



RECHERCHE ET
ÉVALUATION

RAPPORT
de RECHERCHE

*Évaluation des profils
des usagers des unités
du Service de psychiatrie
tertiaire de l'Hôpital
Louis-H. Lafontaine*

CENTRE DE RECHERCHE

FERNAND · SEGUIN

Comité orientation-coordination du Service de
psychiatrie tertiaire de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

Hôpital
Louis-H. Lafontaine

AFFILIÉ À
Université 
de Montréal

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

Dépôt légal

Bibliothèque Nationale du Québec, deuxième trimestre 2006

Bibliothèque Nationale du Canada, deuxième trimestre 2006

ISBN 2-922577-42-2

© Hôpital Louis-H. Lafontaine, Comité orientation-coordination du Service de psychiatrie tertiaire,
Module de soutien évaluatif

Tous droits réservés

Comité de travail

- Jocelyn Bisson, conseiller à la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté (DSRHC)
- Richard Boyer, chercheur au Centre de recherche Fernand-Seguin et coordonnateur de l'axe de psychiatrie sociale
- Sylvie Carrière, directrice adjointe à la Direction des soins infirmiers
- Nicole Daigle, conseillère clinicienne en soins infirmiers spécialisés
- Évelyne Giroux, chef du service social
- Alain Lesage, chercheur au Centre de recherche Fernand-Seguin, coordonnateur du Module de soutien évaluatif et psychiatre à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine
- Christiane Morin, chef du service d'ergothérapie et de physiothérapie
- Raymond Morissette, psychiatre chef de service de psychiatrie et réadaptation à la DSRHC
- Patrick Ohana, coordonnateur de recherche au Module de soutien évaluatif et rédacteur de ce rapport

Remerciements

- M. Jocelyn Bisson, pour avoir donné la formation sur le questionnaire HoNOS aux infirmiers(ères)
- Mme. Diane Bouchard, Mme. Geneviève Charrette, Mme. Mélanie Dupuis, Mme. Ruth Follow, Mme. Dora Fuenzalida, Mme. Gisèle Godin, Mme. Lucie Lavallée, Mme. Josée Mainville, Mme. Catherine Millette, M. Alexandre Néron, Mme. Noémie Noiseux Lescop, M. Luc Paquin, Mme. Anick Prince, Mme. Natacha Tremblay et Mme. Magalie Trépanier, pour avoir complété les questionnaires SMAF
- Mme. Geneviève Charrette, Mme. Évelyne Giroux, M. Alexandre Néron et M. Luc Paquin, pour avoir complété les historiques des placements
- Mme. Nicole Daigle, pour avoir donné la formation sur le questionnaire CIRS aux infirmiers(ères)
- Mme. Andrée Duval, pour avoir constitué la liste des usagers faisant partie de l'étude et inventorié les données concernant leurs hospitalisations
- Dr. Pierre Lalonde, Dr. Pierre Landry, Dr. Denis Lazure, Dr. Guy Leblanc, Dr. Raymond Morissette, Dr. Serge Sirois et Dre. Nicole Tanguay pour avoir complété les questionnaires des diagnostics et ceux du meilleur milieu hospitalier ou résidentiel
- Mme. Ghyslaine Lemay, pour avoir donné la formation sur le questionnaire SMAF aux différents professionnels
- Dr. Alain Lesage, pour avoir conçu le questionnaire des diagnostics psychiatriques ainsi que celui traitant des meilleurs milieux résidentiels ou hospitaliers
- Les infirmiers(ères) des unités qui ont complété les questionnaires *Canadian Toolkit*, CIRS, HoNOS et RPI ainsi que répondu à des questions complémentaires :
 - o Unité 108 : Mme. Sylvie Nadeau et Mme. Rose May Paulin
 - o Unité 204 : Mme. Denise Poisson et Mme. France Robert
 - o Unité 208 : Mme. Diane Lauzon et Mme. Joan Turcotte
 - o Unité 308 : Mme. Annie Beauvais, Mme. Sylvie Paul
 - o Unité 503 : Mme. Johanne Dusseault et Mme. Marlène Pelletier
 - o Unité 504 : Mme. Johanne Beaulieu et Mme. Lucette Dupuis
 - o Unité 505 : Mme. Ginette Brousseau, Mme. Sheila Dufour, Mme. Huguette Laframboise et M. Louis Lormil
- M. Pierre Sénécal, pour avoir entré la plupart des données sur ordinateur

Table des matières

Comité de travail	3
Remerciements	3
Résumé	5
Introduction	6
Méthode	7
Résultats	8
Discussion	16
Recommandations	18
Annexe I : Instruments de mesure	19
Annexe II : Items du SMAF	20
Annexe III : Groupes et profils iso-SMAF	21
Annexe IV : Milieux résidentiels ou hospitaliers identifiés	22

Résumé

Suite à une demande de la part du comité d'orientation et de coordination du Service de psychiatrie tertiaire de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (HLHL) de dresser un profil des usagers se trouvant dans leurs unités, une étude à cet effet a été entreprise en automne 2005.

Cette étude clinico-administrative a évalué la totalité des usagers (N = 169) des sept unités du Service de psychiatrie tertiaire (les unités 108, 204, 208, 308, 503, 504 et 505) par rapport à leurs données sociodémographiques et clinico-administratives, leurs diagnostics psychiatriques, leurs comportements dérangeants et/ou perturbateurs, leurs principaux problèmes de santé physique, leur niveau d'autonomie fonctionnelle, leur niveau de dangerosité et les meilleurs milieux hospitaliers ou résidentiels perçus par leurs psychiatres traitants comme pouvant optimiser les soins et les services qui leurs sont accordés.

L'âge moyen des usagers est de 53 ans dont 21 % sont âgés de 21 à 44 ans, 32 % de 45 à 54 ans, 40 % de 55 à 64 ans et 7 % de 65 ans ou plus. De plus, 68 % des usagers sont de sexe masculin, 96 % témoignent du français comme langue d'usage, 40 % ont complété une partie du secondaire, 64 % n'ont aucune histoire criminelle, 63 % sont sous un régime de protection publique, 58 % ont eu une à cinq hospitalisations avec une durée moyenne d'environ 8 ans pour ce qui est de l'hospitalisation antérieure et une durée moyenne d'environ 12 ans pour ce qui est de l'hospitalisation actuelle, 85 % des usagers ont au moins une personne significative et 50 % ont eu des essais de placement.

La schizophrénie (incluant le trouble schizo-affectif et le trouble délirant) constitue le diagnostic psychiatrique principal pour 83 % des usagers, tandis que les troubles de la personnalité représentent un diagnostic psychiatrique concomitant pour 39 %.

Selon les scores (niveau modérément grave à très grave) sur le *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS), 40 % des usagers ont des problèmes liés aux activités de la vie quotidienne, 30 % ont des problèmes pour établir des relations sociales significatives, 30 % présentent d'autres troubles mentaux et comportementaux (l'anxiété chez la plupart de ceux-ci) et 24 % ont des hallucinations et des délires.

Selon les scores (niveau modéré à grave) sur le *Riverview Patient Inventory* (RPI), 96 % des usagers présentent des problèmes liés à leur préparation au retour dans la communauté, 93 % par rapport à leur routine quotidienne, 88 % par rapport à leurs symptômes psychologiques, 86 % par rapport à leurs interactions sociales et 63 % présentent des problèmes liés à des comportements agressifs.

Au moins une incapacité physique modérée est présente pour 87 % des usagers et au moins une incapacité physique sévère pour 43 %. De plus, des problèmes gastro-intestinaux inférieurs et respiratoires causent des difficultés physiques modérés à extrêmement sévères pour 53 % et 33 % des usagers respectivement.

