entend des choses qui n'existent pas	☐	☐	☐	☐	☐	x. Se garde propre	☐	☐	☐	☐	☐
f. Maintient ses vêtements propres	☐	☐	☐	☐	☐	y. Parle de se tuer, souhaite être morte	☐	☐	☐	☐	☐
g. Cherche à fraterniser avec les autres	☐	☐	☐	☐	☐	z. A des idées et des propos étranges	☐	☐	☐	☐	☐
h. Facilement bouleversée si quelque chose ne lui convient pas	☐	☐	☐	☐	☐	aa. Devient confuse	☐	☐	☐	☐	☐
i. Irritable et grognonne	☐	☐	☐	☐	☐	bb. Injurie les autres	☐	☐	☐	☐	☐
j. A de la difficulté à se souvenir	☐	☐	☐	☐	☐	cc. Présente des comportements ou des idées bizarres	☐	☐	☐	☐	☐
k. Rit et sourit à des blagues ou événements drôles	☐	☐	☐	☐	☐	dd. Perturbatrice	☐	☐	☐	☐	☐
l. Malpropre lorsqu'elle mange	☐	☐	☐	☐	☐	ee. Refuse de faire les choses simples que l'on attend d'elle	☐	☐	☐	☐	☐
m. S'approprié les choses qui ne lui appartiennent pas	☐	☐	☐	☐	☐	ff. Il faut lui rappeler quoi faire	☐	☐	☐	☐	☐
n. Engage la conversation avec les autres	☐	☐	☐	☐	☐	gg. Il faut lui dire de suivre les règlements de l'hôpital	☐	☐	☐	☐	☐
o. Dit se sentir déprimée	☐	☐	☐	☐	☐	hh. S'oriente sans aide	☐	☐	☐	☐	☐
p. Parle des choses qui l'intéressent	☐	☐	☐	☐	☐	ii. Connaît le nom du personnel et des autres bénéficiaires	☐	☐	☐	☐	☐
q. Voit des choses qui n'existent pas	☐	☐	☐	☐	☐	jj. Défèque ou urine de façon antisociale	☐	☐	☐	☐	☐
r. Dit qu'elle ne vaut rien	☐	☐	☐	☐	☐						
s. A de la difficulté à compléter des tâches simples par elle-même	☐	☐	☐	☐	☐						

(36)

C. POTENTIEL DE VIE COMMUNAUTAIRE

18. Dans quelle mesure les problèmes mentaux de cette personne interfèrent avec son habileté à participer aux activités de routine dans la communauté?

Pas du tout	Légèrement	Modérément	Sévèrement	Très sévèrement
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

(37)

	Définitivement oui 1	Probablement oui 2	Possiblement 3	Probablement non 4	Définitivement non 5
19. Est-ce que cette personne est prête actuellement pour un placement dans la communauté?	☐	☐	☐	☐	☐
20. Est-ce que cette personne résisterait à un placement dans la communauté?	☐	☐	☐	☐	☐
21. Si l'opportunité lui en était donnée, est-ce que cette personne:					
a. Prendrait sa médication de façon autonome?	☐	☐	☐	☐	☐
b. Respecterait ses rendez-vous à la clinique externe ou à d'autres services en santé mentale?	☐	☐	☐	☐	☐
c. Utiliserait l'argent correctement pour acheter ce dont-elle a besoin?	☐	☐	☐	☐	☐
d. Se maintiendrait dans un emploi régulier?	☐	☐	☐	☐	☐
e. S'acquitterait des tâches nécessaires à l'entretien d'un logement?	☐	☐	☐	☐	☐
f. Utiliserait les transports publics?	☐	☐	☐	☐	☐
g. Maintiendrait une alimentation équilibrée?	☐	☐	☐	☐	☐
h. Prendrait l'initiative ou rechercherait de l'assistance pour ses problèmes personnels?	☐	☐	☐	☐	☐
i. Abuserait de drogues?	☐	☐	☐	☐	☐
j. Abuserait d'alcool?	☐	☐	☐	☐	☐

(49)

22. Données supplémentaires (à utiliser pour le centre psychiatrique)

a.	b.	c.	d.	e.
f.	g.	h.	i.	j.

