

Direction des services de
réadaptation et d'hébergement
dans la communauté



**La santé, l'autonomie
fonctionnelle et les besoins
de soins des personnes âgées
dans les résidences intermédiaires
privées et les résidences de
psychiatrie gériatrique
de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine**

Hôpital
Louis-H. Lafontaine

AFFILIÉ À
Université 
de Montréal

**La santé, l'autonomie fonctionnelle et les besoins de soins des
personnes âgées résidant dans les ressources intermédiaires privées
et les ressources d'hébergement de psychiatrie gériatrique de
l'Hôpital Louis H. Lafontaine**

par

Jocelyn Bisson, M.Sc. (1, 2, 3)

Michelle Dionne, Inf., M.Sc. (Sc. inf.) (4)

Nicole Ricard, Ph.D. (2,3,4)

1 – Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté,
Hôpital Louis-H. Lafontaine

2 – Module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques,
Hôpital Louis-H. Lafontaine

3 - Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine

4 – Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

**Rapport de recherche présenté à la
Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la
communauté, Hôpital Louis-H. Lafontaine**

28 avril 2004

La référence suggérée pour ce rapport est :

Bisson J., Dionne M. et Ricard N. (2004). *La santé, l'autonomie fonctionnelle et les besoins de soins des personnes âgées résidant dans les ressources intermédiaires privées et les ressources d'hébergement de psychiatrie gériatrique de l'Hôpital Louis H. Lafontaine*. Rapport de recherche déposé à la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.

Les auteurs sont :

Jocelyn Bisson, M.Sc. (psycho.),
Conseiller à la recherche et à l'évaluation, DSRHC, HLHL,
Coordonnateur du Module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques,
Centre de recherche Fernand-Seguin, HLHL

Michelle Dionne, Inf., M.Sc. (sc. inf.),
Infirmière et étudiante à la maîtrise en Sc. infirmières à l'Université de Montréal

Nicole Ricard, Inf., Ph.D.
Chercheure au Centre de recherche Fernand-Seguin, HLHL,
Professeure titulaire et vice-doyenne aux études supérieures et à la recherche, Faculté des sciences
infirmières, Université de Montréal.

On peut se procurer des copies additionnelles de ce rapport,

par courrier :

La Direction des Services de Réadaptation et d'Hébergement dans la Communauté
Hôpital Louis-H. Lafontaine
7401 rue Hochelaga
Montréal, QC
H1N 3M5

par téléphone : (514) 251-4000, poste 4017,

ou par courriel : jbisson.hlhl@ssss.gouv.qc.ca

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 2004
Bibliothèque Nationale du Canada, deuxième trimestre 2004
ISBN 2-922577-27-9

© Direction des Services de Réadaptation et d'Hébergement dans la Communauté,
Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal, Québec, Canada.

Remerciements

Cette étude n'aurait jamais pu être réalisée sans la contribution de nombreuses personnes. Les trois auteurs de ce rapport tiennent ici à les remercier toutes très chaleureusement.

Un très grand merci :

- à tous les résidents des ressources intermédiaires privées (RIP) et des ressources d'hébergement de psychiatrie gériatrique (HPG) qui ont consenti à ce que des renseignements à leur égard soient recueillis confidentiellement dans le cadre de cette étude ;
- aux responsables de RIP, pour leur soutien aux évaluateurs et leur collaboration à ce projet;
- aux intervenantes en service social de la DSRHC—nommément Martine Montreuil, Sylvie Pelletier, Annie-Claude Coderre, Ghyslaine Lemay et Jacynthe Girard—ainsi qu'aux travailleuses et travailleurs sociaux du Service social de la Direction des services professionnels de HLHL qui ont rempli les questionnaires sur l'autonomie fonctionnelle (SMAF), nommément : Élise Badey, Michel Barbero, Odette Beaumont, Diane Carle, Gisèle Cousin, Annie Dandois, Carole Demers, Lyne Dumont, Ruth Fowlow, Gisèle Godin, Guylaine Grenier, Louisette Lepage, Christine McGowan, France Ouellet, Luc Paquin, Sylvain Racette, Marie-France Racine Gagné, Sylvie Therrien et Isabelle Uribé ;
- aux infirmiers et infirmières de la DSRHC qui ont complété les questionnaires sur la santé mentale et le fonctionnement social, nommément : Colette Bastien, Fernand Carle, Mario Dudemaine, Sylvain Dumont, Yvon Lemaire, Denise Proulx, Jean-Paul Ricard, Marlène Tremblay et Fabien Villeneuve ;
- à Diane Frezza, infirmière, qui a complété les questionnaires sur la santé physique ;
- à Yves Leblanc, assistant de recherche, pour la saisie informatique des données ;
- à Pierre Mercier, chef de service au Suivi clinique des personnes (DSRHC), Lise Madon, adjointe au chef de service au Suivi clinique des personnes (DSRHC), Lucie Aubry, chef de service au Service d'hébergement de psychiatrie gériatrique, Michel Bernier, chef de service intérimaire au Service d'hébergement de psychiatrie gériatrique, Évelyne Giroux, chef de service au Service social de la Direction des services professionnels et Josée Charlebois, coordonnatrice au Service social de la Direction des services professionnels, pour leur contribution à la bonne conduite du terrain d'enquête ;

- à Lucie Aubry, et à Herman Alexandre, directeur adjoint à la DSRHC, pour leur contribution à l'élaboration et la mise sur pied du projet de recherche ;
- aux membres du comité de lecture et de révision du rapport, nommément : Jean-Jacques Leclerc, directeur de la DSRHC, Sylvie Cadorette, chef de service au Service de coordination des ressources, Herman Alexandre Lucie Aubry, Pierre Mercier, Michel Bernier et Lise Madon (cités plus haut) ;
- à Doris Clerc, directrice à la Direction des services professionnels de HLHL, pour son aval à la consultation des dossiers clients pour les fins de l'étude ;
- au Comité d'éthique de l'Hôpital et au Comité d'évaluation scientifique de l'Hôpital pour son soutien au projet et ses bonnes recommandations ;
- à Nicole Malo, curatrice publique, pour son consentement au nom des résidents sous curatelle publique sélectionnés pour l'étude ;
- aux tuteurs ou curateurs privés pour leur consentement au nom de leur proche sélectionné pour l'étude ;
- à Nicole Dubuc, chercheure à l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, pour son aide face aux nombreuses questions que nous lui avons posées concernant le SMAF, et pour sa thèse, qui fut une grande source d'inspiration et d'information pour la conception de cette étude et la rédaction de ce rapport ;
- à Patrick Boissy, chercheur à l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, pour nous avoir donné accès à l'application eSMAF, encore à cette époque à sa version beta ;
- et, en fin, mais absolument pas les moindres dans notre appréciation, merci à Marcel Bélisle, infographe à HLHL, pour la réalisation de la page couverture du document, et à Louise Dugas, secrétaire administrative à la DSRHC, pour la révision finale du texte.

Contexte théorique

En 1997, le gouvernement québécois réaffirmait sa volonté de poursuivre et de maintenir la désinstitutionnalisation afin que les personnes présentant un problème de santé mentale soient traitées et vivent de façon décente dans la communauté (Rochon, 1997). En conséquence, les soins et les services offerts dans ces nouveaux milieux de vie doivent correspondre aux besoins des clientèles-cibles parmi lesquelles se trouvent les personnes souffrant d'un problème de santé mentale (Fleury et Ouadahi, 2002). Ainsi, afin de répondre au besoin d'hébergement de cette clientèle longuement institutionnalisée, divers types de résidences ont été développées. Ces résidences ont été classées en ressources alternatives ou communautaires, intermédiaires et institutionnelles en fonction de la capacité de réinsertion dans la communauté des personnes atteintes d'un problème de santé mentale (White et Mercier, 1991; White, 1992). Toutefois, la plupart des personnes qui étaient en institution auparavant se sont retrouvées dans les ressources intermédiaires (Beecham et Lesage, 1997; Dayson, 1993; Rothbard et al. 1999; Lesage et Contandriopoulos, 1999). De plus, on remarque que plus de 40% des personnes atteintes d'un problème de santé mentale qui ont été dirigées en 1989 dans ces ressources intermédiaires étaient âgées de 50 ans et plus en 1996 (Lesage et Contandriopoulos, 1999). Or, ces personnes ont vieilli et semblent actuellement présenter de plus en plus de problèmes de santé physique non seulement liés au vieillissement mais également en raison du fait que les personnes atteintes de troubles mentaux présentent plus de problèmes de santé physique que la population en général (Bartels et Liberto, 1996). Force est de constater que l'on connaît très peu de choses au plan de la santé mentale et de la santé physique de ces personnes vieillissantes résidant dans ces ressources d'hébergement.

C'est à cette réalité que les gestionnaires et les cliniciens de la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté (DSRHC) de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, sont confrontés. En effet, ces derniers ont observé que la santé physique et le fonctionnement des personnes atteintes d'un problème de santé mentale qui avançaient en âge se détérioraient et que les soins actuellement fournis par les infirmières et les divers intervenants professionnels ou non professionnels pouvaient ne plus répondre aux besoins de soins de ces personnes. La prise en charge de cette clientèle est de plus en plus complexe et exigeante et la nécessité de combler les besoins de soins représente un apport de soins de base et spécialisés considérable qu'il est actuellement difficile d'évaluer et de planifier de façon adéquate. C'est ce constat qui préoccupe, et c'est dans un esprit d'approche intégrée communautaire que l'on s'intéresse à la santé et aux besoins de soins de cette clientèle afin de prévenir les détériorations, les traiter le

cas échéant, maintenir et améliorer les acquis de santé et, lorsque c'est possible, instiller un pouvoir d'agir pour ces personnes âgées souffrant d'un problème de santé mentale.

À cet égard, il apparaît pertinent de se demander quel est l'état de santé physique et mental, le niveau d'autonomie fonctionnelle et les besoins de soins des personnes âgées atteintes d'un problème de santé mentale qui demeurent dans ces ressources d'hébergement. Or, jusqu'à maintenant très peu d'études ont été menées en vue de décrire la santé, l'autonomie fonctionnelle et les besoins de soins de cette clientèle d'âge avancé, et à notre connaissance, aucune étude québécoise n'a été menée en ce sens. Partant de ce fait, il apparaîtrait primordial aux gestionnaires, chercheurs et cliniciens en santé mentale d'obtenir plus d'information à ce sujet et d'entreprendre, dans un premier temps, une étude visant à décrire l'état de santé et l'autonomie fonctionnelle pour mieux cerner les besoins de soins de cette clientèle

Buts de l'étude et objectifs du rapport

Le but de cette étude est de décrire la santé physique et mentale, l'autonomie fonctionnelle et les besoins de soins des personnes âgées atteintes d'un trouble mental demeurant dans les ressources intermédiaires privées (RIP) et les deux ressources d'hébergement de psychiatrie gériatrique (HPG) de la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté (DSRHC) de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (HLHL). De plus, afin de mieux mettre en perspective le profil de santé et d'autonomie de la clientèle des RIP et HPG, nous avons comparé les résultats obtenus pour cette clientèle à ceux rapportés dans d'autres études avec les mêmes instruments de mesures pour d'autres clientèles de HLHL.

Recension des écrits

Lorsqu'il est question de la santé physique des personnes âgées, il faut prendre en considération la présence concomitante de plusieurs affections, résultant des phénomènes pathologiques liés au vieillissement, de séquelles de maladies anciennes et de maladies chroniques ou aiguës en cours d'évolution (Harboun & Ankri, 2001). Ces auteurs précisent que les études auprès des personnes âgées qui ne tiennent compte que d'une pathologie ont des limites méthodologiques importantes au niveau de la représentativité et de l'extrapolation des résultats. En effet, selon Katz, Streim & Parmelee (1994), la comorbidité physique semble être la norme chez les personnes âgées. Toutefois, si l'on veut intervenir auprès des personnes âgées, il est nécessaire d'améliorer nos connaissances sur la condition de santé de ces personnes en allant au-delà des symptômes et des diagnostics étiologiques et physiopatho-

logiques usuels en procédant à une évaluation fonctionnelle de leur santé (Hébert, Guilbault, Desrosiers & Dubuc, 2001).

Ce type d'évaluation fournit des informations sur l'impact des maladies et sur comment celles-ci affectent le fonctionnement de la personne; de plus, elle guide le clinicien ou le gestionnaire sur les soins et les services à donner en vue d'alléger les pertes subies à ce niveau (Hébert, Guilbault et al. 2001). Une conception fonctionnelle de la santé permet de refléter cette réalité, ce qui implique que pour évaluer les besoins de soins d'une personne âgée, non seulement il faut tenir compte des problèmes de santé qui peuvent se manifester, mais aussi du retentissement que ces problèmes ont sur son autonomie fonctionnelle (Hébert, 1997; Jette, Assman, Rooks, Harris & Crawford, 1998; Lawrence & Jette, 1996). Bien souvent chez les personnes âgées atteintes d'un problème de santé mentale, la perte d'autonomie peut être un indicateur subtil d'une détérioration physique, cognitive ou mentale qui sans l'évaluation fonctionnelle pourrait difficilement être détectée (Nagi, 1991). Puisque la perte d'autonomie constitue un des modes de présentation les plus fréquents des maladies chez la personne âgée (Hébert, 1997), il apparaît important d'en tenir compte au même titre que la santé physique chez les personnes âgées présentant un problème de santé mentale.

C'est à partir de ce concept de l'autonomie fonctionnelle qu'une équipe de chercheurs en gérontologie et gériatrie de Sherbrooke ont entrepris de nombreuses recherches depuis une vingtaine d'années auprès des personnes âgées en perte d'autonomie (voir les références de Hébert et Dubuc). Cette équipe a développé un instrument de mesure de l'autonomie fonctionnelle (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle : SMAF) qui est très reconnu et qui permet également de classer les personnes âgées en perte d'autonomie selon différents profils-types de perte d'autonomie fonctionnelle (Hébert, Guilbault et al. 2001). Pour les différents intervenants qui doivent travailler auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, ces profils de perte d'autonomie fonctionnelle donnent un portrait de la clientèle (Dubuc, 2002) permettant ainsi d'assurer la coordination des soins et des services en fonction de la perte d'autonomie des résidents et non en fonction des ressources de santé disponibles (Fleury & Ouadahi, 2002). L'étude de Dubuc (2002), dont les résultats ont mené à l'identification de ces profils-types, a été réalisée auprès d'un large échantillon de personnes âgées au Québec résidant dans la communauté et dans diverses ressources d'hébergement. Toutefois, cette étude ne s'adressait pas à des populations spécifiques de personnes âgées présentant un problème de santé mentale. Aucune étude, à notre connaissance, n'a porté spécifiquement sur les personnes âgées atteintes d'un problème de santé mentale qui demeurent dans des ressources intermédiaires, et qui présentent également des problèmes de santé physique et

des pertes d'autonomie marqués amenés par le vieillissement et la persistance des troubles mentaux.

Par ailleurs, c'est à partir des problèmes de santé qui vont se manifester par des incapacités que l'on pourra déterminer les besoins de soins et conséquemment les interventions et les ressources nécessaires (Kovess et al. 2001). Selon Van Haaster, Lesage, Cyr et Toupin (1994), la mesure des besoins de santé mentale permet d'évaluer la pertinence des services et va plus loin que la mesure des états de santé qui ne fait que constater que les personnes les plus handicapées se retrouvent dans les structures les plus structurées. Les besoins de soins en santé mentale ont été amplement étudiés (voir Kovess et al. 2001). Cependant, la mesure des besoins de soins en santé mentale à des fins de planification s'avère complexe. La planification en fonction des besoins de soins peut se faire, entre autres, avec les données recueillies auprès des populations spécifiques utilisatrices d'un système de soins et en fonction d'une problématique particulière. Dans la présente étude, les besoins de soins sont évalués pour une clientèle spécifique et une problématique spécifique, soit les personnes âgées souffrant d'un problème de santé mentale, utilisatrices de ressources d'hébergement et qui sont en perte d'autonomie croissante. Une approche directe de mesure des besoins de soins est donc préconisée dans un tel cas (Kovess et al. 2001). Cette approche a l'avantage d'identifier des besoins de soins auprès de la personne elle-même ou d'une autre personne connaissant cette dernière, au moyen d'outils d'évaluation appropriés qui renseignent sur la prévalence des problématiques particulières chez une population spécifique.

Toutefois, les besoins de soins des personnes âgées ayant un problème de santé mentale ont été pour ainsi dire très peu étudiés par les chercheurs en santé mentale (Cohen et Talavera, 2003). À notre connaissance, une seule étude au Québec (Préville, Hébert, Bravo & Boyer, 2000) s'est intéressée aux besoins de soins en santé mentale chez les personnes âgées vivant dans le milieu naturel et en institution dans l'optique de l'approche directe auprès d'une population spécifique avec une problématique spécifique (ici, une perte d'autonomie significative). Les besoins de soins identifiés étaient en fonction de la présence de détresse psychologique et de limitation fonctionnelle, de la consommation de psychotropes et de la diminution de l'utilisation des services avec l'âge. Selon Proctor, Morrow-Howell, Rubin et Ringenberg (1999), les besoins de soins des personnes âgées ayant un trouble mental grave peuvent être mesurés par la perte d'autonomie fonctionnelle, comme l'ont fait Préville et al. Cependant, les besoins de soins en santé mentale des personnes âgées atteintes d'un problème de santé mentale grave et de longue durée, et qui vivent dans des ressources intermédiaires, n'ont pas été étudiés jusqu'à maintenant spécifiquement sous l'angle de

l'autonomie fonctionnelle. Déterminer les besoins de soins en fonction de la perte d'autonomie fonctionnelle s'avère ainsi une stratégie pertinente, d'autant plus que les problèmes de santé chez les personnes âgées se manifestent bien souvent de cette manière (Hébert, 1997).

