

Le profil clinique de la clientèle des cliniques externes de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

Par

Jocelyn Bisson, M.Sc.

Alain Lesage, MD., M.Phil.

Carl Bouchard, M.Sc., Cand. Ph.D.

avec le soutien

**de la Direction des services professionnels
et du Département de psychiatrie
de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine**

Rapport de recherche

**du Module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques
de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et de l'Infrastructure d'Évaluation des Services
Psychiatriques à l'Université de Montréal (IESPUM)**

29 novembre 2004

La référence suggérée pour ce rapport est :

Bisson J., Lesage A. et Bouchard C. (2004). Le profil clinique de la clientèle des cliniques externes de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Rapport de recherche déposé au Module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.

Les auteurs sont :

Jocelyn Bisson, M.Sc. (psycho.),
Conseiller clinique 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

Alain Lesage, MD, M.Phil.
Directeur du Module de soutien évaluatif, HLHL
Professeur titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal

Carl Bouchard, M.Sc. cand. Ph.D.
Coordonnateur du IESPUM
Chargé de cours, Université de Montréal.

On peut se procurer des copies additionnelles de ce rapport,

par courrier :

Module de soutien évaluatif, Unité 218
Hôpital Louis-H. Lafontaine
7401 rue Hochelaga
Montréal, QC
H1N 3M5

par téléphone : (514) 251-4015, poste 2648,

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, troisième trimestre 2004

Bibliothèque Nationale du Canada, troisième trimestre 2004

ISBN 2-922772-05-5

© Module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques,
Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal, Québec, Canada.

Remerciements

Les auteurs du rapport remercient sincèrement les personnes suivantes pour leur participation ou leur engagement dans cette étude.

Les usagers qui ont répondu aux questionnaires.

Le personnel des cliniques externes participantes.

Le personnel de recherche :

Louise Dugas, secrétaire administrative à la DSRHC, pour la révision finale du document

Diane Frezza, infirmière, agente de recherche

Lorraine Laliberté, infirmière, agente de recherche

Philippe Lesage, étudiant, assistant de recherche

Julie Ross, agente de recherche

Pierre Senécal, agent de recherche

Julie Snyders, psychologue, agente de recherche

Lyne Taillefer, psychologue, professionnelle de recherche

Les membres du Comité aviseur pour l'analyse et la diffusion des résultats

Claudine Boulet, psychologue, Clinique St-Léonard

Denise Champagne, Archives médicales

Danielle Dallaire, Direction des soins infirmiers

Chantal Hamelin, ergothérapeute, Clinique St-Léonard

Jean M'Pania, psychiatre, Clinique Pointe-aux-Trembles

Lyne Taillefer, psychologue, HLHL

Isabelle Uribé, travailleuse sociale, Clinique St-Léonard

Johanne Vaudry, avocate, Comité des usagers

La direction des services professionnels

Doris Clerc, Directrice des soins professionnels

Le département de psychiatrie de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Table des matières

Remerciements	iii
Liste des tableaux et des figures	v
Contexte de l'étude	1
Objectifs de l'étude	2
Méthode	3
Devis de recherche et échantillon	3
Procédure	4
Instruments de mesure	8
Méthode d'analyse	10
Résultats	11
Profil démographique et clinique	11
Résultats à l'HoNOS	14
Résultats à l'Échelle globale de fonctionnement	19
Résultats au Basis-32	20
La satisfaction des usagers face aux services de santé mentale	23
Le profil clinique des usagers selon la clinique	25
Discussion	32
Conclusion	39
Références	40
Appendice 1 – Analyse de représentativité	41
Appendice 2 – Lettres et questionnaires	46
Appendice 3 – Exemples de résultats individuels versés au dossier client	61
Appendice 4 – Acronymes et abréviations	63

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1.1	Nombres et pourcentages de répondants par questionnaire aux T1 et T2.....	4
Tableau 2.1	Profil démographique et clinique des usagers (N = 1067)	12
Tableau 2.2	Distribution des types de problèmes spécifiés à l'énoncé 8 de l'HoNOS (autres troubles mentaux et comportementaux) aux T1 et T2	18
Tableau 2.3	Statistiques descriptives aux trois mesures continues de l'HoNOS pour l'ensemble des usagers au T1 (N = 1033)	18
Tableau 2.4	Résultats comparatifs à l'HoNOS au T1 et T2 : Statistiques descriptives et Tests-T pour mesures appariées (N = 833 usagers)	19
Tableau 2.5	Résultats descriptifs au Basis-32 au T1 (N = 756 usagers)	22
Tableau 2.6	Résultats comparatifs au Basis-32 au T1 et T2 : Statistiques descriptives et Tests-T pour mesures appariées (N = 443 usagers)	23
Tableau 2.7	La satisfaction des usagers face aux services de santé mentale : Résultats descriptifs au VSSS-54F au T1 (N = 734 usagers)	24
Tableau 2.8	Comparaisons inter-cliniques des résultats aux questionnaires aux intervenants au Temps 1	26
Tableau 2.9	Comparaisons inter-cliniques des résultats aux questionnaires aux usagers au Temps 1	27
Tableau 2.10	Comparaisons inter-cliniques au niveau des changements du T1 au T2 dans les scores à l'HoNOS et à l'ÉGF: scores moyens au T1 et au T2 et tests F	31
Tableau A1.1	Représentativité des réponses des intervenants et usagers des cliniques externes de HLHL aux T1 et T2 par rapport aux usagers vus lors des semaines de terrain	44
Tableau A1.2	Représentativité des réponses des intervenants et usagers des cliniques externes aux T1 et T2 par rapport aux usagers vus en 2001	45
Figure 2.1	Distribution des usagers par groupe diagnostic au CIM-10 (N = 1067)	13
Figure 2.2	Pourcentage des usagers ayant un score de 2, 3 et 4 aux 12 énoncés de l'HoNOS (N = 1033)	16
Figure 2.3	Pourcentage des usagers avec un score de 2+ aux 12 énoncés de l'HoNOS au T1 et au T2 (N = 833)	19
Figure 2.4	Distribution des scores à l'ÉGF au T1 et T2 (N = 829)	20

Contexte de l'étude

Dans le but de soutenir le développement des services psychiatriques à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, un projet de recherche a été entrepris avec l'appui de la Direction des Services Professionnels et du Département de Psychiatrie de l'établissement afin de sensibiliser le personnel des cliniques externes de l'Hôpital à l'utilisation d'instruments de mesure standardisés ainsi qu'à l'utilisation de données probantes pour les fins cliniques et d'évaluation de programmes. Le projet fut mené conjointement par le Module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques de l'Hôpital Louis. H. Lafontaine (ou plus simplement le Module de soutien évaluatif) et l'Infrastructure d'évaluation des services psychiatriques de l'Université de Montréal (IESPUM).

Paradoxalement, s'il est possible à des usagers et aux intervenants des cliniques externes de pouvoir témoigner de résultats bénéfiques obtenus individuellement dans leur traitement, il n'est pas possible actuellement de documenter à l'aide de données quantifiées cet impact pour l'ensemble des usagers suivis en cliniques externes. Les retombées d'une telle étude menée à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine ne pourront manquer d'intéresser les autres départements de psychiatrie de l'Université de Montréal et ailleurs au Canada, tant par les méthodes et procédures utilisées que par les résultats eux-mêmes.

Le besoin de démontrer systématiquement et de façon rigoureuse les résultats d'une telle étude peut s'expliquer par plusieurs raisons.

- **Premièrement**, nous sommes entrés dans une ère où tant les médecins que les gestionnaires et les usagers exigent des traitements dont l'efficacité est démontrée.
- **Deuxièmement**, la qualité des soins : une des exigences du Conseil d'agrément des hôpitaux du Canada requiert qu'elle soit mesurée non seulement en termes des *processus* mais également des résultats auprès des usagers.
- **Troisièmement**, on peut soulever des valeurs d'efficacité, d'efficience et d'équité dans un système public de soins, valeurs qui rejoignent les individus, les cliniques externes et l'établissement, et enfin la société:
 - au niveau individuel, l'une des valeurs fondamentales en médecine est de n'offrir que des traitements potentiellement efficaces et d'éviter toute forme de pratique pouvant nuire au rétablissement de l'utilisateur ;

- au niveau de l'établissement, s'assurer que des interventions efficaces soient fournies par un personnel qualifié et sensible aux contextes des individus et de leurs proches;
- au niveau sociétal, s'assurer que les ressources mises en place par l'état soient consacrées de la façon la plus efficiente possible afin de desservir le plus grand nombre de personnes possible avec des interventions efficaces.

Objectifs de l'étude

Les objectifs de l'étude sont les suivants:

- Favoriser l'adoption d'une pratique basée sur des données probantes à un niveau individuel, d'équipe et de programmes des cliniques externes à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Évaluer le profil clinique de la clientèle des cliniques externes, selon le point de vue des usagers et celui des intervenants.
- Évaluer l'évolution clinique de la clientèle des cliniques externes sur une période de six mois.
- Évaluer la satisfaction de la clientèle des cliniques externes face aux services de santé mentale dispensés dans les cliniques.
- Évaluer les différences entre les différentes cliniques externes au niveau du profil clinique et de l'évolution clinique de la clientèle.
- Favoriser l'activité réflexive face aux résultats individuels et collectifs obtenus dans chacune des cliniques externes.
- Sensibiliser et encourager le personnel traitant à l'usage et l'interprétation d'instruments de mesure standardisés.

Méthode

Devis de recherche et échantillon

Le devis de recherche utilisé dans cette étude est un devis longitudinal à groupe unique. Il fut inspiré en partie du devis de Ruggeri et Dall'Agnola (2000) développé pour l'évaluation des services psychiatriques dans la communauté, situé lui-même dans le modèle d'évaluation de Thornicroft et Tansella (1999). Ruggeri suggère l'utilisation d'instruments de mesure standardisés dans l'évaluation des profils cliniques de larges populations. Le présent devis comprend l'utilisation de différents instruments de mesure standardisés auprès de l'ensemble des usagers et des intervenants des cliniques externes durant une période donnée, soit une semaine par clinique, ainsi que six mois plus tard. Des données furent ainsi recueillies à deux temps de mesures: au temps 1 (T1) et au temps 2 (T2), six mois plus tard. Les mêmes usagers et intervenants ont été consultés au T2 afin d'évaluer l'évolution clinique de la clientèle dans le temps. L'échantillon visé pour l'étude constitue l'ensemble des usagers des cliniques externes se présentant aux cliniques durant une semaine.¹ Pour des raisons pratiques, le terrain fut mené dans les différentes cliniques de façon successive, à raison d'une ou deux cliniques par semaine. De cette façon, le terrain du T1 s'est échelonné de mai à juin 2002, et celui du T2 de septembre à décembre 2002. Le Tableau 1.1 présente les nombres de répondants et les taux de réponses pour l'ensemble des cliniques ayant participé à l'étude (six cliniques de secteur incluant les cliniques Hochelaga-Maisonneuve, Mercier-Est, Mercier-Ouest, Montréal-Est–Pointe-aux-Trembles, Rivière-des-Prairies et St-Léonard; et trois cliniques spécialisées, soit les cliniques Jeunes Adultes, Gériatopsychiatrie et Lorenzo-Morin). Au total, 1173 usagers se sont présentés dans les neuf cliniques participantes durant les semaines du terrain. Des données ont été recueillies pour 1067 usagers via les questionnaires aux usagers ou les questionnaires aux intervenants. Il s'agit là d'informations sur 91% des usagers qui se sont présentés aux cliniques durant les semaines du terrain. Si l'on considère les taux de réponse aux différents questionnaires, c'est 88% pour les deux questionnaires remplis par les intervenants (HoNOS et ÉGF), 65% et 63% pour les deux questionnaires remplis par les usagers (Basis-32 et VSSS-54F). Au Temps 2, des données ont été recueillies pour 923 usagers, soit 77% des 1173 usagers s'étant présentés aux cliniques lors des semaines de terrain au T1, et 87% des usagers

¹ Un tel type d'échantillon, qui implique l'ensemble des usagers vus durant une période donnée, présente l'avantage d'être réalisé rapidement et de pouvoir être représentatif de la population totale des usagers, ici l'ensemble des usagers courants des cliniques externes.

pour lesquels des données avaient été recueillies au T1. Les taux de réponses au T2 relativement au T1 sont de 81% et 80% pour les questionnaires aux intervenants et de 59% pour le Basis-32, rempli par les usagers. Le VSSS-54F, qui mesure la satisfaction de la clientèle face aux services, ne fut rempli qu'au T1. Des résultats plus spécifiques sur la composition de l'échantillon en termes démographiques et cliniques sont présentés dans la section Résultats.

Tableau 1.1 Nombres et pourcentages de répondants par questionnaire aux T1 et T2

		Nb. d'usagers	HoNOS	ÉGF	Basis-32	VSSS-54F
T1	N	1067	1033	1030	756	734
	%	91 %	88 %	88 %	65 %	63 %
T2	N	923	833	829	443	—
	%	77 %	71 %	71 %	38 %	—
T2 / T1	%	87 %	81 %	80 %	59 %	—

Les résultats d'analyses de représentativité sont présentés à l'Appendice 1. Dans les grandes lignes, ces analyses démontrent une bonne représentativité de l'échantillon obtenu relativement à l'échantillon visé (n = 1173) et à l'ensemble de la clientèle des cliniques externes vue en 2001 (n = 5867). On n'observe pas de biais sérieux dans la réponse à l'étude selon le sexe ou l'âge du répondant ou selon le nombre et la durée cumulative des hospitalisations à HLHL. Une légère sur-représentation des usagers qui n'ont pas été hospitalisés à HLHL apparaît parmi les usagers qui ont répondu au Basis au T2, lorsque l'on considère l'échantillon visé. Mais cette sur-représentation disparaît lorsque l'on considère l'ensemble de la clientèle vue en 2001. Les seuls biais apparaissent entre les cliniques, où nous trouvons des écarts plus importants dans les taux de réponses. Entre autres, pour les raisons expliquées à l'Appendice 1, les questionnaires Basis-32 n'ont pas été complétés par les usagers de la Clinique Lorenzo-Morin au T2. Dans la mesure où les analyses sont faites par clinique, cela ne cause aucun problème. Cependant, lorsque l'on trace un profil global de la clientèle à partir de l'échantillon, ces sur- ou sous-représentations de certaines cliniques doivent être prises en considération.

Procédure

Avant de procéder au terrain proprement dit, nous avons dû nous assurer de la collaboration des responsables et professionnels des différentes cliniques et tester la procédure dans une phase pilote. D'abord, nous avons rencontré chacune des cliniques de secteur, ainsi que certaines

cliniques spécialisées (Clinique des Jeunes Adultes, la Clinique de Géro-psycho-geriatrie et la Clinique Lorenzo-Morin) et les groupes professionnels, afin d'y rencontrer les responsables et les professionnels pour leur expliquer le projet et solliciter leur participation. Les objectifs du projet ont été expliqués, les questions d'éthique et de confidentialité furent discutées ainsi que les détails de la procédure de cueillette des données (i.e. le terrain proprement dit). Ce fut là l'occasion de recueillir les commentaires des responsables et professionnels sur la procédure et d'amener les modifications nécessaires, entre autres pour la rendre plus conforme au rythme et aux modes de fonctionnement des cliniques.

Éthique

Le projet de recherche fut évalué et accepté par le Comité d'éthique et le Comité d'évaluation scientifique de l'Hôpital L-H Lafontaine. Un formulaire de consentement n'a pas été requis, mais une lettre de présentation de l'étude, signée par la directrice des services professionnels et le chef du département de psychiatrie de l'Hôpital, fut remis aux usagers en guise d'introduction au projet et d'engagement à la confidentialité et à la libre participation au projet (voir l'Appendice 2). Les usagers étaient libres de participer et de se retirer de l'étude en tout temps sans préjudice pour leur droit aux traitements à l'Hôpital L-H Lafontaine.

Terrain pilote

La phase pilote fut réalisée dans deux cliniques externes : la Clinique Maisonneuve-Rosemont et la Clinique Pointe-aux-Trembles. Ceci permit d'évaluer l'ampleur de la tâche pour recruter les participants et recueillir les réponses aux questionnaires. Selon la procédure initiale, les questionnaires étaient recueillis par le personnel de la clinique externe afin d'assurer la participation des usagers et réduire les coûts de l'étude. Toutefois, compte tenu de la charge du personnel des cliniques, il fut décidé que les questionnaires seraient recueillis, et administrés au besoin aux usagers, par des agents de recherche présents sur les lieux. Pour cette raison, deux agentes de recherche furent embauchées pour aider à la réalisation du terrain dans les autres cliniques externes en soutien aux deux coordonnateurs de l'étude. Il fut également décidé lors du projet pilote, que les questionnaires à être remplis par les usagers leur seraient proposés par l'intervenant les recevant lors de la visite. L'agent de recherche présent à la clinique lors du terrain a assisté l'un et l'autre au besoin et a recueilli les questionnaires.

Terrain principal

La passation des questionnaires s'est déroulée durant une semaine dans chacune des cliniques. Tous les usagers se présentant à la clinique durant cette semaine là étaient invités à participer à l'étude. Par l'intermédiaire de la lettre d'introduction au projet (voir Appendice 2), on leur décrivait les buts de l'étude et la nature de leur participation, en insistant sur leur entière discrétion à participer ou non à l'étude et sur la confidentialité de leurs réponses. On leur garantissait qu'aucun résultat individuel ne serait diffusé, bien que leurs résultats aux questionnaires seraient versés à leur dossier médical pour les fins cliniques seulement. Les usagers étaient également avertis que le projet comportait une deuxième étape, six mois plus tard, et qu'ils seraient contactés à ce moment là pour remplir une deuxième fois les questionnaires. Enfin, on offrait aux usagers la possibilité de les aider à compléter les questionnaires, soit leur lire les questions et, au besoin, leur expliquer et inscrire leurs réponses.

Temps 2

Afin d'obtenir des réponses aux questionnaires des usagers six mois après la première cueillette de données, un envoi postal fut fait à l'ensemble des usagers ayant participé à l'étude au T1. Une lettre explicative était jointe au questionnaire (Appendice 2) de même qu'une enveloppe de retour pré-affranchie. Le calendrier des envois fut établi selon le calendrier de la première cueillette de données. Les usagers étaient avertis de cet envoi dès la présentation de l'étude au T1. Une ligne téléphonique fut mise en place pour leur offrir un soutien dans la complétion du questionnaire (Basis-32) et pour répondre à leurs questions sur les objectifs du projet et l'intégrité de la démarche. Des affiches grand format ont été posées dans les cliniques pour inciter à la participation. Les usagers avaient deux semaines pour compléter et retourner leur questionnaire. Une procédure fut mise en place pour relancer par téléphone les usagers n'ayant pas retourné leur questionnaire dans les délais prescrits. Les personnes chargées des appels avaient pour consignes de s'assurer simplement que la personne avait bien reçu le questionnaire, de l'encourager à le remplir sans aucune pression et de lui offrir son aide pour le remplir si nécessaire.

Les intervenants des cliniques externes ont été avisés par écrit du calendrier de cueillette des questionnaires qu'ils devaient remplir et de la procédure détaillée du T2. Jointe à la lettre, se trouvait la liste des clients pour lesquels chacun devait remplir les questionnaires (l'HoNOS et l'ÉGF). Les intervenants devaient compléter les questionnaires pour les mêmes usagers pour lesquels ils avaient complété des questionnaires au T1. Pour favoriser la participation, un des

coordonnateurs du projet s'est présenté aux différentes cliniques lors des semaines du terrain 2. Une période de deux semaines fut allouée aux intervenants pour remplir leurs questionnaires.

Saisie des données et production des résultats individuels

Pour respecter les objectifs du projet de faciliter l'utilisation des données probantes pour les fins cliniques, les résultats individuels aux questionnaires ont été produits dès la réception des questionnaires et rendus rapidement accessibles aux cliniciens pour leur utilisation clinique. À cette fin, tous les questionnaires recueillis dans la journée étaient saisis dès le lendemain au centre de recherche (l'unité 218 à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine). Une interface informatique fut conçue pour la saisie des questionnaires et aussi pour la production des résultats graphiques individuels. Une fois tous les questionnaires recueillis et les résultats graphiques individuels produits, l'ensemble des résultats de la clinique était acheminé au Service des archives médicales de l'Hôpital. Celui-ci envoyait ensuite un double des résultats individuels à la clinique pour les fins cliniques. Les résultats de groupe furent produits ultérieurement, une fois que les données de l'ensemble des cliniques furent recueillies. Des présentations des résultats d'ensemble, et par clinique, furent faites dans chacune des cliniques ainsi qu'à différentes instances décisionnelles de l'Hôpital (Direction Générale, Direction des Services Professionnels, Direction des Soins Infirmiers et Département de psychiatrie).

Constitution du Comité d'analyse et de diffusion des résultats

Tous les membres du personnel des cliniques externes ont été invités à faire partie d'un Comité d'analyse et de diffusion des résultats lors des rencontres initiales suivant le projet pilote. Le comité fut constitué d'une travailleuse sociale, d'une ergothérapeute et d'une infirmière de la Clinique externe de St-Léonard, de la responsable des archives médicales, de la représentante du Comité des usagers et de l'équipe de coordination du projet (les auteurs du présent document). De plus, un des psychiatres en chef d'une clinique externe participante et une psychologue de l'établissement ont fait partie du comité. Les membres du comité partageaient l'objectif à long terme de favoriser l'utilisation des outils de mesure et de l'évaluation dans la pratique par l'ensemble du personnel des cliniques externes. Ils se donnaient également le mandat d'examiner d'une façon plus spécifique quelles analyses pourraient être faites des données pour favoriser la discussion et la réflexion chez les intervenants des cliniques externes. Enfin, les membres du comité avaient également le mandat d'examiner le rythme et les modes de diffusion des résultats afin de sensibiliser le plus possible le personnel des cliniques externes au potentiel de telles données et pour soutenir leur pratique clinique et celle de leur équipe.