Selon des profils d'usagers basés sur le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), 33 % des usagers présentent une atteinte légère, 11 % présentent une atteinte modérée et 56 % présentent une atteinte élevée à leur niveau d'autonomie fonctionnelle. Plus spécifiquement, plusieurs usagers ont au moins une incapacité modérée à totale au niveau des tâches domestiques (95 %), des fonctions mentales (77 %), du fonctionnement social (75 %), des activités de la vie quotidienne (43 %), de la mobilité (20 %) et de la communication (13 %).

Un risque suicidaire existe pour 8 % des usagers, 79 % fument, 17 % ont besoin de surveillance lors de cette activité et 12 % présentent un risque d'incendie. De plus, des mises en isolement (avec ou sans contention) ont eu lieu à l'égard de 32 % des usagers pendant les six mois précédant cette évaluation.

Cinq milieux résidentiels ou hospitaliers ont été identifiés comme idéalement requis par les psychiatres traitants pour 168 usagers dans cette étude :

1. Arrangement résidentiel 24/7 ou 35 heures/semaine ➤ 38 %
2. Unité hospitalière pour traitement et réadaptation intensive ➤ 29 %
3. Unité hospitalière pour réinsertion sociale ➤ 16 %
4. CHSLD ➤ 11 %
5. Unité hospitalière pour troubles graves du comportement ➤ 7 %

Ces profils des usagers des sept unités du Service de psychiatrie tertiaire de l'HLHL pourront servir non seulement pour la révision et l'optimisation des soins et des services octroyés à cette clientèle, mais aussi pour la réorientation possible de certains d'entre eux vers des ressources intra ou extra hospitalières mieux adaptées à leurs besoins spécifiques.

Introduction

Le Service de psychiatrie tertiaire offre principalement une programmation de réadaptation psychiatrique au sein d'unités hospitalières ; une programmation qui a été adoptée au gré des besoins émergents de la clientèle du secteur. De plus, au cours des dernières années, plusieurs événements ont façonné ce secteur.

Ainsi, en 2000, le comité de travail sur la réadaptation intensive recommandait la création d'une unité de réadaptation intensive afin de répondre aux besoins complexes des personnes atteintes de troubles sévères, persistants et réfractaires.

En 2001, un groupe de travail portant sur l'avenir du Service de psychiatrie tertiaire se voyait confier le mandat de revoir les soins au sein du Service et proposer un projet d'organisation permettant d'optimiser les services requis selon les besoins des usagers. Trois objectifs avaient été retenus : 1) révision des programmations cliniques dans chacune des unités, 2) développement de deux unités de réadaptation intensive et 3) diminution des capacités de certaines unités.

En janvier 2003, un comité d'orientation pour la création des unités de réadaptation intensive à l'HLHL est mis en place, des objectifs de développement sont déterminés et deux unités sont créées à partir d'avril de cette même année. De plus, la capacité d'accueil a diminué dans certaines unités du Service de psychiatrie tertiaire.

Parallèlement, le programme régional de réadaptation intensive définit les rôles et les responsabilités de chacun des établissements impliqués dans le développement de ces services de troisième ligne, soit l'HLHL et l'Hôpital Douglas. Un comité régional d'admission se voit confier le mandat d'évaluer les demandes qui lui sont acheminées et de décider de l'admissibilité des usagers au programme en assumant également la mise à jour des dossiers pour les usagers en attente. Un processus de référence est défini et les critères pour la clientèle cible sont précisés.

Le comité d'orientation et de coordination du Service de psychiatrie tertiaire de l'HLHL assure le suivi des différents travaux nécessaires et au printemps 2005 mandate un comité de travail afin de procéder à une évaluation des usagers hospitalisés.

Cette évaluation vise à dresser un profil des usagers des sept unités du Service de psychiatrie tertiaire en présentant leurs caractéristiques sociodémographiques et clinico-administratives, en répertoriant leurs principaux diagnostics psychiatriques, en mesurant leur niveau d'autonomie fonctionnelle, en identifiant leur niveau de dangerosité, en documentant leurs comportements dérangeants et/ou perturbateurs, en classifiant leurs principaux problèmes de santé physique et en considérant les meilleurs milieux hospitaliers ou résidentiels qui pourront orienter et optimiser les soins et les services qui leur sont octroyés.

Méthode

Participants

Cette étude a évalué, pendant deux mois d'automne en 2005, la totalité de la clientèle (N = 169) des sept unités du Service de psychiatrie tertiaire (les unités 108, 204, 208, 308, 503, 504 et 505) qui accueillait chacune de 18 à 29 usagers (moyenne = 24 usagers) au moment de l'étude.

Instruments de mesure

La banque de données informatisée des usagers a permis de déterminer le nombre et la durée des hospitalisations antérieures, la durée de l'hospitalisation actuelle, ainsi que le nombre de mises en isolement (avec ou sans contentions) au cours des six mois précédant l'évaluation. De plus, deux questionnaires désignés pour les psychiatres traitants ont relevé les diagnostics de santé mentale et le meilleur milieu hospitalier ou résidentiel identifié pour chaque usager, un questionnaire désigné pour les infirmières soignantes a relevé la présence de liens significatifs (proches de l'usager) ainsi que les risques suicidaire et d'incendie, et un questionnaire désigné pour les travailleurs sociaux a relevé le nombre d'essais antérieurs dans des ressources d'hébergement entre 1989 et 2005.

Le *Canadian Toolkit* a permis de dresser le profil sociodémographique des usagers selon les aspects suivants : âge, genre, race, culture d'origine, statut civil, langue maternelle, langue d'usage, niveau de scolarisation, citoyenneté, histoire psychiatrique, histoire professionnelle, finances, études, statut carcéral et statut légal. De plus, le *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS) a permis de coter la gravité de leurs principaux symptômes psychiatriques et leur niveau de fonctionnement social, le *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS) a permis d'évaluer leur santé physique, le *Riverview Patient Inventory* (RPI) a permis de mesurer la gravité des problèmes qui influencent leur traitement et leur placement dans la communauté, et le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) a permis de déterminer non seulement leur niveau d'autonomie fonctionnelle, mais aussi celui de leur fonctionnement social.

L'HoNOS mesure les résultats des prises en charge en termes de santé mentale et de fonctionnement social selon une cotation allant de 0 (pas de problème) à 4 (problème grave à très grave) qui se rapporte à une période maximale de deux semaines avant le moment de l'évaluation. Le CIRS documente les problèmes médicaux chroniques et aigus par organe ou système selon une cotation allant de 0 (pas de problème) à 4 (problème extrêmement grave) qui se rapporte au moment de l'évaluation. Le RPI répertorie les problèmes se rapportant à la routine quotidienne, aux symptômes psychologiques, aux interactions sociales, aux comportements agressifs et à la préparation au retour dans la communauté selon une cotation allant de 1 (aucun problème) à 5 (problème grave) qui se rapporte à une période maximale de quatre semaines avant le moment de l'évaluation. Le SMAF, un instrument adapté à la clientèle gériatrique et utilisé par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dans le cadre de l'orientation vers les CHSLD, est coté sur une échelle allant de 0 (autonome) à -3 (nécessite une aide complète) qui se rapporte à une période maximale de trois semaines avant le moment de l'évaluation.

Voir l'Annexe I pour des informations plus détaillées sur ces instruments de mesure.

Procédure

Les professionnels du Service de psychiatrie tertiaire impliqués dans cette évaluation ont reçu une formation entre la fin du mois d'août et le début du mois de septembre 2005. Des infirmiers(ères) ont participé à des séances de formation sur les instruments de mesure HoNOS et CIRS et à des séances d'information sur le *Canadian Toolkit* et le RPI. Des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux ont participé à une session de formation sur le SMAF.

La période de cueillette des données a eu lieu, pendant deux mois, entre le début septembre et le début novembre 2005.