En somme, les écrits sur les besoins de soins insistent sur la nécessité d'avoir un profil des incapacités des personnes âgées atteintes d'un trouble mental avant de déterminer leurs besoins de soins. Selon Proctor et al. (1999), on peut déterminer les besoins de soins en fonction de la perte d'autonomie chez ces personnes, mais il ne faut pas uniquement tenir compte de la dimension fonctionnelle de la santé. Lorsqu'il s'agit des personnes âgées, Hébert (1997) précise d'ailleurs que les problèmes de santé devraient être également considérés au même titre que la perte d'autonomie fonctionnelle. C'est donc dans cette optique qu'il apparaît nécessaire d'avoir un profil exhaustif de la santé des personnes âgées présentant un problème de santé mentale. En plus d'investiguer la perte d'autonomie et les besoins de soins qui en découlent, il serait indiqué de retenir également la présence de multiples maladies physiques qui peuvent exacerber les troubles mentaux déjà existants (Proctor et al. 2003) avec lesquels plusieurs de ces résidents vivent depuis longtemps.

Méthode

Devis de recherche, échantillon et milieu

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un devis de recherche quantitatif descriptif par enquête. Il vise la population entière des personnes âgées de 55 ans et plus présentant un problème de santé mentale hébergées dans les 16 ressources intermédiaires privées (RIP) et les deux ressources d'hébergement en psychiatrie gériatrique (HPG) de la DSRHC à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Plus simplement, nous référerons à la clientèle des RIP-HPG, ou clientèle à l'étude. Cette population comprend 235 personnes. Pour les fins de l'étude, et afin d'alléger le terrain d'enquête, un échantillon aléatoire par grappe fut sélectionné : soit un résident éligible sur deux dans chaque ressource. Chaque résident devait répondre aux critères d'inclusion suivants : (1) être âgé de 55 ans et plus; (2) présenter un problème de santé mentale; (3) résider dans une des ressources intermédiaires susmentionnées depuis au moins un mois; (4) et recevoir des soins et des services depuis au moins un mois de la DSRHC. Au total, 135 personnes furent ainsi sélectionnées. De ce nombre, sept personnes ont dû être éventuellement retirées de l'échantillon car non éligibles (placées en CHSLD ou hospitalisées) et 11 ont soit refusé de participer à l'étude ou n'ont pas fourni de formulaire de consentement de participation à l'étude. Ainsi, 117 résidents ont participé à l'étude sur un échantillon de 128 personnes éligibles, pour

un taux de réponse de 91.4%. De ce nombre, 79 ont fourni un consentement signé par eux-mêmes, 5 un consentement signé par un tuteur privé et 51 un consentement signé par le curateur public. La période de cueillette de données s'est déroulée du 20 novembre 2003 au 10 janvier 2004.

Variables et instruments de mesure

Cinq types de variables ont été mesurés: la santé mentale, la santé physique, l'autonomie fonctionnelle, les besoins de soins et les ressources utilisées pour combler ces besoins.

La santé mentale

La santé mentale est mesurée par le *Health of the Nation Outcome Scales 65+* (HoNOS 65+), une légère adaptation du questionnaire HoNOS (Wing et al., 1998) pour les personnes âgées (65 ans et plus; Burns et al. 1999). De façon générale, l'HoNOS est conçu pour mesurer les résultats de la prise en charge en santé mentale en regard de divers symptômes et du fonctionnement social. C'est un instrument court, précis et simple destiné à être utilisé de routine par les praticiens. Plusieurs études en ont démontré la fidélité et la validité, tant dans sa version originale (Wing et al.1998; Amin et al. 1999; Orrell, Yard, Handysides & Schapira, 1999), sa traduction française (Lauzon et al. 2001), que dans son adaptation aux personnes âgées (Burns et al. 1999). La version utilisée dans la présente étude est le HoNOS-F 65+ (Bisson 2003), une adaptation de la version française de Lauzon et al. (HoNOS-F) pour la rendre conforme au HoNOS 65+. L'instrument comprend 12 énoncés présentant chacun un type de symptôme, de trouble ou de déficit de fonctionnement. Pour chaque énoncé, une définition précise et des exemples permettent de situer le niveau de déficit du patient au cours de la période de référence (généralement et dans notre cas, les deux dernières semaines). De façon générale, le barème de l'échelle va comme suit: (0) pas de problème; (1) problème mineur ne requérant pas d'intervention ; (2) problème léger mais perturbateur; (3) problème modérément grave ; (4) problème grave à très grave. L'instrument, dans sa version originale anglaise, est censé mesurer 4 dimensions: les problèmes de comportement, les handicaps, les symptômes et les problèmes sociaux. Cependant, les analyses de validation de Lauzon *et al.* (2001) sur la version française de l'instrument semblent plutôt indiquer la présence d'une seule dimension constituée des 12 énoncés de l'échelle. L'échelle globale représente la somme des scores aux 12 énoncés. La consistance interne de l'échelle avec les données obtenues dans la présente étude est de 0.78. Le même degré de consistance interne fut aussi rapporté par Lauzon et al. Ces auteurs, qui ont aussi indiqué des corrélations plutôt faibles entre les énoncés, suggèrent d'interpréter ce score global avec prudence et aussi d'utiliser et

d'interpréter les résultats à chacun des énoncés. Pour les fins d'analyses, les résultats aux énoncés individuels seront donc évalués, au même titre que le score global.

Par ailleurs, pour des fins d'analyses descriptives et comparatives, nous avons aussi dichotomisé les résultats à chacun des énoncés de façon à identifier les résidents ayant des problèmes modérés à graves (score de 2+). Cette dichotomisation permet d'évaluer la prévalence de différents problèmes de fonctionnement. Enfin, à partir de ces indices, nous avons également construit un autre indicateur global du fonctionnement, soit le nombre d'énoncés cotés 2+, qui représente le nombre de problèmes ou déficits de fonctionnement. La consistance interne pour cet indicateur est de 0.69.

La santé physique

La santé physique est mesurée à l'aide du *Cumulative Illness Rating Scale-Getriatric* (CIRS-G) de Miller *et al.* (1992; Miller, Paradis & Reynolds III, 1991). Cet instrument a été développé dans le but de fournir une quantification appropriée de la gravité des maladies physiques chez les personnes âgées incluant celles souffrant d'un trouble mental. Il a été conçu à la fois pour la recherche et la pratique. Le CIRS permet une revue exhaustive des problèmes de santé physique en les classant par 12 systèmes : cardiaque, respiratoire, yeux-nez-oreilles-gorge-larynx, digestif supérieur, digestif inférieur, foie, génito-urinaire, musculosquelettique-peau, neurologique, endocrine-métabolique-seins, psychiatrique. Dans le CIRS-G, on a ajouté deux autres systèmes (vasculaire et hématopoïétique), lesquels sont fréquemment touchés à l'âge avancé. Le score mesure la gravité de l'atteinte d'un système sur une échelle allant de 0 (pas d'atteinte) à 4 (atteinte grave et extrême requérant un traitement immédiat ou une atteinte grave dans le fonctionnement du système ou une dysfonction totale du système). Un espace est prévu dans l'instrument pour ajouter des informations pertinentes. On peut obtenir cinq scores : 1) le nombre de systèmes atteints; 2) le score total (maximum : 56); 3) un index de gravité (ratio du score global sur le nombre de systèmes atteints); 4) le nombre de systèmes cotés 3 ; et 5) le nombre de systèmes cotés 4. L'instrument est rempli par un professionnel de la santé à l'aide des données présentes au dossier médical de la personne. Dans la présente étude, une infirmière formée à son usage a rempli le CIRS-G pour l'ensemble des résidents de l'échantillon. La fidélité inter-juges, la validité apparente et concomitante ainsi que la sensibilité au changement du CIRS et CIRS-G ont été démontrées (Miller *et al.*, 1992; Linn, Linn et Gurel, 1968). Pour les fins de cette étude, nous avons utilisé la version anglaise de l'instrument et une traduction française maison du manuel d'utilisation.

L'autonomie fonctionnelle

L'autonomie (incapacité fonctionnelle) fonctionnelle est mesurée par le *Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle* (SMAF) de Hébert, Carrier et Bilodeau (1988). Cet instrument comprend 29 items développés à partir de la classification des déficits, incapacités et handicaps de l'ONU (World Health Organization, 1980). Il mesure les habiletés fonctionnelles dans cinq domaines : les activités de la vie quotidienne (AVQ, 7 items), la mobilité (6 items), la communication (3 items), les fonctions mentales (5 items) et les tâches domestiques (8 items). Une sixième dimension, développée par Cadieux-Pinsonneault (2001), porte sur le fonctionnement social et comprend six énoncés. Bien que cette dimension ne fait pas partie intégrante de la version du SMAF utilisée dans l'Outil d'évaluation multiclientèle (MSSS, 2003), les concepteurs du SMAF avaient noté l'importance d'une telle dimension.

Chaque énoncé du SMAF comprend cinq questions distinctes. La **première** porte sur le niveau d'incapacité fonctionnelle¹ de la personne évaluée sur la tâche en question (ex. se nourrir) et est cotée sur une échelle de 0 à 3. Chaque point de l'échelle est bien défini avec des exemples spécifiques à l'appui. De façon générale, le barème de l'échelle va comme suit : **0** (aucun problème), **0,5** (difficulté) ; **1** (incapacité modérée) ; **2** (incapacité importante) ; et **3** (incapacité totale). La **deuxième** question évalue le handicap (ou besoin de soins non comblé) : elle vise à identifier si l'utilisateur a les ressources ou l'aide nécessaire pour pallier l'incapacité. La réponse est dichotomique (oui / non). Dans la négative, il y a présence d'un handicap (i.e. d'un besoin de soins non comblé), et son intensité correspond à l'intensité de l'incapacité. Ainsi, si l'incapacité est totale (i.e. 3), le handicap est évalué à 3 (besoin total d'aide). Les **troisième** et **quatrième** questions portent sur les ressources effectivement en place pour pallier l'incapacité : soit quelles ressources (question 3) et si ces ressources sont stables dans le proche avenir (en diminution, stable, en augmentation). Enfin, la **cinquième** question de chaque énoncé permet à l'évaluateur d'inscrire ses commentaires afin d'expliquer sa cotation ou de préciser la problématique de l'utilisateur.

Le score total minimal d'incapacité fonctionnelle est de 0 et représente une absence totale d'incapacité et donc une autonomie totale dans tous les domaines d'activités. Le score total maximal est de 105 (87 pour le SMAF original et 18 pour la sixième dimension) et représente une incapacité totale dans tous les domaines. Le SMAF doit être administré par un professionnel de la santé formé à son usage. Règle générale, les travailleurs sociaux reçoivent

tous une formation de deux jours à l'Outil Multiclientèle, incluant le SMAF. Les données peuvent être recueillies auprès du résident, ou de son tuteur, ou peuvent être obtenues par observation. Sa validité a été testée dans plusieurs études (Hébert et Bilodeau, 1986; Hébert, Carrier et Bilodeau, 1988; Hébert, 1997). Sa fidélité fut également bien démontrée, tant au plan des accords inter-juges que des mesures test-retest (Desrosiers, Bravo, Hébert & Dubuc, 1995). La validité et la fidélité de la sixième dimension ont été également démontrées (Cadieux-Pinsonneault, 2001).

Les profils ISO-SMAF

En plus des mesures tirées du SMAF, des profils d'usagers ont été établis sur la base des profils ISO-SMAF développés par Dubuc (2002). Ces profils (présentés au Tableau 3.3) sont une classification des usagers en fonction de leur niveau de perte d'autonomie fonctionnelle et de leurs besoins de soins. Les 29 items du SMAF original ont servi à développer cette classification en quatorze profils. Chaque profil est relativement homogène quant aux types et au degré d'incapacité dans les cinq domaines d'activités du SMAF original (AVQ, mobilité, communication, fonctions mentales et tâches domestiques). Notons qu'en plus de la nature particulière des types d'incapacités observées d'un profil à l'autre, on observe une progression croissante de perte d'autonomie du premier au dernier profil (14ième). Ces profils ont aussi été décrits en fonction de variables socio-démographiques (âge, sexe) et de variables comme l'atteinte cognitive, les heures requises de soins infirmiers et d'assistance, de surveillance et de soutien ainsi que le coût des services associés (Dubuc 2002). Ces caractéristiques font de ce questionnaire un outil fort utile au plan de la gestion clinico-administrative des cas. Il peut être utilisé auprès de toutes les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle que l'on peut rencontrer dans les divers services de soins de longue durée que ce soit à domicile, en milieu intermédiaire ou en institution. La thèse de Dubuc (2002) présente plusieurs résultats démontrant la validité de cette classification et de sa valeur prédictive au plan des heures-soins requises. Enfin, notons qu'un logiciel fut développé par le Centre d'expertise de l'Institut de gériatrie de Sherbrooke pour calculer ces profils sur la base des réponses au SMAF original, soit le eSMAF (Boissy, 2004) C'est l'outil que nous avons utilisé pour la saisie des données du SMAF et le calcul des profils.

¹ Les auteurs du SMAF parlent d'autonomie fonctionnelle et les cotes sont négatives, signifiant que plus les cotes sont basses, moins la personnes est autonome. Pour plus de clarté et de simplicité, nous préférons parler directement d'incapacité fonctionnelle et de niveaux d'incapacité. En ce sens, les cotes d'incapacité sont positives : plus elles sont élevées, plus grande est l'incapacité.

Les handicaps

Tel que mentionné plus haut, l'intensité d'un handicap correspond à l'intensité de l'incapacité non comblée. Elle varie de 0 à 3 : 0 dans le cas d'un énoncé où l'utilisateur est autonome ou présente une incapacité mais a les ressources nécessaires pour y pallier, et 3 dans le cas d'une incapacité totale qui ne serait pas comblée avec les ressources nécessaires et suffisantes. Pour les fins des analyses, nous avons calculé un score total de handicap qui correspond à la somme des mesures de handicap pour les 35 énoncés du SMAF. Comme la mesure d'autonomie, ce score varie de 0 (aucun handicap) à 105 (handicap total, ou incapacité totale jamais comblée). Des scores cumulatifs sont également calculés dans chacun des six domaines d'activités (AVQ, mobilité, etc.) afin de mieux évaluer les types particuliers de besoins non comblés.

Les ressources

Tel que mentionné plus haut, le SMAF permet à l'évaluateur de préciser, pour chaque incapacité comblée, les ressources qui permettent de combler l'incapacité. Huit types de ressources sont définies : le résident (0), la famille (1), le voisin (2), un employé (3), une auxiliaire familiale (4), une infirmière (5), un bénévole (6), une autre personne (7). Jusqu'à trois ressources différentes peuvent être identifiées pour chaque incapacité. En outre, l'évaluateur doit évaluer la stabilité des ressources identifiées. On doit répondre à l'énoncé suivant: "dans les semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : - diminuent, + augmentent ou • restent stables ou ne s'applique pas".

Contexte et déroulement de l'étude

Ce projet est issu initialement d'un questionnement des gestionnaires et des cliniciens de la *Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté* (DSRHC) de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (HLHL) quant à l'alourdissement potentiel de la clientèle des ressources intermédiaires privées et des hébergements de psychiatrie gériatrique (RIP-HPG). Ce questionnement mena à l'établissement d'un partenariat avec Mme Lucie Aubry, chef de service pour les ressources d'hébergement de psychiatrie gériatrique, M. Herman Alexandre, directeur adjoint à la DSRHC et les auteurs de ce rapport et du projet de recherche (Dionne, Ricard et Bisson, 2003). M. Bisson a assumé la coordination du terrain d'enquête, la conduite des analyses et, en collaboration avec Mesdames Dionne et Ricard, la production du rapport de recherche.

L'étude, ou plus spécifiquement le terrain d'enquête, débuta dès l'acceptation du protocole de recherche par le comité d'éthique de la recherche et le comité d'évaluation scientifique de l'établissement, en date du 8 octobre 2003. Les infirmier(ère)s et les intervenantes en travail social de la DSRHC ont été invités à collaborer à l'étude, de même que les travailleuses et travailleurs sociaux de Direction des services professionnels (DSP) de l'Hôpital qui assuraient le suivi des résidents ciblés par l'étude et les propriétaires des ressources intermédiaires privées. Une lettre signée des chercheurs leur a été envoyée dans laquelle étaient expliqués la raison et le but de l'étude, les personnes visées, la nature de la collaboration demandée ainsi que les avantages de cette collaboration pour les résidents, les intervenants et les responsables de ressources.

Plusieurs personnes ont été appelées à participer à l'évaluation. Les intervenantes en service social de la DSRHC et les travailleurs sociaux de la DSP avaient à compléter le SMAF. À chacun d'eux, une liste était remise identifiant parmi leurs clients ceux sélectionnés pour l'étude et pour lesquels ils devaient compléter un SMAF. Les intervenants avaient du 20 novembre 2003 au 10 janvier 2004 pour remplir les questionnaires et les retourner aux chercheurs. Ils étaient invités à consulter le personnel ou le responsable de la ressource pour obtenir la perception la plus juste possible du fonctionnement du client et répondre le plus justement au questionnaire.

Les intervenants sociaux étaient également invités à obtenir le consentement des résidents pour permettre la collecte de renseignements à leur égard. Le formulaire de consentement fut rédigé selon les normes du Comité d'éthique de la recherche de l'établissement. Une feuille de consignes était fournie aux intervenants pour l'administration du questionnaire et l'obtention du consentement. Ils devaient notamment expliquer au résident le but et le déroulement de l'étude, faire signer le résident et lui laisser la partie 1 du formulaire de consentement décrivant l'étude et signée par le chercheur. Aucune donnée recueillie sur les résidents ne fut intégrée dans les analyses sans l'obtention de ce consentement. Dans le cas des résidents sélectionnés sous curatelle publique, nous avons obtenu le consentement du curateur. La liste complète des résidents sélectionnés sous curatelle publique fut acheminée au Curateur, et ce dernier nous retourna un formulaire signé de sa main pour chacun des résidents identifiés. Pour les résidents sous curatelle ou tutelle privée, le consentement fut demandé et obtenu des personnes identifiées comme curateurs ou tuteurs. Suite à l'avis de Mme Élise St-Amant, Commissaire locale à la qualité des services à HLHL, une copie du consentement fut versé au dossier de chaque résident.