Instruments de mesure

Quatre questionnaires ont été administrés : deux aux usagers et deux aux intervenants. Les quatre questionnaires concernent l'usager. Les questionnaires aux usagers étaient auto-administrés ou, au besoin, administrés par un agent de recherche. Ils comprennent le Basis-32, un questionnaire d'auto évaluation des symptômes psychiatriques, et le VSSS-54F, un questionnaire de satisfaction face aux services de santé mentale. Les questionnaires remplis par l'intervenant sur son client comprennent l'HoNOS et l'ÉGF, deux questionnaires mesurant les problèmes psychiatriques et le niveau de fonctionnement de l'usager.

Le Basis-32

Le Basis-32 (*"Behavior and Symptom Identification Scale"*, voir l'Appendice 2) est un questionnaire de 32 énoncés développé par Eisen, Dill et Grob (1994) pour évaluer les retombées des programmes du point de vue des usagers. Plus spécifiquement, il permet de mesurer leurs perceptions face à leurs symptômes psychiatriques et problèmes de fonctionnement. Les répondants sont invités à coter le degré des difficultés qu'ils ont vécues dans différentes situations au cours de la dernière semaine. Les réponses varient de 0 (aucune difficulté) à 4 (difficulté extrême). Cinq échelles sont dérivées de l'instrument: (1) difficultés dans les relations avec soi et les autres ; (2) difficultés dans la vie de tous les jours et dans le fonctionnement social ; (3) dépression et anxiété; (4) comportement impulsifs et addictifs; (5) psychose. Les résultats empiriques montrent que l'instrument a de bonnes qualités psychométriques, notamment une bonne consistance interne et une fidélité test-retest des échelles, et généralement une bonne validité de concomitante ("concurrent") (Klingenberg et al., 1998; Eisen et al. 1994). Les coefficients de consistance interne, ou alphas, calculés à partir des données du T1 pour ces échelles varient de .66 à .85 (0.94 pour l'échelle globale à 32 items).

Le VSSS-54F

Le questionnaire de satisfaction face aux services de santé mentale, le VSSS-54F, est une adaptation française (Lesage et DiBiase, 1993) du *"Verona Service Satisfaction Scale"*, initialement développé en italien et en anglais par Ruggeri et Dall'Agnola (1993). Cet instrument est un des plus utilisés pour évaluer la satisfaction de la clientèle face aux services de psychiatrie et sa fidélité ainsi que sa validité furent démontrées dans plusieurs études (voir Ruggeri et al., 1996). Comme pour les versions italienne et anglaise de l'instrument, la validation de l'instrument dans sa version française (Corbière et al., 2003; voir l'Appendice 2) a résulté en

une structure comprenant cinq échelles: la satisfaction face (1) aux habiletés et compétences des psychiatres et psychologues ; (2) aux habiletés et compétences des autres professionnels; (3) à l'information et l'accès aux services ; (4) à l'efficacité des services ; et (5) à l'implication des proches. Les alphas calculés à partir des données du T1 pour ces échelles varient de .82 à .90 pour quatre des cinq échelles. Seule l'échelle de satisfaction face à l'information et l'accès aux services présente un faible alpha, soit .41, et devra être interprétée avec prudence.

L'HoNOS

Le "*Health of the Nation Outcome Scale*" ou HoNOS (Wing et al., 1998), est un instrument conçu pour mesurer les résultats des prises en charge en santé mentale, en termes de symptômes psychiatriques et de fonctionnement social. C'est un instrument très court, précis et simple destiné à être utilisé de routine par les cliniciens. Il 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 de l'utilisateur 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 quatre dimensions : les problèmes de comportement, les handicaps, les symptômes et les problèmes sociaux. Cependant, les analyses de validation sur la version française de l'instrument (Lauzon et al., 2001; voir l'Appendice 2) semblent plutôt indiquer la présence d'une seule dimension constituée des 12 énoncés de l'échelle. L'échelle globale représente la somme des réponses aux 12 énoncés. La consistance interne de l'échelle avec les données du T1 est de .75. Une consistance interne similaire avait été rapportée par Lauzon et al. Pour diverses raisons, dont une consistance interne relativement peu élevée et des corrélations modérées entre les énoncés de l'HoNOS, ces auteurs ont suggéré d'interpréter le 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 ont donc été 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 répondants ayant des problèmes modérés à graves (score de 2+). Cette dichotomisation permet d'évaluer la prévalence de différents troubles ou déficits de fonctionnement et d'évaluer les changements de prévalence de problèmes dans le temps. Enfin, à partir de ces indices, nous avons également

construit deux autres indicateurs globaux du fonctionnement, soit le nombre d'énoncés cotés 2+, qui représente le nombre de problèmes ou déficits de fonctionnement modérés à graves, et le nombre d'énoncés cotés 3+, qui représente le nombre de problèmes importants ou graves. La consistance internes de ces indicateurs est de .62 et .64 respectivement.

L'Échelle globale de fonctionnement

Le dernier instrument utilisé dans cette étude est l'**EGF**, ou *Échelle globale de fonctionnement* (voir l'Appendice 2), qui correspond en fait à l'axe IV du DSM-IV (APA, 1994). Il s'agit d'une seule question cotée sur une échelle de 0 à 100 (où 0 indique un niveau de fonctionnement extrêmement bas et 100 un niveau très élevé). Pour chaque tranche de 10 sur l'échelle, on a une description détaillée qui permet à l'évaluateur de bien se situer. Les études ont montré que l'ÉGF était fiable (Moos, Nichol & Moos, 2002), et ce, même après une formation minimale (Jones et al., 1995; Startup, Jackson & Bendix, 2002). Les études ayant évalué la validité de l'ÉGF ont cependant montré que l'ÉGF était un meilleur prédicteur ou corrélât du niveau global des symptômes que du fonctionnement (Roy-Byrne et al., 1996; Moos et al. 2002).

Méthode d'analyse

Les analyses conduites dans cette étude sont de deux ordres: d'une part, descriptives (i.e., moyenne, écart-type, proportion de réponses) pour décrire les résultats des questionnaires aux clients et aux intervenants aux deux temps de mesures; et d'autre part, comparatives, pour comparer les résultats obtenus au T1 et au T2, ou pour comparer les résultats d'une clinique à l'autre. Pour les analyses comparant les résultats du T1 et du T2, des Tests T pour mesures appariées furent utilisés pour les mesures continues à échelle d'intervalles (les scores aux différentes échelles) et des tests Wilcoxon furent utilisés pour les mesures ordinales (ex. les scores en trois catégories à l'ÉGF). Ces tests statistiques permettent d'évaluer si les symptômes et problèmes de fonctionnement des usagers ont augmenté ou diminué significativement durant les six mois de l'étude. Pour les comparaisons des résultats d'une clinique à l'autre, nous avons utilisé des ANOVAs pour les mesures à échelle d'intervalle et le test Khi-carré (χ^2) pour les variables catégorielles. Dans le cas d'écarts significatifs aux ANOVAs, des tests de comparaisons à posteriori (avec contrastes à la moyenne globale et corrections de Bonferroni) furent utilisés pour identifier les cliniques différant significativement des autres. Et dans l'occurrence de différences significatives au test Khi-carré, les résidus ajustés standardisés furent utilisés pour identifier les cliniques différant significativement des autres.

Résultats

Profil démographique et clinique

Le Tableau 2.1 présente le profil démographique et clinique des usagers, globalement et par clinique. Au total, l'échantillon est composé de 39% d'usagers de sexe masculin et de 61% d'usagères. Ces proportions varient significativement au plan statistique selon la clinique ($\chi^2(8) = 41.9$, $P < .001$). Elles diffèrent significativement, entre autres, dans deux cliniques: la Clinique de Géro-psycho-geriatrie, qui compte 74% de femmes et la Clinique Jeunes Adultes qui compte 75% d'hommes. L'âge des usagers varie de 18 à 85 ans, pour une moyenne de 48 ans (é.-t. = 14.6) : 29% des usagers ont entre 18 et 39 ans, 49% ont entre 40 et 59 ans et 22% ont 60 ans ou plus. Encore ici, des écarts significatifs ressortent selon la clinique, surtout dans les trois cliniques spécialisées relativement aux cliniques de secteurs. La Clinique Jeunes Adultes comprend essentiellement des jeunes, soit 93% d'usagers de 18 à 39 ans, et 7% d'usagers de 40 à 59 ans. La Clinique de Géro-psycho-geriatrie comprend essentiellement des personnes de 60 ans et plus (99%). Et la Clinique Lorenzo-Morin est composée surtout d'usagers de 40 à 59 ans (71%), avec une proportion non-négligeable d'usagers de 60 ans et plus (27%). Comparées entre elles, les six cliniques de secteur ne diffèrent pas au niveau de l'âge des usagers (les proportions y étant de 30%, 56% et 14% pour les 18-39 ans, les 40-59 ans et les 60+ ans respectivement).

Sur les 1067 usagers de l'échantillon, 61% ont déjà été hospitalisés à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, soit en moyenne pour une durée cumulative de 9.3 mois. Mais encore ici, des écarts significatifs importants ressortent par clinique. Trois groupes de cliniques se distinguent par rapport à cette proportion globale : (1) celles où la proportion est moindre (Rivières-des-Prairies et Mercier-Ouest) ; (2) celles où la proportion est supérieure (Hochelaga-Maisonneuve, Jeunes-Adultes et Lorenzo-Morin) ; (3) et les autres où la proportion est semblable à la moyenne globale. Il en est de même pour les durées cumulatives d'hospitalisations à HLHL. La comparaison des cliniques sur cette mesure (par une ANOVA, avec un test de comparaison multiples de Tukey) montre que la Clinique Lorenzo-Morin diffère significativement des autres cliniques, notamment avec une durée cumulative moyenne d'hospitalisation à HLHL de 93 mois (7 ans et 8 mois), alors qu'elle varie de 1.5 à 7.2 mois dans les autres cliniques.

Tableau 2.1 Profil démographique et clinique des usagers (N = 1067)

		RDP	StL	HM	MO	ME	PAT	JA	GP	LM	Global	Test
Nb. de répondants au T1		123	124	207	125	136	153	55	96	48	1067	
Femmes	(%)	61.8	54.0	62.6	63.2	64.2	64.5	25.9	74.2	51.0	60.7	41.9 ***
Hommes	(%)	38.2	46.0	37.4	36.8	35.8	35.5	74.1	25.8	49.0	39.3	
18-39 ans	(%)	30.9	35.5	33.0	31.2	25.4	21.9	92.6	0.0	2.0	28.9	507.1 ***
40-59 ans	(%)	56.1	44.4	53.4	54.4	61.9	64.5	7.4	1.0	71.4	49.2	
60+ ans	(%)	<u>13.0</u>	20.2	<u>13.6</u>	<u>14.4</u>	<u>12.7</u>	<u>13.5</u>	<u>0.0</u>	99.0	26.5	21.9	
Usagers déjà hosp. à HLHL	(%)	<u>43.1</u>	64.5	67.0	<u>48.0</u>	57.5	60.0	87.0	54.6	98.0	60.8	75.0 ***
Mois d'hosp. à vie à HLHL		1.5	5.8	6.8	2.9	5.5	6.0	6.3	7.2	92.5	9.3	164.6 ***
Diagnostic												285.3 ***
Troubles organiques	(%)	0.8	0.8	1.0	1.6	0.7	3.9	0.0	8.3	0.0	2.0	
Schizophrénie, tr. délirants	(%)	27.6	30.6	36.7	25.0	<u>22.1</u>	<u>20.4</u>	96.4	<u>15.6</u>	70.8	32.1	
Troubles de l'humeur	(%)	43.9	45.2	42.0	53.2	57.4	55.3	<u>1.8</u>	58.3	<u>10.4</u>	45.7	
Tr. névrotiques, anxiété	(%)	17.9	6.5	4.8	12.1	<u>2.9</u>	7.9	1.8	7.3	<u>0.0</u>	7.4	
Toxicomanie	(%)	1.6	2.4	2.9	0.8	2.2	1.3	0.0	2.1	0.0	1.8	
Tr. personnalité, comport.	(%)	4.9	4.8	5.8	3.2	7.4	6.6	0.0	1.0	0.0	4.6	
Tr. physio., retard mental	(%)	1.6	6.5	4.8	3.2	5.9	2.0	0.0	3.1	4.2	3.8	
Aucun diagnostic enregistré	(%)	1.6	3.2	1.9	0.8	1.5	2.6	0.0	4.2	14.6	2.6	

- Test Khi-carré pour les variables catégorielles et ANOVA pour variables continues (i.e. mois d'hospitalisation à vie à HLHL).
- Les moyennes ou pourcentages en **gras** ou soulignés sont significativement **supérieurs** ou inférieurs (à $P < .05$) à la moyenne ou au pourcentage global.
- * $P < .05$ ** $P < .01$ *** $P < .001$
- Les abréviations des cliniques externes sont présentées à l'Appendice 4.

Le profil diagnostique de la clientèle

Bien qu'il n'avait pas été prévu initialement d'évaluer le profil diagnostique de la clientèle pour les fins de l'étude, la question s'est vite posée au Comité d'analyse et de diffusion des résultats. D'une part, la connaissance de ce profil peut être très utile pour les gestionnaires de l'établissement et pour les cliniciens des différentes cliniques. D'autre part, l'inclusion du diagnostic parmi les mesures de l'étude permettait de répondre à certaines questions d'interprétation des résultats. Nous avons donc, avec la permission de la directrice des soins professionnels, utilisé les données d'archives pour identifier le diagnostic de chacun des usagers participant à l'étude. Sur les 1067 usagers de l'étude, 462 n'avaient aucun diagnostic inscrit dans la base de données informatisée de l'Hôpital et ont nécessité des consultations au dossier médical des archives (le dossier papier). Une infirmière clinicienne et une psychologue de l'établissement, aussi membre du Comité d'analyse et de diffusion des résultats de l'étude, furent chargées de réaliser cette extraction supplémentaire de données et d'inscrire les diagnostics dans la base de données du projet (aucune inscription ne fut faite dans la base de données informatisée de l'hôpital). Comme chaque usager pouvait avoir plus d'un diagnostic,

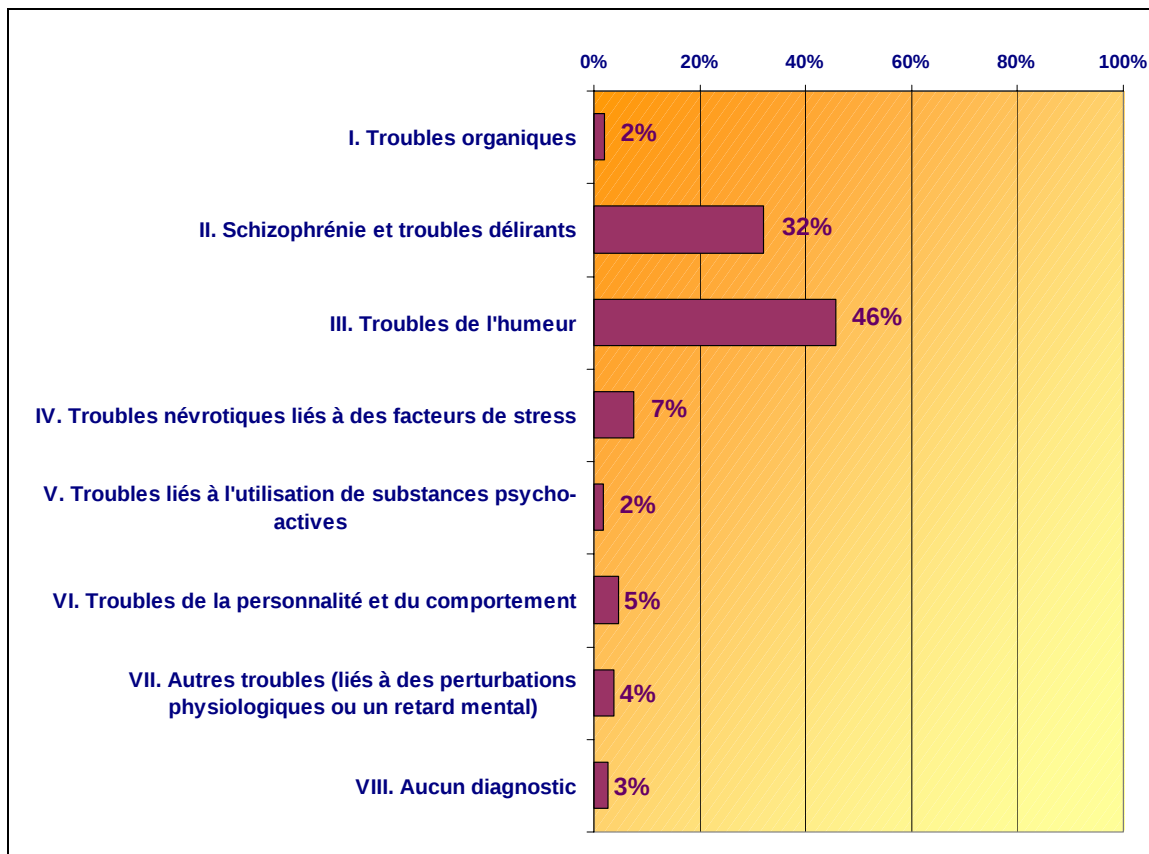


Figure 2.1 Distribution des usagers par groupe diagnostique au CIM-10 (N = 1067)

soit simultanément, soit à différents moments dans le temps (selon les différents séjours ou les différentes consultations avec un psychiatre), une procédure fut adoptée pour n'inscrire qu'un diagnostic. D'une part, nous avons utilisé le diagnostic le plus récent inscrit au dossier de l'utilisateur, ensuite nous avons classé ce diagnostic dans l'une des sept grandes classes de la Classification internationale des maladies, version 10 (CIM-10). Lorsque plus d'un diagnostic était inscrit à une même date, nous avons sélectionné celui appartenant à la classe la plus élevée proposée par la classification du CIM-10 et apparaissant dans l'ordre à la Figure 2.1 (la classe I étant la plus élevée). Les résultats montrent que près de 80% de la clientèle se retrouvent dans deux groupes diagnostics : les troubles de l'humeur comptant pour 46% de la clientèle et la schizophrénie et les troubles délirants comptant pour 32%. Les autres groupes diagnostics comprennent chacun moins de 10% de la clientèle : les troubles névrotiques liés à des facteurs de stress (7%), les troubles de la personnalité et du comportement (5%), les autres troubles liés à des perturbations physiologiques ou à un retard mental (4%) et les troubles organiques et les troubles liés à l'utilisation de substances psycho actives, comptant de part et d'autre pour 2% de la clientèle.² Notons que 2% de la clientèle n'ont aucun diagnostic inscrit à leur dossier médical.

Résultats à l'HoNOS

Les résultats aux réponses des intervenants au questionnaire HoNOS sont illustrés à la Figure 2.2. Y sont présentées, pour chacun des douze énoncés de l'HoNOS, les proportions d'utilisateurs pour lesquels un score de 2 à 4 fut coté par l'intervenant. Rappelons ici qu'un score de 2 à 4, ou plus simplement de 2+, à l'HoNOS représente un niveau de problème significatif, soit un modéré mais perturbateur (score de 2), un problème modérément grave (score de 3) ou un problème grave ou très grave (score de 4). À prime abord, on constate que les troubles liés au stress et à l'anxiété sont les plus prévalents. On les retrouve chez 61% des usagers.³ Viennent ensuite les problèmes de relations sociales, présents chez 47% des usagers. Ces problèmes sont ceux, dans la famille ou dans le réseau social plus large, dus à un retrait actif ou passif des relations sociales ou à des relations négatives, destructrices ou nuisibles. À cet égard, une cote de 2 représente un problème net pour établir des relations significatives (25% des usagers), une cote

² Comme chaque usager peut avoir d'autres diagnostics associés et être classé ainsi à une classe supérieure en raison d'un diagnostic associé plus sévère, ceci implique qu'il y a potentiellement plus de 2% de la clientèle qui a un problème d'abus de substance.

³ Comme nous le verrons en détail plus loin, cette catégorie de troubles comprend en plus des troubles génériques de stress et d'anxiété, des troubles spécifiques tels que phobies, troubles obsessionnels-compulsifs, troubles somatoformes, troubles alimentaires et troubles de sommeil.

de 3, des problèmes majeurs et persistants de retrait social (16%), et une cote de 4, un isolement social important et pénible (6%). Viennent ensuite les problèmes d'humeur dépressive et les problèmes liés aux activités de la vie quotidienne, tous deux présents chez 37% des usagers. Au niveau des problèmes d'humeur dépressive, les problèmes légers mais nets (cote de 2 : perte d'estime de soi, tristesse, culpabilité) se retrouvent chez 22% des usagers, les problèmes modérément graves (cote de 3: dépression importante avec sentiments de dévalorisation, de culpabilité et de grande tristesse) chez 14% des usagers, et les problèmes graves (cote de 4 : trouble grave empêchant la plupart des activités) chez 2% des usagers. Les problèmes liés aux activités de la vie quotidienne cotés à 2 représentent des soins personnels de base adéquats (manger, se laver, s'habiller, aller aux toilettes) mais des difficultés importantes dans plusieurs tâches complexes, comme la gestion du budget, l'organisation du logement, l'occupation et les loisirs, la mobilité et l'utilisation des transports, les achats et le développement personnel. Ces problèmes sont présents chez 28% des usagers. Les problèmes majeurs dans un ou plusieurs domaines des soins personnels ainsi qu'une incapacité majeure dans les tâches complexes (cote de 3) se retrouvent chez 8% des usagers. Et les handicaps graves dans tous ou presque tous les domaines de soins se retrouvent chez 11 usagers (1%). Des problèmes significatifs (2+) au plan de la santé physique sont notés chez 27% des usagers; pour 13% des usagers, il s'agit de problèmes limitant légèrement la mobilité et l'activité (cote de 2), pour 12% il s'agit de problèmes limitant l'activité de façon plus importante et pour 2%, il s'agit de problèmes de santé physique graves ou très graves. Des troubles significatifs au plan cognitif (cote de 2+) se retrouvent chez 18% des usagers ; 15% ont des troubles de la mémoire ou de la pensée légers mais nets (cote de 2) et 4% souffrent d'une nette désorientation dans le temps, l'espace ou les personnes (cote de 3). Par ailleurs, des troubles délirants significatifs (2+) sont présents chez 17% des usagers ; pour 10% des usagers, il s'agit de délires et d'hallucinations relativement peu perturbateurs ou générant peu de comportements bizarres ; pour 5% des usagers, il s'agit de délires et d'hallucinations provoquant une détresse évidente ou se manifestant par des comportements clairement bizarres ; et pour 1.3% des usagers, il s'agit de délires et d'hallucinations générant un impact très important sur l'état mental et le comportement.