(69)

D. AUTONOMIE FONCTIONNELLE

I- AUTONOMIE PERSONNELLE

Je ne sais pas _____

Personne autonome _____

Besoin de motivation ou de surveillance _____

Besoin d'aide physique ou verbale _____

Personne dépendante _____

Cocher la case appropriée selon l'échelle suivante:

1. ALIMENTATION

- a. Se comporter de façon adéquate durant les repas
b. Contrôler ses habitudes alimentaires entre les repas
c. Préparer un repas
d. Maintenir une alimentation équilibrée

	0	1	2	3	8
a.	☐	☐	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐	☐	☐
d.	☐	☐	☐	☐	☐

2. HYGIÈNE PERSONNELLE

- a. Procéder aux soins d'hygiène corporelle
b. Utiliser adéquatement la toilette
c. Porter et garder ses vêtements propres
d. Porter une tenue appropriée aux saisons, circonstances, situations

a.	☐	☐	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐	☐	☐
d.	☐	☐	☐	☐	☐

3. ENTRETIEN DES VÊTEMENTS

- a. Laver le linge (à la main ou se servir d'une laveuse automatique)
b. Sécher le linge (sécheuse ou corde à linge)
c. Faire le repassage
d. Faire des réparations mineures à ses vêtements ou s'occuper de les faire réparer

a.	☐	☐	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐	☐	☐
d.	☐	☐	☐	☐	☐

4. ENTRETIEN DOMESTIQUE

- a. Faire son lit
b. Desservir et laver la vaisselle
c. Garder ses effets personnels relativement en ordre
d. Faire le ménage

a.	☐	☐	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐	☐	☐
d.	☐	☐	☐	☐	☐

5. SÉCURITÉ PERSONNELLE

- a. Manipuler adéquatement les produits ménagers, les appareils électriques
b. Demander clairement de l'aide à la personne appropriée en cas de difficulté ou de danger physique
c. Se déplacer seul et de façon sécuritaire hors de son milieu habituel
d. Éviter les situations dangereuses et conflictuelles

a.	☐	☐	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐	☐	☐
d.	☐	☐	☐	☐	☐

6. FINANCES ET BUDGET

- a. Utiliser les services bancaires
b. Administrer adéquatement ses revenus
c. Respecter son budget
d. Respecter ses obligations financières

a.	☐	☐	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐	☐	☐
d.	☐	☐	☐	☐	☐

7. SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE

- a. Connaître les effets des médicaments psychiatriques ou autres
b. Respecter la continuité des traitements médicaux physiques et psychiatriques (médicaments ou autres)
c. Reconnaître la nécessité de recevoir un service d'ordre médical physique ou psychiatrique
d. Utiliser les services médicaux et para-médicaux dans l'hôpital ou dans la communauté

a.	☐	☐	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐	☐	☐
d.	☐	☐	☐	☐	☐

(28)

II-AUTONOMIE COMMUNAUTAIRE

Je ne sais pas _____

Personne autonome _____

Besoin de motivation ou de surveillance _____

Besoin d'aide physique ou verbale _____

Personne dépendante _____

Cocher la case appropriée selon l'échelle suivante:

8. LOISIRS

- a. Assister à des activités sportives ou sociales
b. Assister à des activités socioculturelles ou artistiques
c. Participer à des activités sportives ou sociales
d. Participer à des activités socioculturelles ou artistiques

	0	1	2	3	8
a.	☐	☐	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐	☐	☐
d.	☐	☐	☐	☐	☐

9. TRANSPORTS

- a. Utiliser les transports en commun
b. Acheter des billets d'autobus
c. Demander son chemin
d. Aller en voyage

a.	☐	☐	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐	☐	☐
d.	☐	☐	☐	☐	☐

10. MAGASINAGE

- a. Aller au dépanneur
b. Faire son marché
c. Acheter des objets utilitaires
d. Acheter des vêtements

a.	☐	☐	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐	☐	☐
d.	☐	☐	☐	☐	☐

11. SERVICES COMMUNAUTAIRES

- a. Aller au bureau de poste
b. Aller à la bibliothèque
c. Aller au salon de coiffure
d. Utiliser les services religieux

a.	☐	☐	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐	☐	☐
d.	☐	☐	☐	☐	☐

12. POTENTIEL DE TRAVAIL (PRÉALABLES)

- a. Suivre les directives
b. Être ponctuelle et assidue
c. Porter attention et se concentrer
d. Avoir une certaine habileté manuelle

a.	☐	☐	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐	☐	☐
d.	☐	☐	☐	☐	☐

13. CONTACT SOCIAL

- a. Utiliser le téléphone
b. Écrire des lettres
c. Entretenir une conversation
d. Avoir un comportement approprié en public

a.	☐	☐	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐	☐	☐
d.	☐	☐	☐	☐	☐

(52)