D'autre part, les infirmiers et infirmières des ressources visées par l'étude avaient à remplir le questionnaire HoNOS-F 65+. ² Une liste leur fut remise pour identifier parmi leurs clients ceux qui étaient sélectionnés pour l'étude et pour lesquels ils devaient remplir un HoNOS. Une formation de deux heures à l'HoNOS fut donnée par M. Bisson à tou(te)s les infirmier(ère)s participant à l'étude. D'autres études réalisées par M. Bisson avec l'HoNOS ont montré qu'une formation de deux heures à cet instrument était suffisante pour en assurer une utilisation fiable. Cette formation comprenait des exercices de cotation à partir de vignettes, afin d'avoir une bonne compréhension de l'instrument et une homogénéité dans la façon de coter différents types de problèmes observés en pratique psychiatrique. Encore ici, M. Bisson s'est montré disponible à répondre aux questions des infirmier(ère)s, si besoin était, durant la période du terrain d'enquête. Mme Diane Frezza, infirmière clinicienne, fut embauchée pour la consultation des dossiers médicaux et la cotation des CIRS-G. Une permission signée fut obtenue du Dr Doris Clerc, directrice à la DSP, pour accéder aux dossiers médicaux aux archives de l'hôpital. Une autre personne, M. Yves Leblanc, fut embauchée pour la saisie de l'ensemble des données recueillies pour cette étude. Enfin, notons qu'un pré-test fut initialement effectué pour estimer la compréhension et le temps de passation des questionnaires et pour assurer le déroulement du terrain. Les données pour les deux résidents inclus dans ce pré-test ont été conservées dans l'étude pour fins d'analyses, au même titre que les données des autres résidents à l'étude.

Méthode d'analyse

Les analyses conduites dans cette étude sont essentiellement descriptives (i.e., moyenne, écart-type, proportion de réponses). De nombreux indicateurs ont été calculés et sont présentés, ainsi que certains résultats issus d'autres études pour fins de comparaisons. Les données relatives au questionnaire HoNOS et au CIRS-G ont été saisies sur Microsoft Access, et les données du SMAF ont été saisies à l'aide du logiciel eSMAF (Boissy, 2004). Ce logiciel fut également utilisé pour générer les profils ISO-SMAF.

² Pour simplifier le texte, nous utiliserons à moins d'avis contraire le terme général HoNOS pour désigner la version du questionnaire utilisée dans cette étude, le HoNOS-F 65+.

Considérations éthiques

Tel que mentionné précédemment, le projet de recherche fut accepté par le Comité d'éthique de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine en octobre 2003. L'équipe de recherche et ses partenaires de la DSRHC ont mis en place les mesures pour préserver la confidentialité des données, y compris le fait que les résidents n'étaient identifiés que par un numéro et que seule l'équipe de recherche avait accès au fichier nominal. De plus, les publications ou communications qui ont résulté ou résulteront de ce projet ne contiennent ou ne contiendront que des informations sur des groupes de personnes et jamais il ne sera possible d'identifier une personne en particulier. Par ailleurs, il est entendu que les "participants", autant les clients que les intervenants, pouvaient se retirer du projet de recherche en tout temps sans aucun préjudice. Les questionnaires complétés ont été codifiés afin d'assurer la confidentialité des résultats et ensuite archivés en lieu sûr au Centre de recherche Fernand-Séguin. Les résidents et les intervenants ayant participé à cette étude auront la possibilité d'obtenir une copie du rapport ou d'assister aux présentations qui seront faites pour eux.

Résultats

Résultats en lien avec la santé mentale

La distribution des problèmes de santé mentale des résidents, telle qu'évaluée à l'aide des réponses à l'HoNOS est présentée au Tableau 1.1. Ce tableau présente les statistiques descriptives (moyenne et écarts-types) pour chaque énoncé et pour l'ensemble des énoncés, ainsi que les pourcentages de résidents cotant 2+ ou 3+³ à chacun des énoncés.

Parmi les symptômes inclus dans l'HoNOS, le plus prévalent concerne les problèmes liés au stress et à l'anxiété, qui touchent deux résidents sur trois (67.5%). Ces problèmes sont importants sinon graves pour plus du quart des résidents (27.2%). Viennent ensuite les problèmes liés aux relations sociales et ceux liés aux activités de la vie quotidienne, qui concernent plus de 60% des résidents. Ces problèmes sont importants ou graves pour près du tiers des résidents, soit respectivement pour 28% et 33% des résidents. Dans près de 50% des cas, on note également des problèmes de santé physique, notamment des problèmes

3 Les cotes de 0 et 1 à l'HoNOS représentent respectivement une absence de problème ou un problème mineur ne requérant pas d'intervention; les cotes de 2 à 4 représentent respectivement des problèmes modérés requérant une intervention (2), des problèmes importants (3) et des problèmes graves ou très graves (4). Ainsi, une cote de 2+ (i.e. de 2 à 4) représente un problème modéré à grave et une cote de 3+, un problème important à grave.

importants ou graves dans 17% des cas. Les troubles cognitifs et les troubles délirants sont présents chez plus de 40% des résidents ; chez 16% d'entre eux, on note des problèmes cognitifs importants ou graves et chez 21%, des problèmes délirants importants ou graves. On peut également constater une proportion importante de problèmes de comportements hyperactifs ou agressifs : des problèmes modérés à graves chez 36% des résidents et des problèmes importants ou graves chez 10% des résidents. Des problèmes d'humeur dépressive sont notés chez 19% des résidents ; soit des problèmes modérés dans presque tous les cas (18%). Les problèmes d'abus d'alcool et de drogue ainsi que les idéations ou tentatives suicidaires sont très peu prévalentes, soit moins de 3% des résidents présentant ces problèmes. Notons enfin que 17% des résidents présentent des problèmes liés aux occupations et aux activités de jour et 5.5% des résidents ont des problèmes liés aux conditions de vie.

Tableau 1.1 Statistiques descriptives au questionnaire de santé mentale HoNOS-F 65+
(%, N = 117)

	Moy.	Écart-type	% 2 à 4 Problème modérée + (%)	% 3 à 4 Problème important + (%)
1. Comportement hyperactif, agressif	1.08	1.05	35.7	10.4
2. Idéations et tentatives suicidaires	0.12	0.42	1.8	0.9
3. Abus de drogue ou d'alcool	0.12	0.48	2.6	1.7
4. Troubles cognitifs	1.27	1.13	43.9	15.8
5. Maladie physique, handicap	1.33	1.11	46.9	16.8
6. Délires, hallucinations	1.35	1.34	41.7	20.9
7. Humeur dépressive	0.75	0.82	19.3	0.9
8. Autres troubles (stress, anxiété)	1.95	1.04	67.5	27.2
9. Problèmes de relations sociales	1.81	1.22	60.0	27.8
10. Problèmes liés aux activités vie quot.	1.83	1.17	62.3	33.3
11. Problèmes liés aux conditions de vie	0.26	0.65	5.5	2.8
12: Prob. liés aux occupations, activités	0.58	0.99	17.3	8.2
Total : score total (0 à 48)	12.52	6.71		
Nb. 2+	4.01	2.43		
Nb. 3+	1.65	1.91		

Quatre indices synthétiques ont été calculés à partir de l'ensemble des réponses à l'HoNOS. Le premier, qui indique le score total obtenu sur les 12 énoncés, se situe à 12.5 pour en moyenne pour l'ensemble des résidents. Les deux autres scores indiquent, respectivement, que les résidents ont, en moyenne, des problèmes significatifs (scores de 2+ par énoncé) dans quatre dimensions du fonctionnement, et des problèmes importants ou graves (scores de 3+) dans près de deux dimensions du fonctionnement (i.e, moy. = 1.65).

À titre indicatif, nous avons comparé ces résultats à ceux obtenus avec le même instrument auprès de clientèles différentes à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, notamment celles de l'urgence, du programme SIM et des cliniques externes (CE). Pour simplifier la comparaison, nous avons comparé les pourcentages de résidents présentant un problème significatif (cotes de 2+) aux différents énoncés de l'HoNOS. Ceux-ci sont présentés à la Figure 2.1. Premier constat, les proportions de résidents ayant des problèmes liés au stress et à l'anxiété sont très élevées dans les quatre clientèles, quoiqu'un peu plus dans celles des RIP-HPG et de l'urgence

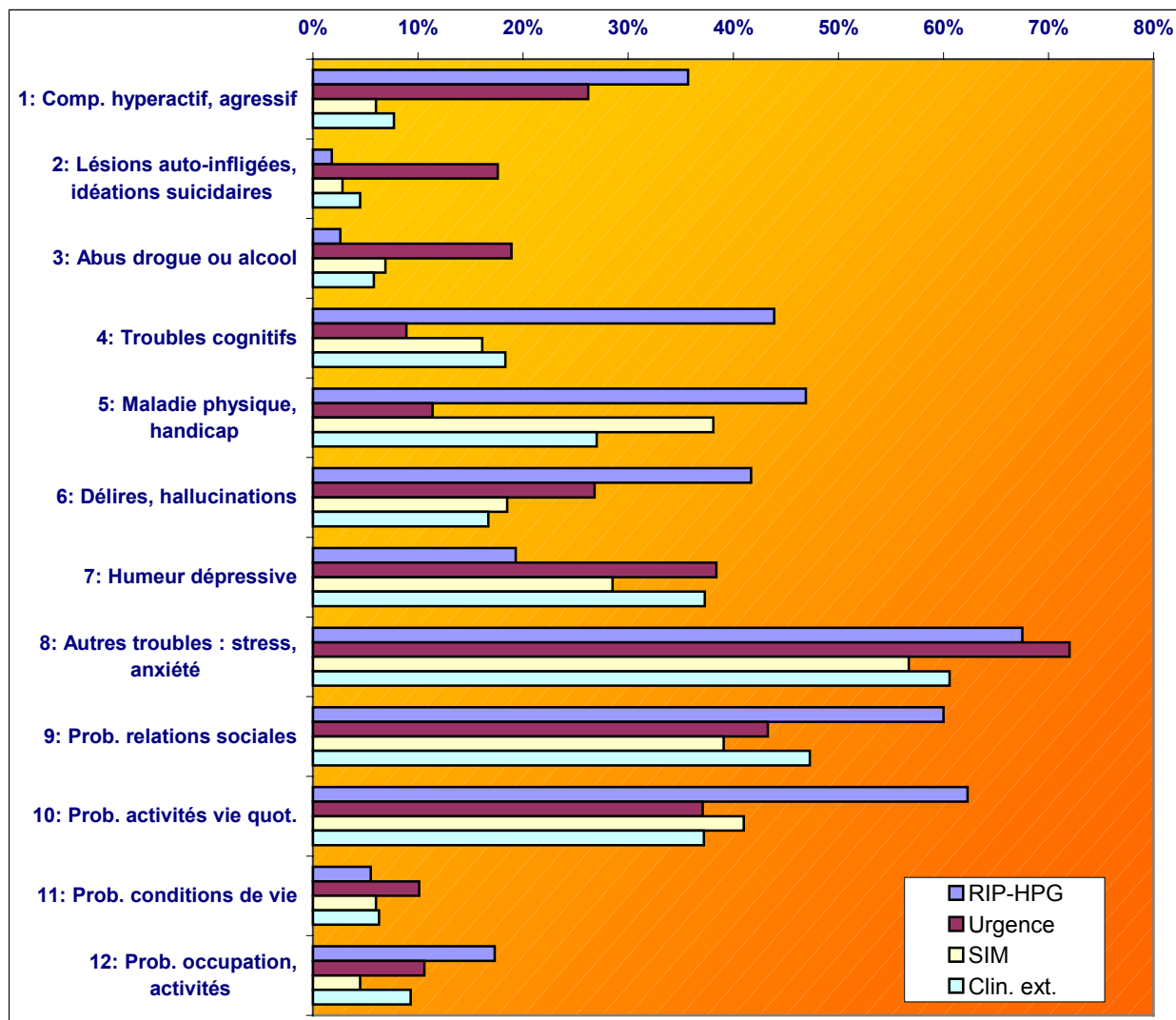


Figure 1.1 Proportions des clientèles des RIP-HPG (N = 116), de l'urgence (N = 277), du SIM (N = 249) et des cliniques externes (N = 1033) cotant 2+ aux 12 énoncés de l'HoNOS.

(environ 70%) que dans celles du SIM et des CE (environ 60%). Ensuite, les problèmes liés aux relations sociales (établir et maintenir des liens sociaux significatifs) et les problèmes liés aux AVQ sont plus prévalents chez les clients des RIP-HPG (62%) que chez les clients des trois

autres sites (~40%). La clientèle des RIP-HPG se démarque aussi nettement des trois autres clientèles avec des prévalences plus élevées de troubles cognitifs, de troubles délirants, de problèmes liés à l'agressivité et de problèmes de santé physique. Parmi les résidents des RIP et HPG, 44% ont des problèmes cognitifs, comparativement à 9% à 18% dans les trois autres sites. La prévalence de troubles délirants est de 42% dans la clientèle des RIP-HPG, de 27% dans la clientèle de l'urgence et de 17% à 19% dans la clientèle du SIM et celle des CE. Les problèmes de comportements hyperactifs ou agressifs se retrouvent chez 36% des clients des RIP-HPG, chez 26% des clients de l'urgence et chez 6% à 8% des clients du SIM et des CE. Enfin, les problèmes de santé physique se retrouvent selon cet indicateur chez 47% des clients des RIP-HPG, 38% des clients du SIM, 27% des clients des CE et 11% des clients des urgences.

La santé physique

Les résultats au questionnaire CIRS-G concernant la santé physique des résidents sont présentés au Tableau 2.1. Pour chaque système, nous présentons les scores moyens ainsi que les proportions de résidents ayant un problème modéré (score de 2), un problème significatif chronique (score de 3), un problème grave ou très grave (score de 4). Ces proportions sont également présentées sous forme graphique à la Figure 2.1. Le Tableau 2.1 comprend aussi les proportions de résidents ayant un problème modéré à grave (score de 2 à 4)⁴ et de résidents ayant un problème de santé significatif chronique ou grave (score de 3 ou 4). D'abord, on peut noter que 100% des résidents présentent selon le CIRS-G un problème psychiatrique, dont 11% ayant une atteinte grave ou très grave et 89% une atteinte significative chronique. Parmi les problèmes de santé physique, les problèmes endocriniens et métaboliques sont les plus fréquents, avec un résident sur deux (50.4%) ayant des problèmes significatifs (i.e. modérés à graves) à ce niveau. Viennent ensuite les problèmes de cœur (42%), les problèmes liés aux os, aux muscles et à la peau (39%), les problèmes respiratoires (35%)⁵, les problèmes liés aux yeux, au nez, aux oreilles et à la gorge (31%), les problèmes gastro-intestinaux inférieurs (31%), vasculaires (23%), génito-urinaires (22%), neurologiques (21%) et les problèmes de foie (14%). Les problèmes hématopoïétiques, les problèmes gastro-intestinaux supérieurs et les problèmes de reins touchent moins de 10% des résidents.

4 Pour fins de simplicité et de parcimonie, nous considérons comme problèmes de santé significatif les problèmes modérés, significatifs chroniques et graves : y sont exclus les problèmes de l'ordre de l'inconfort ou de l'incapacité légère (score de 1) .

⁵ Nous avons exclu le tabagisme comme problème de santé, alors qu'il est normalement considéré comme tel dans le CIRS-G. Ce choix fut fait pour avoir un portrait des problèmes réels et déclarés de santé, à l'exclusion des facteurs de risque.

Quatre indicateurs globaux ont été calculés pour fins de comparaisons avec les résultats d'autres études et pour avoir une idée plus synthétique et globale de la santé physique des résidents. D'abord, le score total, qui représente le cumul des scores aux 14 systèmes, et dont la moyenne est de 14.4. Le nombre de systèmes où on note une atteinte significative (i.e. score de 2+) est de 4.3 en moyenne. Le nombre de systèmes où on note une atteinte chronique ou grave (i.e. score de 3+) est de 1.6 en moyenne. Enfin, le niveau maximal d'atteinte dans un des 13 systèmes physiques (i.e. non psychiatriques) chez chaque répondant se situe à 2.4. La Figure 2.2 présente la distribution de ce dernier indicateur. On constate qu'aucun répondant n'a aucun problème de santé. Seul 6% des résidents ont des problèmes de l'ordre de l'inconfort ou de l'incapacité légère. 56% des résidents ont des problèmes modérés, 30% ont des problèmes chroniques significatifs et 9% ont des problèmes graves ou très graves. Ainsi, 39% des résidents ont des problème de santé chroniques significatifs ou un plus graves encore.