Les autres troubles évalués dans l'HoNOS sont moins prévalents. On note que 8% des usagers présentent des comportements agressifs, hyperactifs ou perturbateurs, dont la grande majorité (77 sur 81) sont des problèmes légers mais perturbateurs (cote de 2) tels des gestes agressifs comme bousculer ou importuner autrui, des menaces ou des agressions verbales. On note également des troubles significatifs liés à la consommation d'alcool et de drogues chez 6% des usagers. Pour 3.4%, il s'agit d'abus d'alcool ou de drogues sans nette dépendance, pour 2.1%, il

s'agit d'une nette dépendance ou d'abus fréquents, et pour 4 personnes (.4%), il s'agit d'un problème gravement invalidant. Les idéations ou comportements suicidaires ou d'automutilation sont observés chez 5% des usagers : pour 2.8% des usagers, ce sont des idéations ou comportements présentant de légers risques de suicide; pour 14 personnes (1.4%) ce sont des comportements présentant de sérieux risques de suicide, tels des préparatifs, un plan suicidaire ou l'idée fixe du suicide ; et trois personnes (.3%) ont fait une tentative grave de suicide.

Des problèmes significatifs liés aux conditions de vie ont été notés chez 6% des usagers. Ces problèmes concernent la qualité du logement ou du milieu de vie de la personne. Pour 4% des usagers, les problèmes sont modérés et pour 2%, ils sont plus importants. Enfin, 9% des usagers ont, selon les intervenants, des problèmes significatifs liés à l'occupation et aux activités. Pour 7%, ce sont des problèmes modérés (choix limité d'activités, manque de tolérance) et pour 2%, les problèmes sont plus importants (aucune ou très peu d'activités).

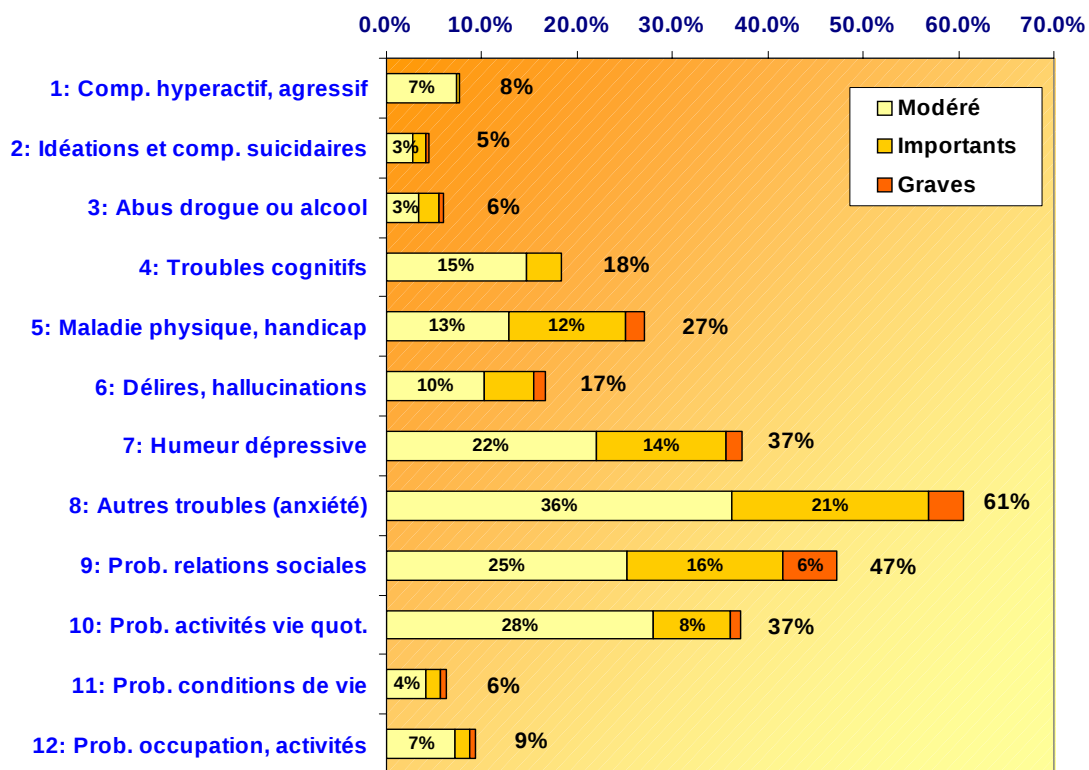


Figure 2.2 Pourcentage des usagers ayant un score de 2, 3 ou 4 aux 12 énoncés de l'HoNOS (N = 1033)

Le Tableau 2.2 présente la distribution des réponses à l'item 8 de l'HoNOS pour les "autres troubles mentaux". De prime abord, les troubles d'anxiété et de stress représentent à eux seuls de 60% à 65% de ces réponses aux T1 et T2. Si l'on inclut à cela, les phobies, les troubles obsessionnels-compulsifs et les troubles du sommeil, liés à divers degrés au stress et à l'anxiété, on obtient plus de 80% des réponses "autres" liées au stress et à l'anxiété.

En plus des résultats par énoncé, trois scores composites ont été calculés pour l'HoNOS au T1 et au T2 : (1) le score total, représentant la somme des cotes aux 12 énoncés de l'HoNOS; (2) le nombre d'énoncés sur 12 pour lesquels l'utilisateur a une cote de 2 ou plus (n2+) ; (3) et le nombre d'énoncés sur 12 pour lesquels l'utilisateur a une cote de 3 ou plus (n3+). Ces scores sont évidemment corrélés, mais représentent néanmoins des aspects différents du profil clinique. Ils représentent respectivement le niveau global de problèmes, le nombre de problèmes significatifs et le nombre de problèmes importants ou graves. Le Tableau 2.3 présente les statistiques descriptives à ces trois mesures. Le score total moyen à l'HoNOS est de 9.8 (é.-t. = 6.0). Près de 24% des usagers ont un score total de moins de 5 ; 26% ont un score variant de 5 à 8.9; 24% un score de 9 à 13.9 et 26% un score total de 14 et plus. L'interprétation du score total, en moyenne ou en distribution, se fait facilement quand on a en tête l'échelle de cotation de l'HoNOS (1 pour un problème léger, 2 pour un problème modéré mais perturbateur, etc.). Le cumul des problèmes donne le score total. Ainsi, un score de 12 peut représenter le cumul de 12 problèmes légers, de 6 problèmes modérés, de 4 problèmes modérément graves ou de 3 problèmes graves. Les deux autres mesures sont plus explicites sur ce point. Ainsi, les usagers ont en moyenne 2.8 problèmes modérés ou plus graves et 1 problème important ou grave. Près de 16% des usagers n'ont aucun problème jugé modéré ou plus grave selon les intervenants et 50% n'ont aucun problème jugé modérément grave ou grave.

L'évolution des mesures à l'HoNOS après six mois

La Figure 2.3 présente les résultats à l'HoNOS aux deux temps de mesure. Il s'agit des pourcentages d'utilisateurs cotant 2+, selon les intervenants, à chacun des énoncés. Selon les résultats au test de Wilcoxon, trois énoncés à l'HoNOS présentent des écarts significatifs du T1 au T2. Dans les trois cas, il s'agit de diminution des pourcentages de problèmes : soit des diminutions des problèmes liés au stress et à l'anxiété, qui passent de 61% à 53%, des problèmes d'humeur dépressive (38% à 27%) et des problèmes liés aux activités de la vie quotidienne (37% à 32%).

Tableau 2.2 Distribution des types de problèmes spécifiés à l'énoncé 8 de l'HoNOS (autres troubles mentaux et comportementaux) aux T1 et T2

	T1 (%)	T2 (%)
1. Phobie	3.6	3.2
2. Anxiété	51.5	49.7
3. Trouble obsessionnel-compulsif	6.5	3.2
4. Stress	11.3	15.1
5. Dissociation	1.3	2.2
6. Trouble somatoforme	3.2	4.9
7. Trouble alimentaire	3.9	5.4
8. Trouble du sommeil	7.5	10.8
9. Trouble sexuel	1.8	1.6
10. Autres	9.4	3.8
Nb. de réponses cotées "autres troubles" (item 8)	786	185

Tableau 2.3 Statistiques descriptives aux trois mesures continues de l'HoNOS pour l'ensemble des usagers au T1 (N = 1033)

Score total		Nb. de prob.:	modérés ou pires (n2+)	importants ou graves (n3+)
0 – 4.9	23.6 %	0	15.8 %	50.0 %
5.0 – 8.9	26.2 %	1 – 2	32.8 %	35.6 %
9.0 – 13.9	24.3 %	3 – 4	29.9 %	12.5 %
14.0 – 31.0	25.9 %	5+	21.4 %	1.8 %
Moyenne	9.8		2.8	1.0
Écart-type	6.0		2.1	1.4

Les changements dans le score total à l'HoNOS du T1 au T2 ont été testés à l'aide d'un Test-T pour mesures appariées, ainsi que les différences dans le nombre de problèmes significatifs (n2+) et de problèmes importants ou graves (n3+) (Tableau 2.4). Pour les trois mesures, on observe une diminution significative des niveaux de problèmes ; une diminution du score total, qui passe de 9.78 au T1 à 9.14 au T2; une diminution du nombre d'usagers ayant des problèmes significatifs (n2+), qui passe de 2.78 au T1 à 2.48 au T2 ; et du nombre d'usagers ayant des problèmes importants ou graves (n3+), qui passe de 1.04 au T1 à 0.87 au T2.

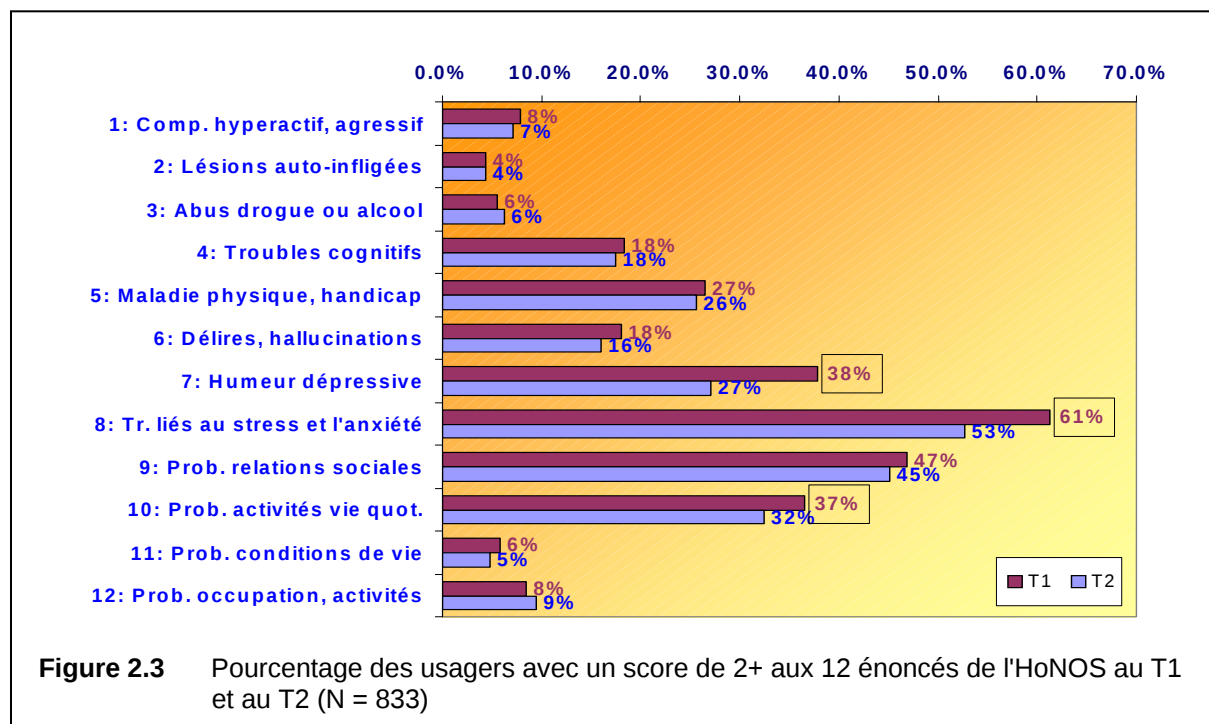


Tableau 2.4 Résultats comparatifs à l'HoNOS au T1 et T2 : Statistiques descriptives et Tests-T pour mesures appariées (N = 833 usagers).

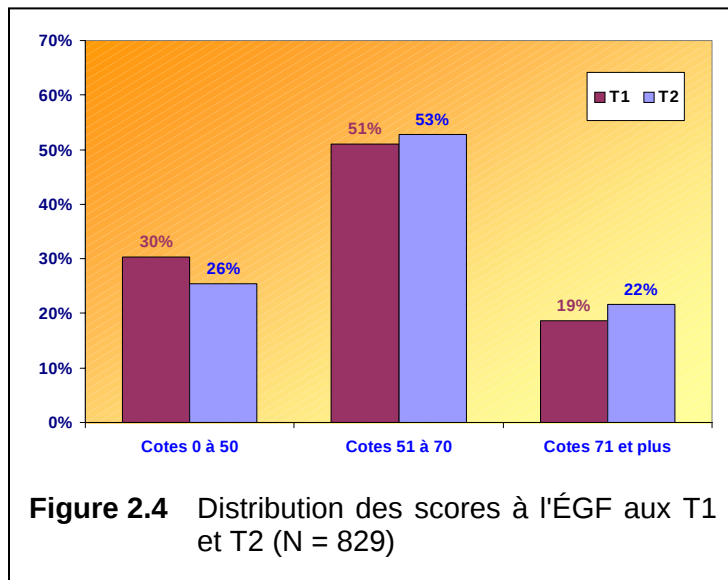
Échelles	T1		T2		Test-T
	Moy.	É.-t.	Moy.	É.-t.	
Score total	9.78	5.92	9.14	6.03	- 3.4 ***
n2+	2.78	2.01	2.48	2.07	- 4.2 ***
n3+	1.04	1.35	0.87	1.35	- 3.7 ***

*** P < .001

Résultats à l'Échelle globale de fonctionnement

L'Échelle globale de fonctionnement ne comprend qu'une seule cote ou réponse de l'intervenant, qui indique le niveau de symptômes et de fonctionnement de la personne. Pour l'ensemble des 1030 usagers pour lesquels un score à l'ÉGF fut fourni, les scores varient de 5 à 90, autour d'une moyenne de 58.3 (é.-t. = 15.2). Si l'on se fie au libellé de la mesure pour les scores variant de 51 à 60, il s'agit de symptômes d'intensité moyenne (ex. un émoussement affectif ou des attaques de paniques épisodiques) ou des difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (ex. peu d'amis, conflits avec les collègues de

travail). Évidemment, les résultats sont très variables, comme en témoigne l'écart-type, mais aussi la distribution des scores. Pour en avoir une meilleure idée, nous avons réparti les scores en trois groupes. Parmi l'ensemble des répondants, 18.4% ont un niveau de fonctionnement plutôt bon, avec des symptômes légers ou transitoires (i.e. cotes de 71 et +), 50.5% ont des symptômes modérés (cotes de 51 à 71) et 31.1% ont un niveau de fonctionnement bas et présentent des symptômes importants (cotes de 0 à 50).



Au deuxième temps de mesure, les résultats à l'ÉGF ont été obtenus pour 829 usagers. Les scores varient de 12 à 91, autour d'une moyenne de 59.9 (é.t. = 15.8). En comparaison avec les résultats à l'ÉGF obtenus au T1, ces résultats représentent une augmentation significative du niveau de fonctionnement chez les usagers après six mois ($T(828) = 3.8, p < .001$) ; les scores passant de 58.3 au T1 à 59.9 au T2. Des écarts significatifs

apparaissent également lorsque l'on compare les résultats par niveau de problème du T1 au T2 (Wilcoxon = 3.6, $P < .001$), indiquant des changements dans le temps dans les proportions d'usagers par niveau de fonctionnement. La Figure 2.4 illustre ceci. On constate en effet une diminution du T1 au T2 de la proportion d'usagers présentant des symptômes importants (30% à 26%) et une augmentation des proportions d'usagers avec des symptômes d'intensité modérée (51% à 53%) ou légère (19% à 22%).

Résultats au Basis-32

Les résultats descriptifs du T1 pour le Basis-32—le questionnaire auto-administré rempli par les usagers et indiquant leur niveau de fonctionnement et de symptômes—sont présentés au Tableau 2.5. Au total, 756 usagers ont répondu à ce questionnaire au T1. Des scores relativement similaires ont été obtenus aux trois premières échelles, soit des scores moyens de 1.40, 1.53 et 1.61, respectivement aux échelles de problèmes de relation à soi et aux autres, de problèmes dans la vie quotidienne et de dépression et d'anxiété. Ces résultats indiquent des problèmes modérés en moyenne pour l'ensemble des usagers. Les résultats diffèrent évidemment grandement d'un usager à l'autre. Pour apprécier les proportions d'usagers pour

lesquels les problèmes sont plus importants, nous les avons répartis selon qu'ils aient ou non des scores supérieurs à 2.5 aux différentes échelles.⁴ Ainsi, pour près de 15% des usagers les problèmes de relations à soi et aux autres sont plus importants. Rappelons ici que ces problèmes concernent les relations avec les membres de la famille, la capacité de s'entendre avec les autres, de se sentir proche des autres, d'être réaliste à propos de soi et des autres, de reconnaître et d'exprimer ses émotions de façon appropriée, d'avoir confiance en soi et d'avoir une direction dans sa vie. En ce qui concerne les problèmes liés à la vie quotidienne, 20% auraient selon eux-mêmes des difficultés plus importantes. Il peut s'agir ici de difficultés à organiser sa vie quotidienne, à avoir des loisirs ou des activités récréatives, de la difficulté à développer son autonomie, de l'apathie, de la confusion, des difficultés face aux travaux domestiques, au travail et aux études. Près de 20% des usagers auraient également des problèmes plus importants de dépression et d'anxiété. Selon le libellé des questions, il pourrait s'agir ici de difficultés d'adaptation à des événements stressants, des problèmes d'isolement ou de solitude, la dépression (le manque d'espoir), des idées ou des comportements suicidaires, des symptômes physiques tels des maux de tête, des problèmes de sommeil ou des maux de ventre, et de manifestations de peur, d'anxiété ou des sentiments de panique.

Les scores moyens aux échelles de "comportements impulsifs et de dépendance" et de psychose sont relativement plus bas, soit respectivement de 0.68 et 0.74. Aussi, respectivement 3% et 6.7% des usagers auraient des problèmes plus importants à cet égard. Les problèmes de comportement impulsifs et de dépendance comprennent des problèmes d'humeur changeante, des comportements incontrôlables, les problèmes de consommation d'alcool, la consommation de drogues illicites, les difficultés à contrôler des sentiments de colère et des comportements impulsifs, illégaux ou à risque. Les énoncés en lien avec l'échelle de psychose concernent l'occurrence de pensées ou croyances dérangeantes et irréelles, les hallucinations auditives ou visuelles, les comportements excités et bizarres. Enfin, notons que le score global moyen à l'ensemble des énoncés du Basis-32 est de 1.20 ; près de 5% des usagers auraient des problèmes assez importants sur l'ensemble des énoncés du Basis-32.

Deux autres indicateurs ont été construits à partir des réponses au Basis-32 pour mieux documenter la répartition des réponses. Le premier est le nombre d'items sur 32 pour lesquels l'utilisateur a un score de 3 ou 4 ("pas mal de difficultés" et "difficulté extrême"). Sur les 756 usagers, 21% n'ont coté 3 ou 4 sur aucun des 32 items du Basis, 30% l'ont fait sur 1 à 5 items,

⁴ Une cote de 2.5 étant le point milieu entre la cote 2 (plus ou moins de difficultés) et la cote 3 (pas mal de difficultés), un score moyen de 2.5 à une échelle peut s'interpréter par des problèmes qui tendent à

25% l'ont fait sur 6 à 11 items et 24% l'ont fait sur 12 items et plus. Le deuxième indicateur représente le score maximal obtenu à une des cinq échelles spécifiques du Basis (Relations à soi et aux autres, Problèmes liés à la vie quotidienne, etc.). À cette échelle, 55% des usagers ont un score maximal (sur une des cinq échelles du Basis) de 0 à 2 (2 représentant "plus ou moins de difficulté" en moyenne aux énoncés composant l'échelle) ; 25% ont un score maximal de 2.1 à 2.9 (3 représentant "pas mal de difficulté" aux énoncés de l'échelle) ; et 20% ont un score maximal de 3 à 4 (3 à 4, représentant "pas mal de difficulté" à une "difficulté extrême" aux énoncés composant l'échelle). Le tiers des usagers (34%) ont un score maximal à une des cinq échelles du Basis qui est de 2.5 ou plus. Les deux tiers des usagers ont donc un score de moins de 2.5 au plus comme score maximal à l'une des cinq échelles du Basis, qui indique un niveau de difficulté relativement modéré dans la semaine précédente, selon le point de vue des usagers.

Tableau 2.5 Résultats descriptifs au Basis-32 au T1 (N = 756 usagers).