Résultats

Caractéristiques des usagers

Certaines caractéristiques sociodémographiques et clinico-administratives des 169 usagers, âgés de 21 à 72 ans (moyenne (m) = 52,8 ans ; écart-type (é-t) = 9,5 ans), sont présentées au Tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques des usagers		
	n	%
Groupes d'âge		
21 à 44 ans	35	20,7
45 à 54 ans	55	32,5
55 à 64 ans	67	39,6
65 ans ou plus	12	7,1
Genre		
Hommes	115	68,0
Femmes	54	32,0
Race		
Caucasienne	162	95,9
Culture d'origine		
Canadienne française	116	68,6
Canadienne	39	23,1
Européenne	8	4,7
Citoyenneté		
Canadienne	166	98,2
Statut civil		
Célibataire	150	88,8
Divorcé	12	7,1
Langue d'usage		
Français	162	95,9
Niveau de scolarisation		
Moins que la 7 ^e année	32	19,0
Entre la 7 ^e et la 9 ^e année	24	14,3
Une partie du secondaire terminé	67	39,9
Secondaire complété ou DES	14	8,3
Une partie d'un programme collégial	9	5,4
Études actuelles		
Oui	2	1,2
Non	167	98,8
Dernier emploi		
Ateliers protégés	61	37,4
Emploi sporadique	40	24,5
Aucun emploi	48	29,4
Sources de revenu		
Sécurité du revenu (816 \$ par mois)	157	92,9
Sécurité de la vieillesse (1 044 \$ par mois)	12	7,1
Statut carcéral		
Aucune histoire criminelle	106	63,9
Libéré de détention	32	19,3
Histoire de criminalité	10	6,0
Régime de protection		
Autonome	49	29,0
Curatelle privée	13	7,7
Curatelle publique	107	63,3

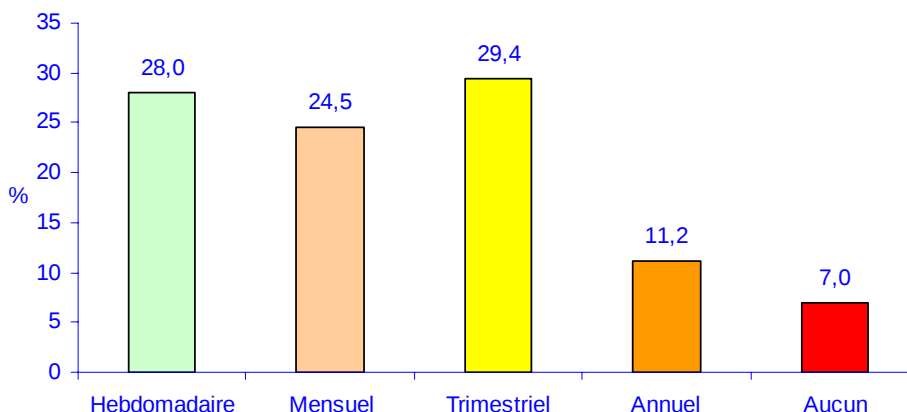
Hospitalisation

Le nombre d'hospitalisations psychiatriques antérieures varie entre 1 et 37 hospitalisations (m = 6,6 ; é-t = 6,4), la durée de l'hospitalisation psychiatrique antérieure varie entre 0 et 38,9 ans (m = 7,6 ans ; é-t = 9,8 ans) et la durée de l'hospitalisation psychiatrique actuelle varie entre 1 jour et 48,3 ans (m = 12,1 ans ; é-t = 13,0 ans).

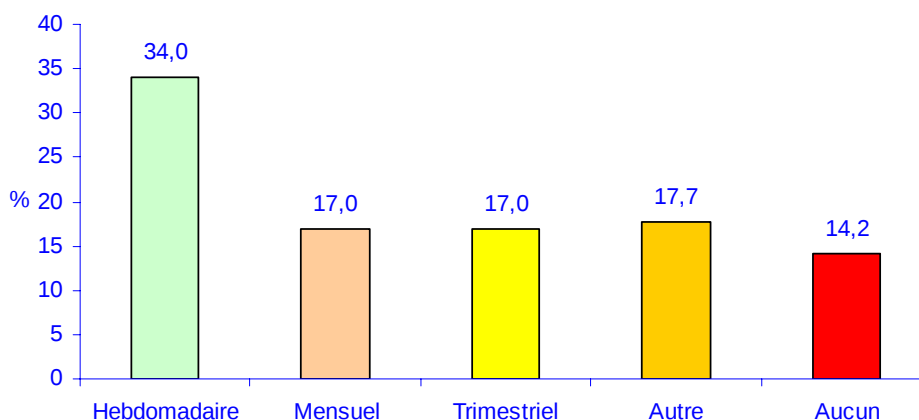
Personnes significatives

Les personnes significatives initient la presque totalité des visites pour une raison affective (49,6 %) ou instrumentale et affective (44,4 %). Le Graphique 1 illustre la fréquence de leurs visites et le Graphique 2 illustre celle de leurs contacts téléphoniques.

Graphique 1 : Visites par les personnes significatives
(N = 143)



Graphique 2 : Contacts téléphoniques par les personnes significatives (N = 141)



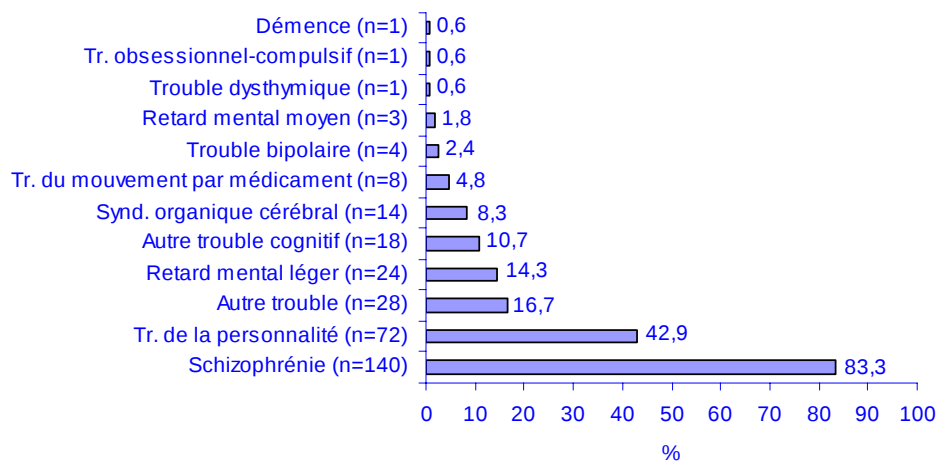
Essais de placement

Plus de la moitié (50,3 %) des usagers ont eu entre 1 et 8 essais de placement entre 1989 et 2005 (m = 2,4 ; é-t = 1,8) d'une durée totale allant de 6 jours à 15,2 ans (m = 4,3 ans ; é-t = 3,6 ans).

Diagnostics psychiatriques

L'âge des usagers lors de la première hospitalisation psychiatrique (N = 159) était de 13 à 51 ans (m = 24,2 ans ; é-t = 7,0 ans) et leur âge lors du premier épisode de trouble mental (N = 120) était de 5 à 40 ans (m = 20,1 ans ; é-t = 6,4 ans), la schizophrénie (incluant le trouble schizo-affectif et le trouble délirant) constituant le diagnostic psychiatrique principal pour 83,3 % des usagers et le trouble de la personnalité constituant un diagnostic psychiatrique concomitant pour 39,1 % et principal pour 4,2 %. Le Graphique 3 ci-après répertorie tous les troubles mentaux présentés par 168 usagers.