Tableau 2.1 Distribution des scores au questionnaire de santé physique CIRS-G (N = 117)

	Moy.	Écart-type	Prob. modéré (%)	Prob. sig. chronique (%)	Prob. grave (%)	Prob. modéré à grave 2+ (%)
1. Problèmes de cœur	0.9	1.0	41.0	0.9		41.9
2. Prob. vasculaires	0.6	0.9	22.2	0.9		23.1
3. Prob. hématopoïétiques	0.2	0.5	6.8			6.8
4. Prob. respiratoires	0.9	1.1	25.6	7.7	1.7	35.0
5. Prob. yeux-nez-oreilles-gorge	0.9	1.1	23.9	2.6	4.3	30.8
6. Prob. gastro-intestinaux sup.	0.3	0.7	6.8	0.9	0.9	8.5
7. Prob. gastro-intestinaux inférieur	0.9	0.9	29.1	1.7		30.8
8. Prob. de foie	0.6	0.8	12.0	1.7		13.7
9. Prob. de reins	0.1	0.5	5.1			5.1
10. Prob. génito-urinaires	0.8	0.9	17.9	4.3		22.2
11. Prob. d'os-muscles-peau	1.2	0.9	31.6	6.8	0.9	39.3
12. Prob. neurologiques	0.8	1.1	12.0	6.8	2.6	21.4
13. Prob. endocriniens-métaboliques	1.3	1.1	35.9	13.7	0.9	50.4
14. Prob. psychiatriques	3.1	0.4		88.9	11.1	100.0
Total	14.4	5.8				
Nb. systèmes 2+	4.3	2.0				
Nb. systèmes 3+	1.6	1.0				
Score max. sur un système (0 à 4)	2.4	0.7				

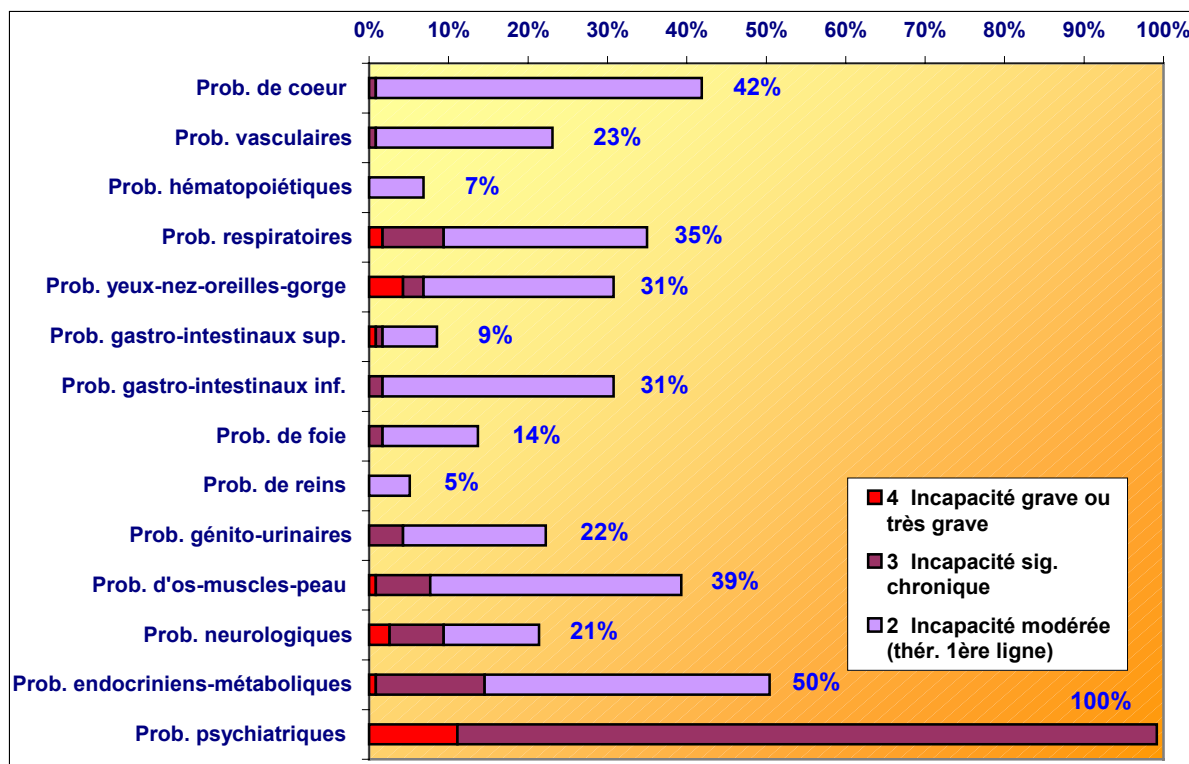


Figure 2.1 Distribution des niveaux d'atteintes, par système (CIRS-G, N = 117)

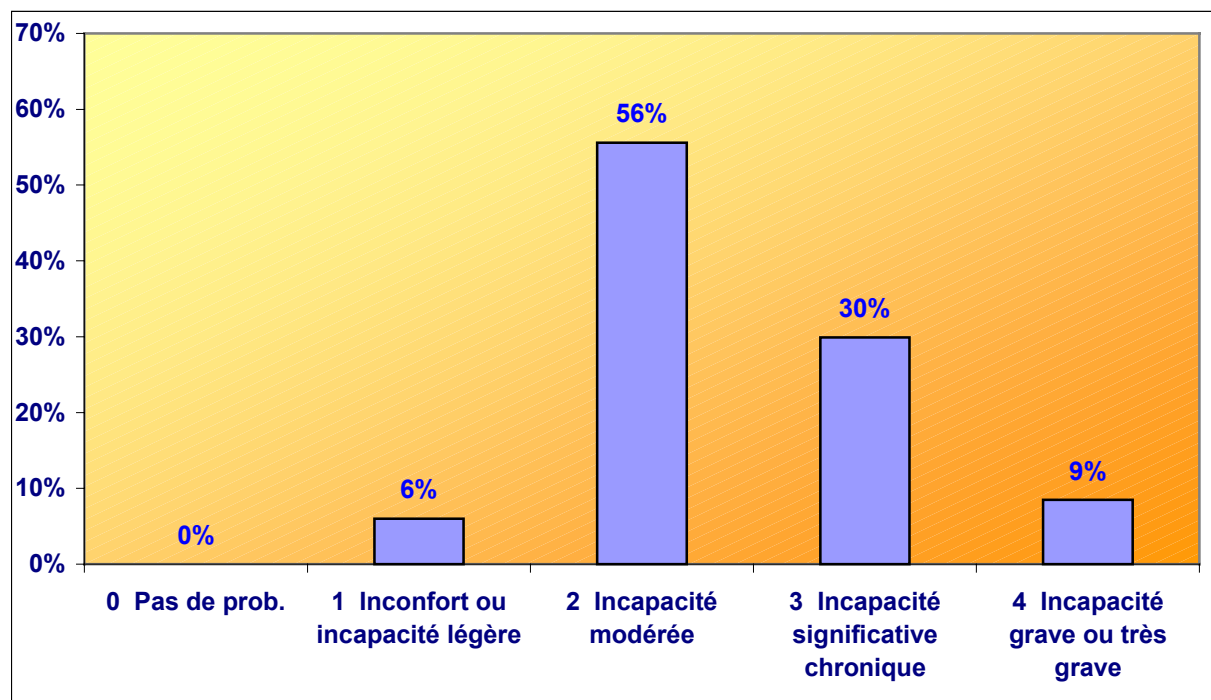


Figure 2.2 Distribution du niveau maximal d'atteinte au plan de la santé (CIRS-G, N = 117)

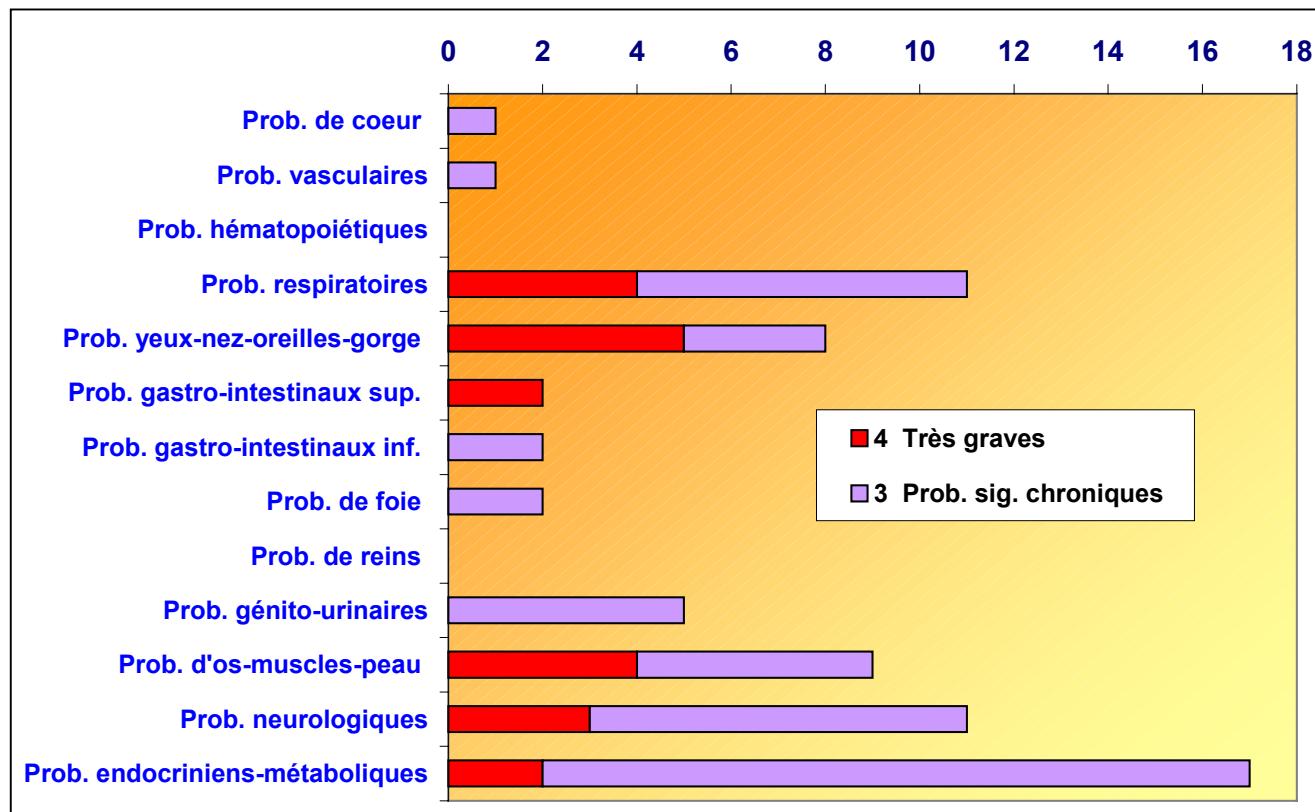


Figure 2.3 Distribution des problèmes de santé significatifs chroniques et graves (59 problèmes pour 45 résidents).

Parmi les 86 résidents ayant des problèmes de santé chroniques ou graves, tous ont au moins deux problèmes de santé d'une telle intensité (2+) : 66% en ont deux, 26% en ont trois et 8% en ont quatre ou plus. La Figure 2.3 présente la distribution de ces problèmes de santé chroniques ou graves chez ces 86 résidents. Ces problèmes de santé se retrouvent principalement dans six systèmes. D'abord, au niveau du système endocrinien et métabolique (n = 17), on retrouve principalement des cas d'obésité morbide (IMC > 45, n = 13), quelques cas de diabète et un cas d'intoxication au lithium ayant nécessité une hospitalisation. Les problèmes respiratoires (n = 11) sont en majorité des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC, n = 9); mais quelques cas d'emphysème, de bronchite chronique, de pneumonie et de pleurésie nécessitant une hospitalisation sont aussi observés. Les problèmes neurologiques (n = 11) comprennent des problèmes d'épilepsie, de dyskinésie tardive et des séquelles d'ACV. Les problèmes musculo-squelettiques comprennent des problèmes ou handicaps aux membres inférieurs (jambes, hanches) et aux membres supérieurs et des problèmes graves d'arthrose qui limitent grandement la mobilité. Les problèmes au niveau du système yeux-nez-oreilles-gorge (n = 8) comprennent trois cas de surdité, un cas de cécité, un

cas de glaucome, un cas d'aphasie et un cas d'amygdales malignes non opérables. Les problèmes génito-urinaires (n = 5) comprennent des cas d'infection urinaire, d'énurésie, d'hydronéphrose et d'endométriase.

L'autonomie fonctionnelle

Le Tableau 3.1 présente la distribution des scores aux 35 énoncés du SMAF, par section. Pour chaque énoncé, y sont présentés les pourcentages de résidents n'ayant aucune difficulté (autonomes), ceux ayant une incapacité modérée (et qui ont ainsi un besoin de supervision), ceux qui ont une incapacité importante (et un besoin d'aide partielle) et ceux qui ont une incapacité totale (et un besoin d'aide totale). Rappelons ici qu'à chaque niveau d'incapacité correspond un niveau spécifique de besoin. Nous présentons en outre les pourcentages de résidents présentant une incapacité (scores de 1 à 3) et les pourcentages de résidents présentant une incapacité importante ou totale (scores de 2 ou 3). Au plan des activités de la vie quotidienne (AVQ), les incapacités diffèrent beaucoup selon la tâche en question. Entretenir sa personne, qui consiste à se brosser les dents, se peigner, se faire la barbe, se couper les ongles ou se maquiller, paraît poser le plus de difficultés, avec 70% des résidents ayant une incapacité à cet égard, dont 46% une incapacité importante ou totale. En second lieu, 73% des résidents présentent une incapacité à se laver, dont 51% une incapacité modérée et 22% une incapacité importante ou totale. Les autres tâches semblent poser moins de difficultés et requérir moins d'aide. S'habiller est un problème pour 39% des résidents et la fonction vésicale l'est également pour 34% d'entre eux. Enfin, se nourrir, le contrôle de la fonction intestinale et la capacité d'utiliser les toilettes posent très peu de difficultés si ce n'est que des incapacités modérées qui nécessitent une supervision pour une minorité de résidents.

On constate en outre relativement peu de problèmes de mobilité. Aucun résident ne requiert d'aide (partielle ou totale) pour marcher à l'intérieur, et moins de 1% d'entre eux requièrent une aide pour les transferts de la station coucher à debout ou assise (ou inversement), ou pour se déplacer en fauteuil roulant à l'intérieur. Il reste que 7% des résidents ont un besoin d'aide pour installer leur prothèse ou leur orthèse; 15% ont besoin d'aide pour circuler à l'extérieur et 16% ont besoin d'aide pour utiliser les escaliers. Peu d'incapacités importantes sont constatées au plan de la communication: aucun résident pour ce qui est de voir et moins de 2% pour entendre; 12% des résidents présentent par contre une incapacité importante au plan de l'élocution et requièrent une aide à cet égard pour s'exprimer ou se faire comprendre.

En contraste, les fonctions mentales, les tâches domestiques ainsi que le fonctionnement social sont des domaines où les résidents présentent de graves et nombreuses incapacités et

requièrent une aide importante. Au plan des fonctions mentales, 98% des résidents présentent une incapacité au niveau du jugement, notamment pour évaluer les situations correctement et prendre des décisions sensées. Pour 68% d'entre eux, il s'agit d'une incapacité importante ou totale. Pour 76% des résidents, on constate une incapacité ou un trouble au niveau du comportement : pour 50% des résidents, il s'agit d'une incapacité ou d'un trouble modéré comportant par exemple des jérémiades, une labilité émotive, un entêtement ou une apathie qui nécessitent une surveillance occasionnelle, ou un rappel à l'ordre, ou une stimulation ; pour 26% des résidents, il s'agit d'une incapacité ou d'un trouble important nécessitant une surveillance soutenue et pouvant impliquer de l'agressivité dirigée vers soi ou les autres, des comportements dérangeants (ex. cris constants) ou de l'errance. Par ailleurs, 71% des résidents ont une incapacité au plan de la compréhension, dont 35% une incapacité importante requérant des explications maintes fois répétées et des apprentissages lents sinon impossibles. La mémoire et l'orientation (dans le temps, l'espace et les personnes) sont problématiques pour respectivement 53% et 41% des résidents ; 15% des résidents ayant une incapacité importante à ces égards. Dans ces situations, il s'agira par exemple d'oublis fréquents des choses de la vie courante (fermer la cuisinière, avoir pris ses médicaments, ranger ses vêtements, pris son repas) ou, dans le cas de l'orientation, de pouvoir s'orienter mais seulement pour de courtes durées, dans un petit espace et avec des personnes familières.

C'est dans le domaine des tâches domestiques qu'on observe les plus fortes prévalences d'incapacités. Si on ne se concentre que sur les incapacités importantes ou totales, il est question de tous les résidents qui sont jugés incapables de préparer les repas, de plus de 90% d'entre eux jugés incapables d'entretenir la maison, de faire les courses, de faire la lessive, de prendre leurs médicaments ou de gérer leur budget (89%). En outre, 46% des résidents sont reconnus présenter une incapacité importante ou totale à utiliser le téléphone, et 29% à utiliser les moyens de transport.

Tel que mentionné précédemment (voir la section Méthodologie), le fonctionnement social est une section nouvellement ajoutée au SMAF original. Or, on y constate chez les résidents, au même titre qu'au plan des fonctions mentales, la présence d'incapacités importantes et largement prévalentes. Ainsi, plus de 80% des résidents présentent des incapacités à utiliser les ressources du milieu et à accomplir des rôles sociaux significatifs ; pour plus de 65% d'entre eux, il s'agit d'incapacités importantes ou totales. Les trois quarts des résidents ont des difficultés à occuper leur temps libre ; pour 44% des clients, il s'agit d'une incapacité importante

Tableau 3.1 Distribution des incapacités aux différents énoncés du SMAF (% , N = 117)

	0 Autonome	1 Incapacité modérée	2 Incapacité importante	3 Incapacité totale	1 à 3 Incapacité modérée +	2 à 3 Incapacité import +
A. Activités de la vie quotidienne (AVQ)						
Se nourrir	75.0	25.0	.0	.0	25.0	.0
Se laver	26.7	50.9	15.5	6.9	73.3	22.4
S'habiller	61.2	32.8	5.2	0.9	38.8	6.0
Entretenir sa personne	29.6	24.3	42.6	3.5	70.4	46.1
Fonction vésicale	66.4	26.7	4.3	2.6	33.6	6.9
Fonction intestinale	91.4	7.8	.0	0.9	8.6	0.9
Utiliser les toilettes	92.2	6.9	0.9	.0	7.8	0.9
B. Mobilité						
Transfert (coucher ⇔ debout ou assis)	96.6	2.6	0.9	.0	3.4	0.9
Marcher à l'intérieur	94.0	6.0	0.0	.0	6.0	.0
Installer prothèse ou orthèse	78.4	14.7	6.0	0.9	21.6	6.9
Se déplacer en fauteuil roulant à l'int.	99.1	.0	0.9	.0	0.9	0.9
Utiliser les escaliers	83.6	.0	3.4	12.9	16.4	16.4
Circuler à l'extérieur	70.7	14.7	14.7	.0	29.3	14.7
C. Communication						
Voir	81.9	18.1	.0	.0	18.1	.0
Entendre	87.9	10.3	1.7	.0	12.1	1.7
Parler	76.7	11.2	12.1	.0	23.3	12.1
D. Fonctions mentales						
Mémoire	46.6	38.8	14.7	.0	53.4	14.7
Orientation	58.6	25.9	15.5	.0	41.4	15.5
Compréhension	29.3	35.3	35.3	.0	70.7	35.3
Jugement	1.7	30.2	49.1	19.0	98.3	68.1
Comportement	24.1	50.0	25.9	.0	75.9	25.9
E. Tâches domestiques						
Entretenir la maison	0.0	2.6	10.3	87.1	100	97.4
Préparer les repas	0.0	.0	3.4	96.6	100	100
Faire les courses	9.5	0.9	19.0	70.7	90.5	89.7
Faire la lessive	2.6	4.3	6.9	86.2	97.4	93.1
Utiliser le téléphone	28.4	25.9	14.7	31.0	71.6	45.7
Utiliser les moyens de transport	44.0	26.7	29.3	.0	56.0	29.3
Prendre ses médicaments	1.7	7.8	12.1	78.4	98.3	90.5
Gérer son budget	5.2	6.0	25.9	62.9	94.8	88.8
F. Fonctionnement social						
Occuper son temps libre	24.3	32.2	25.2	18.3	75.7	43.5
Maintenir ou créer des liens significatifs	42.6	20.0	27.8	9.6	57.4	37.4
Utiliser les ressources de son milieu	17.4	7.8	26.1	48.7	82.6	74.8
Agir de façon appropriée	33.9	39.1	24.3	2.6	66.1	27.0
Accomplir des rôles sociaux significatifs	16.5	18.3	27.0	38.3	83.5	65.2
Exprimer ses désirs, opinions et limites	33.0	20.0	39.1	7.8	67.0	47.0

ou totale. Près de 60% des clients ont en outre des difficultés à maintenir ou créer des liens sociaux significatifs; ce sont des incapacités importantes ou totales pour 37% d'entre eux. Enfin, les deux tiers des résidents ont des incapacités à agir de façon appropriée et à exprimer leurs désirs, leurs opinions et leurs limites. Ces incapacités sont importantes ou totales pour 27% et 47% d'entre eux, respectivement.