Échelles	Min. – Max.	Moyenne	Écart-type	% (2.5 – 4.0)
Relations à soi et aux autres	0.0 – 4.0	1.40	0.96	14.8 %
Prob. liés à la vie quotidienne	0.0 – 4.0	1.53	1.01	19.6 %
Dépression et anxiété	0.0 – 4.0	1.61	1.06	20.1 %
Comp. impulsifs et de dépendance	0.0 – 3.3	0.68	0.69	3.0 %
Psychose	0.0 – 4.0	0.74	0.84	6.7 %
Score total	0.0 – 3.5	1.20	0.76	4.8 %

Au total, 443 usagers ont répondu au Basis-32 au deuxième temps de mesure, soit 59% des 756 usagers qui y ont répondu au T1. Des tests de comparaison ont été faits (tests-T pour mesures appariées) pour évaluer les changements dans les réponses aux échelles du Basis-32 du T1 au T2 (Tableau 2.6). Aucune différence statistiquement significative n'est ressortie selon ces tests.⁵

être assez importants (ou à présenter 'pas mal de difficultés') à l'ensemble des énoncés de l'échelle.

⁵ Notons que les moyennes présentées pour les mesures au T1 dans ce tableau peuvent être légèrement différentes des moyennes présentées au Tableau 2.5 puisqu'elles représentent ici les résultats des 443 usagers qui ont répondu et au T1 et au T2.

Tableau 2.6 Résultats comparatifs au Basis-32 au T1 et T2 : Statistiques descriptives et Tests-T pour mesures appariées (N = 443 usagers).

Échelles	T1		T2		Test-T
	Moy.	É.-t.	Moy.	É.-t.	
Relations à soi et aux autres	1.41	0.97	1.45	1.02	0.9
Prob. liés à la vie quotidienne	1.55	1.02	1.59	1.07	1.0
Dépression et anxiété	1.59	1.05	1.62	1.07	0.5
Comp. impulsifs et de dépendance	0.66	0.69	0.68	0.69	0.5
Psychose	0.72	0.85	0.72	0.81	0.0
Score total	1.19	0.77	1.23	0.81	1.3
Nb. d'items (sur 32) cotés 3 ou 4	6.91	6.65	7.12	7.20	0.8
Score max. sur 1 des 5 échelles	1.95	1.05	1.95	1.04	0.1

La satisfaction des usagers face aux services de santé mentale

Les résultats au questionnaire sur la satisfaction des usagers face aux services de santé mentale, le VSSS-54F sont présentés au Tableau 2.7. Les scores moyens des 734 usagers aux cinq échelles montrent clairement des niveaux de satisfaction très élevés. Pour les deux échelles de satisfaction face aux **compétences des professionnels**, psychiatres et psychologues d'une part et autres professionnels d'autre part, les scores moyens sont de 4.42 et 4.37 sur une échelle allant de 1 à 5. Ces résultats indiquent que la satisfaction des usagers face aux professionnels s'approche sensiblement de l'excellence (5 serait une excellente satisfaction à tous les énoncés de l'échelle). D'ailleurs, si l'on répartit les usagers entre ceux qui sont plutôt satisfaits (score moyen de 3.5 à 5) et ceux qui sont plutôt insatisfaits ou indécis (scores moyens de 1 à 3.4), plus de 90% des usagers se disent satisfaits face aux compétences des professionnels. C'est l'inverse pour 7.4% des usagers, en ce qui concerne les compétences des psychiatres et psychologues, et pour 9%, en ce qui concerne les autres professionnels. Les énoncés inclus dans cette dimension concernent la satisfaction face aux compétences et au professionnalisme des professionnels, à leurs capacités d'écoute et de compréhension, à leurs comportements et leurs manières, au respect des rendez-vous fixés et au temps d'attente, à la confidentialité et au respect des droits, à l'attention et à la minutie qu'ils portent à l'utilisateur. La satisfaction à l'égard de **l'efficacité des services** est également élevée. Le score moyen de 4.23 indique que la perception générale à cet égard tend un peu plus vers une perception plutôt

satisfaisante (score de 4) que d'une excellente satisfaction (score de 5). Cela se constate également par les 86% des usagers qui sont globalement satisfaits face à cette dimension. Ceci comprend la satisfaction face à l'efficacité des services à aider la personne à affronter ses problèmes, à recouvrer son bien-être, à alléger ses symptômes, à mieux comprendre ses problèmes et à améliorer ses capacités à prendre soin d'elle-même. Le score moyen de 4.02 pour la satisfaction face à **l'information à l'accès aux services** indique une perception un peu plus mitigée. En fait, près de 21% des usagers ne sont pas satisfaits à cet égard, contre 79% qui le sont. Cette dimension comprend la satisfaction face à l'apparence, à l'aménagement et au confort des lieux de rendez-vous, aux coûts à leurs dépens pour accéder aux services et à la publicité portant sur les programmes et les services de santé mentale qui sont offerts. Enfin, l'aspect des services pour lequel la satisfaction des usagers est la moindre concerne **l'implication des proches**. Le score moyen de 3.69 à cet égard indique une satisfaction plutôt mixte. En fait, 40% des usagers ne se disent pas satisfaits à cet égard, contre 60% qui le sont. Il s'agit ici de satisfaction face à l'efficacité des services à aider les proches à avoir une meilleure compréhension des problèmes de l'utilisateur, au fait d'informer les proches du diagnostic et, de l'évolution possible des troubles et à l'efficacité des services à aider les proches à améliorer leurs capacités pour faire face aux problèmes de l'utilisateur. Le questionnaire sur la satisfaction ne fut pas administré au deuxième temps de mesure.

Tableau 2.7 La satisfaction des usagers face aux services de santé mentale : Résultats descriptifs au VSSS-54F au T1 (N = 734 usagers).

Échelles	Min. – Max.	Moy.	É.-t.	1 – 3.4 (insatis- faction) (%)	3.5 – 5 (satisfacti on) (%)
Compétences des psychiatres et des psychologues	1.0 – 5.0	4.42	0.59	7.4 %	92.6 %
Compétences des autres professionnels.	1.0 – 5.0	4.37	0.68	9.0 %	91.0 %
Information et accès aux services	1.0 – 5.0	4.02	0.73	20.8 %	79.2 %
Efficacité des services	1.0 – 5.0	4.23	0.69	13.6 %	86.4 %
Implication des proches	1.0 – 5.0	3.69	1.10	36.9 %	60.1 %

Le profil clinique des usagers selon la clinique

Les Tableaux 2.8 et 2.9 présentent les résultats aux quatre questionnaires au T1 selon la clinique. Pour les variables catégorielles—telles les réponses en deux classes à l'HoNOS (scores de 0 ou 1 vs 2+, et les réponses en trois classes à l'ÉGF)—le test Khi-carré fut utilisé pour comparer les cliniques. Dans l'occurrence de différences significatives, les résidus ajustés standardisés furent utilisés pour identifier les cliniques différant significativement des autres (en **gras** pour celles avec des pourcentages supérieurs au pourcentage global, souligné pour celles en deçà). Pour les variables continues—tels le score total à l'HoNOS et les échelles du Basis-32—des ANOVAs furent utilisées pour les comparaisons. Dans le cas d'écarts significatifs, des tests de comparaison à posteriori (avec contrastes à la moyenne globale et corrections de Bonferroni) furent utilisés pour identifier les cliniques différant significativement des autres. Les résultats à l'HoNOS ne montrent aucune différence significative entre les cliniques en ce qui a trait aux comportements hyperactifs et agressifs, aux idéations et comportements suicidaires et aux problèmes de relations sociales. Pour l'abus de drogue et d'alcool, le pourcentage d'usagers ayant des problèmes modérés ou pires à cet égard est de 5.8% pour l'ensemble des cliniques, alors qu'il varie autour de 10% aux cliniques de HM et de MO. Pour les problèmes cognitifs, 34% des usagers des cliniques JA et LM présentent de tels problèmes alors que ce pourcentage est de 18% dans l'ensemble des cliniques. Les problèmes de santé physique sont plus prévalents aux cliniques de RDP (38%) et de GP (50%) que dans l'ensemble des cliniques (27%), et moins prévalents aux cliniques MO (19%) et JA (11%). Les problèmes de délires et d'hallucinations sont beaucoup plus prévalents dans deux cliniques : à la clinique LM, où 64% des usagers ont présenté de tels symptômes de façon significative (2+) dans les deux semaines précédant l'évaluation (toujours la même période pour l'évaluation de l'HoNOS), et la clinique JA, où 34% des usagers ont présenté de tels symptômes. En contraste, de tels symptômes ont été notés pour 10% à 11% des usagers dans les cliniques RDP, MO et PAT, et pour 12% à 19% des usagers dans les autres cliniques. Les problèmes d'humeur dépressive sont significativement plus prévalents dans trois cliniques, soit ME, PAT et GP (46% à 52% de prévalence) et significativement moins prévalents dans les cliniques StL, MO, JA et LM (19% à 29%) comparativement à ce qu'on observe dans l'ensemble des cliniques (37%). Les autres troubles

Tableau 2.8 Comparaisons inter-cliniques des résultats aux questionnaires aux intervenants au Temps 1

		1-RDP	2-StL	3-HM	4-MO	5-ME	6-PAT	7-JA	8-Ger	9-LM	Global	Test
HoNOS	N	123	123	206	121	123	148	47	95	47	1033	
Comp. hyperactif, agressif		13.8%	6.5%	10.7%	6.6%	5.7%	6.8%	2.1%	6.3%	2.1%	7.7%	14.7
Idéations, comp. suicidaires		4.1%	3.3%	6.3%	5.8%	4.1%	6.0%	2.1%	2.1%	0.0%	4.4%	7.6
Abus drogue ou alcool		4.1%	4.9%	10.2%	9.9%	3.3%	4.7%	6.4%	3.2%	0.0%	5.9%	17.5 *
Troubles cognitifs		22.8%	14.6%	14.1%	13.2%	17.1%	14.8%	34.0%	24.2%	34.0%	18.3%	26.5 ***
Maladie physique, handicap		38.2%	26.0%	24.3%	<u>19.0%</u>	20.3%	27.5%	<u>10.6%</u>	49.5%	21.3%	27.1%	46.8 ***
Délires, hallucinations		<u>10.6%</u>	13.8%	17.0%	<u>10.7%</u>	12.2%	<u>10.1%</u>	34.0%	18.9%	63.8%	16.6%	99.5 ***
Humeur dépressive		39.8%	<u>29.3%</u>	32.0%	<u>28.1%</u>	52.0%	49.7%	<u>21.3%</u>	46.3%	<u>19.1%</u>	37.3%	46.8 ***
Autres troubles (anxiété)		62.6%	53.7%	65.0%	57.9%	60.2%	67.1%	<u>40.4%</u>	63.2%	55.3%	60.5%	16.2 *
Prob. relations sociales		50.4%	41.5%	48.1%	38.0%	44.7%	49.7%	55.3%	49.5%	63.8%	47.4%	13.6
Prob. activités vie quot.		49.6%	32.5%	34.5%	33.1%	36.6%	<u>29.5%</u>	36.2%	47.4%	44.7%	37.1%	19.9 **
Prob. conditions de vie		4.9%	<u>1.6%</u>	7.3%	9.1%	3.3%	9.4%	<u>0.0%</u>	11.6%	4.3%	6.3%	19.3 *
Prob. occupation, activités		5.7%	8.1%	8.7%	10.7%	5.7%	14.1%	<u>0.0%</u>	14.7%	12.8%	9.3%	17.3 *
Total		10.8	<u>8.2</u>	10.0	8.9	9.1	10.0	9.2	11.5	10.6	9.8	3.4 ***
Nb. 2+		3.1	<u>2.4</u>	2.8	<u>2.4</u>	2.7	2.9	2.4	3.4	3.2	2.8	2.9 **
Nb. 3+		1.4	0.9	1.1	<u>0.7</u>	0.9	1.1	0.8	1.4	1.1	1.0	3.7 ***
ÉGF		58.6	62.0	<u>54.4</u>	60.7	59.4	60.9	54.6	60.0	<u>48.0</u>	58.3	7.2 ***
% cotes de 0 à 50		38.5%	<u>22.8%</u>	34.5%	27.3%	<u>22.8%</u>	29.7%	32.6%	23.4%	68.1%	31.1%	83.0 ***
% cotes de 51 à 70		<u>40.2%</u>	48.8%	59.2%	47.1%	61.0%	46.6%	52.2%	59.6%	<u>17.0%</u>	50.5%	
% cotes de 71 et +		21.3%	28.5%	<u>6.3%</u>	25.6%	16.3%	23.6%	15.2%	17.0%	14.9%	18.4%	

- Les moyennes ou pourcentages en **gras** ou soulignés sont significativement **supérieurs** ou inférieurs (à $P < .05$) à la moyenne ou au pourcentage global.
- * $P < .05$ ** $P < .01$ *** $P < .001$

Tableau 2.9 Comparaisons inter-cliniques des résultats aux questionnaires aux usagers au Temps 1

		1-RDP	2-StL	3-HM	4-MO	5-ME	6-PAT	7-JA	8-Ger	9-LM	Global	Test
Basis-32	N	77	83	139	84	102	122	42	66	41	756	
1: Relations		1.28	1.30	1.50	1.45	1.70	1.52	<u>1.04</u>	1.27	<u>0.89</u>	1.40	4.5 ***
2: Vie quotidienne		1.48	1.41	1.55	1.53	1.82	1.62	<u>1.02</u>	1.73	<u>1.02</u>	1.53	4.5 ***
3: Dépression et anxiété		1.52	1.54	1.62	1.69	1.85	1.79	<u>1.09</u>	1.62	<u>1.13</u>	1.61	3.7 ***
4: Comp. impulsifs et dép.		0.68	0.67	0.78	0.77	0.77	0.71	<u>0.43</u>	<u>0.43</u>	<u>0.48</u>	0.68	3.0 **
5: Psychose		0.76	0.80	0.76	0.80	0.81	0.72	0.76	0.51	0.71	0.75	0.8
Total		1.14	1.13	1.24	1.25	1.40	1.28	<u>0.85</u>	1.13	<u>0.83</u>	1.20	3.7 ***
VSSS-54F	N	76	83	137	83	98	121	34	65	37	734	
Compétence des psychiatres et psychologues		4.60	4.39	4.36	4.52	4.33	4.37	4.26	4.48	4.46	4.41	2.3 *
Compétence autres prof.		4.50	4.32	4.28	4.41	4.27	4.36	4.30	4.62	4.45	4.37	2.2 *
Information et accès		4.20	4.06	<u>3.81</u>	4.10	3.94	4.13	4.22	3.93	4.00	4.02	3.2 ***
Efficacité des services		4.38	4.21	4.12	4.26	4.14	4.28	4.10	4.33	4.26	4.23	1.5
Implication des proches		3.80	3.75	3.59	3.75	3.36	3.73	3.83	3.90	3.97	3.69	1.6

- Les moyennes ou pourcentages en **gras** ou soulignés sont significativement **supérieurs** ou inférieurs (à $P < .05$) à la moyenne ou au pourcentage global.

- * $P < .05$ ** $P < .01$ *** $P < .001$

mentaux et comportementaux, généralement liés au stress et à l'anxiété, sont les plus prévalents des problèmes cotés à l'HoNOS. Ils se retrouvent de façon significative (2+) chez 61% des usagers. Cette proportion est significativement moins élevée à la clinique JA (40%). Les problèmes liés aux activités de la vie quotidienne sont observés chez 37% des clients; ils sont significativement plus fréquents aux cliniques RDP (50%) et GP (47%) et moins fréquents à la clinique PAT (30%). Les problèmes liés aux conditions de vie sont observés chez 6% des usagers dans l'ensemble des cliniques ; c'est près du double à la clinique GP (11.6%), et seulement 1.6% à la clinique StL. Enfin, les problèmes liés à l'occupation et aux activités se retrouvent chez 9% des usagers globalement, mais chez 14% à 15% aux cliniques PAT et GP. Aucun problème de la sorte n'est noté chez les usagers de la clinique JA. Le score total à l'HoNOS, qui est de 9.8 pour l'ensemble des usagers, est plus élevé chez les usagers de GP ($\underline{M} = 11.5$) et moins élevé à StL ($\underline{M} = 8.2$). Aussi, le nombre de problèmes significatifs à l'HoNOS (n2+), qui est de 2.8 en moyenne pour l'ensemble des usagers, est de 3.4 en GP et de 2.4 aux cliniques StL et MO. Le nombre de problèmes importants et graves (scores de 3 et 4) cotés à l'HoNOS, qui est de 1.0 globalement, est significativement plus élevé à RDP et GP ($\underline{M} = 1.4$) et moins élevé à MO ($\underline{M} = 0.7$).

Les résultats à l'Échelle Globale de Fonctionnement (ÉGF) varient également de façon significative selon la clinique. Alors que le score moyen est de 58.3 dans l'ensemble des cliniques, il est significativement plus élevé dans les cliniques StL, MO et PAT (scores moyens variant autour de 61 et 62), et il est significativement moins élevé aux cliniques HM ($\underline{M} = 54.4$) et LM ($\underline{M} = 48$). Rappelons ici que cette échelle est à l'inverse de l'HoNOS : les scores bas indiquant davantage de problèmes. Ces résultats se reflètent aussi dans la répartition des usagers selon le niveau de fonctionnement. On voit que les usagers ayant de faibles niveaux de fonctionnement (de 0 à 50 à l'ÉGF) sont proportionnellement plus nombreux à la clinique LM (68%), et moins nombreux dans les cliniques StL et ME (23%) que dans les autres cliniques (pourcentage global de 31%).

Les résultats au Basis-32 diffèrent également de façon significative selon les cliniques (Tableau 2.9). C'est le cas pour l'échelle globale et les échelles particulières, sauf l'échelle de psychose. On constate notamment que quatre cliniques se distinguent nettement des autres : ME où les scores moyens à toutes les échelles (sauf la psychose) sont significativement plus élevés que dans la moyenne des cliniques ; PAT où les scores sont plus élevés au niveau des problèmes

relationnels, de la dépression et de l'anxiété, et du score total au Basis-32 ; les cliniques JA et LM où les scores à l'ensemble des échelles sont plus bas que dans les autres cliniques. Des écarts significatifs ressortent également dans trois autres cliniques : HM, où les usagers semblent, selon leur perception, avoir davantage de problèmes relationnels et de problèmes de comportements impulsifs et de dépendance, la Clinique MO, où les usagers semblent également avoir plus de problèmes de comportements impulsifs et de dépendance, et la Clinique GP, où les usagers ont plus de problèmes liés à la vie quotidienne et moins de problèmes de comportements impulsifs et de dépendance.

La satisfaction des usagers face aux services de santé mentale, telle qu'exprimée au questionnaire VSSS-54F, varie significativement quoique de façon cliniquement modeste d'une clinique à l'autre. Pour ce qui est de la satisfaction face à la compétence des psychiatres et des psychologues, seule la clinique RDP se distingue avec une plus grande satisfaction que ce que l'on observe dans les autres cliniques. La satisfaction face à la compétence des autres professionnels est significativement plus élevée à la clinique GP. La satisfaction face à l'information et à l'accès aux services est plus élevée à la clinique RDP et moins élevée à la clinique HM. Aucun écart significatif par clinique n'est noté pour ce qui est de la satisfaction face à l'efficacité des services et l'implication des proches.

L'évolution clinique des usagers selon la clinique

Des analyses ont été menées afin d'évaluer la présence d'écarts entre les cliniques au niveau de l'évolution clinique des usagers, telle que mesurée par les changements observés sur six mois (du T1 au T2) dans les différentes mesures de symptômes et de problèmes de fonctionnement selon les usagers et les intervenants. Pour ces analyses, des scores de déviations ont d'abord été calculés pour chaque mesure continue. Ces scores représentent les différences entre les scores obtenus au T1 et ceux obtenus au T2. Les déviations moyennes sont ensuite comparées d'une clinique à l'autre à l'aide d'ANOVAs et les contrastes a posteriori sont faits comme pour les analyses précédentes. Des tests T seront faits dans certaines cliniques se distinguant des autres pour évaluer si les changements observés du T1 au T2 sont statistiquement significatifs. Les résultats de ces analyses sont présentés au Tableau 2.10. Pour en simplifier la lecture, seuls les résultats des cliniques qui diffèrent significativement des autres y sont présentés. Les résultats au niveau des changements dans le score total à l'HoNOS montrent que les cliniques RDP et PAT se distinguent des autres cliniques avec des diminutions de problèmes significativement plus grandes, et la clinique JA avec une moins grande diminution des problèmes. De fait, la comparaison T1 vs T2 dans cette clinique ne montre pas de

changement significatif du T1 au T2 ($t[42] = 1.9$, $P = .06$). Par rapport au nombre de problèmes significatifs à l'HoNOS ($n2+$), on observe des diminutions significativement plus grandes qu'ailleurs dans les cliniques RDP et ME, alors que les diminutions sont moindres, et même non significatives dans les cliniques StL ($t[111] = 0.6$, n.s.) et JA ($t[42] = 1.9$, $P = .07$). Par rapport au nombre de problèmes importants et graves selon l'HoNOS ($n3+$), seule la clinique PAT se distingue des autres avec une plus grande diminution du nombre de tels problèmes.

L'évolution du niveau global de fonctionnement selon l'ÉGF varie significativement selon la clinique. On constate, entre autres, une amélioration du niveau de fonctionnement significativement plus grande dans les cliniques ME et PAT, alors que c'est l'inverse à la clinique LM. On observe même une diminution significative du niveau global de fonctionnement des usagers du T1 au T2 dans cette clinique ($t[44] = 2.2$, $P < .05$). Enfin, notons qu'aucune différence significative n'est ressortie entre les cliniques au niveau des changements dans les scores au Basis-32 du T1 au T2.

Tableau 2.10 Comparaisons inter-cliniques au niveau des changements du T1 au T2 dans les scores à l'HoNOS et à l'ÉGF: scores moyens au T1 et au T2 et tests F.