III-AUTONOMIE SOCIALE

14. NIVEAUX DE TRAVAIL POSSIBLES

(Cocher une seule case)

- a. Aucun
b. Étudiant (temps plein ou partiel)
c. Atelier protégé
d. Formation à l'emploi
e. Emploi transitionnel
f. Emploi compétitif

1	☐
2	☐
3	☐
4	☐
5	☐
6	☐

(53)

Je ne sais pas _____
 Souvent (au moins 1 fois/semaine) _____
 Parfois (2-3 fois/mois) _____
 Peu (1 fois/mois ou moins) _____
 Jamais _____

Cochez la case appropriée selon l'échelle suivante:

15. RÉSEAU D'AIDE (FRÉQUENCE ACTUELLE)

Quels sont les gens contactés et la fréquence de ces contacts lorsque la personne a besoin d'une aide matérielle, physique ou d'un support émotionnel (parler à quelqu'un)?

- | | 0 | 1 | 2 | 3 | 8 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Les parents et les proches | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| b. Les amis-amies | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| c. Les voisins et les gens de son milieu | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| d. Les intervenants (professionnels, bénévoles, etc.) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

16. RELATIONS INTERPERSONNELLES

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Avoir des relations significatives avec les gens qu'il(elle) connaît | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| b. Chercher des occasions pour développer de nouvelles relations sociales | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| c. Participer à des activités de groupe | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| d. Avoir une relation intime avec une personne de sexe opposé ou de même sexe | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

17. MOTIVATION DE LA PERSONNE

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Accepter de rencontrer l'équipe d'intervention | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| b. Accepter d'assumer des responsabilités de la vie quotidienne | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| c. Accepter de sortir dans sa famille ou avec des amis | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| d. Accepter de s'impliquer dans différentes activités de son choix | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

(65)

INDICES MOBILISATEURS

Cochez toutes les cases qui s'appliquent:

18. CONSOMMATION

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| a. cigarettes ☐ | b. café ☐ | c. nourriture ☐ |
| d. objets ☐ | e. vêtements ☐ | f. argent ☐ |
| g. autre (spécifier) _____ ☐ | | |

(7)

19. ACTIVITÉS

- | | | |
|---|---|---|
| a. sportives ☐ | b. sociales ☐ | c. culturelles ☐ |
| d. travail ☐ | e. religieuses ☐ | f. artistiques ☐ |
| g. autre (spécifier) _____ ☐ | | |

(14)

20. SORTIES

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| a. magasinage ☐ | b. restaurant ☐ | c. cinéma ☐ |
| d. théâtre ☐ | e. exposition ☐ | f. plein air ☐ |
| g. autre (spécifier) _____ ☐ | | |

(21)

21. RELATIONS

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| a. famille ☐ | b. parenté ☐ | c. amis-es ☐ |
| d. même sexe ☐ | e. sexe opposé ☐ | f. voisinage ☐ |
| g. autre (spécifier) _____ ☐ | | |

(28)

IV- BESOINS DE SERVICES

22. LES SERVICES RÉSIDENTIELS (voir aide-mémoire)

Le service résidentiel actuel: a. ☐ (30)

	Besoin	Obstacle
Besoin à court terme	b. ☐	c. ☐
Besoin à long terme	d. ☐	e. ☐
(si autre, spécifier) _____		

(38)

23. LES PROGRAMMES DE SERVICES DESTINÉS À LA PERSONNE

	Besoin
Le ou les programmes de services les plus importants reçus par la personne	a. ☐ b. ☐

	Obstacle
Si la personne ne bénéficie d'aucun programme de services actuellement, indiquer l'obstacle majeur (si autre, spécifier) _____	c. ☐

(44)