Le Tableau 3.2 présente un sommaire des résultats par domaine d'activités. Deux types de scores sont présentés : les score sommatifs où les scores d'incapacités sont additionnés et pour lesquels les maxima attendus sont fonction du nombre d'énoncés, et les scores moyens représentant la moyenne des scores des items inclus et qui se situent tous sur une échelle de 0 à 3, comparables d'un domaine à l'autre. Si l'on examine les scores sommatifs, on constate que la plus grande part des incapacités se situent au plan des tâches domestiques. Le score de 18.7 signifie qu'en moyenne, les résidents ont cumulé 18.7 points d'incapacité dans ce domaine, sur un total possible de 24 points (qui indiquerait une incapacité totale à chacun des énoncés). Viennent ensuite, à un niveau intermédiaire, les incapacités dans les domaines du fonctionnement social, des fonctions mentales et des activités de la vie quotidienne. Les incapacités au niveau de la mobilité et de la communication sont beaucoup plus modestes. Globalement, si l'on considère l'ensemble des énoncés du SMAF, les résidents ont un score total de 38.6. Le score total est de 30.1 si l'on exclut la section F pour fins de comparaisons aux résultats d'autres études. Des observations similaires peuvent être obtenues à l'examen des scores moyens.

Tableau 3.2 Scores moyens et cumulatifs d'incapacité aux six sections du SMAF (N = 117)

	Somme	É.t.	Moy. (0 – 3)	É.t.
A. Activités de la vie quotidienne (0–21)	3.9	2.8	0.6	0.4
B. Mobilité (0–18)	1.7	2.1	0.3	0.3
C. Communication (0–9)	0.7	1.0	0.2	0.3
D. Fonctions mentales (0–15)	5.2	2.5	1.0	0.5
E. Tâches domestiques (0–24)	18.7	3.4	2.3	0.4
F. Fonctionnement social (0–18)	8.5	4.0	1.4	0.7
Score total (sections A – F) (0–105)	38.6	11.2	1.0	0.3
Score total (sections A – E) (0–87)	30.1	8.6	0.9	0.3

Le Tableau 3.3 présente la distribution des profils ISO-SMAF, tels que calculés à partir de l'application eSmaf (Boissy, 2004). Comme on pouvait s'en douter, la très grande majorité des

résidents se situent dans la catégorie 3, caractérisée par les problèmes dans les fonctions mentales. Sept résidents sur dix se retrouvent dans cette catégorie et en grande partie dans le profil 5 (47% des résidents). Ce profil identifie les résidents qui nécessitent une aide régulière dans la majorité des activités domestiques (préparer les repas, entretenir la maison, faire les courses et la lessive, utiliser le téléphone et les moyens de transport, prendre ses médicaments et gérer son budget), un besoin de surveillance ou de stimulation pour quelques activités de la vie quotidienne (se laver, entretenir leur personne), des difficultés dans certaines AVQ (les fonctions vésicales et intestinales, s'habiller et utiliser les toilettes) et des problèmes modérés dans plusieurs fonctions mentales (problèmes de mémoire des faits récents, problèmes d'orientation, difficultés de compréhension, problèmes de jugement). Le profil 7, qui compte 17% des résidents, identifie les personnes qui nécessitent une aide complète et régulière dans les activités domestiques, qui ont besoin de surveillance et de stimulation ou d'être guidées pour les AVQ, qui ont des problèmes modérés dans toutes les fonctions mentales, et qui ont des problèmes de comportement, comme des jérémiades, de la labilité émotionnelle et de l'entêtement, qui nécessitent une surveillance constante ou des rappels à l'ordre. Toujours dans la troisième grande catégorie, le profil 8, qui compte 7.8% des résidents, identifie les personnes avec des incapacités et des besoins très semblables à celles du profil 7 (aide pour les tâches domestiques, surveillance et stimulation pour les AVQ et problèmes modérés dans les fonctions mentales incluant les problèmes de comportement) mais présentent en plus des problèmes de mobilité qui requièrent une aide pour marcher à l'extérieur, de l'aide ou de la surveillance pour marcher ou se déplacer à l'intérieur.

Les 29% de résidents qui ne se situent pas dans la troisième grande catégorie se situent dans la première (profils 1 à 3), caractérisée par des problèmes surtout dans les activités domestiques (21.5%), et la deuxième catégorie (profils 4, 6 et 9), caractérisée par les problèmes dans les activités domestiques associés de problèmes de mobilité (6.1%). Le profil 3, qui compte 15.5% des résidents, identifie essentiellement les personnes avec des besoins d'aide régulière dans plusieurs activités domestiques et des difficultés dans certaines fonctions mentales (mémoire, jugement). Les profils 2 et 1, qui comptent respectivement 4.3% et 1.7% des résidents, comprennent des personnes qui n'ont que des besoins d'aide pour certaines activités domestiques (profil 2) ou des difficultés dans les activités domestiques (profil 1). Dans le deuxième groupe, le profil 6 (5.2% des résidents) identifie les personnes qui nécessitent une aide régulière dans les AD et qui requièrent de la surveillance, de la stimulation, ou d'être guidées dans les fonctions de mobilité (pour marcher à l'extérieur, à l'intérieur ; elles n'utilisent plus les escaliers). Enfin, le profil 9, qui ne compte qu'un seul résident, correspond aux

Tableau 3.3 Distribution des profils d'autonomie ISO-SMAF (N = 117)

	%
Problèmes dans les activités domestique (AD)	21.5
1 Difficultés dans les AD : besoin de stimulation, de surveillance, besoin d'aide occasionnelle.	1.7
2 Besoin d'aide régulière pour certaines AD : pour entretien ménager, repas, courses, lessive. <u>Supervision</u> pour moyens de transport, budget.	4.3
3 Besoin d'aide régulière pour plusieurs AD (AD++) : repas, lessive, médicaments, courses. Diff. téléphone, transport, se laver, s'entretenir, marcher à l'extérieur. Difficultés dans certaines <u>fonctions mentales</u> (légers problèmes de mémoire, de jugement), diff. à prendre des décisions.	15.5
Problèmes de mobilité (PM)	6.1
4 AD++, difficultés ou besoin d'aide dans certaines fonctions de mobilité	0.0
6 AD++, besoins de surveillance, stimulation ou d'être guidé pour les fct. de mobilité.	5.2
9 AD++, AVQ++, PM++, PFM+ : diff. communication, prob. mémoire, d'orientation, jugement, diff. de compréhension.	0.9
Problèmes dans fonctions mentales (PFM)	70.7
5 Aide rég. maj. AD++, AVQ+, <u>Prob. modérés dans p+ FM</u> : mémoire de faits récents, facilement désorienté, prob. de jugement, diff. prendre décisions, diff. compréhension.	46.6
7 AD++, AVQ+, PFM+ : atteinte modérée de toutes les FM : mémoire, orientation, compréhension et surtout le jugement. Prob. comportement mineurs : jérémiades, labilité émotionnelle, entêtement, qui nécessite une surveillance continue.	17.2
8 AD++, AVQ+, PFM+ (modérés à graves) + <u>besoin d'aide mobilité</u> .	7.8
10 AD++, AVQ+, PFM graves : diff. à communiquer, prob. comportement importants qui néc. surveillance intensive.	0.9
Besoin d'aide pour la mobilité	0.0
11 Sans incontinence	0.0
12 Avec incontinence	0.0
Alité et dépendant dans les AVQ	0.0
13 + grave atteinte des fonctions mentales	0.0
14 + très grave atteinte des fonctions mentales	0.0

personnes qui nécessitent de l'aide complète et régulière dans les AD, dans les AVQ et la mobilité, qui présentent des problèmes modérés dans les fonctions mentales et qui ont des difficultés dans les fonctions de communication.

Les besoins non comblés (handicaps)

Le Tableau 3.4 présente la distribution des besoins non comblés, c'est-à-dire des incapacités pour lesquelles les évaluateurs ont jugé que les résidents n'avaient pas les ressources nécessaires et suffisantes pour y pallier, soit par le personnel rémunéré dans les lieux d'hébergement, les employés de l'hôpital, la famille, les proches ou des bénévoles. La première colonne affiche les nombres de résidents présentant une incapacité et les deuxième et troisième colonnes, les nombres et les pourcentages de résidents pour lesquels on note un besoin non comblé. Les trois colonnes suivantes affichent les nombres de résidents qui ont un besoin de supervision (incapacité modérée non comblée), un besoin d'aide partielle (incapacité importante non comblée) ou un besoin d'aide totale (incapacité totale non comblée). Des statistiques cumulatives sont en outre présentées globalement pour chaque domaine d'activités. Notons à cet égard, qu'il ne s'agit pas de simples sommes, puisqu'un individu peut présenter plus d'une incapacité (et se retrouver sur plus d'une ligne). Ainsi, au plan des AVQ, sur les 105 résidents présentant une incapacité, six ont une incapacité pour laquelle ils ne peuvent pallier par des ressources nécessaires et suffisantes, soit 5.7% de ces personnes. Ceci représente 5.2% de l'ensemble des résidents. Ces besoins non comblés sont en bonne partie des besoins de supervision. Afin de mieux comprendre l'origine de ces besoins non comblés, nous avons examiné les commentaires des évaluateurs concernant ces besoins non comblés. Ces commentaires montrent que des ressources sont en place, mais où il faut souvent insister auprès du résident pour pallier à son incapacité. Par exemple, pour le résident où une incapacité totale est notée pour se laver, il s'agit d'un résident récalcitrant qui oblige les aidants à insister fortement et souvent pour l'aider à prendre son bain. Sur les 73 résidents présentant une incapacité au plan de la mobilité, quatre n'ont pas les ressources nécessaires pour y remédier. Dans tous les cas, il s'agit d'un besoin pour circuler à l'extérieur, dans trois cas, c'est d'un besoin de supervision et un autre, un besoin d'aide partielle. Les commentaires font tous mention d'un manque de personnel pour combler ce besoin. Sur les 44 résidents ayant une incapacité au niveau de la communication, quatre manquent des ressources nécessaires pour y pallier, soit 9% d'entre eux et 3.4% de l'ensemble des résidents. Les explications à cet égard sont plus variées. Dans deux cas, il semble s'agir de l'attitude du résident qui l'empêche de combler son incapacité (i.e. refus de subir des examens de la vue). Dans un cas, on note l'insuffisance du personnel et dans l'autre une solution qui sera bientôt disponible (des verres correcteurs). Au plan des fonctions mentales, 12 résidents sur les 115 présentent une incapacité à cet égard et n'ont pas les ressources nécessaires. Dans la majorité des cas, il s'agit d'un besoin d'aide partielle non

Tableau 3.4 Distribution des besoins non comblés (% , N = 116)

	Incap. (1 à 3) (N)	Incap. non comblées (N)	Incap. non comblées (%)	Besoin de super- vision	Besoin d'aide partielle	Besoin d'aide totale
A. Activités de la vie quotidienne (AVQ)	105	6	5.7%	(5.2%)*		
Se nourrir	29	0				
Se laver	85	1				1
S'habiller	45	1		1		
Entretenir sa personne	81	3		2	1	
Fonction vésicale	39	1		1		
Fonction intestinale	10	0				
Utiliser les toilettes	9	0				
B. Mobilité	73	4	5.5%	(3.4%)		
Transfert (coucher ⇔ debout ou assis)	4	0				
Marcher à l'intérieur	7	0				
Installer prothèse ou orthèse	25	0				
Se déplacer en fauteuil roulant à l'int.	1	0				
Utiliser les escaliers	19	0				
Circuler à l'extérieur	34	4		3	1	
C. Communication	44	4	9.1%	(3.4%)		
Voir	21	1		1		
Entendre	14	2		1	1	
Parler	27	1			1	
D. Fonctions mentales	115	12	10.4%	(10.3%)		
Mémoire	62	1			1	
Orientation	48	1			1	
Compréhension	82	2			2	
Jugement	114	5		1	4	
Comportement	88	7		6	1	
E. Tâches domestiques	116	5	4.3%	(4.3%)		
Entretenir la maison	116	0				
Préparer les repas	116	1				1
Faire les courses	105	2				2
Faire la lessive	113	0				
Utiliser le téléphone	83	0				
Utiliser les moyens de transports	65	2		2		
Prendre ses médicaments	114	0				
Gérer son budget	110	0				
F. Fonctionnement social	112	19	17.0%	(16.4%)		
Occuper son temps libre	87	10		1	2	7
Maintenir ou créer des liens significatifs	66	7		1	2	4
Utiliser les ressources de son milieu	95	10			3	7
Agir de façon appropriée	76	3			1	2
Accomplir des rôles sociaux significatifs	96	7				7
Exprimer ses désirs, opinions et limites	77	10			4	6
Toutes dimensions confondues	116	32	27.6%	(27.6%)		

* Pourcentage de besoins non comblés sur l'ensemble des résidents au SMAF (N = 116).

comblée. À cet égard, les commentaires des évaluateurs semblent indiquer un manque de personnel ou un personnel qui n'a pas toujours la motivation, ou le temps pour stimuler, ou subvenir aux besoins nombreux de ces résidents très lourdement affectés au plan psychiatrique. Au niveau des tâches domestiques, cinq résidents n'ont pas les ressources nécessaires pour combler leurs incapacités. Dans trois cas, il s'agit d'une aide pour une incapacité totale qui fait défaut. Les commentaires à cet égard pointent encore vers le manque de personnel, ou de ressources non disponibles spécifiquement pour ces activités (i.e., aider le résident à participer à préparer les repas, à faire les courses). Enfin, c'est au niveau du fonctionnement social que le manque de ressources est le plus prévalent, soit pour 19 personnes sur les 112 présentant une incapacité à cet égard, ou 16% d'entre eux et de l'ensemble des résidents. Dans la majorité des cas, il est question d'incapacités totales non comblées. En raison du manque d'indications claires sur cette section du questionnaire SMAF, très peu de commentaires ont été faits pour les besoins non comblés au niveau du fonctionnement social.

Les ressources

L'analyse des incapacités et des besoins de soins ne saurait être complète sans l'analyse des ressources mises en place pour combler ces incapacités. Le Tableau 3.5 présente, pour chacune des tâches et chaque section du SMAF, le nombre de résidents ayant une incapacité ainsi que les nombres de résidents ayant recours aux différents types de ressources. Celles-ci comprennent l'usager lui-même, dans la mesure où il peut contribuer lui-même à pallier à son incapacité et souvent en lien avec l'aide d'une autre personne, la famille, les voisins, un employé du milieu d'hébergement, un(e) infirmier(ère), un bénévole ou une autre personne. Cette dernière catégorie comprend dans une large mesure le responsable de la ressource et dans une moindre mesure le personnel de l'hôpital qui assure le suivi clinique du résident (souvent une intervenante en travail social). Les rares références à un auxiliaire familial comme ressource, initialement codées séparément avec le SMAF, ont aussi été incluses dans cette catégorie. Notons qu'une personne peut avoir plus d'une ressource pour pallier son incapacité (un maximum de trois étant saisies) et ainsi le nombre total de ressources pour chaque type d'incapacité dépasse largement le nombre de résidents présentant l'incapacité. De façon générale, nous présentons les nombres de résidents ; pour les statistiques cumulatives au niveau des sections, nous présentons les pourcentages de résidents. Au total, 105 résidents présentent une incapacité dans les activités de la vie quotidiennes. Parmi eux, 52% contribuent eux-mêmes à pallier leurs incapacités, 43% ont recours à un employé de la ressource, 29% à une infirmière et 69% à une autre personne, généralement le responsable de ressource. Dans aucun cas, la famille, les voisins ou un bénévole n'ont été mentionnés comme ressources au

niveau des AVQ. Ces proportions sont relativement les mêmes d'une activité spécifique à l'autre.

Cette distribution des ressources se retrouve approximativement dans les autres types d'incapacités. De façon générale, ce qui se retrouve dans la catégorie "autre", et qui représente très largement le responsable de ressource et en moindre partie le personnel de HLHL, constitue la principale ressource des résidents aux prises avec une incapacité. Ainsi, ces ressources fournissent une aide et un soutien au plan des fonctions mentales à 82% des résidents, une aide et un soutien dans les tâches domestiques à 86% des résidents et une aide dans le fonctionnement social à 82% des résidents ayant une incapacité à ce niveau. Ces ressources "autres" fournissent également une aide au plan de la communication à 71% des 44 résidents ayant une incapacité à ce niveau ainsi qu'une aide au niveau de la mobilité à 52% des 73 clients concernés. Dans ce dernier cas, il s'agira le plus souvent d'une aide pour installer une prothèse, une orthèse ou une aide pour circuler à l'extérieur.