		1-RDP	2-StL	3-HM	4-MO	5-ME	6-PAT	7-JA	8-Ger	9-LM	Global	Test F
HoNOS (N pour T1 et T2)		98	112	192	78	68	114	43	83	45	833	
HoNOS total	T1	0.89					0.82	0.78			0.82	4.2 ***
	T2	<u>0.70</u>					<u>0.69</u>	0.95			<u>0.76</u>	
Nb. prob. modérés + (n2+)	T1	3.02	2.33			2.69		2.49			2.78	4.0 ***
	T2	<u>2.28</u>	2.43			<u>1.87</u>		3.16			<u>2.48</u>	
Nb. prob. importants + (n3+)	T1						1.11				1.04	2.9 **
	T2						<u>0.59</u>				<u>0.87</u>	
EGF (N pour T1 et T2)												
Score ÉGF	T1					<u>61.7</u>	<u>61.2</u>			48.1	<u>58.3</u>	5.4 ***
	T2					68.0	65.8			<u>42.8</u>	59.9	

** P < .01 *** P < .001

Discussion

Les résultats présentés dans cette étude sont nombreux et très variés. Ils reflètent autant les perceptions des usagers que celles des intervenants sur plusieurs dimensions du fonctionnement et des problèmes de santé mentale des usagers des cliniques externes de l'Hôpital L.-H. Lafontaine, y compris la satisfaction des usagers face aux services. Nous examinerons ici les retombées de ces résultats à la lumière des objectifs spécifiques de l'étude. Nous présenterons ensuite sommairement les forces et les limites de l'étude.

Objectif 1. *Favoriser l'adoption d'une pratique basée sur des données probantes à un niveau individuel, d'équipe et de programmes des cliniques externes à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.*

Ce premier objectif vise les retombées éventuelles et ultimes de l'étude sur la pratique professionnelle individuelle et sur la prestation et l'organisation d'ensemble des services : une pratique, nous l'espérons, de plus en plus inspirée des connaissances face aux meilleures pratiques en santé mentale. Évidemment, nous ne croyions pas au départ, ni maintenant, pouvoir atteindre un tel résultat avec cette seule étude. Les changements dans les pratiques prennent du temps à s'implanter et à s'enraciner. Cependant, dans la mesure où nous pouvons démontrer que les autres objectifs de l'étude sont atteints et réalisés, que des données probantes ont été récoltées, que des résultats individuels et d'ensemble ont été produits de façon fiable avec des instruments validés, et que le personnel traitant a pu être sensibilisé et encouragé effectivement à l'usage et à l'interprétation de ces résultats, nous pouvons dire que nous avons effectivement **favorisé** l'adoption d'une pratique basée sur les données probantes.

Objectif 2. *Évaluer le profil clinique de la clientèle des cliniques externes, selon le point de vue des usagers et celui des intervenants.*

Les résultats de l'étude ont permis de tracer le profil clinique de la clientèle des cliniques externes du point de vue des intervenants et des usagers. Deux questionnaires ont été remplis par les intervenants : l'HoNOS, qui donne une idée des différents symptômes et problèmes de fonctionnement des usagers, et l'ÉGF, qui fournit un indice global de leur degré de symptômes ou de problèmes de fonctionnement. Les deux informations sont complémentaires. Les résultats à l'HoNOS ont démontré entre autres la grande prévalence des problèmes associés au stress et à l'anxiété, des problèmes d'humeur dépressive, des problèmes de relations sociales et des problèmes de fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne. Les prévalences des

comportements agressifs, des idéations et comportements suicidaires, de l'abus d'alcool et de drogue, des troubles cognitifs, des problèmes délirants ont aussi été évalués de même que les prévalences des problèmes de santé physique, des problèmes de conditions de vie et des problèmes liés à l'occupation du temps. Le profil diagnostique de la clientèle fut également tracé, et ceci comme pour l'HoNOS et l'ÉGF, de façon globale et pour chacune des cliniques. Ces informations sont très utiles dans une démarche d'arrimage des services offerts aux besoins de la clientèle. Dessert-on la clientèle pour laquelle nous avons développé des services ? Y a-t-il lieu de développer des services pour une clientèle que nous ne pensions pas avoir ? Ou plus spécifiquement, quel est le pourcentage de la clientèle de la clinique qui présente des troubles cognitifs et qui pourrait bénéficier de certaines approches de pointe ? Ce sont ici des exemples de questions auxquelles des données quantitatives et représentatives sur le profil clinique des usagers permettraient éventuellement de répondre.

Par ailleurs, les résultats au Basis-32 renseignent sur les perceptions des usagers face à leurs symptômes et leurs problèmes de fonctionnement. Ces résultats montrent aussi l'importance des problèmes relationnels, des problèmes de dépression et d'anxiété et des problèmes liés à la vie quotidienne; ici les perceptions mêmes des usagers rejoignent celles des intervenants. Des analyses fines n'ont pas été menées dans le cadre de cette étude pour évaluer la concordance entre les perceptions des intervenants et celles des usagers sur tous les problèmes, mais cela pourrait être fait. En outre, comme des résultats individuels étaient produits et versés au dossier de chaque usager, cette concordance pourrait être examinée pour chaque usager individuellement et être fort utile au plan clinique. La concordance ou la divergence d'opinion entre usager et intervenant peut jouer un rôle important dans la poursuite des objectifs d'intervention, sinon dans leur retombées. À cet égard, certains auteurs ont montré que l'implication des usagers dans l'évaluation de leurs résultats à des instruments standardisés se traduisait par un plus grand sentiment de participation à leur intervention et une plus grande satisfaction face aux services (Eisen, Dickey & Sederer, 2000).

Objectif 3. *Évaluer l'évolution clinique de la clientèle des cliniques externes sur une période de six mois.*

Le devis longitudinal de l'étude a permis d'évaluer l'évolution clinique de la clientèle des cliniques externes sur une période de six mois, ceci globalement et pour chacune des cliniques. Les résultats montrent une diminution significative des symptômes et problèmes de fonctionnement après six mois selon le point de vue des intervenants. Notamment, les résultats l'HoNOS montrent une diminution du score total, qui indique le niveau global de symptômes et

de problèmes de fonctionnement de l'utilisateur, une diminution des problèmes modérés et graves, ainsi qu'une diminution de la prévalence des problèmes d'humeur dépressive, des troubles liés au stress et à l'anxiété et des problèmes liés à la vie quotidienne. Les résultats à l'Échelle globale de fonctionnement vont dans le même sens : soit une amélioration globale du niveau de fonctionnement et une diminution de la proportion des usagers ayant de faibles niveaux de fonctionnement. Les résultats au questionnaire Basis-32 ne montrent aucun changement après six mois dans la perception qu'ont les usagers de leurs symptômes et de leurs problèmes.

Les changements ont été évalués globalement, ainsi que par clinique et même individuellement. L'examen de l'évolution globale peut être intéressante d'un point de vue organisationnel et renseigner sur l'impact général des programmes et des interventions associées. Une période de six mois peut être considérée courte selon les objectifs thérapeutiques et l'ampleur des problèmes chez la clientèle desservie. Des données prises sur une plus longue période seraient très intéressantes sur ce point, de même que l'analyse des changements dans le temps pour les usagers de différents groupes diagnostics ou selon d'autres critères. Cela renseignerait sur les facteurs liés à l'évolution de la clientèle : quels sont les usagers, ou les types d'usagers, qui s'améliorent le plus ? Quels sont ceux pour lesquels les interventions offertes semblent plutôt sans effet ? L'analyse des changements cliniques observés dans chacune des cliniques peut être à cet égard très utile pour celles-ci : soit pour des fins de monitoring de l'évolution de leur clientèle, ou pour tester l'impact de certaines modalités d'intervention auprès d'une partie de leur clientèle. L'examen des résultats et profils individuels peut être utile aux cliniciens dans leur pratique. Cela renseigne sur l'évolution des usagers, leur permet de vérifier l'impact de leur intervention, et d'ajuster au besoin leur intervention selon l'évolution clinique de la personne. Comme on le verra à l'objectif 6, des exemples de résultats individuels (dénormalisés) ont été présentés aux intervenants pour les aider dans leur utilisation et leur interprétation des résultats individuels.

Objectif 4. *Évaluer la satisfaction de la clientèle des cliniques externes face aux services de santé mentale dispensés dans les cliniques.*

Les résultats de l'étude, par l'intermédiaire des réponses des usagers au questionnaire VSSS-54F, permettent d'avoir une bonne idée de la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé mentale dans les cliniques externes. De façon générale, la satisfaction est très bonne. Les usagers sont particulièrement satisfaits de la compétences des intervenants, notamment des psychiatres, des psychologues et des autres professionnels, et de l'efficacité des services à recouvrer leur bien-être, alléger leurs symptômes, mieux comprendre leurs problèmes et mieux

y faire face. La satisfaction face à l'information et l'accès aux services est également bonne, bien que de façon moins magistrale. Il y a par contre un bémol concernant la satisfaction des usagers face à l'implication de leurs proches dans l'intervention. En fait, 40% des usagers ne se disent pas satisfaits à cet égard. Il s'agit ici de l'efficacité des services à aider leurs proches à avoir une meilleure compréhension de leurs problèmes (à l'usager), du fait de ne pas les informer suffisamment du diagnostic de l'usager et de l'évolution possible des troubles, et de l'efficacité des services à aider les proches à améliorer leurs capacités pour faire face aux problèmes de l'usager. À cet égard, on peut mentionner que les intervenants à qui nous avons décrit ces résultats semblaient ouverts et réceptifs à la critique. Il serait intéressant d'évaluer après une année ou deux si des changements positifs ont été amenés en ce sens.

Il faut également souligner que ces résultats se comparent avantageusement aux résultats obtenus en Europe avec le même instrument de mesure (Ruggeri et al., 2000). La satisfaction des usagers des cliniques externes de HLHL se situe dans les limites supérieures de celle observée dans cinq sites européens dont plusieurs sont considérés comme modèles (Italie, Angleterre, Danemark, Pays-Bas, Espagne), et ceci à toutes les échelles de l'instrument.

Objectif 5. *Évaluer les différences entre les différentes cliniques externes au niveau du profil clinique et de l'évolution clinique de la clientèle.*

Les résultats d'analyses comparatives ont montré que les cliniques externes différaient entre elles de façon significative au plan du profil clinique de la clientèle. De nombreuses différences ont été constatées tant au niveau des perceptions des intervenants qu'à celui des perceptions des usagers. Sans vouloir reprendre ici l'ensemble des résultats décrits précédemment, on peut noter néanmoins qu'il se dessine de ces résultats des profils cliniques différents dans chaque clinique qui reflètent généralement les attentes et hypothèses que les intervenants se faisaient globalement de leur clientèle lorsque nous avons présenté les résultats. Ainsi, la Clinique Lorenzo-Morin, composée en très forte majorité d'usagers avec des troubles de schizophrénie et demeurant dans des ressources résidentielles supervisées, est la clinique où on retrouve la plus forte prévalence de troubles délirants ; on y trouve plus de troubles cognitifs qu'ailleurs, moins de troubles dépressifs, aucun problème d'abus d'alcool et de drogue, le niveau global de fonctionnement le plus bas et la plus forte proportion d'usagers avec un faible niveau de fonctionnement (ÉGF < 50). Paradoxalement, c'est une clinique qui se distingue par des scores au Basis-32 significativement inférieurs à la moyenne dans l'ensemble des cliniques. Ceci semble pointer vers une limite du Basis-32 : soit une moindre validité pour une clientèle ayant des troubles psychotiques, et qui pourrait manquer d'un sens suffisant d'autocritique pour remplir

le questionnaire de façon valide. À cette étape, cela reste une hypothèse. Cependant les résultats de l'étude, ainsi que des résultats semblables obtenus dans d'autres études avec des clientèles variées comprenant des usagers avec des troubles psychotiques (données recueillies à l'hôpital de jour), semblent pointer dans cette direction. D'autre part, la Clinique de Gérotopsychiatrie—composée en majorité d'usagers âgés ayant des troubles d'humeur, et dans une moindre mesure de troubles organiques, délirants et anxieux—se distingue des autres cliniques par davantage de problèmes d'ordre physique, de troubles dépressifs, de problèmes liés aux activités de la vie quotidienne, aux conditions de vie et à l'occupation. Ces derniers se reflètent également dans la perceptions des usagers de la clinique. Comme troisième exemple, citons la Clinique Jeunes Adultes, composée essentiellement de jeunes avec un trouble de schizophrénie, qui se distingue des autres cliniques avec effectivement plus de troubles délirants qu'ailleurs (sauf la Clinique Lorenzo-Morin), plus de troubles cognitifs, et moins de problèmes de santé physique, de problèmes dépressifs et de problèmes liés au stress et à l'anxiété. Et en accord avec les résultats de la Clinique Lorenzo-Morin, les perceptions des usagers indiquent qu'ils auraient moins de problèmes que les usagers des autres cliniques.

Les comparaisons inter-cliniques indiquent également certains écarts entre cliniques, bien que relativement modestes, face à l'évolution clinique de la clientèle. Aucune différence n'apparaît entre les cliniques dans l'évolution clinique des usagers selon leur propre point de vue.

Ces résultats fournissent un soutien à la validité interne de l'étude. Ils sont conformes globalement aux attentes qu'on peut avoir des profils cliniques des différentes cliniques, en lien avec leur composition particulière de clientèle. Cependant, l'analyse plus détaillée des profils cliniques dans chaque clinique peut s'avérer utile pour plusieurs raisons, tel que mentionné précédemment. Une meilleure connaissance du profil clinique de la clientèle permettrait de mieux cibler les besoins et de mieux ajuster l'offre de services.

Objectif 6 *Favoriser l'activité réflexive face aux résultats individuels et collectifs obtenus dans l'ensemble et dans chacune des cliniques externes.*

Dès le départ, ce projet a été conçu en collaboration avec la Direction des services professionnels et le Département de psychiatrie de l'établissement. Lors de présentations initiales du projet au Département de psychiatrie, des psychiatres se sont montrés intéressés et ont été les premiers à proposer de participer à la phase pilote du projet. Ces psychiatres ont engagé et convaincu leur équipe de clinique externe à participer, avec le résultat d'une remarquable participation. Ceci a servi d'appui pour proposer la suite du projet dans les autres

cliniques. La proposition du projet a aussi été présentée à plusieurs réunions disciplinaires (p.ex. Psychologie, Service social, Soins infirmiers) et au Comité des usagers. En plus de s'engager dans la suite du projet (sauf une clinique), ces instances ont désigné des membres pour le comité de suivi du projet. Ce comité a réfléchi à l'inscription du projet dans les cliniques, le choix des instruments, les analyses, leur interprétation et la diffusion des résultats dans les cliniques et les différentes instances de l'établissement. Des présentations ont été faites en trois temps dans les diverses cliniques: pour débiter le projet, pour présenter les résultats initiaux puis les résultats complets. Ces activités dans les cliniques, en plus de la collecte même des données et des résultats versés dans chaque dossier, représentent le temps fort de la sensibilisation des intervenants aux résultats individuels et collectifs. Les résultats ont aussi été présentés à des instances comme le Comité d'orientation du module de soutien évaluatif qui comprend entre autres le directeur général, la directrice des soins infirmiers, le chef du département de psychiatrie, la directrice des soins professionnels, la chef du service social, la coordonnatrice du Comité des usagers et le directeur du centre de recherche. Enfin, les résultats ont été publiés au moins une fois dans le Journal Information de l'établissement.

Objectif 7. *Sensibiliser et encourager le personnel traitant à l'usage et l'interprétation d'instruments de mesure standardisés.*

Plusieurs moyens ont été déployés pour présenter les résultats de l'études aux intervenants des différentes cliniques externes. D'une part, des présentations formelles des résultats ont été faites dans chacune des cliniques, tant après la première phase, qu'après la deuxième phase. Après la première phase, les résultats descriptifs étaient présentés : d'une part, des résultats globaux pour l'ensemble des cliniques, mais aussi des résultats spécifiques à la clinique. Des résultats comparatifs étaient également présentés, notamment des tableaux synthétiques comparant les profils des neuf cliniques participantes. Des exemples de résultats individuels dénominalisés étaient également présentés pour aider les intervenants à bien interpréter les résultats individuels. Notons ici que des résultats individuels ont été produits pour chacun des usagers pour lesquels des données furent recueillies dans cette étude : tant les réponses des usagers au Basis-32 que les réponses aux deux questionnaires intervenants : HoNOS et ÉGF. Ces résultats étaient produits sous forme graphique et versés au dossier du client aux archives de l'hôpital et en copie à la clinique externe pour consultation par l'intervenant (des exemples se trouvent à l'Appendice 3). Cette stratégie de production de résultats individuels pour les fins cliniques fut spécifiquement conçue dans l'optique de sensibiliser et d'encourager le personnel traitant à l'usage et à l'interprétation d'instruments de mesure standardisés. Nous n'avons pas

évalué dans quelle mesure cette pratique fut établie, mais nous avons néanmoins mis à la disposition des cliniciens les moyens et le matériel pour le faire. À cet égard, l'infrastructure informatique implantée dans le cadre de ce projet pour saisir les données et produire de façon automatisée les résultats individuels peut être aussi conçue comme un autre moyen mis à la disposition des services informatiques de l'établissement et des cliniciens pour encourager l'utilisation de données probantes et, plus particulièrement, pour l'utilisation d'instruments de mesures validés, standardisés et informatisés. À la demande des cliniciens, des modifications mineures peuvent être apportées à l'implantation réseau de l'application informatique pour leur assurer la disponibilité de ces outils.

Après la deuxième phase, les résultats descriptifs de la deuxième phase ont été présentés ainsi que les résultats d'analyses longitudinales, ou d'évolution après six mois des profils cliniques de la clientèle. Encore ici, les résultats globaux ont été présentés, ainsi que les résultats spécifiques à la clinique et les résultats comparatifs pour l'ensemble des cliniques.

Forces et limites de l'étude

Comme toute étude, cette étude comporte évidemment son lot de forces et de limites. Au plan des forces, on peut mentionner la rigueur de la démarche, la forte participation des usagers et des intervenants, l'adéquation du plan échantillonnal et la représentativité de l'échantillon, l'utilisation d'instruments fiables, valides et standardisés, l'utilisation de méthodes d'analyses statistiques paramétriques sur un large échantillon, la large diffusion des résultats aux intervenants, l'implantation effective d'une infrastructure informatisée de saisie des données et de production des résultats individuels à la disposition éventuelle des milieux cliniques.

Du côté des limites méthodologiques, il faut souligner la validité du Basis-32 pour une clientèle ayant des troubles psychotiques et l'absence, à cette étape, d'analyses statistiques multivariées pour faire ressortir les facteurs déterminants de l'évolution clinique des usagers. Du côté des limites du devis, signalons le peu de retour d'information aux usagers ayant participé à l'étude, et le manque d'indicateurs spécifiques mesurant l'impact de l'étude sur l'attitude, les connaissances et les pratiques effectives des cliniciens face à l'utilisation des données probantes dans leur pratique.

Conclusion

Cette étude se voulait d'abord et avant tout un moyen concret de sensibiliser le personnel traitant des cliniques externes de l'établissement à l'utilisation de données probantes dans la pratique clinique. Par la même occasion, elle fut une occasion de dresser un portrait clinique de la clientèle des cliniques, tant globalement qu'individuellement. L'étude fut menée à bien, grâce à la forte participation des usagers et des intervenants, et en employant une méthode démontrée valide et rigoureuse au plan de la recherche. De nombreux résultats ont été produits, interprétés et discutés avec les intervenants et plusieurs stratégies ont été déployées pour les sensibiliser à l'utilisation des données probantes dans leur pratique. L'étude n'a pas été conçue comme la seule étape nécessaire et suffisante pour l'atteinte de cet objectif, ni comme l'étape déterminante, mais bien comme une des étapes dans cette voie. Si nous avons pu sensibiliser les cliniciens à l'usage et à l'utilité des données probantes dans leur pratique, et encore mieux si nous avons pu les encourager en ce sens, l'objectif central de cette démarche aura été atteint. Les occasions spécifiques de poursuivre dans cette direction, de mieux évaluer la pratique, de trouver les moyens de l'améliorer pour le bénéfice de la clientèle ne sauront pas manquer. Le module de soutien évaluatif répondra à la demande des milieux cliniques et de l'organisation de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine pour les soutenir dans cette voie.

Références

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition. DSM-IV. Washington, DC: APA.
- Corbière M., Lesage A., Lauzon S., Ricard N., Reinharz D. (2003). Validation française du questionnaire "Verona Service Satisfaction Scale" VSSS-54F. *L'Encéphale*, 29, 110-118.
- Eisen S.V., Dickey B. & Sederer L.I. (2000). A self-report symptom and problem rating scale to increase inpatients' involvement in treatment. *Psychiatric Services*, 51(3), 349-353.
- Eisen S.V., Dill D.L. & Grob M.C. (1994). Reliability and validity of a brief patient-report instrument for psychiatric outcome evaluation. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(3), 242-247.
- Jones S.H., Thornicroft G., Coffey M., Dunn G. (1995). A brief mental health outcome scale—reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Psychiatry*, 166(5), 654-659.
- Klingenberg W.D., Cho D.W. & Vieweg B. (1998). Reliability and validity of the Interview and self-report versions of the Basis-32. *Psychiatric Services*, 49(9), 1229-1231.
- 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.
- Lesage A & DiBiase P (1993). *Verona service satisfaction scale (VSSS-32)*. Montréal: Centre de recherche Fernand-Seguin.
- Moos R.H., Nichol A.C. & Moos B.S (2002). Global Assessment of Functioning Ratings and the allocation and outcomes of mental health services. *Psychiatric Services*, 53(6), 730-737.
- Roy-Byrne P., Dagadakis C., Unutzer J. & Ries R. (1996). Evidence for limited validity of the Revised Global Assessment of Functioning Scale. *Psychiatric Services*, 47(9), 864-866.
- Ruggeri M., Dall'Agnola R.B., Bisoffi G. & Greenfield T. (1996). Factor analysis of the Verona Service Satisfaction Scale—82 and development of reduced versions. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 6(1), 23-28.
- Ruggeri M & Dall'Agnola R (1993). The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction in psychiatric clients, relatives and professionals. *Psychological Medicine*, 23, 511-523.
- Ruggeri M. & Dall'Agnola R.B. (2000). *Come valutare l'esito, nei Dipartimenti di Salute Mentale*. Rome : Il Pensiero Scientifico Editore.
- Ruggeri M., Lasalvia A., Dall'agnola R., van Wijngaarden B., Knudsen H.C., Leese M., Gaité L., Tansella M. & EPSILON Study Group (2000). Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale--European Version: EPSILON Study 7. *British Journal of Psychiatry*, 177(Suppl. 39), s41-s48.
- Startup M., Jackson M.C. & Bendix S. (2002). The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 417-422.
- Thornicroft G. & Tansella M. (1999). Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychological Medicine*, 29, 761-767.
- Wing J.K., Beever A.S., Curtis R.H., Park S.B., Hadden S. & Burns A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172, 11-18.