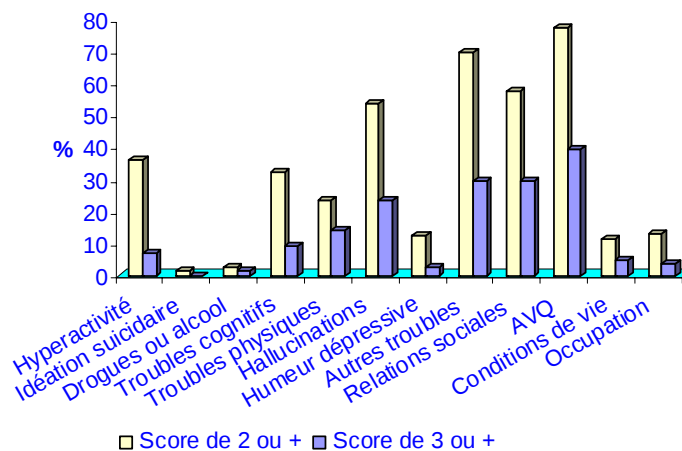
Graphique 3: Diagnostics principaux et concomitants



Problèmes de santé mentale et de fonctionnement selon l'HoNOS

Comme illustré au Graphique 4 pour les 169 usagers, les scores sur l'HoNOS, soit ceux allant de 2 (problème léger) à 4 (très grave) ou ceux allant de 3 (problème modérément grave) à 4 (très grave), montrent qu'ils ont surtout des problèmes au niveau des AVQ, des autres troubles mentaux et comportementaux (surtout l'anxiété), des difficultés dans leurs relations sociales et des hallucinations.

Graphique 4 : Niveaux de gravité selon l'HoNOS



Divers problèmes selon le RPI

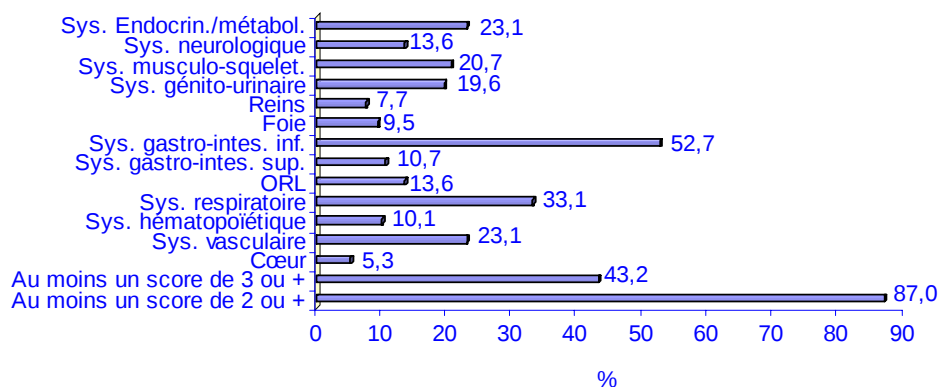
Selon les scores sur le RPI pour les 169 usagers, soit ceux allant de 3 (problème modéré) à 5 (problème grave), 96 % des usagers présentent au moins un problème lié à leur préparation au retour dans la communauté, 93 % par rapport à leur routine quotidienne, 88 % par rapport à leurs symptômes psychologiques, 86 % par rapport à leurs interactions sociales et 63 % présentent des problèmes liés à leurs comportements agressifs. Comme illustré au Tableau 2 ci-après, les trois énoncés les plus hautement cotés (problème marqué à grave) dans chacune des cinq échelles montrent que les usagers ont surtout des problèmes au niveau de leur préparation au retour dans la communauté (faibles compétences de travail, manque de connaissances sur les ressources communautaires, difficulté à aller seul en communauté), ainsi que des problèmes au niveau de leur routine quotidienne (difficulté à gérer leurs finances).

Tableau 2 : Problème marqué à grave sur le RPI		
Routine quotidienne	n	%
Difficulté à gérer les finances	76	45,0
Besoin d'un haut niveau d'attention	52	30,8
Participe peu aux activités	50	29,6
Symptômes psychologiques		
Comportement étrange	35	20,7
Discours désorganisé	34	20,1
Méfiant à l'égard des autres	33	19,5
Interactions sociales		
Participe peu aux activités sociales	41	24,3
Retrait social	32	18,9
Fait preuve de mauvaises manières	31	18,3
Comportements agressifs		
Humeur désagréable	30	17,8
Crises de colère	30	17,8
Menaçant ou intimidant	21	12,4
Préparation au retour dans la communauté		
Faibles compétences de travail	100	59,2
Manque de connaissances sur les ressources	98	58,0
Difficulté à aller seul en communauté	91	53,8

Santé physique selon le CIRS

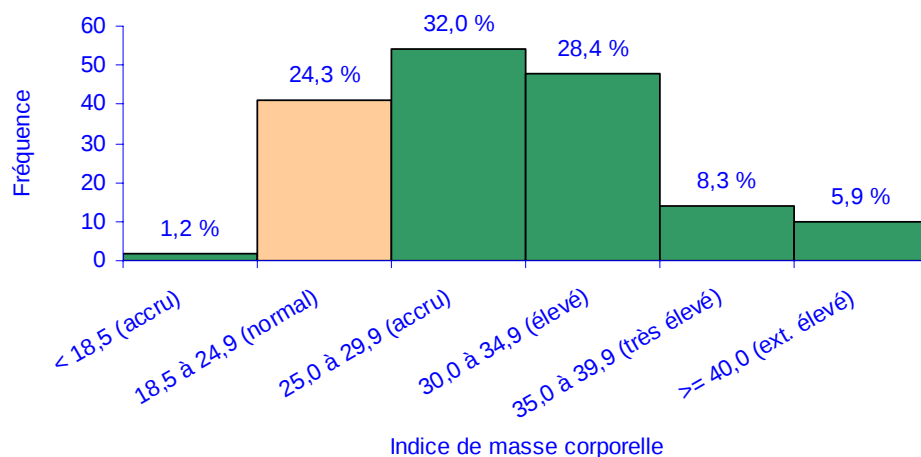
Comme illustré au Graphique 5 pour les 169 usagers, 87,0 % ont au moins une incapacité physique modérée (cote de 2 ou +) et 43,2 % ont au moins une incapacité physique sévère (cote de 3 ou +) sur le CIRS. De plus, les scores allant de 2 (incapacité modérée) à 4 (incapacité extrêmement sévère), montrent que les troubles gastro-intestinaux inférieurs et les troubles respiratoires sont des problèmes d'ordre physique pour une partie importante d'entre eux (52,7 % et 33,1 % respectivement).

Graphique 5 : Cotes de 2 ou + sur le CIRS



De plus, comme le montre le Graphique 6 ci-après pour les 169 usagers, l'indice de masse corporelle est au-dessous (moins de 18,5) ou au-dessus (plus de 24,9) de l'indice optimal (18,5 à 24,9) pour plus des trois quarts d'entre eux, seulement moins d'un quart ayant un indice considéré comme normal.

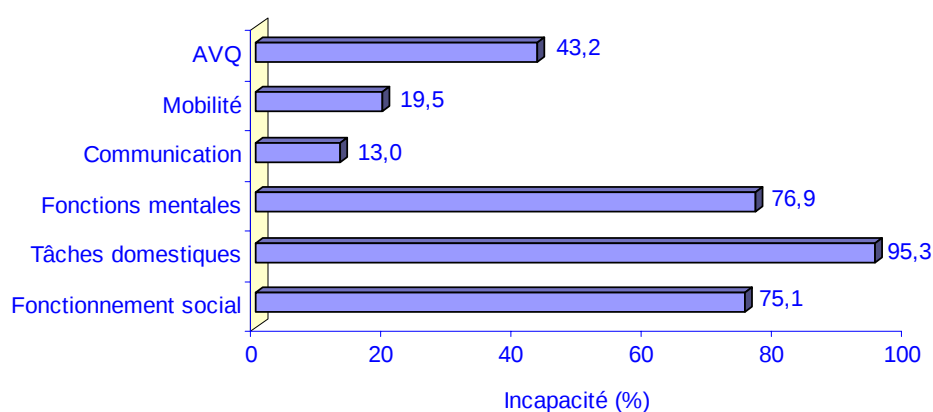
Graphique 6 : Risque de développer des problèmes de santé



Autonomie fonctionnelle selon le SMAF

Comme illustré au Graphique 7 pour les 169 usagers, les scores sur le SMAF se rapportant à une incapacité modérée à totale à au moins un item de ses six échelles montrent une incapacité surtout au niveau des tâches domestiques (95,3 %), des fonctions mentales (76,9 %), du fonctionnement social (75,1 %) et des AVQ (43,2 %).