Les infirmiers et infirmières viennent généralement en second lieu parmi les ressources palliant aux incapacités. Ces professionnels fournissent une aide à 78% des résidents pour les tâches domestiques, le plus souvent pour la prise de médicaments, mais aussi pour l'utilisation du téléphone, des moyens de transport et la gestion du budget. Les infirmier(ère)s fournissent également une aide au niveau des fonctions mentales pour 66% des résidents. Souvent il s'agira d'une aide pour pallier ou alléger les difficultés de compréhension, de jugement et les problèmes de comportement. Mais dans plusieurs cas, il s'agira aussi d'un soutien pour les problèmes de mémoire et d'orientation. Ces professionnels fournissent également un soutien au plan de la communication et du fonctionnement social, soit respectivement pour 50% et 55% des résidents concernés. Pour les difficultés de communication, les infirmier(ère)s aideront surtout pour les difficultés d'élocution. Dans une moindre mesure, soit pour 29% des résidents présentant un tel besoin, les infirmier(ère)s fournissent une aide dans les AVQ et au plan de la mobilité. Pour les problèmes de mobilité, il s'agira surtout d'une aide pour circuler à l'extérieur.

Les employés des ressources viennent généralement en troisième place parmi les ressources employées pour pallier les incapacités des résidents. Outre leur soutien au plan des AVQ, ils fournissent une aide à plus de 40% des résidents aux prises avec des incapacités dans les fonctions mentales et dans les tâches domestiques, à 38% des résidents ayant des problèmes de fonctionnement social, à 32% des résidents avec des difficultés de communication et à 27% des résidents avec des problèmes de mobilité. Généralement, ces proportions se maintiennent dans chaque type d'activités quelle que soit l'activité spécifique.

Tableau 3.5 Distribution des ressources (N et %, N = 116)

	Incap. (1 à 3) (N)	Usa- ger	Famil- le	Voisin	Employ- é	Infir- mier	Béné- vole	Autre
A. Activités de la vie quotidienne (AVQ)	105	52%	0%	0%	43%	29%	0%	69%
Se nourrir	29	8			15	10		20
Se laver	85	41			33	7		56
S'habiller	45	22			14	2		7
Entretenir sa personne	81	36			32	12		50
Fonction vésicale	39	22			11	6		22
Fonction intestinale	10	2			6	5		3
Utiliser les toilettes	9	2			5	2		6
B. Mobilité	73	48%	1%	0%	27%	29%	3%	52%
Transfert (coucher ⇔ debout ou assis)	4	2			2			2
Marcher à l'intérieur	7	5			2	2		4
Installer prothèse ou orthèse	25	15			7	2		17
Se déplacer en fauteuil roulant à l'int.	1	1			1			
Utiliser les escaliers	19	5			4	2		7
Circuler à l'extérieur	34	18	1		10	17	2	24
C. Communication	44	48%	7%	0%	32%	50%	7%	71%
Voir	21	13	1		4	6		11
Entendre	14	6	1		2	8	3	11
Parler	27	9	1		12	13	1	18
D. Fonctions mentales	115	40%	5%	1%	42%	66%	2%	82%
Mémoire	62	23	1		24	30		47
Orientation	48	14			22	21		34
Compréhension	82	25	4	1	34	53	2	66
Jugement	114	28	5	1	46	65		84
Comportement	88	29	1	1	29	46		68
E. Tâches domestiques	116	44%	13%	1%	43%	78%	1%	86%
Entretenir la maison	116	19			49	2		72
Préparer les repas	116	8			49	2		70
Faire les courses	105	18	11		40	7		67
Faire la lessive	113	13	1		47			69
Utiliser le téléphone	83	22	1		25	17		55
Utiliser les moyens de transport	65	18	3	1	22	35	1	47
Prendre ses médicaments	114	11			46	78		66
Gérer son budget	110	20	8		30	16		82
F. Fonctionnement social	112	25%	19%	1%	38%	55%	1%	82%
Occuper son temps libre	87	13	4		30	32	1	70
Maintenir ou créer des liens significatifs	66	13	17	1	27	32		51
Utiliser les ressources de son milieu	95	11	4	1	35	46		72
Agir de façon appropriée	76	14	2		29	43		67
Accomplir des rôles sociaux significatifs	96	16	12	1	32	38		70
Exprimer ses désirs, opinions et limites	77	8	6	1	27	36	1	58
Toutes dimensions confondues	116							

* Pourcentage de besoins non comblés sur l'ensemble des résidents au SMAF (N = 116).

De façon générale, les autres ressources—dont les familles des résidents, les voisins et les bénévoles—sont des sources d'aide et de soutien beaucoup moins fréquentes. Les familles constituent néanmoins une source de soutien pour 24% des résidents. Mais ce soutien est surtout circonscrit au niveau du fonctionnement social (19%), et plus particulièrement en ce qui concerne la possibilité pour les résidents de maintenir des liens sociaux significatifs et d'accomplir des rôles sociaux significatifs. Dans une moindre mesure, les familles aident également dans les tâches domestiques—soit pour faire les courses ($n = 11$), utiliser les moyens de transport ($n = 3$) et la gestion du budget ($n = 8$)—les problèmes de communication et les fonctions mentales. Des bénévoles fournissent une aide à 5 personnes et un seul voisin est réputé fournir une aide à un résident.

Les besoins de soins selon la mesure des incapacités

Le Tableau 3.6 présente les proportions de résidents dans chacun des profils ISO-SMAF, les heures-soins professionnelles, paraprofessionnelles et de soutien requises pour chacun des groupes et les totaux cumulatifs des heures-soins requises par jour et par année pour les 116 résidents de l'étude (pour lesquels un SMAF fut colligé) et pour les 235 résidents des RIP et HPG âgés de 55 ans et plus. Les calculs pour ces 235 résidents sont une extrapolation des résultats obtenus pour les 116 résidents de l'étude, sous l'hypothèse que les mêmes proportions de résidents par profil seraient observés parmi les 235 résidents. Les heures-soins indiquées pour chaque profil sont des heures-soins par jour par personne. Elles sont tirées de l'étude de Dubuc (2002, Tableau 2, pp. 164-167). Dans le troisième article de la thèse, Dubuc, Hébert, et al. (2002) décrivent le développement des profils ISO-SMAF et le calcul des heures-soins requises et des coûts associés pour chacun des profils. Les données relatives à l'autonomie fonctionnelle, les soins obtenus et les soins requis ont été obtenues d'un échantillon stratifié de 1977 personnes âgées de 65 ans et plus, présentant une incapacité ($\text{SMAF} > 4$) et vivant dans différents types d'environnement (domicile, ressources intermédiaires, CHLSD). Les heures-soins par profil ont été obtenues à partir des résultats au CTMSP modifié (Classement par types en milieux de soins prolongés; Tilquin et Fournier, 1985), un instrument utilisé dans les enquêtes épidémiologiques pour évaluer les nombres d'heures de soins requis et effectivement reçus par jour par le sujet. L'instrument requiert la collecte de nombreuses informations sur l'état de santé du sujet, ses besoins de soins et les soins effectivement reçus. Selon les résultats spécifiques et l'utilisation d'une procédure standardisée, l'instrument permet ensuite l'établissement des heures-soins requises, en termes de soins infirmiers (professionnels et paraprofessionnels), de soins de soutien et de supervision. Le nombre d'heures-soins estimé tient compte des activités indirectes (i.e. communications interprofessionnelles, prise de note) et

du temps de voyageant lorsque nécessaire. La fidélité test-retest et la fidélité inter-juges de ces estimés ont été démontrées (Dubuc, Desrosiers, Bravo et Hébert, 1996).

Le calcul des heures-soins requises par jour ou par année pour les 116 ou 235 résidents est fait en additionnant les produits (% de résidents dans le profil x nb. total de résidents [116 ou 235] x heures-soins) des neuf groupes ISO-SMAF. Ainsi, si l'on considère les heures-soins requises par année pour les 235 résidents de 55 ans et plus des RIP et HPG, il s'agit de 28,354 heures de soins infirmiers professionnels (soit 15.6 équivalents temps plein [ETP] si l'on considère un ETP à 1820 heures [i.e. 35 hres / sem. x 52 sem.]), 70,117 heures de services paraprofessionnels (38.5 ETP) et 168,918 heures de services de soutien (92.8 ETP).

Tableau 3.6 Heures-soins requises par jour par personne selon le profil ISO-SMAF, et calcul des heures-soins requises pour les résidents des RIP et HPG (N = 116 et 235)

	% de résidents	Soins prof. (hres)	Soins para. (hres)	Serv. soutien (hres)	Tot. soins requis (hres)
Problèmes dans les AVQ					
1 Difficulté dans les AVQ	1.7%	0.10	0.29	0.62	1.01
2 Besoin de supervision dans les AVQ	4.3%	0.10	0.37	1.54	2.01
3 Besoin d'aide dans les AVQ	15.5%	0.28	0.49	1.89	2.66
Problèmes de mobilité (PM)					
6 PM + difficultés AVQ	5.2%	0.32	0.92	2.05	3.29
9 PM + besoin d'aide AVQ	0.9%	0.52	2.18	2.10	4.80
Problèmes dans fonctions mentales (PFM)					
5 PFM modérés + difficultés AVQ	46.6%	0.33	0.71	2.02	3.06
7 PFM graves + difficultés AVQ	17.2%	0.40	1.16	2.05	3.61
8 PFM graves + besoin supervision mobilité	7.8%	0.42	1.33	2.07	3.82
10 PFM graves + besoin d'aide AVQ	0.9%	0.50	2.12	2.08	4.70
Total / jour pour les 116 résidents 55+ ans		38.34	94.82	228.44	361.61
Total / jour pour les 235 résidents 55+ ans		77.68	192.10	462.79	732.57
Total / année pour les 116 résidents 55+ ans		13 996	34 611	83 381	131 987
Total / année pour les 235 résidents 55+ ans		28 354	70 117	168 918	267 388

Discussion

Le but de cette étude était de décrire la santé mentale et physique, l'autonomie fonctionnelle et les besoins de soins des personnes âgées atteintes d'un trouble mental demeurant dans les ressources intermédiaires privées et les deux ressources d'hébergement en psychiatrie gériatrique de la DSRHC à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Bien que le but visé dans ce rapport était de dresser un premier état de situation plutôt descriptif, quelques constats et certaines recommandations peuvent découler des résultats de l'étude et de leur mise en relief avec les résultats obtenus par ailleurs dans d'autres études.

La santé mentale

D'abord, un premier constat s'impose : **les résidents âgés des RIP et HPG de la DSRHC ont de très importants problèmes psychiatriques**. Ce constat est d'autant plus frappant, que l'incitatif premier de l'étude était un questionnaire sur l'état de santé physique de cette clientèle, davantage qu'un questionnaire sur sa santé mentale. Il se confirme à l'observation de fortes prévalences de symptômes comme les problèmes liés à l'anxiété et au stress, les problèmes de relations sociales, les troubles délirants, les problèmes cognitifs, les comportements hyperactifs ou agressifs et les problèmes liés aux AVQ. Ceci ressort d'autant plus quand on compare ces résultats à ceux obtenus auprès de clientèles différentes à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine avec le même instrument de mesure. Ainsi, quand on les compare à ceux des clientèles de l'urgence, du SIM et des cliniques externes, on constate chez les résidents des RIP et HPG une prévalence beaucoup plus grande de comportements hyperactifs et agressifs, de troubles cognitifs, de troubles délirants, de problèmes liés aux relations sociales et de problèmes liés aux occupations et aux activités. Ceci peut s'expliquer en partie par les particularités de cette clientèle historiquement lourde, tirée en bonne partie des unités de soins de longue durée en psychiatrie dans la vague de désinstitutionnalisation des années 80 et 90. Bien que nous n'ayons pas en main les diagnostics individuels des résidents de l'étude, certaines sources semblent indiquer qu'une bonne proportion des résidents âgés des RIP et HPG a un diagnostic de schizophrénie. Cela pourrait être confirmé à l'analyse des dossiers médicaux. Étant donné l'impact d'un tel trouble sur les fonctions cognitives, le fonctionnement dans les activités de tous les jours et le fonctionnement social (APA, 2000), cela expliquerait entre autres les fortes prévalences des problèmes liés aux délires et aux hallucinations (i.e. 42%), des troubles cognitifs (44%), des problèmes liés aux relations sociales (60%) et des problèmes liés aux AVQ (62%).

Éventuellement, il sera intéressant de comparer ces résultats à ceux de clientèles comparables en terme d'âge. Cela pourra être fait avec les données recueillies auprès des autres clientèles de HLHL, dont celles présentées plus haut. Mais aussi, plus particulièrement, des clientèles gériatriques en ressource intermédiaire, en CHSLD, en géronto-psychiatrie et en résidence de type familial, tant à HLHL que dans d'autres milieux. De telles comparaisons permettraient de mieux saisir les particularités de la clientèle des RIP et HPG parmi l'ensemble des clientèles gériatriques et aussi de mieux saisir leurs besoins particuliers de soins en santé mentale. Une bonne évaluation des besoins en santé mentale dans les différentes clientèles à HLHL permettrait d'avoir des leviers valides et probants pour mieux repenser la distribution des ressources.

Deux autres points relatifs à la santé mentale méritent d'être abordés ici. Le premier concerne la problématique des problèmes cognitifs chez les personnes âgées. Avec le vieillissement de la population et l'augmentation claire des troubles cognitifs avec l'âge (Yesavage et al., 2002), cette problématique risque de devenir assez tôt une priorité dans l'organisation des soins de santé aux personnes âgées (MSSS, 2001). Ainsi, dans *l'Étude canadienne sur la santé et le vieillissement* (Canadian Study on Health and Aging Working Group, 1994) on rapporte une prévalence de démence de 50% chez les personnes âgées en institution. Dans l'étude d'Hébert, Dubuc et al. (2001), la prévalence de déficits cognitifs significatifs était de 70% chez les personnes de 65 ans et plus résidant en ressources intermédiaires et de 81% chez les personnes du même âge résidant en CHSLD. Dans la présente étude, les données de l'HoNOS montrent que 44% des résidents présentent des troubles cognitifs modérés ou pires, et 16% présentent des problèmes cognitifs importants ou graves. Les résultats au SMAF indiquent en outre que 46% des résidents ont au moins une incapacité importante au plan de la mémoire, de l'orientation ou de la compréhension. Ces résultats ne sont certes pas basés sur les mêmes instruments de mesures et il est certain qu'on aurait avantage éventuellement à utiliser un instrument de mesure plus spécifique pour évaluer les troubles cognitifs, tel le *"Mini Mental State Examination"* (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). Mais il reste que ces résultats sont des indicateurs d'une problématique non négligeable. Avec ou indépendamment des troubles psychiatriques, les troubles cognitifs peuvent avoir une incidence sur l'autonomie fonctionnelle, notamment en réduisant l'autonomie dans les AVQ et les activités domestiques, augmentant du même coup les besoins de soins et les coûts (Hébert, Dubuc et al. 2001). Il faudra éventuellement mieux jauger l'ampleur de ces problèmes et leur impact sur les services si l'on veut avoir une meilleure compréhension et gestion des problèmes de santé chez les résidents âgés des RIP et HPG.

L'autre point concerne la forte prévalence de comportements hyperactifs et agressifs (36%) parmi les résidents des RIP-HPG. Ces résultats sont étonnants et vont à l'encontre de l'idée convenue de personnes âgées qui s'assagissent avec le temps, avec l'âge, qui du moins s'amortissent avec les années. Plusieurs pistes d'explication peuvent être explorées. Une première concerne la co-occurrence souvent rapportée et bien documentée entre troubles cognitifs et problèmes de comportement (Swearer et al. 1988; Deutsch & Rovner, 1991; Cohen-Mansfield & Werner, 1997). Cependant, les analyses préliminaires que nous avons menées à cet égard (résultats non présentés dans ce rapport) ne confirment pas cette association entre troubles cognitifs et troubles de comportement (SMAF) ou d'agressivité (HoNOS) chez les résidents des RIP et HPG. Ces analyses semblent plutôt indiquer de fortes corrélations entre l'occurrence de ces problèmes de comportement et la gravité globale de l'atteinte au plan psychiatrique ou plus spécifiquement au plan des fonctions mentales et du fonctionnement social. En ce sens, plus la santé mentale d'un résident est détériorée, plus il est probable qu'il ait des problèmes de comportement, dont des comportements agressifs. Des analyses plus approfondies pourront mieux documenter ce lien et pourront aider à mieux identifier le profil psychiatrique, les problèmes de santé et les incapacités fonctionnelles des résidents ayant des problèmes de comportement.

Une troisième piste d'explication touche au vécu des résidents en RIP et HPG. Dans quelle mesure le vécu des résidents peut-il contribuer à générer de la frustration et à la limite de l'agressivité ? À l'inverse, jusqu'à quel point le vécu quotidien des résidents dans ces ressources est-il générateur de satisfaction et de qualité de vie ? Contribue-t-il à favoriser dans la mesure du possible leur autonomie, leur dignité et leur estime d'eux-mêmes, tel qu'il est proposé dans les guides de meilleures pratiques en soins de santé mentale pour les aînés (MacCourt, Lockhart et Donnelly, 2002) ? Plus concrètement, le vécu des résidents leur permet-il de s'épanouir, de dépenser ou canaliser leur énergie dans des activités créatives, de s'exprimer et de participer un tant soit peu à une vie active ? Ces résidents participent-ils à la vie de la ressource, aux petits travaux ménagers, à la cuisine ou autres activités qui pourraient leur donner une fierté, une satisfaction, un rôle social et un sens à leur vie ? L'examen des résultats du SMAF concernant les "incapacités" au plan des tâches domestiques laisse entendre que non. Cent pour cent (100%) des résidents "semblent" avoir une incapacité modérée à totale pour entretenir la maison et préparer les repas. Plus de 90% sont jugés incapables de faire les courses, la lessive, de prendre eux-mêmes leurs médicaments et de gérer leur budget. On peut se poser la question ici de l'inaptitude réelle de ces personnes à faire ces choses. Serait-il possible que les façons de faire établies dans ces ressources ne donnent pas la chance à ces personnes de participer un peu dans la mesure de leurs

capacités? Les commentaires des intervenants, notamment des intervenants sociaux qui ont fait l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des résidents, ont souvent été à l'effet que les besoins de base de ces personnes étaient généralement bien comblés, mais qu'il manquait souvent de la stimulation, de l'encouragement à développer les facultés des personnes. Le manque de personnel et la charge de travail furent souvent mis en cause. Dans plusieurs cas, c'est la philosophie de soins qui est mise en cause : celle où l'on fournit effectivement les soins pour les besoins primaires, mais sans trop d'égard ou de temps suffisant pour les besoins de réalisation, de progrès et de développement de l'autonomie. Ceci pointe sur la question des services aux résidents des RIP et HPG, sur laquelle nous reviendrons plus loin.