Appendice 1 — Analyses de représentativité

La représentativité de l'échantillon

Des analyses ont été menées afin d'évaluer la représentativité de l'échantillon, d'une part, face à l'échantillon visé (l'ensemble des usagers s'étant présentés lors des semaines du terrain), d'autre part, face à l'ensemble de la clientèle des neuf cliniques participant à l'étude. Dans ce contexte, une bonne représentativité signifie qu'il n'existe pas de biais significatif et important dans la réponse, pas de sur- ou de sous-représentation de certains groupes d'usagers parmi les répondants (par ex., entre cliniques, entre hommes et femmes, entre groupes d'âge). Nous avons vérifié cela au niveau des réponses des usagers et celles des intervenants, aux deux temps de mesure. Le Tableau A1.1 présente les résultats d'analyses face à l'échantillon visé. La première ligne indique le nombre de répondants au Basis-32 au T1 et au T2 ainsi qu'à l'HoNOS aux deux temps de mesure. Comme le Basis-32 implique très largement la réponse au VSSS-54F au T1, nous n'avons pas repris l'exercice pour ce questionnaire. Il en est de même de la réponse à l'ÉGF, déjà très bien estimée par la réponse des intervenants à l'HoNOS. On constate au T1, que 64% des usagers ont répondu au Basis-32 et que des questionnaires HoNOS ont été complétés pour 88% des usagers. Les résultats montrent que l'objectif initial d'un taux de réponse de 60 % pour les usagers et de 80 % pour les intervenants fut atteint et même dépassé. Ces taux sont très satisfaisants compte tenu des taux généralement obtenus dans ce type d'enquête, d'autant plus quand on considère l'occurrence durant cette période d'un conflit de travail entre Direction des services professionnels de l'établissement et le Syndicat des professionnels.

Pour vérifier la présence d'un biais dans la réponse, nous avons vérifié si le taux de réponse était le même dans chaque catégorie de répondants, par exemple dans chacune des cliniques, ou chez les hommes et les femmes. Le test de Khi-carré permet de vérifier si les proportions de répondants et non répondants sont les mêmes d'un groupe à l'autre, et dans l'affirmative, les résidus ajustés standardisés nous renseignent sur les groupes qui diffèrent significativement des autres. Ainsi, au niveau du Basis-32 au T1, nous constatons qu'il existe des écarts significatifs dans les taux de réponse selon la clinique : le taux de réponse à la Clinique Pointe-aux-Trembles (77%) étant plus élevé que celui des autres cliniques (64% dans l'ensemble). On constate également un plus haut taux de réponse à cette clinique pour le Basis-32 au T2 (48% vs 38% pour l'ensemble des cliniques), ainsi que dans la Clinique de Géro-psycho-geriatrie (47%).

Par contre, on peut remarquer l'absence de réponse des usagers de la Clinique Lorenzo-Morin au questionnaire Basis-32 au T2. Cette absence s'explique par la volonté des responsables et cliniciens de cette clinique de ne pas utiliser ce questionnaire pour leur clientèle au T2. Comme nous l'avons vu plus haut, les résultats au Basis-32 pour une clientèle psychotique semble poser certains problèmes de validité. C'est sans doute ce qu'en ont conclu les cliniciens de cette clinique suite à la présentation des résultats du T1, et qui explique leur décision.

La réponse à l'HoNOS au T1 et au T2 diffère aussi significativement selon la clinique : au T1, elle est plus élevée dans les cliniques Pointe-aux-Trembles, Rivière-des-Prairies et St-Léonard, alors qu'elle est plus basse aux cliniques Mercier-Est, Jeunes Adultes et Lorenzo-Morin. Au T2, elle est plus élevée aux cliniques Hochelaga-Maisonneuve et St-Léonard, et plus basse aux cliniques Mercier-Est, Mercier-Ouest et Lorenzo-Morin.

D'autres part, aucun écart significatif ne ressort dans les taux de réponses selon le sexe de l'utilisateur et son groupe d'âge. Des écarts significatifs, bien que modestes, ressortent par contre au niveau du nombre et de la durée cumulative des hospitalisations à HLHL. Les usagers qui n'ont jamais été hospitalisés à HLHL ont davantage répondu au Basis-32 au T2 que ceux qui l'ont été. Et il en est de même pour les usagers qui ont été hospitalisés à HLHL pour une durée cumulative totale d'un mois ou moins, comparativement aux autres. Fait curieux, et possiblement dû à la variation aléatoire, les usagers qui ont une durée cumulative d'hospitalisation à HLHL de 1 à 6 mois ont une plus grande proportion d'HoNOS complétés par les intervenants (91%) que les autres (88% et 84%).

Le Tableau A1.2 présente les résultats relatifs à la représentativité des réponses des intervenants et usagers aux T1 et T2 par rapport à l'ensemble des clients vus dans les neuf cliniques externes en 2001.⁶ Au total, 5867 usagers différents ont été vus en 2001 dans les neuf cliniques externes participant à l'étude. Les 1067 usagers pour lesquels nous avons recueillis des données pour cette étude comptent ainsi pour 18% de l'ensemble de la clientèle vue en 2001. Plus spécifiquement, les usagers qui ont complété un Basis-32 au T1 et au T2 comptent respectivement pour 13% et 7.6% de la clientèle, et les usagers pour lesquels des HoNOS furent complétés au T1 et au T2 comptent pour 18% et 14% de la clientèle. Comme les résultats l'indiquent clairement, ces taux de réponses ne diffèrent pas significativement selon le sexe ou le groupe d'âge des usagers, ou selon le nombre ou la durée cumulative des hospitalisations à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. En ce sens, l'échantillon obtenu est très représentatif de

⁶ Les données ayant été recueillies en 2002, les données de 2001 ont été sélectionnées pour avoir un tableau de la clientèle des cliniques participantes sur une année complète.

l'ensemble de la clientèle des neuf cliniques externes participantes. Les seuls écarts statistiquement significatifs apparaissent entre les cliniques, notamment une plus grande proportion de répondants au Basis-32 au T2 parmi les clients de la Clinique Jeunes Adultes (18% vs 8% dans l'ensemble), la même absence de réponses au Basis-32 au T2 à la Clinique Lorenzo-Morin rapportée plus haut, ainsi qu'une plus grande proportion de réponses à l'HoNOS au T2 aux cliniques Hochelaga-Maisonneuve et Jeunes Adultes (21% et 29% vs 14% dans l'ensemble) et une moins grande proportion de réponses à la Clinique Mercier-est (7%).

Tableau A1.1 Représentativité des réponses des intervenants et usagers des cliniques externes de HLHL aux T1 et T2 par rapport aux usagers vus lors des semaines de terrain.

	Basis T1	Basis T2	HoNOS T1	HoNOS T2	Sem. Terrain
N	756	443	1033	833	1173
% / sem. Terrain	64.4%	37.8%	88.1%	71.0%	
Cliniques					N
Hochelaga-Maisonneuve	61.6%	37.1%	91.5%	85.3%	224
Mercier Est	63.9%	39.9%	<u>76.6%</u>	<u>42.4%</u>	158
Mercier-Ouest	63.4%	35.1%	92.4%	<u>59.5%</u>	131
Pointe-aux-Trembles	76.9%	48.1%	93.8%	72.5%	160
Rivière-des-Prairies	59.7%	36.4%	95.3%	76.0%	129
St-Léonard	64.3%	38.8%	95.3%	86.8%	129
Jeunes Adultes	68.9%	44.3%	<u>75.4%</u>	70.5%	61
Géronto-psychiatrie	62.6%	46.7%	89.7%	78.5%	107
Lorenzo-Morin	55.4%	<u>0.0%</u>	<u>64.9%</u>	<u>60.8%</u>	74
χ^2 (8)	16.2 *	57.9 ***	90.1 ***	117.5 ***	
Sexe					
Hommes	66.2%	37.5%	87.6%	68.8%	461
Femmes	63.2%	37.9%	88.3%	72.6%	712
χ^2 (1)	1.0	0.0	0.1	2.0	
Groupe d'âge					
18-39 ans	62.4%	33.7%	87.5%	70.7%	335
40-59 ans	66.5%	39.1%	88.2%	68.8%	576
60+ ans	62.2%	40.1%	88.5%	76.7%	262
χ^2 (2)	2.2	3.3	0.2	5.6	
Nb. d'hospitalisations					
Aucune	66.0%	44.4%	88.0%	67.8%	459
1 à 3	62.2%	<u>33.8%</u>	89.7%	73.2%	399
4+	64.8%	<u>33.0%</u>	86.0%	73.3%	315
χ^2 (2)	1.4	14.4 ***	2.3	4.1	
Durée d'hospitalisation					
Aucune ou < 1 mois	66.2%	43.1%	88.0%	68.6%	548
1 à 6 mois	64.3%	35.1%	91.3%	75.7%	345
7+ mois	60.7%	<u>30.7%</u>	<u>84.3%</u>	70.4%	280
χ^2 (2)	2.5	13.5 ***	7.3 *	5.2	

- Les pourcentages en **gras** ou soulignés sont significativement **supérieurs** ou **inférieurs** (à $P < .05$) au % global.
- Écarts statistiquement significatifs au seuil : * $P < .05$ ** $P < .01$ *** $P < .001$

Tableau A1.2 Représentativité des réponses des intervenants et usagers des cliniques externes aux T1 et T2 par rapport aux usagers vus en 2001.

	Basis T1	Basis T2	HoNOS T1	HoNOS T2	Clients 2001
N	756	443	1033	833	5867
% / sem. Terrain	12.9%	7.6%	17.6%	14.2%	
Cliniques					N
Hochelaga-Maisonneuve	14.6%	8.8%	21.6%	20.5%	940
Mercier Est	10.7%	6.5%	12.9%	<u>7.1%</u>	933
Mercier-Ouest	12.8%	6.9%	18.8%	12.0%	642
Pointe-aux-Trembles	17.6%	11.2%	21.6%	16.8%	687
Rivière-des-Prairies	13.0%	8.3%	20.4%	16.5%	596
St-Léonard	10.2%	6.1%	15.0%	13.6%	809
Jeunes Adultes	28.6%	17.9%	28.6%	28.6%	154
Géronto-psychiatrie	12.0%	8.9%	17.0%	15.0%	553
Lorenzo-Morin	7.0%	<u>0.0%</u>	8.9%	8.0%	553
χ^2 (8)	14.00	16.5 *	14.90	22.3 **	
Sexe					
Hommes	12.5%	6.9%	16.5%	12.9%	2462
Femmes	13.2%	7.9%	18.4%	15.2%	3405
χ^2 (1)	0.1	0.4	0.7	1.0	
Groupe d'âge					
18-39 ans	13.7%	7.6%	19.1%	15.5%	1523
40-59 ans	13.9%	8.1%	18.3%	14.3%	2769
60+ ans	10.5%	6.6%	14.7%	12.9%	1575
χ^2 (2)	2.1	0.6	2.3	0.8	
Nb. d'hospitalisations					
Aucune	13.0%	8.7%	17.5%	13.5%	2323
1 à 3	11.6%	6.4%	16.7%	13.6%	2139
4+	14.5%	7.4%	19.2%	16.4%	1405
χ^2 (2)	1.2	1.6	0.7	1.3	
Durée d'hospitalisation					
Aucune ou < 1 mois	13.1%	8.5%	17.4%	13.5%	2772
1 à 6 mois	12.6%	6.9%	18.0%	15.1%	1745
7+ mois	12.6%	6.5%	17.5%	14.6%	1350
χ^2 (2)	0.1	1.2	0.0	0.5	

- Les pourcentages en **gras** ou soulignés sont significativement **supérieurs** ou inférieurs (à $P < .05$) au % global.
- Écarts statistiquement significatifs au seuil : * $P < .05$ ** $P < .01$ *** $P < .001$

Appendice 2 – Lettres et questionnaires

Lettre de présentation de l'étude aux usagers au Temps 1

Information concernant l'étude auprès des usagers des cliniques externes menée par le Département de psychiatrie et la Direction des services professionnels de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

L'Hôpital Louis-H. Lafontaine vise l'excellence dans ses services offerts aux usagers. L'amélioration de la qualité des soins, l'évaluation de l'efficacité de nos interventions est un souci majeur. C'est pour cette raison que nous avons entrepris une enquête auprès des usagers fréquentant les cliniques externes de l'établissement.

Nous sollicitons votre collaboration afin que vous complétiez les questionnaires qui vous sont ici proposés par le personnel de la clinique externe que vous fréquentez. Vous êtes tout à fait libre de remplir ces questionnaires. Nous respecterons votre choix d'y répondre ou non et soyez assuré qu'en aucune façon un refus de votre part de participer n'affectera les services que vous recevez et que nous continuerons à vous offrir selon vos besoins. Toutefois, votre participation serait grandement appréciée et est très importante afin que votre opinion soit entendue et prise en compte pour évaluer la qualité des services et les améliorer.

Le personnel de cliniques externes vous connaissant le mieux répondra également à des questionnaires concernant les symptômes psychiatriques. Des données seront également extraites du dossier concernant les types de services que vous avez fréquentés, des données sociodémographiques et les diagnostics.

Toutes ces données seront traitées de façon confidentielle au même titre que votre dossier médical par le personnel traitant. Concernant le questionnaire de satisfaction avec les services, vos réponses seront complètement confidentielles et ne seront pas transmises au personnel de votre clinique. Les questionnaires seront gardés au Département de psychiatrie ; ils seront saisis pour analyse statistique de façon anonyme. Un rapport concernant l'évolution de vos symptômes, de votre fonctionnement et de votre qualité de vie sera versé à votre dossier médical afin que le personnel puisse y constater avec vous votre évolution.

Cette étude a reçu l'aval de tous les chefs médicaux de cliniques externes et donc de votre médecin traitant. Les professionnels et le personnel des cliniques externes sont au courant de ce projet. Si vous désirez plus d'information, n'hésitez pas d'en parler avec eux ou encore de nous contacter, docteure Doris Clerc ou docteur André Luyet au 251-4000.

Vous pouvez conserver copie de cette feuille d'information.

Dr Doris Clerc
Directrice des services professionnels

Dr André Luyet
Chef du département de psychiatrie

Lettre de présentation de l'étude aux usagers au Temps 2

Étude auprès des usagers des cliniques externes menée par le Département de psychiatrie et la Direction des services professionnels de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

À l'Hôpital Louis-H. Lafontaine l'amélioration de la qualité des soins et l'évaluation de l'efficacité de nos interventions est un souci majeur. C'est pour cette raison que nous avons entrepris cet été une enquête auprès des usagers fréquentant les cliniques externes de l'établissement. Hors, voici déjà venu le temps de la deuxième partie de l'étude et, comme nous vous l'avions annoncé cet été, nous sollicitons une deuxième fois votre participation à l'étude et vous invitons à compléter à nouveau le questionnaire ci-joint. Notez que ce questionnaire comprend cette fois moins de questions et peut se remplir plus rapidement.

Vous êtes tout à fait libre de remplir ce questionnaire. Nous respectons votre choix d'y répondre ou non et soyez assuré qu'en aucune façon un refus de votre part de participer n'affectera les services que vous recevez et que nous continuerons à vous offrir selon vos besoins. Toutefois, votre participation serait grandement appréciée et est très importante afin que votre opinion soit entendue et prise en compte pour évaluer la qualité des services et les améliorer.

Les réponses au questionnaire seront traitées de façon confidentielle au même titre que votre dossier médical par le personnel traitant. Les questionnaires seront gardés à la Direction des services professionnels (DSP). Ils seront saisis pour analyse statistique de façon anonyme. Un rapport concernant l'évolution de vos symptômes, de votre fonctionnement et de votre qualité de vie sera versé à votre dossier médical afin que le personnel puisse y constater avec vous votre évolution.

Cette étude a reçu l'aval de tous les chefs médicaux de cliniques externes et donc de votre médecin traitant. Les professionnels et le personnel des cliniques externes sont au courant de ce projet. Si vous désirez plus d'information, ou avez besoin d'aide pour remplir le questionnaire, n'hésitez pas d'en parler avec eux ou de communiquer avec les coordonnateurs de l'étude, qui se feront un plaisir de vous aider, au 251-4000, poste 3499.

SVP, veuillez conserver copie de cette feuille d'information.

Dr Doris Clerc

Directrice des services professionnels

Le questionnaire HoNOS

6964558463

Questionnaire HoNOS

**Numéro de dossier H.L.H.L.
du patient**

**Matricule H.L.H.L. de
l'intervenant**

Date
 - -
 Année Mois Jour

Le Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS; Wing, J.K., Curtis, R.H., Beevor, A.S., 1996) est un instrument conçu pour mesurer les résultats des prises en charge en santé mentale, en terme de "santé et de fonctionnement social". Destiné à être utilisé de routine par les praticiens, il a l'avantage d'être remarquablement court et à la fois précis et simple dans ses questions.

Nous vous demandons donc de remplir le présent questionnaire relativement à un client dont vous vous occupez présentement. Veuillez noter que la période de référence dont il est fait mention dans le questionnaire est de deux semaines avant la cotation.

Résumé des consignes de cotations:

- 1) Coter chacune des 12 échelles dans l'ordre, soit de 1 à 12
- 2) Ne pas inclure d'information évaluée dans un item précédent, sauf pour l'échelle 10 qui est une évaluation globale
- 3) Évaluer le problème le plus grave survenu durant la période considérée (deux dernières semaines)
- 4) Toutes les échelles ont le format suivant :

0. pas de problème durant la période considérée
 1. problème mineur ne requérant pas d'intervention
 2. problème léger mais perturbateur
 3. problème modérément grave
 4. problème grave à très grave

1. Comportement hyperactif, agressif, perturbateur ou agité

***Inclure** toute agression quelle qu'en soit la cause (ex.: drogues, alcool, démence, psychose, dépression, etc.).*

RÉPONSE : (9 si inconnu)

0. Aucun problème de cette nature durant la période considérée

1. Irritabilité, disputes, nervosité, etc. ne requérant pas d'intervention.

2. Inclut les gestes agressifs comme bousculer ou importuner autrui; les menaces ou agressions verbales; les dommages mineurs à la propriété (ex.: casser une tasse, une fenêtre); une hyperactivité marquée ou une agitation.

3. Physiquement agressif envers autrui ou des animaux (à la limite de la cotation 4); comportement menaçant; hyperactivité ou dommages à la propriété plus importants.

4. Au moins une agression physique grave à l'égard d'autrui ou d'animaux; dommages graves à la propriété (ex.: incendie); comportement gravement menaçant ou obscène.

2. Lésions auto-infligées non accidentelles

***Ne pas inclure** des blessures accidentelles (dues par exemple à une démence ou à une déficience mentale grave); les problèmes cognitifs sont évalués à l'échelle 4 et les blessures à l'échelle 5.*

***Ne pas inclure** les maladies ou blessures directement imputables à la consommation d'alcool évaluées dans l'échelle 3 (ex.: une cirrhose du foie ou une blessure suite à une conduite en état d'ivresse sont cotées dans l'échelle 5).*

RÉPONSE : (9 si inconnu)

0. Aucun problème de cette nature durant la période considérée

1. Idées occasionnelles ou passagères d'en finir avec la vie, mais peu de risque; pas de lésions auto-infligées

2. Léger risque durant la période; inclure des lésions auto-infligées sans danger (ex.: égratignures au poignet).

3. Risque auto-agressif modéré durant la période considérée; inclure les préparatifs (ex.: accumulation de pilules).

4. Tentative de suicide grave et/ou lésion auto-infligée grave durant la période considérée.

Étude des cliniques externes de L.H. Lafontaine
18 mars 2002

HoNOS 1/4

9931558460

Questionnaire HoNOS

3. Troubles liés à la consommation de drogues ou d'alcool

Ne pas inclure les comportements agressifs ou destructeurs dus à la consommation d'alcool ou de drogues, cotés dans l'échelle 1.

Ne pas inclure les maladies ou handicaps physiques dus à l'alcool ou aux drogues, cotés dans l'échelle 5.

RÉPONSE : (9 si inconnu)

0. Aucun problème de cette nature durant la période considérée.

1. Un peu de laisser-aller, sans dépasser les normes sociales.
2. Perte de maîtrise de la consommation de drogues ou d'alcool, sans grave dépendance.
3. Nette dépendance à l'alcool ou aux drogues avec d'importantes pertes de maîtrise de la consommation, prise de risque sous l'influence de drogue ou d'alcool.
4. Le problème de drogue ou d'alcool est gravement invalidant.

4. Troubles cognitifs

Inclure les problèmes de mémoire, d'orientation et de la pensée associés à tout autre trouble : troubles d'apprentissage, démence, schizophrénie, etc.

Ne pas inclure les problèmes temporaires (ex.: intoxication (ex.: gueule de bois) dus à la consommation de drogues ou d'alcool, cotés à l'échelle 3.

RÉPONSE : (9 si inconnu)

0. Aucun problème de cette nature durant la période considérée.

1. Troubles mineurs de la mémoire ou de la pensée (ex.: oublie parfois des noms).
2. Troubles de la mémoire ou de la pensée légers mais net (ex.: a perdu son chemin dans un endroit familier ou n'a pas reconnu une personne familière); parfois perplexe devant des décisions simples.
3. Nette désorientation dans le temps, l'espace ou les personnes; dérouté par des événements banals; langage parfois incohérent ; ralentissement mental.
4. Désorientation importante (ex.: incapable de reconnaître des proches) ; risque d'avoir un accident ; langage incompréhensible ; état confusionnel, stupéur.