La durée totale moyenne (par jour) du ou des programmes de services actuels reçus

- | | |
|---|-------------------------------|
| ☐ 6 heures ou plus/jour | ☐ 3 |
| ☐ 3 à 6 heures/jour | ☐ 2 |
| ☐ moins de 3 heures/jour | ☐ 1 |
| ☐ 0 | d. ☐ 0 |

(45)

	Besoin	Obstacle
Indiquer les deux (2) besoins prioritaires de services à court terme et les deux (2) obstacles majeurs	e. ☐ g. ☐	f. ☐ h. ☐
(si autre, spécifier) _____		

Indiquer les deux (2) besoins prioritaires de service à long terme et les deux (2) obstacles majeurs	i. ☐ k. ☐	j. ☐ l. ☐
(si autre, spécifier) _____		

(61)

SERVICE DE SOUTIEN

Reçoit de façon suffisante _____
 Reçoit mais en quantité insuffisante _____
 Ne reçoit pas mais en aurait besoin _____

À partir des listes suivantes, cocher les services que la personne:

24- LES SERVICES PROFESSIONNELS

- | | 0 | 1 | 2 |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Services médicaux de psychiatrie | ☐ | ☐ | ☐ |
| b. Soins infirmiers psychiatriques | ☐ | ☐ | ☐ |
| c. Psychologie (évaluation, thérapie) | ☐ | ☐ | ☐ |
| d. Services médicaux de routine | ☐ | ☐ | ☐ |
| e. Services médicaux spécialisés | ☐ | ☐ | ☐ |
| f. Soins infirmiers généraux | ☐ | ☐ | ☐ |
| g. Soins dentaires | ☐ | ☐ | ☐ |
| h. Audiologie | ☐ | ☐ | ☐ |
| i. Orthophonie | ☐ | ☐ | ☐ |
| j. Optométrie | ☐ | ☐ | ☐ |
| k. Ergothérapie | ☐ | ☐ | ☐ |
| l. Physiothérapie | ☐ | ☐ | ☐ |
| m. Traitement de la toxicomanie | ☐ | ☐ | ☐ |
| n. Education physique adaptée | ☐ | ☐ | ☐ |
| o. Nutrition | ☐ | ☐ | ☐ |
| p. Counseling professionnel | ☐ | ☐ | ☐ |
| q. Service social | ☐ | ☐ | ☐ |
| r. Psychoéducation | ☐ | ☐ | ☐ |
| s. Médecine alternative | ☐ | ☐ | ☐ |
| t. Autre (spécifier) _____ | ☐ | ☐ | ☐ |

(20)

Besoin Obstacle

À partir des services professionnels identifiés dans les colonnes (0) et (1), inscrire les 2 besoins prioritaires et les 2 obstacles majeurs (si autre, spécifier) _____

u. ☐ v. ☐

w. ☐ x. ☐

(26)

25- LES SERVICES GÉNÉRAUX À LA COMMUNAUTÉ

Reçoit de façon suffisante _____

Reçoit mais en quantité insuffisante _____

Ne reçoit pas mais en aurait besoin _____

	0	1	2
a. Services de prévention	☐	☐	☐
b. Services de support communautaire	☐	☐	☐
c. Organismes d'entraide	☐	☐	☐
d. Services d'aide financière	☐	☐	☐
e. Planification familiale et éducation sexuelle	☐	☐	☐
f. Services d'auxiliaire familiale	☐	☐	☐
g. Services infirmiers à domicile	☐	☐	☐
h. Services d'information à la famille	☐	☐	☐
i. Services récréatifs et de loisirs	☐	☐	☐
j. Services religieux	☐	☐	☐
k. Services légaux	☐	☐	☐
l. Services d'éducation	☐	☐	☐
m. Dépannage-urgence (famille)	☐	☐	☐
n. Dépannage-urgence (personne)	☐	☐	☐
o. Services de répit à la famille	☐	☐	☐
p. Services occupationnels	☐	☐	☐
q. Services de transport adapté	☐	☐	☐
r. Parrainage civique	☐	☐	☐
s. Coordination des services à la personne	☐	☐	☐
t. Régime de protection	☐	☐	☐
u. Services d'hospitalisation	☐	☐	☐
v. Autre (spécifier) _____	☐	☐	☐