Graphique 7 : Au moins une incapacité modérée à totale selon le SMAF



Plus spécifiquement, comme on peut voir à l'Annexe II (qui présente plus de détails sur les niveaux d'autonomie fonctionnelle pour chacun des 35 items du SMAF), les incapacités de niveau modéré (-2) à totale (-3) par rapport aux tâches domestiques apparaissent surtout à 6 items sur 8 : préparer les repas (95,3 %), prendre ses médicaments (93,5 %), gérer son budget (90,5 %), faire les courses (85,8 %), entretenir la maison (75,7 %) et faire la lessive (50,9 %). Les incapacités d'un niveau modéré à total par rapport aux fonctions mentales apparaissent surtout à 2 items sur 5 : jugement (76,9 %) et comportement (43,2 %). Les incapacités d'un niveau modéré à total par rapport au fonctionnement social apparaissent surtout à 3 items sur 6 : accomplir des rôles sociaux (75,1 %), utiliser les ressources du milieu (74,6 %) et occuper son temps libre (40,8 %). De plus, plusieurs usagers ont des incapacités d'un niveau modéré à total par rapport aux AVQ et surtout à 1 item sur 7 : entretenir sa personne (43,2 %).

Selon le SMAF, on identifie aussi 44 (26,0 %) usagers qui présentent une incontinence nocturne, 10 (5,9 %) qui présentent une incontinence diurne, 5 (3,0 %) qui utilisent un fauteuil roulant simple et 15 (8,9 %) qui portent des verres correcteurs.

De plus, les personnes (ressources) dont dépendent les usagers pour les aider à gérer leurs différentes incapacités peuvent se diviser en trois catégories : 1) infirmiers(ères) pour environ 40 % des incapacités, 2) autres professionnels pour environ 30 % des incapacités et 3) préposés pour environ 25 % des incapacités.

Le SMAF peut aussi être analysé selon des profils spécifiques d'usagers et selon des groupes de profils. Voir l'Annexe III pour des informations plus détaillées sur les profils et les groupes iso-SMAF. Les 169 usagers faisant l'objet de cette évaluation peuvent être classés selon neuf profils iso-SMAF différents dans trois groupes de profils. Le Tableau 3 présente cette classification.

Tableau 3 : Classification iso-SMAF			
Groupe	Profils	n	%
1	1 et 3	56	33,1
2	4, 6 et 9	18	10,7
3	5, 7, 8 et 10	95	56,2

Près du tiers (33,1 %) des usagers présente une atteinte légère (Groupe 1) à l'autonomie fonctionnelle, un peu plus du dixième (10,7 %) présente une atteinte modérée (Groupe 2) et plus de la moitié (56,2 %) présente une atteinte élevée (Groupe 3).

Niveau de dangerosité

Parmi les 169 usagers, 14 (8,3 %) posent un risque suicidaire, 134 (79,3 %) fument, 23 (17,2 %) ont besoin de surveillance lors de cette activité et 21 (12,4 %) posent un risque d'incendie. Pendant les six mois précédant l'évaluation, 54 usagers (32,0 %) ont eu besoin de mises en isolement (avec ou sans contention) dont la distribution est présentée au Tableau 4.

Tableau 4 : Mises en isolement avec ou sans contention		
Nombre de mises en isolement	Nombre d'usagers	% d'usagers
0	115	68,0
1 à 2	30	17,8
3 à 4	8	4,7
5 ou +	16	9,5

Milieus résidentiels ou hospitaliers identifiés

Comme l'illustre le Tableau 5, cinq grands types de milieux résidentiels ou hospitaliers ont été identifiés comme idéalement requis par les psychiatres traitants pour 168 usagers dans cette étude :

Tableau 5 : Milieux résidentiels ou hospitaliers identifiés		
	n	%
Arrangement résidentiel 24/7 ou 35 heures/semaine	63	37,5
Arrangement résidentiel 24/7 : n = 56 (33,3 %)		
Arrangement résidentiel 35 heures/semaine : n = 7 (4,2 %)		
Unité hospitalière pour réinsertion sociale	27	16,1
Unité hospitalière pour traitement et réadaptation intensive	49	29,2
Unité hospitalière pour troubles graves du comportement	11	6,5
CHSLD	18	10,7

Voir l'Annexe IV pour une description plus détaillée de certains de ces milieux.

Les Tableaux 6 et 7 ci-après présentent certains résultats par rapport à ces cinq milieux résidentiels ou hospitaliers, les résultats les moins élevés en grands caractères soulignés et les résultats les plus élevés en grands caractères gras représentant ceux s'avérant statistiquement significatifs.

Les usagers préconisés pour un arrangement résidentiel 24/7 ou 35 heures/semaine ont principalement moins de problèmes d'ordre physique (15,9 %) et moins de difficultés à aller seul en communauté (39,7 %) par rapport aux quatre autres milieux.

Les usagers préconisés pour une unité hospitalière pour réinsertion sociale sont principalement plus jeunes (seulement 33,3 % ont 55 ans ou plus), ont peu de troubles de la personnalité comme diagnostic psychiatrique concomitant (14,8 %), ont moins de problèmes liés aux AVQ (48,1 %), mais plus de troubles liés aux hallucinations et aux délires (66,7 %) et plus de comportements étranges ou bizarres (33,3 %), toutefois, une atteinte moins élevée à leur autonomie fonctionnelle (33,3 %), tout cela par rapport aux quatre autres milieux.

Les usagers préconisés pour une unité hospitalière pour traitement et réadaptation intensive présentent principalement des problèmes qui se situent à des niveaux moyens entre les valeurs inférieures et supérieures rapportées pour les quatre autres milieux.

Les usagers préconisés pour une unité hospitalière pour troubles graves du comportement ont principalement plus de troubles de la personnalité comme diagnostic psychiatrique concomitant (81,8 %), ont moins de comportements étranges ou bizarres (9,1 %), mais une atteinte plus élevée à leur autonomie fonctionnelle (81,8 %) par rapport aux quatre autres milieux.

Finalement, les usagers préconisés pour un CHSLD sont principalement plus âgés (88,9 % ont 55 ans ou plus), ont plus de problèmes d'ordre physique (55,6 %), plus de problèmes liés aux AVQ (88,9 %) et plus de difficultés à aller seul en communauté (94,4 %), mais moins de troubles liés aux hallucinations et aux délires (22,2 %) par rapport aux quatre autres milieux.