5. Troubles associés à une maladie physique ou un handicap

Inclure les maladies ou handicaps, quelle qu'en soit la cause, qui limitent ou empêchent le déplacement, ou diminuent la vue ou l'audition, ou interfèrent autrement avec le fonctionnement de la personne

Inclure les effets secondaires des médicaments ; les effets de drogues ou d'alcool sur sa santé physique; les handicaps physiques dus à des accidents ou les blessures liées à des troubles cognitifs, à la conduite en état d'ivresse, etc.

Ne pas inclure les troubles mentaux ou comportementaux cotés dans l'échelle 4.

0. Aucun problème de santé physique durant la période considérée.

1. Problème de santé léger durant la période (ex.: rhume, chute bénigne, etc.).
2. Problème de santé physique limitant légèrement la mobilité et l'activité.
3. Diminution modérée des activités en raison d'un problème de santé physique.
4. Incapacité physique grave ou totale en raison d'un problème de santé physique.

RÉPONSE : (9 si inconnu)

6. Troubles liés aux hallucinations et délires

Inclure les hallucinations et les délires sans tenir compte du diagnostic.

Inclure les comportements étranges ou bizarres liés à des hallucinations ou des délires.

Ne pas inclure les comportements agressifs ou destructeurs dus à des symptômes psychotiques, cotés à l'échelle 1.

RÉPONSE : (9 si inconnu)

0. Absence d'hallucinations ou de délires évident durant la période considérée.

1. Croyances légèrement étranges ou excentriques sans rapport avec les normes culturelles de la personne.
2. Des délires ou des hallucinations sont présents (ex.: voix, visions), mais perturbent peu ou génèrent peu de comportements bizarres; autrement dit, des problèmes cliniquement présents mais légers.
3. Nettes préoccupations liées aux délires ou aux hallucinations, provoquant une certaine détresse et/ou se manifestant par un comportement clairement bizarre; autrement dit, présence de problèmes cliniques modérément importants.
4. Des délires ou des hallucinations génèrent un impact important sur son état mental et ses comportements.

2321558466

Questionnaire HoNOS

7. Troubles liés à l'humeur dépressive

Ne pas inclure l'hyperactivité ou l'agitation, cotées dans l'échelle 1.

Ne pas inclure les idéations suicidaires ou les tentatives de suicide, évaluées dans l'échelle 2.

Ne pas inclure les délires ou les hallucinations, cotés à l'échelle 6.

RÉPONSE : (9 si inconnu)

0. Aucun problème lié à une humeur dépressive durant la période considérée.

1. Humeur morne, ou légers changements d'humeur.

2. Dépression légère mais nette (ex.: sentiments de culpabilité, perte d'estime de soi).

3. Dépression avec sentiments de dévalorisation inadéquats ; préoccupé par des sentiments de culpabilité.

4. Dépression grave ou très grave avec d'importants sentiments de culpabilité ou d'auto-accusation.

8. Autres troubles mentaux et comportementaux

Évaluer seulement le trouble le plus grave NON évalué dans les échelles 6 et 7 de la manière suivante : Spécifier le type de trouble en mettant la lettre appropriée :

- A phobie
- B anxiété
- C obsessionnel-compulsif
- D lié au stress
- E dissociatif
- F somatoforme
- G alimentaire
- H sommeil
- I sexuel
- J autre (Spécifier)

Lettre (A à J) :

0. Aucun de ces troubles durant la période considérée.

1. Trouble mineur seulement.

2. Un trouble est cliniquement présent à un niveau léger (ex.: maîtrise ses troubles dans une certaine mesure).

3. Détresse ou crise occasionnelle, avec perte de maîtrise sur les troubles (ex.: doit éviter toute situation provocatrice d'anxiété, a dû appeler un voisin à l'aide, etc.) autrement dit un niveau modérément grave de trouble.

4. Un trouble grave empêche la plupart des activités.

RÉPONSE : (9 si inconnu)

9. Problèmes pour établir des relations sociales significatives

Inclure les problèmes (dans la famille et/ou dans un réseau social plus large) dus à un retrait actif ou passif des relations sociales et/ou à des relations négatives, destructrices ou nuisibles.

RÉPONSE : (9 si inconnu)

0. Aucun problème significatif durant la période.

1. Problèmes légers non cliniques.

2. Problèmes nets pour établir des relations significatives : se plaint et/ou le problème est évident pour autrui.

3. Problèmes majeurs persistants dus à un retrait actif ou passif des relations sociales et/ou à des relations qui n'apportent peu ou pas de réconfort ni de soutien.

4. Isolement social important et pénible, lié à une incapacité à communiquer socialement et/ou à un retrait des relations sociales.

10. Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne

Évaluer le niveau global de fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne, (ex.: problèmes avec les soins personnels de base comme manger, se laver, s'habiller, aller aux toilettes ; évaluer aussi les tâches complexes comme la gestion du budget, l'organisation du logement, l'occupation et les loisirs, la mobilité et l'utilisation des transports, les achats, le développement personnel, etc.).

Inclure tout manque de motivation pour l'utilisation des ressources d'entraide, car cela contribue à abaisser le niveau global de fonctionnement.

Ne pas inclure l'absence de possibilité de pratiquer des habiletés et des compétences, évaluées dans les échelles 11-12.

0. Aucun problème durant la période considérée ; capable de bien fonctionner dans tous les domaines.

1. Problèmes mineurs seulement (ex.: négligent, désorganisé).

2. Soins personnels adéquats, mais absence de performance importante dans une ou plusieurs tâches complexes (voir plus haut).

3. Problème majeur dans un ou plusieurs domaines des soins personnels (manger, se laver, s'habiller, aller aux toilettes) ainsi qu'une incapacité majeure à effectuer plusieurs tâches complexes.

4. Handicap ou incapacité majeure dans tous ou presque tous les domaines des soins.

RÉPONSE : (9 si inconnu)

1556558465

Questionnaire HoNOS

11. Problèmes liés aux conditions de vie

Évaluer la gravité globale des problèmes liés à la qualité des conditions de vie. Les besoins matériels de base sont-ils comblés (chaleur, lumière, hygiène) ? Si c'est le cas, y a-t-il de l'aide pour s'adapter au handicap et un choix de possibilités pour utiliser les compétences et en développer de nouvelles ?

Ne pas évaluer le niveau du handicap fonctionnel lui-même, évalué à l'échelle 10.

NB : Évaluer son logement habituel. S'il est hospitalisé de façon transitoire, évaluer son domicile. Si l'information n'est pas disponible, coter 9.

RÉPONSE : (9 si inconnu)

0. Le logement et les conditions de vie sont acceptables : ils aident à maintenir tout handicap coté à l'échelle 10 au niveau le plus bas possible, et facilitent l'autonomie.

1. Le logement est raisonnablement acceptable, malgré la présence de problèmes légers ou transitoires (ex. : emplacement non idéal, n'a pas la préférence de l'usager, la nourriture ne plaît pas, etc.).

2. Problème significatif avec un ou plusieurs aspects du logement et/ou de l'environnement (ex. : choix restreint ; l'équipe ou le logeur ne savent pas vraiment comment limiter le handicap ou comment aider à préserver les compétences existantes ou en développer de nouvelles).

3. Problèmes de logement multiples et perturbants (ex. : certains aménagements de base sont absents) ; l'environnement est peu ou pas aidant pour améliorer son autonomie.

4. Le logement est inacceptable (ex. : manque d'aménagement de base, risque d'être expulsé ou est sans abri, ou vit dans des conditions qui sont par ailleurs intolérables), aggravant ses problèmes.

12. Problèmes liés à l'occupation et aux activités

Évaluer le niveau global de problèmes liés à la qualité de l'environnement de jour. Y a-t-il de l'aide pour s'adapter aux handicaps, et des possibilités pour maintenir ou améliorer les compétences et les activités occupationnelles et de loisir ? Considérer les facteurs tels que la stigmatisation sociale, l'absence d'une équipe qualifiée, le manque d'accès à des services de soutien (ex. : personnel et équipement de centres de jour, ateliers, clubs sociaux, etc.).

Ne pas évaluer le niveau du handicap fonctionnel lui-même, évalué à l'échelle 10.

NB : Évaluer sa situation habituelle. S'il est hospitalisé de façon transitoire, évaluer ses activités avant l'admission. Si l'information n'est pas disponible, coter 9.

RÉPONSE : (9 si inconnu)

0. Son environnement quotidien est acceptable : il aide à maintenir tout handicap coté à l'échelle 10 au niveau le plus bas possible, et facilite l'autonomie.

1. Problèmes mineurs ou temporaires (ex. : virement de chèque en retard) : services adéquats disponibles, mais pas toujours au moment voulu, etc.

2. Choix limité d'activités ; manque excessif de tolérance (ex. : entrée d'une bibliothèque ou d'un bain public injustement refusé, etc.) ; handicapé par l'absence d'adresse permanente ; soutien insuffisant des proches ou des intervenants professionnels ; encadrement de jour efficace à sa disposition, mais avec un horaire très limité.

3. Insuffisance marquée de services qualifiés à sa disposition pour aider à diminuer le niveau de handicap existant ; pas de possibilités d'utiliser des compétences existantes ou d'en acquérir de nouvelles ; difficultés à obtenir des services non-professionnels.

4. L'absence totale de toute possibilité d'avoir des activités de jour aggrave ses problèmes.

Le questionnaireÉGF

Échelle d'évaluation globale du fonctionnement

No. dossier H.L.H.L. du patient

Matricule H.L.H.L. de l'intervenant

Date

Année

mois

jour

Évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Ne pas tenir compte d'un handicap du fonctionnement dû à des facteurs limitants d'ordre physique ou environnemental. N.B. : Utiliser des cotes intermédiaires lorsque cela est justifié : Par ex. 45, 68, 72.

ÉVALUER LE FONCTIONNEMENT GLOBAL DE LA PERSONNE DANS LE DERNIER MOIS COTER LE PLUS BAS NIVEAU DE FONCTIONNEMENT

Cote	
90 81	Symptômes absents ou minimes (p. ex. anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (p. ex. conflit occasionnel avec des membres de la famille)
80 71	Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (p. ex. des difficultés de concentration après une dispute familiale); pas plus qu'un handicap léger du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. fléchissement temporaire du travail scolaire).
70 61	Quelques symptômes légers (p. ex. humeur dépressive et insomnie légère) OU une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel, ou scolaire (p. ex. école buissonnière épisodique ou vol en famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.
60 51	Symptômes d'intensité moyenne (p. ex. émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) OU difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. peu d'amis, conflits avec les collègues de travail).
50 41	Symptômes importants (p. ex. idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) OU handicap important dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. absence d'amis, incapacité à garder un emploi).
40 31	Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p. ex. discours par moments illogique, obscur ou inadapté) OU handicap majeur dans plusieurs domaines, p. ex. le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (p. ex. un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant à la maison et échoue à l'école).
30 21	Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations OU trouble grave de la communication ou du jugement (par ex. parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) OU incapable de fonctionner dans tous les domaines (par ex. reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).
20 11	Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (p. ex. tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) OU incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimum (p. ex. se barbouille d'excréments) OU altération massive de la communication (p. ex. incohérence indiscutable ou mutisme).
10 1	Danger persistant d'hétéro-agression grave (p. ex. accès répétés de violence) OU incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.

VOTRE COTE :

Le questionnaire Basis-32

6814271919	BEHAVIOR AND SYMPTOM IDENTIFICATION SCALE (BASIS 32) © 1985, Evaluative Service Unit, McLean Hospital (Version française : Division psychosociale, Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas)																																																																														
Numéro de dossier H. L. H. L. du patient 	Date - - Année Mois Jour																																																																														
INSTRUCTIONS Voici une liste de problèmes ou de domaines d'activités où certaines personnes peuvent avoir des difficultés à fonctionner. VOUS DEVEZ NOIRCIR LE CERCLE qui décrit le mieux LE NIVEAU DE DIFFICULTÉ QUE VOUS AVEZ CONNU POUR CHACUN DE CES DOMAINES AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE. Ne laissez pas de questions sans réponse. S'il y a des questions qui ne s'appliquent pas, répondez AUCUNE DIFFICULTÉ.																																																																															
Noircir comme ceci : Pas comme ceci :																																																																															
DANS QUELLE MESURE AVEZ-VOUS CONNU DES DIFFICULTÉS EN CE QUI CONCERNE :	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Aucune difficulté</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Un peu</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Plus ou moins</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Pas mal</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Difficulté extrême</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. L'ORGANISATION DE VOTRE VIE QUOTIDIENNE (p. ex., arriver à temps, gérer votre argent, prendre des décisions de la vie de tous les jours)</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>2. LES TRAVAUX DOMESTIQUES (p. ex., aller magasiner, faire la cuisine, laver le linge, nettoyer, autres tâches de ce genre)</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>3. LE TRAVAIL (p. ex., terminer vos tâches, faire un bon travail, trouver ou garder un emploi)</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>4. LES ÉTUDES (p. ex., obtenir de bonnes notes, finir vos travaux, assister aux cours)</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>5. LES LOISIRS OU LES ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>6. VOTRE ADAPTATION À DES ÉVÉNEMENTS STRESSANTS MAJEURS (p. ex., séparation, divorce, déménagement, nouvel emploi, nouvelle école)</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>7. RELATIONS AVEC LES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>8. BIEN VOUS ENTENDRE AVEC LES GENS EN DEHORS DE VOTRE FAMILLE</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>9. L'ISOLEMENT OU LE SENTIMENT D'ÊTRE SEUL(E)</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>10. ÊTRE CAPABLE DE VOUS SENTIR PROCHE DES AUTRES</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>11. ÊTRE RÉALISTE À PROPOS DE VOUS-MÊME OU DES AUTRES</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>12. RECONNAÎTRE ET EXPRIMER VOS ÉMOTIONS DE FAÇON APPROPRIÉE</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </tbody> </table>		Aucune difficulté	Un peu	Plus ou moins	Pas mal	Difficulté extrême	1. L'ORGANISATION DE VOTRE VIE QUOTIDIENNE (p. ex., arriver à temps, gérer votre argent, prendre des décisions de la vie de tous les jours)	☐	☐	☐	☐	☐	2. LES TRAVAUX DOMESTIQUES (p. ex., aller magasiner, faire la cuisine, laver le linge, nettoyer, autres tâches de ce genre)	☐	☐	☐	☐	☐	3. LE TRAVAIL (p. ex., terminer vos tâches, faire un bon travail, trouver ou garder un emploi)	☐	☐	☐	☐	☐	4. LES ÉTUDES (p. ex., obtenir de bonnes notes, finir vos travaux, assister aux cours)	☐	☐	☐	☐	☐	5. LES LOISIRS OU LES ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES	☐	☐	☐	☐	☐	6. VOTRE ADAPTATION À DES ÉVÉNEMENTS STRESSANTS MAJEURS (p. ex., séparation, divorce, déménagement, nouvel emploi, nouvelle école)	☐	☐	☐	☐	☐	7. RELATIONS AVEC LES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE	☐	☐	☐	☐	☐	8. BIEN VOUS ENTENDRE AVEC LES GENS EN DEHORS DE VOTRE FAMILLE	☐	☐	☐	☐	☐	9. L'ISOLEMENT OU LE SENTIMENT D'ÊTRE SEUL(E)	☐	☐	☐	☐	☐	10. ÊTRE CAPABLE DE VOUS SENTIR PROCHE DES AUTRES	☐	☐	☐	☐	☐	11. ÊTRE RÉALISTE À PROPOS DE VOUS-MÊME OU DES AUTRES	☐	☐	☐	☐	☐	12. RECONNAÎTRE ET EXPRIMER VOS ÉMOTIONS DE FAÇON APPROPRIÉE	☐	☐	☐	☐	☐
	Aucune difficulté	Un peu	Plus ou moins	Pas mal	Difficulté extrême																																																																										
1. L'ORGANISATION DE VOTRE VIE QUOTIDIENNE (p. ex., arriver à temps, gérer votre argent, prendre des décisions de la vie de tous les jours)	☐	☐	☐	☐	☐																																																																										
2. LES TRAVAUX DOMESTIQUES (p. ex., aller magasiner, faire la cuisine, laver le linge, nettoyer, autres tâches de ce genre)	☐	☐	☐	☐	☐																																																																										
3. LE TRAVAIL (p. ex., terminer vos tâches, faire un bon travail, trouver ou garder un emploi)	☐	☐	☐	☐	☐																																																																										
4. LES ÉTUDES (p. ex., obtenir de bonnes notes, finir vos travaux, assister aux cours)	☐	☐	☐	☐	☐																																																																										
5. LES LOISIRS OU LES ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES	☐	☐	☐	☐	☐																																																																										
6. VOTRE ADAPTATION À DES ÉVÉNEMENTS STRESSANTS MAJEURS (p. ex., séparation, divorce, déménagement, nouvel emploi, nouvelle école)	☐	☐	☐	☐	☐																																																																										
7. RELATIONS AVEC LES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE	☐	☐	☐	☐	☐																																																																										
8. BIEN VOUS ENTENDRE AVEC LES GENS EN DEHORS DE VOTRE FAMILLE	☐	☐	☐	☐	☐																																																																										
9. L'ISOLEMENT OU LE SENTIMENT D'ÊTRE SEUL(E)	☐	☐	☐	☐	☐																																																																										
10. ÊTRE CAPABLE DE VOUS SENTIR PROCHE DES AUTRES	☐	☐	☐	☐	☐																																																																										
11. ÊTRE RÉALISTE À PROPOS DE VOUS-MÊME OU DES AUTRES	☐	☐	☐	☐	☐																																																																										
12. RECONNAÎTRE ET EXPRIMER VOS ÉMOTIONS DE FAÇON APPROPRIÉE	☐	☐	☐	☐	☐																																																																										
Étude des Cliniques Externes de L. H. Lafontaine 18 mars 2002	BASIS 32 1/2																																																																														

4143271912

Numéro de dossier H. L. H. L.

--	--	--	--	--	--

BASIS 32

page 2 de 2

**DANS QUELLE MESURE AVEZ-VOUS CONNU
DES DIFFICULTÉS EN CE QUI CONCERNE :**

	Aucune difficulté	Un peu	Plus ou moins	Pas mal	Difficulté extrême
13. DÉVELOPPER VOTRE INDÉPENDANCE (votre autonomie)	☐	☐	☐	☐	☐
14. AVOIR DES BUTS OU UNE DIRECTION DANS LA VIE	☐	☐	☐	☐	☐
15. LE MANQUE DE CONFIANCE EN SOI, SE SENTIR MAL À PROPOS DE SOI-MÊME	☐	☐	☐	☐	☐
16. L'APATHIE, le manque d'intérêt pour les choses	☐	☐	☐	☐	☐
17. LA DÉPRESSION, LE MANQUE D'ESPOIR	☐	☐	☐	☐	☐
18. LES IDÉES OU COMPORTEMENTS SUICIDAIRES	☐	☐	☐	☐	☐
19. DES SYMPTÔMES PHYSIQUES (p. ex., maux de tête, douleurs, difficulté à bien dormir, maux de ventre, étourdissements)	☐	☐	☐	☐	☐
20. LA PEUR, L'ANXIÉTÉ, OU DES SENTIMENTS DE PANIQUE	☐	☐	☐	☐	☐
21. LA CONFUSION, LES DIFFICULTÉS À SE CONCENTRER, LES PROBLÈMES DE MÉMOIRE	☐	☐	☐	☐	☐
22. DES PENSÉES OU DES CROYANCES DÉRANGEANTES OU IRRÉELLES	☐	☐	☐	☐	☐
23. ENTENDRE DES VOIX, VOIR DES CHOSES QUI NE SONT PAS LÀ	☐	☐	☐	☐	☐
24. DES COMPORTEMENTS EXCITÉS, BIZARRES	☐	☐	☐	☐	☐
25. UNE HUMEUR CHANGEANTE, INSTABLE	☐	☐	☐	☐	☐
26. DES COMPORTEMENTS QUE VOUS NE POUVEZ PAS CONTRÔLER (p. ex., manger beaucoup trop ou pas assez, se laver les mains sans arrêt, se faire mal par exprès) SPECIFIEZ: _____	☐	☐	☐	☐	☐
27. LES ACTIVITÉS OU PRÉOCCUPATIONS SEXUELLES	☐	☐	☐	☐	☐
28. LA CONSOMMATION D'ALCOOL	☐	☐	☐	☐	☐
29. LA CONSOMMATION DE DROGUES ILLÉGALES, OU LA CONSOMMATION INAPPROPRIÉE DE MÉDICAMENTS	☐	☐	☐	☐	☐
30. LE CONTRÔLE DE VOS SENTIMENTS DE COLÈRE, VOS EXPLOSIONS DE COLÈRE, LA VIOLENCE	☐	☐	☐	☐	☐
31. DES COMPORTEMENTS IMPULSIFS, ILLÉGAUX, PRENDRE DES RISQUES SANS PENSER AUX CONSÉQUENCES	☐	☐	☐	☐	☐
32. VOUS SENTIR SATISFAIT(E) DE VOTRE VIE	☐	☐	☐	☐	☐