(48)

Besoin Obstacle

À partir des services généraux à la communauté identifiés dans les colonnes (0) et (1), inscrire les 2 besoins prioritaires et les 2 obstacles majeurs. (si autre, spécifier) _____

w. ☐ x. ☐

y. ☐ z. ☐

(54)

Nom de l'évaluateur en lettres moulées _____

26. FONCTION

- 1 ☐ infirmier 2 ☐ psychiatre 3 ☐ éducateur
- 4 ☐ psychologue 5 ☐ travailleur social 6 ☐ travailleur santé mentale
- 7 ☐ autre _____ (55)

27. DATE (61) 28. CODE DU SUJET (65)

AN MOIS JOUR

COMMENTAIRES:

Traduction et adaptation du O.M.H. 103 (10-88) de l'État de New York.
Wilfrid Pilon, Ph.D., Rodolphe Arsenault, Ph.D. & Lucie Ouellet, M.Ps., 1992

AIDE-MÉMOIRE

22. LISTE DES SERVICES RÉSIDENTIELS POUR ADULTES

00 Aucun programme de service

RÉSIDENCE AUTONOME

- 11 Dans sa famille ou avec un parent
12 Appartement autonome
13 Chambre seulement
14 Chambre et pension
15 Appartement supervisé
16 Ilôt résidentiel

RÉSIDENCE COMMUNAUTAIRE

- 21 Famille substitut régulière
22 Famille substitut spéciale
23 Famille substitut de réadaptation
24 Foyer de groupe
25 Centre de dépannage pour adulte

INSTITUTION

- 31 Pavillon
32 Centre d'accueil de réadaptation
33 Centre d'accueil d'hébergement
34 Unité médico-légale
35 Centre hospitalier de court et moyen séjour
36 Centre hospitalier de soins de longue durée

40 Autres services résidentiels (spécifier) _____

23. LISTE DES PROGRAMMES DE SERVICES DESTINÉS À LA PERSONNE

00 Aucun programme de service

INTÉGRATION SCOLAIRE

- 11 Classe régulière
12 Classe spéciale
13 Collège, Université
14 Éducation permanente aux adultes
15 Éducation populaire
16 Alphabétisation
17 Formation professionnelle

INTÉGRATION ET MAINTIEN AU TRAVAIL

- 21 Évaluation des capacités de travail
22 Apprentissage des habiletés et habitudes de travail
23 Intégration à un travail régulier
24 Travail en milieu protégé
25 Suivi et maintien en cours d'emploi
26 Recyclage professionnel

INTÉGRATION SOCIALE

- 31 Apprentissage à la vie résidentielle
32 Entraînement aux activités de la vie quotidienne
33 Services de conseil en gestion de budget
34 Support à l'intégration sociale
35 Maintien dans la communauté

40 Autres programmes de services (spécifier) _____

OBSTACLES POUR ACCÉDER À UN SERVICE RÉSIDENTIEL OU À UN PROGRAMME DE SERVICES

00 Aucun obstacle

CONDITIONS IMPUTABLES À LA PERSONNE

- 11 Troubles physiques ou médicaux
12 Troubles affectifs
13 Troubles d'apprentissage
14 Problèmes de comportement
15 État mental
16 Dangerosité
17 Âge

RÉSISTANCE À L'ACCÈS AUX SERVICES

- 21 La personne refuse le placement ou le service
22 Les parents (ou tuteur) refusent le placement ou le service
23 La personne refuse tout changement dans sa situation actuelle
24 Les parents (ou tuteur) refusent tout changement dans la situation actuelle de la personne

DISPONIBILITÉ

- 31 N'existe pas dans la région où vit la personne
32 Existe mais il n'y a pas de place actuellement
33 Le programme est en élaboration et sera disponible d'ici un an
34 Problème de transport
35 Les services professionnels requis ne sont pas disponibles

DIFFICULTÉS ADMINISTRATIVES

- 41 La référence n'est pas faite
42 La référence est refusée par les dispensateurs du service
43 Manque de moyens pour effectuer la référence
44 La coordination des services est déficiente
45 Difficulté de financement
46 Personnel insuffisant
47 Barrière architecturale (handicap physique)

AUTRES OBSTACLES

51 Barrière sociale