Tableau 6 : Caractéristiques des usagers selon les milieux résidentiels ou hospitaliers identifiés

	Arrangement résidentiel 24/7 ou 35 heures		Unité hospitalière pour réinsertion sociale		Unité hospitalière pour traitement et réadaptation intensive		Unité hospitalière pour troubles graves du comportement		CHSLD		Total	
	n = 63		n = 27		n = 49		n = 11		n = 18		N = 168	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Âge (55 ans ou +)	29	46,0	9	33,3	20	40,8	5	45,5	16	88,9	79	47,0
Genre (Hommes)	45	71,4	16	59,3	35	71,4	8	72,7	11	61,1	115	68,5
Régime de protection												
Curatelle	43	68,3	18	66,7	36	73,5	10	90,9	12	66,7	119	70,8
Durée de l'hospitalisation actuelle												
Plus de 5 ans	31	49,2	10	37,0	29	59,2	8	72,7	10	55,6	88	52,4
Diagnostic psychiatrique principal												
Schizophrénie	49	77,8	24	88,9	43	87,8	7	63,6	16	88,9	139	82,7
Diagnostic psychiatrique concomitant												
Troubles de la personnalité	20	31,7	4	14,8	22	44,9	9	81,8	10	55,6	65	38,7
Retard mental (léger ou moyen)	9	14,3	1	3,7	4	8,2	1	9,1	5	27,8	20	11,9
Syn. org. cérébral ou démence	1	1,6	2	7,4	4	8,2	2	18,2	2	11,1	11	6,5
Autres troubles	4	6,3	5	18,5	13	26,5	2	18,2	0	0,0	24	14,3

Tableau 7 : Scores des usagers selon les milieux résidentiels ou hospitaliers identifiés

	Arrangement résidentiel 24/7 ou 35 heures		Unité hospitalière pour réinsertion sociale		Unité hospitalière pour traitement et réadaptation intensive		Unité hospitalière pour troubles graves du comportement		CHSLD		Total	
	n = 63		n = 27		n = 49		n = 11		n = 18		N = 168	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HoNOS : Problème léger à très grave (cote de 2 ou +)												
Hyperactivité	17	27,0	12	44,4	21	42,9	4	36,4	6	33,3	60	35,7
Idéation suicidaire	1	1,6	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	2	1,2
Drogues ou alcool	1	1,6	1	3,7	2	4,1	0	0,0	0	0,0	4	2,4
Troubles cognitifs	18	28,6	9	33,3	18	36,7	2	18,2	7	38,9	54	32,1
Maladie physique	10	15,9	7	25,9	9	18,4	4	36,4	10	55,6	40	23,8
Hallucinations	36	57,1	18	66,7	28	57,1	4	36,4	4	22,2	90	53,6
Humeur dépress.	3	4,8	2	7,4	10	20,4	2	18,2	3	16,7	20	11,9
Autre tr. (anxiété)	44	69,8	19	70,4	33	67,3	7	63,6	14	77,8	117	69,6
Relations sociales	30	47,6	17	63,0	32	65,3	4	36,4	13	72,2	96	57,1
AVQ	50	79,4	13	48,1	42	85,7	9	81,8	16	88,9	130	77,4
RPI : Problème marqué à grave (cote de 4 ou +)												
Routine quotidienne												
Difficulté à gérer les finances	22	34,9	10	37,0	24	49,0	7	63,6	12	66,7	75	44,6
Besoin d'un haut niveau d'attention	17	27,0	5	18,5	17	34,7	4	36,4	8	44,4	51	30,4
Participe peu aux activités	16	25,4	12	44,4	11	22,4	2	18,2	9	50,0	50	29,8
Symptômes psychologiques												
Comportement étrange	8	12,7	9	33,3	15	30,6	1	9,1	2	11,1	35	20,8
Discours désorganisé	11	17,5	7	25,9	11	22,4	2	18,2	3	16,7	34	20,2
Méfiant à l'égard des autres	8	12,7	7	25,9	9	18,4	3	27,2	6	33,3	33	19,6
Interactions sociales												
Participe peu aux activités sociales	15	23,8	11	40,7	8	16,3	1	9,1	6	33,3	41	24,4
Retrait social	13	20,6	4	14,8	7	14,3	3	27,2	5	27,8	32	19,0
Mauvaises manières	10	15,9	6	22,2	8	16,3	3	27,2	3	16,7	30	17,9
Comportements agressifs												
Humeur désagréable	10	15,9	7	25,9	8	16,3	2	18,2	3	16,7	30	17,9
Crises de colère	9	14,3	4	14,8	11	22,4	3	27,2	3	16,7	30	17,9
Menaçant ou intimidant	8	12,7	5	18,5	4	8,2	1	9,1	2	11,1	20	11,9
Préparation au retour dans la communauté												
Faibles compétences de travail	33	52,4	18	66,7	26	53,1	7	63,6	16	88,9	100	59,5
Manque de connaissances des ressources	39	61,9	11	40,7	26	53,1	8	72,7	14	77,8	98	58,3
Difficulté à aller seul en communauté	25	39,7	12	44,4	28	57,1	9	81,8	17	94,4	91	54,2
SMAF : Atteinte à l'autonomie fonctionnelle												
Atteinte légère	26	41,3	15	55,6	13	26,5	0	0,0	1	5,6	55	32,7
Atteinte modérée	4	6,3	3	11,1	4	8,2	2	18,2	5	27,8	18	10,7
Atteinte élevée	33	52,4	9	33,3	32	65,3	9	81,8	12	66,7	95	56,5
CIRS : 13 items physiques												
Cote 3 ou +	28	44,4	14	51,9	18	36,7	3	27,3	10	55,6	73	43,5
Score total (/52)	8,3		9,5		7,6		8,4		10,4		8,5	

Discussion

Les profils des usagers des sept unités du Service de psychiatrie tertiaire de l'HLHL sont nécessairement psychiatriques étant donné la prévalence des diagnostics psychiatriques principaux et concomitants et la durée moyenne élevée de l'hospitalisation de ces usagers : plus de 83 % d'entre eux ont un diagnostic principal de schizophrénie, de trouble schizo-affectif ou de trouble délirant, plus de 59 % ont au moins un diagnostic concomitant (un trouble de la personnalité chez plus de 43 %) et les durées moyennes de leurs hospitalisations antérieures et actuelles sont élevées (près de 8 ans et plus de 12 ans respectivement).

La plupart de ces usagers nécessitent une prise en charge psychiatrique à long terme par une équipe interdisciplinaire car ils présentent des troubles psychiatriques très importants qui sont associés entre autres à des incapacités liées aux tâches domestiques (plus de 95 %), aux fonctions mentales (près de 77 %) et au fonctionnement social (plus de 75 %). Ils ont aussi des problèmes liés aux AVQ (près de 78 %), d'autres troubles mentaux et comportementaux (près de 70 % qui correspondent surtout à l'anxiété), des difficultés au niveau des relations sociales (près de 58 %) et des hallucinations et de délires (près de 54 %). De plus, ils ne sont pas épargnés par les problèmes physiques se présentant essentiellement sous forme de troubles gastro-intestinaux inférieurs (près de 53 %) et de troubles respiratoires (plus de 33 %). Le fait que la plupart des usagers fument (plus de 79 %) et que leur indice de masse corporelle est élevé (plus de 75 %) ne peut qu'aggraver leur santé physique et indiquer la nécessité de mettre en place des interventions mieux coordonnées contre le tabagisme et l'inactivité qui sont deux facteurs de risque majeur pour des problèmes cardio-vasculaires et une mortalité prématurée.

Une évaluation plus approfondie de leur autonomie fonctionnelle à l'aide du SMAF qui a été développé pour les personnes âgées souffrant de perte d'autonomie à cause d'une condition organique cérébrale irréversible indique une atteinte légère pour plus de 33 % d'entre eux, qui nécessiteraient, d'après les profils iso-SMAF, une aide qui peut varier en durée entre 1 et 3 heures par jour ; une atteinte modérée pour près de 11 %, qui nécessiteraient une aide qui peut varier en durée entre 2 et 5 heures par jour accompagnée d'une surveillance de 16 heures par jour ; et une atteinte élevée pour plus de 56 %, qui nécessiteraient une aide qui peut varier en durée entre 3 et 5 heures par jour accompagnée d'une surveillance de 16 heures par jour. Il faudra déterminer, pour chacun des usagers évalués dont la problématique est liée à un trouble mental et dont les incapacités pourraient être réduites ou compensées par le traitement et la réadaptation, quelles intensités d'intervention et de soins sont requises pour optimiser leur niveau de capacité et quelles stratégies compensatoires suivant une détérioration sont nécessaires pour combler un déficit fonctionnel. Une approche de type milieuthérapie combinée à un plan d'intervention individualisé incluant le traitement et la réadaptation pourrait ainsi permettre de les stimuler à utiliser leurs propres capacités.