Le questionnaire VSSS-54F

8447125854	Verona Service Satisfaction Scale - EU - Mod2002 (v. client)				
Numéro de dossier H. L. H. L. du patient 	Date - - Année Mois Jour				
QUELLE EST VOTRE IMPRESSION GENERALE PAR RAPPORT					
	très mauvaise	plutôt insatisfaisante	mixte	plutôt satisfaisante	excellente
1. à l'efficacité des services à vous aider à faire face à vos problèmes	☐	☐	☐	☐	☐
2. au comportement et aux manières des réceptionnistes au téléphone et en personne	☐	☐	☐	☐	☐
3a. à la compétences et au professionnalisme des psychiatres qui vous ont traité(e)	☐	☐	☐	☐	☐
3b. à la compétences et au professionnalisme des psychologues qui vous ont traité(e)	☐	☐	☐	☐	☐
4. à l'apparence, à l'aménagement et au confort des lieux (la salle d'attente, la clinique externe par exemple)	☐	☐	☐	☐	☐
5a. à la capacité des psychiatres de vous écouter et de comprendre vos problèmes	☐	☐	☐	☐	☐
5b. à la capacité des psychologues de vous écouter et de comprendre vos problèmes	☐	☐	☐	☐	☐
6a. au comportement et aux manières des psychiatres qui vous ont traité(e)	☐	☐	☐	☐	☐
6b. au comportement et aux manières des psychologues qui vous ont traité(e)	☐	☐	☐	☐	☐
7. au respect des rendez-vous fixés et au temps qu'il vous a fallu attendre lorsque vous vous y êtes présenté(e)	☐	☐	☐	☐	☐
8. au coût à vos dépens et aux services offerts (par exemple, les frais pharmaceutiques, les frais d'usager, les analyses de laboratoire, excepté les frais couverts par l'état)	☐	☐	☐	☐	☐
9. à l'efficacité des soins donnés par les services afin de vous aider à recouvrer le bien-être et à prévenir la maladie	☐	☐	☐	☐	☐
10. à la confidentialité et au respect de vos droits en tant qu'individu	☐	☐	☐	☐	☐
11. à la quantité d'aide reçue	☐	☐	☐	☐	☐
12. aux explications qu'on vous a fournies à propos des méthodes de traitement et des techniques particulières utilisées	☐	☐	☐	☐	☐
Étude des Cliniques Externes de L. H. Lafontaine 30 avril 2002 VSSS-54F-Client p. 1/6					

9657125858

Verona Service Satisfaction Scale - EU - Mod2002 (v.client)

QUELLE EST VOTRE IMPRESSION GÉNÉRALE PAR RAPPORT

	très mauvaise	plutôt insatisfaisante	mixte	plutôt satisfaisante	excellente
13. à l'efficacité des soins donnés par les services dans le but d'alléger vos symptômes	☐	☐	☐	☐	☐
14. à la disponibilité des services à répondre aux urgences survenues pendant la journée (hormis les jours fériés)	☐	☐	☐	☐	☐
15. à la disponibilité des services à répondre aux urgences survenues pendant la nuit et les jours fériés	☐	☐	☐	☐	☐
16a. à l'attention et à la minutie des psychiatres vous ayant traité(e)	☐	☐	☐	☐	☐
16b. à l'attention et à la minutie des psychologues vous ayant traité(e)	☐	☐	☐	☐	☐
17. à la pertinence de vous faire suivre par votre médecin de famille ou par d'autres médecins	☐	☐	☐	☐	☐
18. à la collaboration parmi les intervenants des services (si vous avez eu à faire à plus d'un intervenant)	☐	☐	☐	☐	☐
19. à la publicité portant sur les programmes et services offerts par les services de santé mentale	☐	☐	☐	☐	☐
20. aux types de services offerts	☐	☐	☐	☐	☐
21. aux soins que vous avez reçus dans l'ensemble	☐	☐	☐	☐	☐
22a. à la compétence et au professionnalisme des infirmières qui se sont occupé(e)s de vous	☐	☐	☐	☐	☐
22b. à la compétence et au professionnalisme des travailleurs sociaux qui se sont occupé(e)s de vous	☐	☐	☐	☐	☐
23. aux conseils donnés à vos proches par les psychiatres ou les psychologues traitants sur comment ils peuvent vous aider	☐	☐	☐	☐	☐
24. à l'efficacité des services à vous aider à mieux comprendre vos problèmes	☐	☐	☐	☐	☐
25a. au comportement et aux manières des infirmières qui se sont occupé(e)s de vous	☐	☐	☐	☐	☐
25b. au comportement et aux manières des travailleurs sociaux qui se sont occupé(e)s de vous	☐	☐	☐	☐	☐
26. à l'efficacité des services à améliorer vos rapports avec vos proches	☐	☐	☐	☐	☐
27. à l'efficacité des services à aider vos proches à avoir une meilleure compréhension de vos problèmes	☐	☐	☐	☐	☐
28. à la connaissance que les intervenant(e)s (infirmière, travailleur social, ergothérapeute, conseiller, préposé, etc.) avaient de vos troubles passés et présents	☐	☐	☐	☐	☐

3154125854

Verona Service Satisfaction Scale - EU - Mod2002 (v.client)

QUELLE EST VOTRE IMPRESSION GÉNÉRALE PAR RAPPORT

	très mauvaise	plutôt insatisfaisante	mixte	plutôt satisfaisante	excellente
29. aux renseignements qu'on vous a fournis à propos de votre diagnostic et de l'évolution possible de vos troubles	☐	☐	☐	☐	☐
30. à la capacité des psychiatres et des psychologues traitants d'écouter et de comprendre les préoccupations et les idées de vos proches à votre égard	☐	☐	☐	☐	☐
31. à l'efficacité des services à vous aider à améliorer vos rapports avec les gens hors du cadre familial (par exemple, vos rapports avec vos amis, vos voisins ou vos collègues de travail)	☐	☐	☐	☐	☐
32. au fait que vos proches soient mis au courant de votre diagnostic et de l'évolution possible de vos troubles	☐	☐	☐	☐	☐
33. à la clarté et à la précision des recommandations à suivre entre deux visites	☐	☐	☐	☐	☐
34. à l'efficacité des services à vous aider à améliorer votre capacité à prendre soin de vous-même (par exemple, votre hygiène personnelle, votre alimentation, votre logement, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
35. à l'attention et à la minutie des intervenant(e)s (infirmière, travailleur social, ergothérapeute, conseiller, préposé, etc.) qui se sont occupé(e)s de vous	☐	☐	☐	☐	☐
36. à l'efficacité des services à aider vos proches à améliorer leur capacité à faire face à vos problèmes	☐	☐	☐	☐	☐
37. à la capacité des intervenant(e)s (infirmière, travailleur social, ergothérapeute, conseiller, préposé, etc.) de vous écouter et de comprendre vos problèmes	☐	☐	☐	☐	☐
38. à l'efficacité des services à vous aider à améliorer vos capacités dans le domaine du travail	☐	☐	☐	☐	☐
39. à l'aide reçue lorsque, suite à votre médication, vous avez souffert d'effets secondaires ou indésirables	☐	☐	☐	☐	☐
40. à la continuité avec laquelle ces mêmes intervenants ont effectué votre suivi	☐	☐	☐	☐	☐

4880125851

45. Au cours de la dernière année, avez-vous eu des rencontres familiales (c'est-à-dire, des rencontres entre le patient, ses proches et un ou plusieurs thérapeutes, dans le but d'améliorer ou de changer les rapports entre les membres de la famille) ?

Oui ☐ ☐ Non

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble des rencontres psychothérapeutiques familiales que vous avez suivies?

très ☐ plutôt ☐ mixte ☐ plutôt ☐ excellente ☐
mauvaise insatisfaisante satisfaisante

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu suivre une psychothérapie familiale?

NON ☐ Je ne sais pas ☐ OUI ☐

46. Au cours de la dernière année, avez-vous été placé(e) dans un milieu résidentiel supervisé pour personnes atteintes de troubles psychiatriques (c'est-à-dire, appartement supervisé, famille d'accueil, pavillon, foyer de groupe, maison de transition)?

Oui ☐ ☐ Non

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble des soins reçus dans votre milieu résidentiel supervisé?

très ☐ plutôt ☐ mixte ☐ plutôt ☐ excellente ☐
mauvaise insatisfaisante satisfaisante

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu être placé(e) dans un milieu résidentiel supervisé?

NON ☐ Je ne sais pas ☐ OUI ☐

47. Au cours de la dernière année, avez-vous participé à des activités récréatives organisées par les services de santé mentale?

Oui ☐ ☐ Non

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble des activités récréatives auxquelles vous avez participé?

très ☐ plutôt ☐ mixte ☐ plutôt ☐ excellente ☐
mauvaise insatisfaisante satisfaisante

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu participer à des activités récréatives organisées par les services de santé mentale?

NON ☐ Je ne sais pas ☐ OUI ☐

48. Au cours de la dernière année, avez-vous suivi une psychothérapie de groupe (c'est-à-dire, des rencontres entre plusieurs patients et un ou plusieurs thérapeutes, dans le but de permettre aux patients de parvenir à une meilleure compréhension de leurs problèmes, ou bien à un changement dans leur comportement)?

Oui ☐ ☐ Non

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble de la psychothérapie de groupe que vous avez suivie?

très ☐ plutôt ☐ mixte ☐ plutôt ☐ excellente ☐
mauvaise insatisfaisante satisfaisante

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu suivre une psychothérapie de groupe?

NON ☐ Je ne sais pas ☐ OUI ☐

49. Au cours de la dernière année, avez-vous été placé(e) dans un atelier protégé (c'est-à-dire, dans un cadre de travail qui tient compte de vos problèmes, afin de faciliter votre réinsertion à la vie active) ?

Oui ☐ ☐ Non

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble de l'atelier protégé dans lequel vous avez été placé(e) par les services de santé mentale?

très ☐ plutôt ☐ mixte ☐ plutôt ☐ excellente ☐
mauvaise insatisfaisante satisfaisante

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu être placé(e) dans un atelier protégé?

NON ☐ Je ne sais pas ☐ OUI ☐

1924125857	Verona Service Satisfaction Scale - version client	
50. Au cours de la dernière année, avez-vous été hospitalisé(e) de plein gré suite à une crise?		
☐ <u>Qui</u> ☐ <u>Non</u>		
<u>Si vous avez répondu OUI :</u> Quelle est votre impression d'ensemble de l'hospitalisation volontaire dont vous avez été l'objet de votre plein gré? très mauvaise plutôt insatisfaisante mixte plutôt satisfaisante excellente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ <u>Si vous avez répondu NON :</u> Auriez-vous voulu être hospitalisé(e) de plein gré? NON Je ne sais pas OUI ☐ ☐ ☐		
51. Au cours de la dernière année, avez-vous bénéficié d'aide ménagère à domicile (quelqu'un pour vous tenir compagnie ou pour vous aider dans vos tâches ménagères, etc.)?		
☐ <u>Qui</u> ☐ <u>Non</u>		
<u>Si vous avez répondu OUI :</u> Quelle est votre impression d'ensemble de l'aide ménagère à domicile dont vous avez bénéficié? très mauvaise plutôt insatisfaisante mixte plutôt satisfaisante excellente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ <u>Si vous avez répondu NON :</u> Auriez-vous voulu bénéficier d'aide ménagère à domicile? NON Je ne sais pas OUI ☐ ☐ ☐		
52. Au cours de la dernière année, le personnel des services vous a-t-il aidé(e) à obtenir des allocations de bien-être social ou une pension quelconque?		
☐ <u>Qui</u> ☐ <u>Non</u>		
<u>Si vous avez répondu OUI :</u> Quelle est votre impression d'ensemble de l'aide reçue en vue d'obtenir des allocations de bien-être social ou une pension? très mauvaise plutôt insatisfaisante mixte plutôt satisfaisante excellente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ <u>Si vous avez répondu NON :</u> Auriez-vous voulu recevoir de l'aide afin d'obtenir des allocations de bien-être social ou une pension? NON Je ne sais pas OUI ☐ ☐ ☐		
53. Au cours de la dernière année, le personnel des services vous a-t-il aidé(e) à trouver un emploi normal (dans un cadre non-protégé où l'on ne tient pas compte de vos problèmes)?		
☐ <u>Qui</u> ☐ <u>Non</u>		
<u>Si vous avez répondu OUI :</u> Quelle est votre impression d'ensemble de l'aide que vous avez reçue à trouver un emploi? très mauvaise plutôt insatisfaisante mixte plutôt satisfaisante excellente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ <u>Si vous avez répondu NON :</u> Auriez-vous voulu que l'on vous aide à trouver un emploi? NON Je ne sais pas OUI ☐ ☐ ☐		
54. Au cours de la dernière année, le personnel du centre vous a-t-il aidé(e) à vous intégrer dans des activités récréatives à l'extérieur?		
☐ <u>Qui</u> ☐ <u>Non</u>		
<u>Si vous avez répondu OUI :</u> Quelle est votre impression d'ensemble de l'aide que vous avez reçue en vue de vous intégrer dans des activités récréatives à l'extérieur des services de santé mentale? très mauvaise plutôt insatisfaisante mixte plutôt satisfaisante excellente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ <u>Si vous avez répondu NON :</u> Auriez-vous voulu que l'on vous aide à vous intégrer dans des activités récréatives à l'extérieur des services de santé mentale? NON Je ne sais pas OUI ☐ ☐ ☐		
VSSS-54F-Client p. 6/6		

2054125852

41. Vous a-t-on prescrit des médicaments au cours de la dernière année?

Oui ☐ Non ☐

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression générale à propos des médicaments qui vous ont été prescrits?

très mauvaise	plutôt insatisfaisante	mixte	plutôt satisfaisante	excellente
☐	☐	☐	☐	☐

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu que l'on vous prescrive des médicaments?

NON	Je ne sais pas	OUI
☐	☐	☐

42. Au cours de la dernière année, les intervenants des services vous ont-ils aidé(e) à apprendre ou à améliorer des comportements et des capacités utiles à votre vie sociale et votre travail (comme par exemple, utiliser les services publics, participer aux tâches ménagères, se comporter de façon adéquate avec vos proches et avec les autres)?

Oui ☐ Non ☐

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression générale par rapport à l'aide que l'on vous a fournie, de façon individuelle, à apprendre ou à améliorer des comportements et des capacités utiles à votre vie sociale et votre travail?

très mauvaise	plutôt insatisfaisante	mixte	plutôt satisfaisante	excellente
☐	☐	☐	☐	☐

Si vous avez répondu NON :

Croyez-vous que vous auriez eu besoin d'être aidé par les intervenants des services, de façon individuelle, à apprendre ou à améliorer des comportements et des capacités utiles à votre vie sociale et votre travail?

NON	Je ne sais pas	OUI
☐	☐	☐

43. Au cours de la dernière année, avez-vous eu des rencontres psychothérapeutiques individuelles (c'est-à-dire, avez-vous rencontré votre thérapeute dans le but d'arriver à une meilleure compréhension de vos problèmes, ou bien à un changement dans votre comportement) ?

Oui ☐ Non ☐

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble de la psychothérapie individuelle que vous avez suivie?

très mauvaise	plutôt insatisfaisante	mixte	plutôt satisfaisante	excellente
☐	☐	☐	☐	☐

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu suivre une psychothérapie individuelle?

NON	Je ne sais pas	OUI
☐	☐	☐

44. Au cours de la dernière année, avez-vous été hospitalisé(e) de force (c'est-à-dire, sans votre consentement)?

Oui ☐ Non ☐

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble de l'hospitalisation forcée à laquelle vous avez été soumis(e)?

très mauvaise	plutôt insatisfaisante	mixte	plutôt satisfaisante	excellente
☐	☐	☐	☐	☐

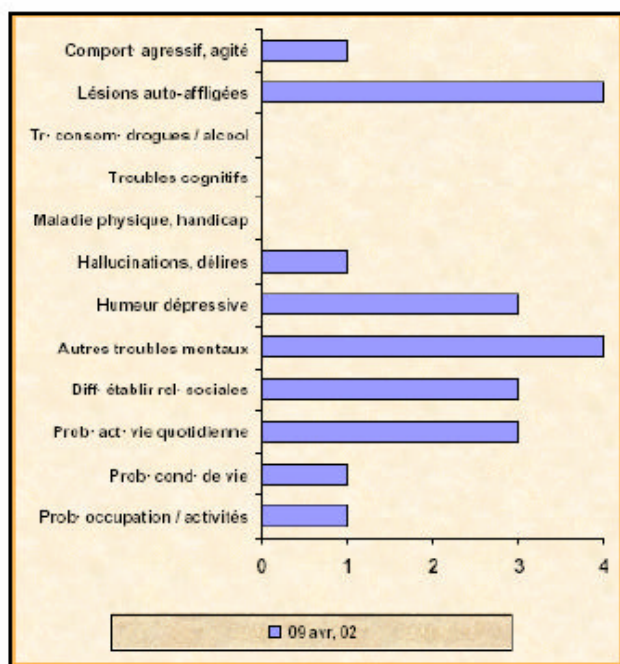
Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu être hospitalisé(e) de force?

NON	Je ne sais pas	OUI
☐	☐	☐

Appendice 3 – Exemples de résultats versés au dossier client

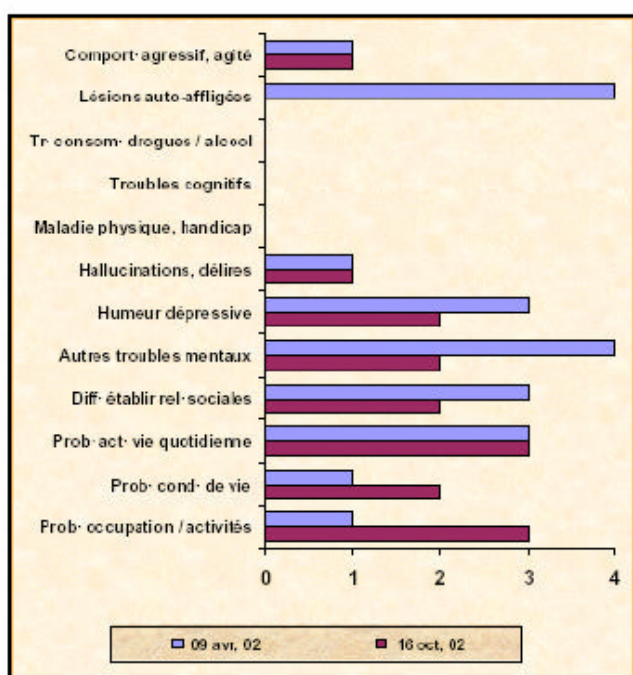
Exemple de résultats individuels à l'HoNOS au T1



Échelle :

- 0 : Aucun problème
- 1 : Problème mineur, ne requérant pas d'interv.
- 2 : Problème modéré
- 3 : Problème important
- 4 : Problème grave

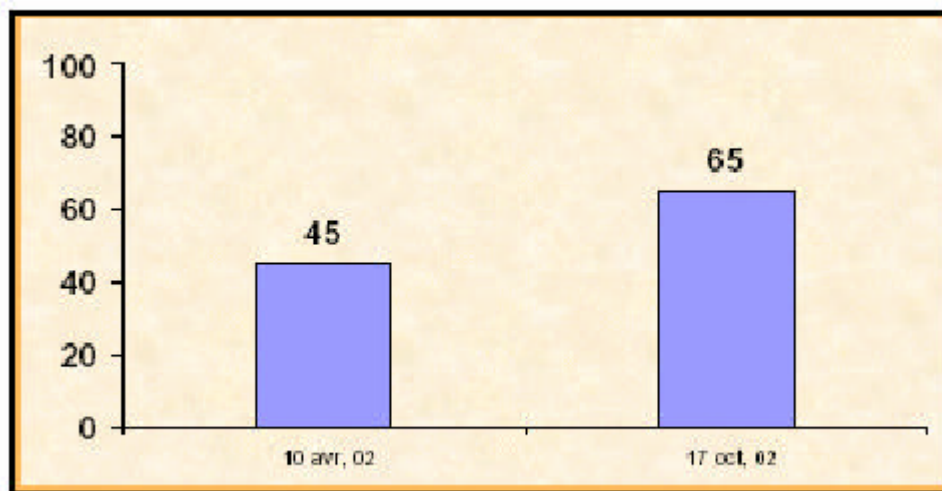
Exemple de résultats individuels à l'HoNOS au T2



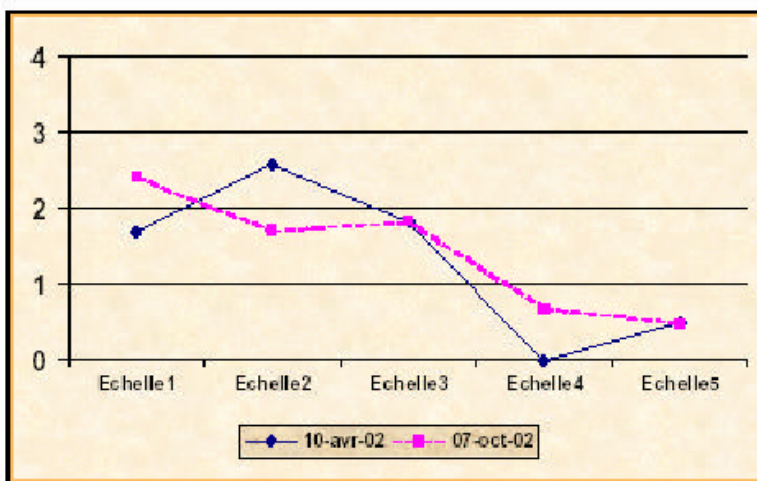
Échelle :

- 0 : Aucun problème
- 1 : Problème mineur, ne requérant pas d'interv.
- 2 : Problème modéré
- 3 : Problème important
- 4 : Problème grave

Exemple de résultats individuels à l'ÉGF au T2



Exemple de résultats individuels au Basis-32 au T2



Échelle :

- 0 : Aucune difficulté
- 1 : Un peu de difficulté
- 2 : Plus ou moins de difficulté
- 3 : Pas mal de difficulté
- 4 : Difficulté extrême

Échelle 1 : Difficulté dans la relation avec soi et les autres

Échelle 2 : Difficulté dans la vie de tous les jours et fonctionnement dans les rôles sociaux

Échelle 3 : Dépression et anxiété

Échelle 4 : Comportements impulsifs et de dépendance

Échelle 5 : Psychose

Appendice 4 – Acronymes et abréviations

Cliniques externes

GP	Gérontopsychiatrie
HM	Hochelaga-Maisonneuve
JA	Jeunes Adultes
LM	Lorenzo-Morin
ME	Mercier-Est
MO	Mercier-Ouest
PAT	Montréal-Est – Pointe-aux-Trembles
RDP	Rivière-des-Prairies
StL	St-Léonard

Termes statistiques

<u>M</u>	Moyenne
É.-t.	Écart-type
P	Probabilité statistique
N	Taille échantillonnale