La santé physique

Le deuxième grand constat que nous faisons touche à la santé physique : **une proportion importante de personnes âgées des RIP et HPG de la DSRHC, notamment 39%, souffrent de problèmes de santé significatifs chroniques ou de graves problèmes de santé.** Ces problèmes comprennent plusieurs cas d'obésité morbide (IMC > 45), du diabète, des problèmes respiratoires, dont plusieurs cas de MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) mais aussi des cas d'emphysème, de bronchite chronique, d'asthme et de pneumonie; des problèmes neurologiques (dyskinésie tardive, paralysie, épilepsie), des problèmes orthopédiques limitant la mobilité ainsi que quelques cas de surdité et de cécité et de problèmes génito-urinaire. À cela s'ajoute 56% des résidents qui ont des problèmes de santé modérés (i.e. compensés par une thérapie de première ligne), ce qui fait qu'au total 94% des résidents ont des problèmes de santé modérés ou plus importants. Ces problèmes modérés comprennent de nombreux cas de problèmes de cœur, des problèmes vasculaires (hypertension, athérosclérose), des problèmes respiratoires (MPOC modéré), des problèmes gastro-intestinaux inférieurs, génito-urinaires, orthopédiques, neurologiques et endocriniens.

Ces résultats peuvent être comparés à ceux de quelques études ayant utilisé le même instrument de mesure, le CIRS-G, auprès de clientèles plus ou moins comparables. Dans l'étude de Miller et al. (1992), le CIRS-G fut utilisé pour comparer l'état de santé de cinq types de clientèles de personnes âgées : un groupe de patients souffrant de dépression récurrente, des participants à une étude sur le deuil, deux groupes de patients de cliniques médicales multidisciplinaires en gériatrie et un groupe contrôle. L'âge moyen des participants dans chaque groupe varie de 63 ans à 79 ans. Le score total au CIRS-G varie de 4.5, dans le groupe contrôle, à 10.6, obtenu dans un des groupes cliniques. En contraste, ce score est de 14.4 en

moyenne parmi les résidents de la présente étude.⁶ Cela atteste de la gravité de la condition de santé des résidents des RIP et HPG.

Dans une autre étude, on a voulu comparé l'autonomie fonctionnelle et les problèmes de santé de patients d'une unité de réhabilitation gériatrique (n = 101) et de patients d'une unité de réhabilitation en médecine physique (n = 100; Knoefel et al., 2003). Les problèmes de santé physique furent évalués avec le CIRS, une version légèrement différente du CIRS-G. L'âge moyen des participants dans ces deux groupes était de 81 et 67 ans respectivement. Dans le premier groupe, le score total moyen au CIRS était de 12.2 et dans le second de 9.3. Dans notre étude, si l'on retire du calcul du score total les points relatifs aux systèmes hématopoïétique et vasculaire, qui sont particuliers à la version CIRS-G, on obtient un score total de 13.6 (é-t. = 5.2) en moyenne pour l'ensemble des résidents. Encore là, ces résultats soulignent l'importance des problèmes de santé chez les résidents des RIP et HPG, surtout quand on considère qu'ils ne sont âgés en moyenne que de 67 ans.

Des données plus probantes au plan épidémiologique, notamment en terme de représentativité, permettraient de mieux situer les prévalences de problèmes de santé chez les résidents des RIP et HPG parmi les problèmes observés dans la population générale des personnes âgées. Il ressort néanmoins que ces personnes semblent avoir des problèmes de santé importants, et probablement plus importants que ceux observés chez les personnes du même âge non institutionnalisées pour des problèmes psychiatriques.

L'autonomie fonctionnelle

Les résultats relatifs à l'autonomie fonctionnelle témoignent, pour la clientèle des personnes âgées des RIP et HPG, d'une atteinte importante au plan de l'autonomie fonctionnelle, et plus particulièrement au niveau des tâches domestiques, du fonctionnement social et des fonctions mentales. Pour plus de 90% des résidents, on constate des incapacités importantes ou totales pour entretenir la maison, préparer les repas, faire les courses, la lessive, prendre ses médicaments et gérer son budget. Au plan des fonctions mentales, il s'agit pour la majorité d'incapacités au niveau du jugement, du comportement, de la compréhension et de la mémoire. Plusieurs ont aussi des problèmes d'orientation dans le temps, l'espace et les personnes. Au plan du fonctionnement social, il s'agit, pour plus du deux tiers des résidents, d'incapacités notables pour occuper son temps

⁶ Ceci, même en excluant le tabagisme grave comme problème de santé, alors qu'il est normalement considéré comme tel dans le CIRS-G. Ce choix fut fait pour avoir un portrait des problèmes réels et déclarés de santé, à l'exclusion des facteurs de risque.

libre, utiliser les ressources du milieu, accomplir des rôles sociaux significatifs, exprimer ses désirs, opinions et limites ou même agir de façon appropriée en public. Près des deux tiers ont des difficultés à maintenir ou créer des liens sociaux significatifs. Les difficultés sont moindres en ce qui a trait aux AVQ, bien que plusieurs résidents requièrent une supervision pour se nourrir, se laver, s'habiller, entretenir leur personne et assumer leur fonction vésicale. Les problèmes de communication et de mobilité sont beaucoup moins fréquents, bien qu'on note néanmoins qu'environ 15% des résidents ont des besoins de supervision ou d'aide pour utiliser les escaliers et circuler à l'extérieur.

Ces résultats ne sont pas trop étonnants quand on considère la gravité des problèmes psychiatriques chez les résidents des RIP et HPG. Les incapacités dans les fonctions mentales en attestent directement, mais les incapacités au plan des tâches domestiques, des activités de la vie quotidienne et du fonctionnement social en sont également un reflet. Comme nous le mentionnions plus haut, nous avons affaire ici à une clientèle issue de la vague de désinstitutionnalisation des années 80' et 90' ayant un historique d'hospitalisation prolongée en psychiatrie. Dans ce contexte, plusieurs résidents ont perdu depuis plusieurs années, ou n'ont jamais pu vraiment développer, les habilités nécessaires à la vie autonome et à la vie en société. On peut néanmoins s'étonner de l'ampleur des incapacités dans les tâches domestiques et dans le fonctionnement social. À cet effet, il faut mentionner une importante limite du SMAF —à savoir, que le SMAF évalue le fonctionnement actuel de la personne et non ses capacités réelles. Par exemple, si des tâches domestiques comme faire les repas ou entretenir la maison sont d'emblée faites par le personnel de la ressource, les évaluateurs cotent que la personne requière cette aide (et n'a donc pas les capacités pour faire ces tâches). Or, il n'est pas certain qu'avec un peu d'aide ces mêmes personnes ne pourraient pas contribuer minimalement à ces tâches et devenir un peu plus autonomes. Il en va de même pour les capacités dans le fonctionnement social : si les résidents sont jugés avoir des difficultés importantes à occuper leur temps libre ou à maintenir et créer des liens significatifs, faut-il en conclure que des améliorations importantes dans ces domaines ne sont pas possibles ? En ce sens, il nous semble d'une grande importance de bien distinguer incapacités actuelles et incapacités définitives ou capacités éventuelles. Dans la perspective de la réhabilitation, la personne aux prises avec des problèmes de santé mentale est comprise comme pouvant s'améliorer, pouvant se réhabiliter et se réadapter (Tessier, Clément & Wagener-Jobidon, 1992 ; Hughes & Weinstein, 2000; Nelson, Lord & Ochocka, 2001). Évidemment, pour rendre ceci possible, des soins et des services appropriés doivent être offerts à la personne : des soins qui lui permettent de développer au mieux son potentiel, des soins qui favorisent son autonomie. Sont-ce là le type de soins et services fournis dans les RIP et HPG ? Les résultats permettent

d'en douter. Nous ne voulons certes pas mettre en cause ici la bonne volonté des prestataires de soins dans ces ressources, mais nous pouvons questionner la philosophie des soins.

Les ressources

De façon générale, **les résultats montrent que les besoins primaires des résidents sont bien palliés par les ressources**. Il y a notamment moins de 2% des résidents qui ont des besoins non comblés au plan des tâches domestiques, de la communication, de la mobilité et des activités de la vie quotidienne. Il y a par contre un peu plus de besoins non comblés au plan des fonctions mentales (10%) et du fonctionnement social (16%). Les commentaires sont à l'effet d'un manque de ressources pour cette clientèle lourdement atteinte au plan psychiatrique et du manque d'intérêt ou de temps chez le personnel pour les interventions de stimulation, ou qui vont au-delà de celles visant à combler les besoins primaires. La majorité des soins et services visant à combler les incapacités sont le fait des responsables de ressources, de leur personnel et des infirmières. Très peu de membres des familles, de voisins ou de bénévoles sont mis à contribution. La part faite par les intervenants sociaux de la DSP et de la DSRHC reste à préciser étant donné qu'elle était incluse dans celle des "autres ressources", qui comprennent aussi en grande partie les responsables de ressources.

Ces résultats sont à cette étape encore très sommaires. Bien que nous ayons des données sur la contribution ou la non contribution de certaines ressources pour pallier aux incapacités des résidents, beaucoup reste à faire pour bien comprendre comment les soins sont effectivement organisés. Qui détermine le plan d'intervention, comment et par qui est-il mis en œuvre, qui fait quoi, quelle est la philosophie de soins, a-t-on le personnel adéquat pour offrir les services requis selon le modèle de soins retenu, quels sont les indicateurs utilisés pour évaluer l'évolution de la clientèle ??? De nombreuses questions devront être approfondies, d'une part pour mieux comprendre l'organisation actuelle des soins, mais aussi pour pouvoir intervenir plus adéquatement et efficacement si l'on veut adapter les services et les soins en fonction des guides de meilleures pratiques. Pour l'heure, on peut tout de même souligner l'absence presque des familles, des voisins ou des bénévoles dans les soins et services aux résidents des RIP et HPG. Or, si l'on se fie aux lignes directrices des guides de meilleures pratiques pour les soins de santé mentale aux aînés (MacCourt et al., 2002; Ministère des services de santé de la Colombie-Britannique, 2002), la participation des familles et des bénévoles devrait faire partie intégrante de l'organisation des services de santé en santé mentale aux aînés. D'une part, les membres de la famille ont une connaissance de l'aîné que les intervenants n'ont pas et leur aide, de même que celle des bénévoles, peut être grandement bénéfique pour les résidents. Cela contribuerait également à alléger le fardeau des intervenants

des ressources et pourrait contribuer à créer un climat d'ouverture et d'acceptation très positif et bénéfique pour les résidents et les intervenants.

Les besoins de soins

Le développement des profils ISO-SMAF par l'équipe de Dubuc, Hébert et collaborateurs de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (Dubuc, 2002; Hébert, Dubuc et al. 2001) constitue à notre avis une percée importante dans le domaine de la recherche et des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Ces profils permettent de décrire et résumer de façon très succincte les besoins de soins d'une clientèle âgée. Mais également et surtout, ces profils peuvent être utilisés dans une optique d'évaluation des services offerts et de planification des services requis (Dubuc, 2002; Hébert, Dubuc et al. 2001; Tousignant, Hébert, Dubuc, Simoneau & Dieleman, 2003). Comme à chaque groupe ISO-SMAF correspond un groupe de personnes avec des besoins de soins similaires, on peut estimer pour ces personnes les heures de soins requis de différents types d'intervenants, professionnels et non professionnels. L'étude de Hébert, Dubuc et al. (2001) menée dans différents types de ressources, dont les résidences privées, les ressources intermédiaires et les CHSLD, permet même d'estimer les coûts des soins et services pour chaque groupe ISO-SMAF dans ces différentes ressources. C'est d'ailleurs à partir d'une telle technologie, entre autres, que le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec entend orienter la planification des services de santé et des budgets pour les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie (MSSS, 2001). Dans son document *"Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie"*, le MSSS préconise le développement de réseaux de services intégrés et, au niveau de sa composante organisationnelle, d'«un système d'évaluation des besoins des individus, intégré, multidimensionnel et évolutif, et un système de classification de ces besoins basé sur le profil d'autonomie fonctionnelle et associé à l'utilisation et au coût des ressources.» (MSSS, 2001, p.27).

Dans la présente étude, l'établissement des profils ISO-SMAF permet de résumer très succinctement les multiples résultats sur les incapacités et les besoins de la clientèle des RIP et HPG de HLHL. Nous savons que cette clientèle se répartit essentiellement en six groupes distincts en terme de profils de besoins et de soins requis (i.e. en six groupes ISO-SMAF), dont un particulièrement, le profil 5, qui comprend 47% de la clientèle et qui se caractérise par des besoins d'aide majeure dans toutes les tâches domestiques, des besoins d'aide dans les AVQ et des besoins d'encadrement, d'assistance, de stimulation ou de surveillance dans plusieurs fonctions mentales. Sans vouloir revenir ici sur les résultats spécifiques, soulignons que ce type de résultat synthétique est intéressant et utile à plusieurs égards. D'une part, en examinant les

proportions de résidents par profil, on peut faire des comparaisons simples et éloquentes d'une ressource d'hébergement à l'autre. On peut identifier les "spécialités" des ressources en terme de clientèle ou évaluer comment se répartissent les résidents d'un certain type dans l'ensemble des ressources d'hébergement. Cela pourrait ensuite aider à orienter la nouvelle clientèle vers les ressources les plus appropriées ou même à réorganiser les clientèles de façon à favoriser l'homogénéité des clientèles dans chaque ressource. Des services plus spécialisés pourraient être développés pour ces groupes de résidents et les intervenants seraient amenés à développer des expertises. Deuxièmement, comme ces groupes ISO-SMAF sont appelés à être utilisés largement dans le système de santé québécois, cela laisse entrevoir des comparaisons intéressantes avec les services offerts dans d'autres types de ressources, dans d'autres régions. Enfin, la connaissance des services requis pour chaque groupe ISO-SMAF, défini en termes d'incapacités et de besoins de soins spécifiques, permet d'estimer les heures de soins requis pour chacun de ces groupes (Hébert, Dubuc et al., 2001). La connaissance du nombre de résidents dans chaque groupe ISO-SMAF permet d'estimer les heures de soins requis pour chaque groupe ISO-SMAF, pour l'ensemble des résidents, et même pour chaque ressource ou type de ressources. La comparaison des soins donnés et des soins théoriquement requis par des professionnels, des paraprofessionnels et le personnels de soutien permet d'évaluer les services et de repenser les services selon des critères d'efficacité et d'efficience démontrés.

Une certaine mise en garde doit être faite néanmoins concernant les estimés des heures-soins selon le modèle de Dubuc (2002). Dans ce modèle, les heures-soins sont basées sur un estimé des incapacités et des besoins selon ce que fait ou ne fait pas le résident actuellement, et non selon ce qu'il pourrait faire. Ainsi, étant donné ce que font les résidents d'un certain profil, ils ont certains besoins et requièrent tels et tels types de ressources. Mais si l'on considérait un modèle de soins différent, orienté lui sur la réhabilitation et la réadaptation de la clientèle, l'évaluation des incapacités pourrait être différente, et même si les incapacités étaient les mêmes, les estimés des heures-soins pourraient être eux très différents. On peut aisément concevoir qu'un tel modèle de soins prévoirait moins de soins de soutien et davantage de soins réadaptatifs. Pour les fins de planification des services aux résidents des RIP et HPG, il serait bon de valider avec un certain degré de précision les heures-soins prévues pour les différents groupes ISO-SMAF de l'échantillon. Nous ne mettons pas en doute la cohérence et la validité de ces groupements ni les estimés des heures-soins établis par Dubuc et ses collaborateurs, mais avant d'entreprendre des changements importants dans l'organisation des services à la DSRHC, il nous apparaît prudent et judicieux d'estimer les heures-soins requises par les différents intervenants oeuvrant auprès de la clientèle des RIP et HPG selon le modèle de soins préconisé à la DSRHC pour cette clientèle. L'analyse approfondie des données de cette étude

peut contribuer à cette évaluation, mais à cela devrait s'ajouter une prise d'informations détaillées sur ce qui est fait pour les différents groupes de résidents et sur ce qui pourrait être fait dans la perspective d'un véritable modèle de soins réadaptatifs.

Limites de l'étude

Cette étude comporte certaines limites qui doivent être soulignées. La principale est inhérente aux visées essentiellement descriptives de ce rapport conçu comme un premier état de situation. Les données recueillies dans cette étude sont très riches et pourront éventuellement conduire à des analyses plus approfondies que celles présentées ici. Des analyses pourront être faites par ressource, ou pour comparer les RIP et les HPG. Des mises en relation des différentes mesures pourront être faites, notamment pour mieux décrire les groupes ISO-SMAF en terme de santé mentale et de santé physique, ou pour mieux caractériser certains groupes de résidents tels que ceux aux prises avec des troubles cognitifs ou des troubles de comportement. Ceci pourrait valider ou aider à préciser les estimés des heures-soins requises pour les différents groupes de résidents. Des analyses multivariées pourront être faites également pour mieux comprendre les relations entre la santé physique, la santé mentale, les incapacités fonctionnelles et les besoins de soins dans une optique de modélisation. Enfin, des efforts additionnels pourront être faits pour mieux comparer ces résultats à ceux obtenus pour d'autres clientèles, à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine ou ailleurs, pour des personnes âgées dans des ressources d'hébergement semblables ou différentes et avec ou sans problème de santé mentale. Ayant plus d'informations sur les conditions de santé de ces clientèles, de leurs besoins de soins et de leurs ressources, nous pourrions mieux situer les particularités de la clientèle des RIP et HPG, et sans doute aussi, mieux apprécier leurs conditions de santé et de soins actuelles.