Par ailleurs, si peu d'usagers posent un risque suicidaire modéré à grave (environ 4 %), une plus grande proportion (environ 20 %) présente un risque d'agression modéré à grave envers autrui. S'ajoutent environ 12 % qui posent un risque d'incendie ; un pourcentage qui augmente à environ 17 % lorsqu'ils fument. De plus, environ 40 % présentent des troubles de comportement (agressivité, errance, cris constants) qui nécessitent une surveillance plus intensive et 32 % ont eu des mises en isolement (avec ou sans contention) durant les six mois précédant cette évaluation. Ce profil semble inquiétant, mais il reste que les traits les plus graves ne s'appliquent qu'à une minorité d'usagers.

Il ne faut pas oublier que la plupart d'entre eux sont des hommes (68 %) peu scolarisés (76 %) et vieillissants (79 % sont âgés de 45 ans ou plus) qui ont passé pratiquement toute leur vie adulte en milieu institutionnel et en milieu carcéral (19 %) et qui ont eu maints essais de placement (50 %) ou pas du tout (50 %). Des personnes significatives, généralement leur famille, les ont visités assez rarement (72 % des visites étaient mensuelles, trimestrielles, annuelles ou non existantes). Même les contacts téléphoniques de la part de ces personnes significatives étaient rares (57 % des contacts étaient mensuels, trimestriels, annuels ou non existants).

Une liste de milieux résidentiels ou hospitaliers avait été soumise aux psychiatres traitants dont le choix par rapport à chacun des usagers s'est effectué selon leur évaluation clinique. Ils ont sélectionné le meilleur milieu hospitalier ou résidentiel pouvant le mieux répondre aux besoins actuels de chaque usager du Service de psychiatrie tertiaire notant ainsi que plus du tiers (37 %) des usagers pourraient bénéficier d'un milieu résidentiel hautement supervisé dans la communauté (couverture 24/7 ou 35 heures/semaine), plus du tiers (36 %) dans des unités de traitement et réadaptation intensive ou pour troubles graves du comportement, 16 % dans des unités de réinsertion et 11 % en CHSLD.

Lorsqu'on analyse les profils des problématiques cliniques et comportementales, les déficits dans les habiletés de vie quotidienne et les problèmes physiques relevés par les autres sources d'information remplies par d'autres membres de l'équipe (infirmières, ergothérapeutes, travailleurs sociaux), on constate des distinctions entre ces usagers selon le milieu idéalement envisagé. Toutefois, ce qui frappe le plus, malgré ces distinctions, c'est que tous les usagers du Service de psychiatrie tertiaire ont des déficits dans ces sphères à divers degrés. Il y a une certaine gradation dans l'autonomie actuelle, mais les profils des déficits montrent des besoins d'intervention dans toutes les sphères, peu importe le milieu où l'usager est idéalement envisagé, en unité hospitalière ou dans une ressource résidentielle supervisée, car aucun usager n'est envisagé seul dans son appartement. Ceci soutiendrait que la programmation nécessaire de traitement et de réadaptation requis doit être livrée dans chacun de ces milieux.

Il peut surprendre qu'autant d'usagers puissent être envisagés en partance vers des ressources adaptées à l'extérieur de l'établissement. Cette surprise n'est pas sans rappeler celle d'évaluations antérieures dans le service désigné alors « de longue durée » en 1988 (Lesage et Morissette, 1989)¹ où plus du tiers des usagers étaient envisagés selon le jugement des psychiatres traitants dans des ressources à l'extérieur dont des foyers de groupe qui n'existaient pratiquement pas. Pourtant dans les années suivantes, la prédiction d'alors s'est réalisée avec l'adaptation et le développement de nouvelles ressources et formes de suivi dans la communauté, même si la prédiction pour un usager donné ne s'est pas nécessairement révélée exacte. Dans la même veine, les résultats actuels font penser que l'expérience de traiter et réadapter dans des ressources résidentielles adaptées à des usagers de plus en plus handicapés conduit à envisager qu'une nouvelle cohorte importante d'usagers souffrant de troubles mentaux des plus graves et persistants pourrait y être identifiée. D'autres pourraient bénéficier à l'interne de traitement et réadaptation plus intensifs en préparation pour le passage vers des ressources adaptées à l'extérieur où se poursuivraient le traitement et la réadaptation.

Les profils des groupes d'usagers des sept unités du Service de psychiatrie tertiaire de l'HLHL pourront servir à la mise en place de soins et de services mieux adaptés à leurs besoins. Les résultats individuels à chaque échelle de cette étude se retrouveront dans le dossier de l'usager. Ils pourront servir avantageusement à la revue périodique multidisciplinaire du plan de traitement et de réadaptation de chaque usager. Les instruments représentent une source d'information fiable sur les problématiques de ces usagers, ainsi, comme avec toute série d'observations, le point de départ du développement du plan de traitement et de réadaptation. Un plan individualisé implique de tenir compte de la trajectoire de vie, de traitement et de réadaptation, mais aussi de la perspective et de la participation de l'usager ; autant de dimensions que cette étude n'a pas mesuré ou inclus. À cet effet, le CoDBER (Collecte de données des besoins d'encadrement résidentiel) (Banville et al., 1999)² illustre bien une procédure tenant compte de ces dimensions bien reconnues dans le modèle traitement-réadaptation-réhabilitation en vue du rétablissement souhaité.

¹ Lesage, A. D., & Morissette, R. (1989). Les ressources résidentielles nécessaires à la poursuite de la désinstitutionalisation. *Santé mentale au Québec*, 14, 60-68.

² Banville, F., Lamoureux, D., Leclerc, L., Lévesque, C., Paulhus, L., Prud'homme, B., & Alexandre, H. (1999). *Le processus décisionnel clinique pour le choix d'un type de ressources d'hébergement*. Montréal : Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Recommandations

1. Élaborer des programmations cliniques intégrant traitement et réadaptation en fonction des données de cette évaluation pour la clientèle du Service de psychiatrie tertiaire (SPT).
2. S'assurer que le SPT, en collaboration avec le service social et la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté (DSRHC), conçoivent des milieux de vie propices à soutenir la programmation de traitement et de réadaptation.
3. Demander aux usagers et aux membres des équipes de proposer des milieux de vie dans les unités soutenant le processus de traitement et de réadaptation.
4. Établir un plan de traitement et de réadaptation individualisé pour chacun des usagers du SPT en tenant compte du profil tracé par les échelles utilisées dans cette évaluation (symptômes, comportements, habiletés de vie, autonomie fonctionnelle, liens significatifs, problèmes physiques et milieu résidentiel ou hospitalier proposé).
5. Organiser une formation pertinente à l'égard des intervenants et des divers professionnels, ainsi qu'une supervision clinique appropriée, pour mieux répondre au niveau important de troubles de la personnalité se manifestant chez près de la moitié de la clientèle en plus des troubles schizophréniques.
6. Créer une programmation pour l'amélioration de la santé des usagers en ciblant le tabagisme par différents plans menant à un établissement de santé sans fumée et en réduisant l'indice de masse corporelle selon un plan à la fois informationnel, diététique, pharmacologique et d'activité physique.

Annexe I : Instruments de mesure

Instrument	Caractéristiques
<i>Canadian Toolkit for Measuring Psychosocial Rehabilitation Outcomes (PSR Toolkit)</i> (Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs, 1998)	Répertorie les informations suivantes : date de naissance, genre, race, culture d'origine, statut civil, langue maternelle, langue d'usage, citoyenneté, histoire psychiatrique, aspect professionnel, aspect financier, scolarisation, statut carcéral et statut légal
<i>Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)</i> (Miller et al., 1992)	Évalue la santé physique selon 14 organes ou systèmes
<i>Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)</i> (Wing, Curtis & Beevor, 1996)	- Mesure les résultats des prises en charge au niveau de la santé mentale et du fonctionnement social 12 énoncés présentant chacun un type de symptôme, de trouble ou de déficit de fonctionnement
<i>Riverview Patient Inventory (RPI)</i> (Haley, Iverson & Moreau, 2002)	- Mesure la sévérité des problèmes qui influencent le traitement et le placement dans la communauté selon cinq échelles : routine quotidienne, symptômes psychologiques, interactions sociales, comportements agressifs et préparation au retour dans la communauté 57 énoncés
Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) (Hébert, Carrier & Bilodeau, 1984)	- Mesure le niveau d'autonomie fonctionnelle selon six échelles (activités de la vie quotidienne, mobilité, communication, fonctions mentales, tâches domestiques et fonctionnement social) et quatre domaines (incapacité, ressources, handicap et stabilité) 35 énoncés

Annexe II : Items du SMAF

Item	Cote 0 %	Cote -1 %	Cote -2 %	Cote -3 %	Cote -1 à -3 %	Cote -2 à -3 %
Activités de la vie quotidienne						
Se nourrir	59,8	32,0	1,8	0,0	33,8	1,8
Se laver	27,8	55,6	12,4	0,0	68,0	12,4
S'habiller	49,7	38,5	6,5	0,0	45,0	6,5
Entretenir sa personne	23,7	28,4	43,2	0,0	71,6	43,2
Fonction vésicale	62,1	26,0	8,9	3,0	37,9	11,9
Fonction intestinale	75,7	21,3	2,4	0,6	24,3	3,0
Utiliser les toilettes	85,2	4,1	2,1	0,0	6,2	2,1
Mobilité						
Transferts	89,3	2,4	2,4	0,0	4,8	2,4
Marcher à l'intérieur	82,2	5,3	2,4	1,2	8,9	3,6
Installer prothèse ou orthèse	89,9	5,3	1,8	1,2	10,1	3,0
Se déplacer en fauteuil roulant	92,3	3,0	3,6	0,0	7,7	3,6
Utiliser les escaliers	69,8	2,4	2,4	17,2	22,0	19,5
Circuler à l'extérieur	78,1	5,9	6,5	0,0	13,6	6,5
Communication						
Voir	76,9	21,9	0,6	0,6	23,1	1,2
Entendre	95,3	4,7	0,0	0,0	4,7	0,0
Parler	56,8	30,2	13,0	0,0	43,2	13,0
Fonctions mentales						
Mémoire	46,7	30,8	22,5	0,0	53,3	22,5
Orientation	57,4	23,7	18,9	0,0	42,6	18,9
Compréhension	39,6	35,5	24,3	0,6	60,4	24,9
Jugement	0,0	23,1	62,7	14,2	100	76,9
Comportement	4,1	52,7	38,5	4,7	95,9	43,2
Tâches domestiques						
Entretenir la maison	3,6	18,3	46,7	29,0	94,1	75,7
Préparer les repas	0,0	4,7	43,8	51,5	100	95,3
Faire les courses	10,7	2,4	50,3	35,5	88,2	85,8
Faire la lessive	27,8	17,8	14,2	36,7	68,6	50,9
Utiliser le téléphone	37,3	27,2	11,8	18,3	57,4	30,2
Utiliser les moyens de transport	22,5	57,4	17,2	0,0	74,6	17,2
Prendre ses médicaments	1,8	4,7	17,2	76,3	98,2	93,5
Gérer son budget	0,6	7,7	56,8	33,7	98,2	90,5
Fonctionnement social						
Occuper son temps libre	20,7	38,5	36,7	4,1	79,3	40,8
Maintenir/créer des liens	45,6	27,8	23,7	3,0	54,4	26,6
Utiliser les ressources du milieu	7,7	17,8	25,4	49,1	92,3	74,6
Agir de façon appropriée	20,1	51,5	27,8	0,6	79,7	28,4
Accomplir des rôles sociaux	10,1	14,8	25,4	49,7	89,9	75,1
Exprimer ses désirs	35,5	29,0	32,0	3,6	64,5	35,5

Cote 0 : Pas d'incapacité

Cote -1 : Incapacité légère

Cote -2 : Incapacité modérée

Cote -3 : Incapacité totale

Annexe III : Groupes et profils iso-SMAF

Groupe	Profil	Description
1 Atteinte légère	1	Difficultés, besoins de stimulation ou de surveillance ou besoins d'aide occasionnelle principalement pour l'accomplissement de certaines activités domestiques (environ 1h10m/jr)
	3	Aide régulière dans plusieurs activités domestiques, difficultés au niveau de certaines fonctions mentales (environ 2h40m/jr)
2 Atteinte modérée	4	Aide régulière dans plusieurs activités domestiques, difficultés ou un besoin d'aide dans certaines fonctions de mobilité (environ 2h21m/jr)
	6	Aide régulière dans les activités domestiques, surveillance ou stimulation ou guidage dans les fonctions de mobilité (environ 3h18m/jr)
	9	Aide complète et régulière dans les activités domestiques, les AVQ et la mobilité, problèmes légers au niveau des fonctions mentales (environ 4h47m/jr + surveillance > 16 hrs/jr)
3 Atteinte élevée	5	Aide régulière dans la majorité des activités domestiques, besoin de surveillance ou de stimulation pour quelques activités quotidiennes, légers problèmes dans plusieurs fonctions mentales (environ 3h2m/jr)
	7	Aide complète et régulière dans les activités domestiques, surveillance ou stimulation dans les AVQ, problèmes modérés au niveau des fonctions mentales (environ 3h37m/jr)
	8	Aide complète et régulière dans les activités domestiques, surveillance ou stimulation dans les AVQ, besoins d'aide au niveau de la mobilité, problèmes modérés au niveau des fonctions mentales (environ 3h47m/jr + surveillance > 16 hrs/jr)
	10	Aide complète pour les activités domestiques, aide pour les AVQ, surveillance pour la mobilité, problèmes cognitifs sévères (environ 5h5m/jr + surveillance > 16 hrs/jr)

Annexe IV : Milieux résidentiels ou hospitaliers identifiés

Milieu	Description
Arrangement résidentiel offrant un encadrement et une supervision de 24/7	Comprend les arrangements comme les résidences de type familial (autrefois appelées familles d'accueil), les pavillons, les foyers de groupe et les résidences pour personnes âgées en perte d'autonomie. Logis où les résidents vivent au sein d'un groupe pouvant aller de 4 à 20 personnes. Les arrangements impliquent soit d'intégrer une programmation de réadaptation dispensée par des intervenants, soit recevoir des soins infirmiers et des interventions éducatives prodiguées par du personnel de l'extérieur, soit intégrer un plan d'activités de jour en dehors de la résidence. Dans tous les cas, il y a du personnel disponible 24 heures sur 24, soit des intervenants ou des propriétaires accrédités par les services sociaux au niveau de la qualité de la supervision et des services rendus.
Arrangement résidentiel pouvant fournir jusqu'à 35 heures par semaine d'encadrement et de supervision sur place	Comprend les arrangements comme les appartements supervisés de différents types ou le logement avec soutien d'un agent de suivi intensif dans le milieu, le logement social avec soutien et les résidences pour personnes âgées. Appartement ou chambre ou logis où les résidents reçoivent sur place des services de soutien jusqu'à 35 heures par semaine. Pour y demeurer, les résidents doivent respecter un code de vie de groupe et consentir à une supervision exercée par des intervenants durant la journée.
Unité hospitalière pour traitement et réadaptation intensive	Comprend les unités hospitalières psychiatriques médico-légales.
Unité hospitalière pour troubles graves du comportement	Comprend les unités hospitalières psychiatriques pour déficience intellectuelle, pour syndrome organique cérébral et de gériopsychiatrie.
Centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD)	Offre des soins infirmiers pour des personnes en perte d'autonomie psychique ou physique.