Une deuxième limite a trait aux instruments de mesure. Nous pensons ici notamment à l'HoNOS, un instrument qui comporte de nombreux avantages, dont la simplicité d'administration, la fidélité et la validité, mais qui n'a certes pas la précision d'instruments plus spécifiques. Si l'on veut investiguer plus à fond certaines problématiques de santé mentale chez les résidents des RIP et HPG, tels que les problèmes d'anxiété, les problèmes cognitifs, les difficultés au plan des relations sociales ou les problèmes de comportement, il deviendra nécessaire d'utiliser des instruments de mesure spécifiquement conçus pour évaluer ces problèmes. D'autre part, il y a également des limites au Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle, le SMAF. Avec cet instrument, il est bien précisé dans le guide d'utilisation (Hébert et Guilbeault, 2002) que pour évaluer l'incapacité, l'évaluateur doit se prononcer sur ce que fait le résident et non sur ce qu'il pourrait ou devrait faire. Cela peut comporter certains

avantages, dont celui de refléter les services actuels et de simplifier la tâche d'évaluation. Cependant, comme nous l'avions souligné précédemment, cela peut conduire dans certains cas à une surévaluation des incapacités dans la mesure où certains services sont offerts d'emblée, sans égards aux capacités réelles du résident ou à ses capacités potentielles s'il avait l'aide requise pour se développer ou se réhabiliter. Du même coup, cela peut aussi surévaluer les estimés des ressources requises et des coûts qui y sont associés. À cet égard, il serait intéressant et utile d'évaluer, par d'autres moyens ou avec d'autres outils, les incapacités réelles des résidents, surtout eu égard aux tâches domestiques et aux activités de la vie quotidienne, où nous croyons qu'une certaine réhabilitation pourrait être faite. Il serait également intéressant de tenter d'estimer les heures-soins requises par les différents intervenants oeuvrant auprès de la clientèle des RIP et HPG selon le modèle de soins préconisé à la DSRHC pour cette clientèle et en tenant compte des capacités potentielles des résidents.

Une autre limite a trait au point de vue des intervenants. Toutes les données de cette étude sont le résultat d'une codification par les intervenants et, en ce sens, reflètent clairement leurs perceptions sur les résidents. Pour avoir une compréhension plus complète de la condition de santé des résidents, de leurs incapacités et de leurs besoins, il faudrait que ceux-ci soient également consultés. En outre, si l'on veut orienter les soins vers une plus grande réappropriation du pouvoir d'agir par les résidents, ceux-ci doivent être partie prenante de la démarche d'évaluation, de réflexion et de réorientation des services. À ce titre, il est aussi indispensable que les intervenants sur le terrain et les responsables de ressources soient également mis à contribution.

Conclusion et perspectives d'avenir

Ce rapport de recherche est un premier compte-rendu descriptif de la condition de santé physique et mentale, de l'autonomie fonctionnelle et des besoins de soins des personnes âgées des ressources intermédiaires privées et des hébergements de psychiatrie gériatrique de la DSRHC à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Bien que conçu comme descriptif et comme une première étape dans l'analyse de cette problématique, ce rapport permet déjà de tirer quelques constats et d'émettre certaines recommandations. D'abord, on constate des problèmes psychiatriques très importants, se manifestant par de fortes prévalence d'anxiété, de troubles délirants, de troubles cognitifs, de l'agressivité et des problèmes de relations sociales. Ensuite, on constate d'importants problèmes de santé physique ; notamment, des problèmes menant à des incapacités physiques significatives chroniques ou graves chez près de 40% des résidents. Les résultats ne semblent pas indiquer que les services et soins de santé actuels soient

inadéquats ou insuffisants. Par contre, ces problèmes de santé, de paire avec les atteintes psychiatriques, ont une répercussion importante sur l'autonomie fonctionnelle, sur les besoins de soins des résidents et sur la charge de travail des intervenants. On constate entre autres de très importantes incapacités au plan des activités de la vie quotidienne, des tâches domestiques, des fonctions mentales et du fonctionnement social. Les atteintes au plan des besoins de bases, telles les activités de la vie quotidienne et les tâches domestiques semblent être bien comblées par les ressources en place. Par contre, ces mêmes ressources semblent présenter certaines lacunes pour combler les atteintes au plan des fonctions mentales et du fonctionnement social. Notamment, les interventions visant à stimuler la personne ou à favoriser son autonomie et son épanouissement personnel et social semblent faire défaut, ou du moins, ne semblent pas faire partie intégrante de la philosophie d'intervention. À cet égard, l'absence presque totale des familles, des voisins et des bénévoles comme ressources et aides aux résidents est également éloquent.

Bien que cela n'était pas le mandat de cette étude, les résultats présentés dans ce rapport soulèvent de nombreuses questions quant aux services cliniques offerts aux résidents des RIP et HPG. S'ils ont les services nécessaires pour combler leurs besoins primaires, ont-ils aussi les services nécessaires pour assurer le maintien de leur potentiel, assurer le développement de leur autonomie et de leur épanouissement dans la mesure du possible ? Les services offerts, dans leur organisation et leur philosophie, respectent-ils les recommandations des normes de meilleures pratiques pour les aînés avec des problèmes de santé mentale ? Les résultats obtenus peuvent donner quelques indications quant aux heures-soins requises par des professionnels, des para-professionnels et du personnel de soutien. Mais à notre avis, une réflexion plus large, des analyses plus approfondies et d'autres cueillettes de données devraient être entreprises pour répondre adéquatement à ces questions.

Tel que mentionné précédemment, une deuxième étape à cette étude devra être réalisée pour mieux rendre compte de la complexité de la situation et pour répondre aux nombreuses questions qui émergent de ce rapport. Il semble être dans les objectifs de la DSRHC de prendre le temps nécessaire pour bien assimiler et s'approprier les résultats et les retombées de cette étude et pour repenser l'organisation des soins et services aux résidents des RIP et HPG afin de mieux répondre à leurs besoins. Des analyses plus approfondies pourront être menées avec les données déjà recueillies. Par ailleurs, l'examen approfondi des résultats et la réflexion en comité sur leurs retombées pourront mener à l'élaboration d'autres recherches ou des évaluations plus ciblées visant à répondre à des questions spécifiques avant l'implantation d'une nouvelle organisation des soins. Par exemple, il pourrait être utile de connaître le point de

vue des résidents directement sur les soins qu'ils reçoivent, ou le point de vue des responsables de ressources qui sont très impliqués dans les soins aux résidents. Bref, ces premiers résultats sont conçus comme une première étape dans un processus continu d'évaluation des besoins et des soins, de réflexion sur les services et de transformation des services. Éventuellement, les changements envisagés dans l'organisation des services seront précisés, les changements de programmation seront implantés, et d'autres études seront faites pour évaluer leur implantation et leurs retombées sur les résidents et même sur les prestataires de soins. Il s'agit là d'un processus d'amélioration continue de la qualité des services.

Références

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition. DSM-IV. Washington, DC: APA.
- Amin S, Singh SP, Croudace T, Jones P, Medley I & Harrison G (1999). Evaluating the Health of the Nation Outcome Scales. Reliability and validity in a three-year follow-up of first-onset psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 174, 399-403.
- Bartels SJ & Liberto J (1996). Dual diagnosis in the elderly. In Lehman AF & Dixon LB (Eds) *Double jeopardy*. New York: Harwood, pp. 30-157.
- Beecham J & Lesage AD (1997). Leçons britanniques sur le transfert des ressources: les systèmes de dotation par patient. *Santé mentale au Québec*, 12 (2), 170-194.
- Bisson J (2003). *Questionnaire HoNOS-F 65+ : Adaptation du HoNOS-F aux personnes âgées*. (Document non publié, disponible au Module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques, Montréal, Québec : Unité 218, Hôpital Louis-H. Lafontaine)
- Boissy P (2004). Le eSMAF, version beta 2.2.0. [Logiciel informatique]. Sherbrooke, Québec : Centre d'expertise de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
- Bonsack C, Borgeat & Lesage A (2002). Mesurer la sévérité des problèmes des patients et leur évolution dans un secteur psychiatrique : une étude sur le terrain du Health of Nation Outcome Scales en français (HoNOS-F). *Annales médicopsychologiques*, 160, 483-488.
- Borson S, Bartels SJ, Colenda CC, Gottlieb GL & Meyers B (2001). Geriatric mental health services research: strategic plan for aging population: report of the health services work group of the American association for geriatric society. *American journal of geriatric psychiatry*, 9 (3), 191-204.
- Burns A, Beevor A, Lelliott P, Wing J, Blakey A, Orrell M, Mulinga J & Hadden S (1999). Health of the Nation Outcome Scales for Elderly People (HoNOS 65+). *British Journal of Psychiatry*, 174, 424-427.
- Cadieux-Pinsonneault E (2001). *Développement d'une dimension sociale au Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke. Mémoire de maîtrise en gérontologie, Faculté des lettres et sciences humaines.
- Canadian Study on Health and Aging Working Group (1994). Canadian Study on Health and Aging : study methods and prevalence of dementia. *CMAJ*, 150, 899-913.
- Cohen CI & Talvera N (2000). Functional impairment in older schizophrenic persons: Toward a conceptual Model. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8 (3), 237-244.
- Cohen-Mansfield J & Werner P (1997). Management of verbally disruptive behaviors in nursing home residents. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*. 52(6), M369-377.

- Dayson D (1993). The TAPS project 12: crime, vagrancy, death and readmission of the long-term mentally ill during the first year of local reprovision. *British journal of psychiatry*, 162, (supp. 19), 40-44.
- Desrosiers J, Bravo G, Hébert R & Dubuc N (1995). Reliability of the revised functional autonomy measurement system (SMAF) for epidemiological research. *Age Ageing*, 24, 402-406.
- Deutsch L & Rovner B (1991). Agitation and other noncognitive abnormalities in Alzheimer's disease. *Psychiatric Clinics of North America*. 14(2), 341-351.
- Dionne M, Ricard N et Bisson J (2003). *Etude descriptive exploratoire sur l'état de santé, l'autonomie fonctionnelle et les besoins de soins des personnes âgées présentant un problème de santé mentale et résidant dans des ressources intermédiaires de l'Hôpital Louis H. Lafontaine*. Projet de recherche présenté au Comité d'éthique et au Comité d'évaluation scientifique de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, 4 sept. 2003.
- Dubuc N & Hébert R (2001). *Les profils ISO-SMAF: un système de gestion clinico-administratif pour la planification des services de longue durée dans un système de soins intégrés*. Actes du colloque PRISMA, novembre, Sherbrooke, QC.
- Dubuc N (2002). *Développement d'un système de gestion clinico-administratif basé sur l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke. Thèse de doctorat en sciences cliniques. Faculté de médecine.
- Dubuc N, Desrosiers J, Bravo G & Hébert R (1996). Fidélité de la détermination des services requis en terme d'heures par le CTMSP modifié à des fins de recherches épidémiologiques. *L'Année Gériatologique*, 10, 83-95.
- Dubuc N, Hébert R, Desrosiers J, Buteau M, Trottier L & Dubois MF (2002). *Disability-based casemix for elderly people in integrated care services*. Article soumis pour publication.
- Fleury MJ & Ouadahi Y (2002). Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement. *Santé mentale au Québec*, 27 (2), 16-20.
- Harboun M & Ankri J (2001). Indices de comorbidité: revue de la littérature et application aux études des populations âgées. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 49, 287-298.
- Hébert R & Bilodeau A (1986). Profil d'autonomie fonctionnelle des personnes âgées en institution. *Cahiers de l'ACFAS*, 46, 66-79.
- Hébert R (1997). Perte d'autonomie. In Arcand M & Hébert R (Éds). *Précis de gériatrie*, Montréal QC, Edisem.
- Hébert R, Carrier R & Bilodeau A (1988). The functional autonomy measurement system (SMAF): description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age and Ageing*, 17, 293-302.
- Hébert R, Dubuc N, Buteau M, Desrosiers J, Bravo G, Trottier L, St-Hilaire C & Roy C (2001). Resources and costs associated with disabilities of elderly people living at home and in institutions. *Canadian Journal on Aging*, 20(1), 1-22.
- Hébert R, Guilbault J (2002). *Guide d'utilisation du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle. Révisé*. Sherbrooke, Québec : Centre d'expertise de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
- Hébert R, Guilbault J, Desrosiers J & Dubuc N (2001). The functional autonomy measurement system (SMAF): a clinical-based instrument for measuring disabilities and handicaps in older people. *Geriatrics today: Journal of the Canadian geriatrics society*, 4 (9), 1-7.
- Hugues R & Weinstein D (Eds) (2000). Best practices in psychosocial rehabilitation. Columbia, MD: International Association of Psychosocial Rehabilitation Services.
- Jette AM, Assman SF, Rooks D, Harris BA & Crawford S (1998). Interrelationships among disablement concepts. *Journals of gerontology : Medical sciences*, 53A (5), M395-M404.

- Katz IR, Streim J & Parmelee P (1994). Psychiatric-medical comorbidity: implications for health services delivery and for research on depression. *Biological psychiatry*, 36, 141-145.
- Knoefel FD, Helliwell B, Seabrook JA, Borrie MJ, Stolee P & Wells JL (2003). A comparison of functional independence and medical complexity in geriatric and physical medicine rehabilitation in-patients. *Geriatrics Today*, 6, 90-94.
- Kovess V, Lesage A, Boisguérin B, Fournier L, Lopez A & Ouellet A (2001). Méthodes de mesure des besoins à des fins de planification. In Kovess V, Lesage A, Boisguérin B, Fournier L, Lopez A & Ouellet A. Planification et évaluation des besoins en santé mentale. Paris : Flammarion, pp. 35-71.
- Lauzon S, Corbière M, Bonin JP, Bonsack C, Lesage A & Ricard N (2001). Validation de la version française du Health of the nation Outcome Scales (HoNOS-F). *Canadian journal of psychiatry*, 46 (11), 841-846.
- Lawrence RH & Jette AM (1996). Disentangling the disablement process. *Journals of gerontology. Social sciences*, 51B (4), S173-S182.
- Lesage A & Contandriopoulos AP (1999). *La désinstitutionalisation dans un grand hôpital psychiatrique québécois depuis 1989 : analyse des besoins de soins, des coûts et des aspects organisationnels*. Rapport final déposé au Programme conjoint en santé mentale du Conseil québécois de la recherche sociale et du Fonds de la recherche en santé du Québec.
- Linn BS, Linn MW & Gurel L (1968). Cumulative illness rating scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 16, 622-628.
- MacCourt P, Lockhart B & Donnelly M (2002). Meilleures pratiques pour les soins de santé mentale prodigués aux aînés. In "Conseil consultatif national sur le troisième âge". *Écrits en gérontologie. Santé mentale et vieillissement*, Ottawa.
- Miller M & Towers A (1991). *A manual of guidelines for scoring the Cumulative illness rating scale for geriatrics (CIRS-G)*. Pittsburgh: Université de Pittsburgh, École de médecine, département de psychiatrie gériatrie.
- Miller M, Paradis CF & Reynolds III CF (1991). *Cumulative illness rating scale-G: scoring sheet*. Pittsburgh: University of Pittsburgh School of Medicine, Department of Psychiatry.
- Miller M, Paradis CF, Houck PR, Mazumbar S, Stack J, Rifai AH, Mulsant B & Reynolds III CF (1992). Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice & research: application of the Cumulative illness rating scale. *Psychiatry research*, 41(3), 237-248.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Outil d'évaluation multiclientèle. OEMC. Cahier de l'utilisateur*. Québec : MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec : MSSS.
- Nagi SZ (1991). Disability revisited: implications for prevention. In Pope AM & Tarlov AR (Eds), *Disability in America: toward a national agenda for prevention*, Washington, DC, pp. 309-324.
- Nelson G, Lord J & Ochocka J (2001). *Shifting the paradigm in community mental health: Towards empowerment and community*. Toronto : University of Toronto Press.
- Orrell M, Yard P, Handysides J & Schapira R (1999). Validity and reliability of the Health of the Nation Outcome Scales in psychiatric patients in the community. *British Journal of Psychiatry*, 174, 409-412.
- Prévile M, Hébert R, Bravo G & Boyer R (2000). *Prévalence de la détresse psychologique sévère, utilisation des services de santé et consommation de psychotropes chez les personnes âgées en perte d'autonomie*. Sherbrooke: Centre de recherche en gérontologie et gériatrie.
- Proctor EK, Morrow-Howell N, Doré P, Ventz J, Rubin E, Thompson S. & Li H (2003). Comorbid medical conditions among depressed elderly discharged home after acute psychiatric care. *American journal of geriatric psychiatry*, 11, 329-338.
- Proctor EK, Morrow-Howell N, Rubin E & Ringenberg M (1999). Service use by elderly patients after psychiatric hospitalization. *Psychiatric services*, 50 (4), 553-555.

- Rochon J (1997). *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*. Gouvernement du Québec.
- Rothbard AB, Kuno E, Schinnar AP, Hadley TR & Turk R (1999). Service utilization and cost of community care for discharged state hospital: a 3 year follow-up study. *American journal of psychiatry*, 156 (6), 920-927.
- Swearer JM, Drachman DA, O'Donnell BF & Mitchell AL (1988). Troublesome and disruptive behaviors in dementia. Relationships to diagnosis and disease severity. *Journal of the American Geriatrics Society*. 36(9), 784-90
- Tessier L, Clément M & Wagener-Jobidon V (1992). *La réadaptation psychosociale en psychiatrie : défis des années 90*. Boucherville, Québec : Gaëtan Morin Éditeur.
- Tilquin C & Fournier J (1985). *L'évaluation de l'autonomie et l'évaluation médicale du bénéficiaire*. CTMSP 85; 59p.
- Tousignant M, Hébert R, Dubuc N, Simoneau F & Dieleman L (2003). Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long-term care facilities. *Age and Ageing*, 32, 60-66.
- Van Haaster I, Lesage A, Cyr M & Toupin J (1994). Problems and needs for care of patients suffering from severe mental illness. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 29 (3), 141-148.
- White D & Mercier C (1991). Coordinating community and public-institutional mental service: some unintended consequences. *Social science and medicine*, 33 (6), 729-739.
- White D (1992). (De)-constructing continuity of care: the desinstitutionalization of support services for people with mental problems. *Canadian journal of community mental health*, 11 (1), 85-99.
- Wing J, Beevor AS, Curtis RH, Park SBG, Hadden S & Burns A (1998). Health of Nation Outcomes Scales (HoNOS). Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 173, 11-18.
- World Health Organisation (1980). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*. Genève: WHO.
- Yesavage JA, O'Hara R, Kraemer H, Noda A, Taylor JL, Ferris S, Gely-Nargeot MC, Rosen A, Friedman L, Sheikh J, Derouesne C. (2002). Modeling the prevalence and incidence of Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Journal of psychiatric research*, 36 (5), 281-6.
-