

2M11.3316.4

Université de Montréal

Besoins, fonctionnement psychosocial et utilisation des services psychiatriques
de clients suite au congé d'un programme de suivi intensif dans la communauté

par

Jacinthe Millette

Faculté des sciences infirmières

11627631

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention d'un grade de Maître ès sciences (M.Sc.)
en sciences infirmières

Avril 2005

© Jacinthe Millette, 2005



W4

5

U58

2005

V.015

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Facultés des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

Besoins, fonctionnement psychosocial et utilisation des services psychiatriques
de clients suite à un programme de suivi intensif dans la communauté

présenté par
Jacinthe Millette

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Lucie Richard

président-rapporteur

Nicole Ricard

directrice de recherche

Jean-Pierre Bonin

co-directeur de recherche

Sylvie Cossette

membre du jury

RÉSUMÉ

Au cours des dix dernières années, afin d'offrir les soins requis aux personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants vivant dans la communauté, divers programmes de suivi ont été implantés au Québec, notamment les programmes de suivi intensif en équipe dans la communauté. La présente étude descriptive quantitative avait pour but de décrire le profil des clients suite à leur congé d'un programme de suivi intensif, au plan de leurs besoins, de leur fonctionnement psychosocial et de leur utilisation des services psychiatriques. Ces clients reçoivent maintenant leur suivi aux cliniques externes psychiatriques traditionnelles ou au CLSC. Inspirée du cadre conceptuel en soins infirmiers de l'autosoin de D. Orem, cette étude s'est intéressée à la capacité du client à prendre soin de lui-même et à répondre à ses besoins. En plus d'une consultation du dossier médical, la collecte des données a été réalisée à l'aide de deux instruments de mesure: l'Évaluation des besoins Camberwell (CAN) et l'Échelle d'habiletés dans la communauté Multnomah (MCAS). Au total, 33 clients et 15 gestionnaires de cas ont participé à l'étude.

Les résultats démontrent que les clients ayant reçu leur congé du suivi intensif sont en mesure de répondre à plusieurs de leurs besoins tout en nécessitant de l'aide dans certains aspects de leur vie. Les gestionnaires de cas rapportent plus de problèmes de santé que les clients et le double de problèmes sociaux. L'aide reçue pour certains besoins est inférieure à l'aide nécessaire, particulièrement pour les relations sociales tandis que l'aide la moins appropriée est celle reliée aux activités quotidiennes. Le type d'interventions offert pour les problèmes de santé physique mérite également d'être révisé. Il en ressort que la majorité des clients à l'étude ont un fonctionnement considéré soit moyen ou élevé, ils ont peu de problèmes de comportement et

leurs plus grandes difficultés se retrouvent dans la dimension des compétences sociales. Depuis la cessation du suivi intensif, il n'y a pas eu de hausse du nombre de visites à salle d'urgence ou d'hospitalisation.

Ces résultats orientent les recommandations pour la formation et la pratique infirmière en vue d'améliorer certaines interventions qui favoriseront un fonctionnement psychosocial optimum. Il est raisonnable de croire qu'un certain nombre de clients pourront recevoir un congé du suivi intensif et retourner par la suite à un suivi régulier, tout en maintenant un niveau de fonctionnement acceptable dans la communauté. Les résultats obtenus pourraient inspirer d'autres programmes similaires qui souhaitent accorder des congés.

ABSTRACT

Over the past ten years, in order to provide the appropriate care to people affected by a severe and persistent mental illness living in the community, different types of follow-up services were put in place in Quebec, notably programs of Assertive Community Treatment (ACT). The purpose of this descriptive quantitative study was to describe the profile of clients who received their discharge from an intensive psychiatric follow-up in the community, with regards to their needs, their psychosocial functioning and their utilization of psychiatric services. These clients are presently followed by the traditional outpatient psychiatric clinics or at the CLSC. Inspired by the Orem's self-care deficit nursing theory, this study looked at the client's ability to take care of himself and to meet his needs. In addition to a chart review, two measurement tools were used: The Camberwell Assessment of Need (CAN) and the Multnomah Community Ability Scale (MCAS). A total of 33 clients and 15 case managers participated in the study.

The results showed that the clients who were discharged from intensive follow-up are able to meet many of their needs while they require help in certain aspects of their life. The case managers reported more health problems than the clients and twice as much social problems. The help received for some of their needs is inferior to the necessary help, especially with regards to the social relationship and the help that is the least appropriate is related to daytime activities. The type of interventions offered for physical health also requires to be revised. It is noted that the majority of clients have a level of functioning considered average or high, they have few behavioral problems and their greatest difficulties are related to the area of social competence. Since the intensive follow-up ended, no increase of emergency room visit or admission to inpatient unit was noted.

These results provide guidance for training and nursing practice in order to improve interventions that will favor an optimal psychosocial functioning. It is possible to believe that a certain number of clients will be discharged from an intensive service and will return to a regular follow-up while maintaining an acceptable level of functioning in the community. The obtained results could also be useful indications for other similar programs that wish to allow discharges.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	iii
Abstract.....	v
Table des matières	vii
Liste des tableaux	ix
Liste des figures.....	x
Remerciements	xi
Chapitre I LA PROBLÉMATIQUE.....	1
Buts de l'étude.....	7
Questions de recherche	8
Chapitre II LA RECENSION DES ÉCRITS.....	9
Cadre conceptuel.....	10
Les modalités de suivi dans la communauté.....	14
Les besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves	18
Le fonctionnement psychosocial des personnes atteintes de troubles mentaux graves	23
Utilisation des services hospitaliers psychiatriques	27
Les effets du transfert d'un suivi intensif à un suivi traditionnel.....	29
Chapitre III LA MÉTHODE	35
Type d'étude et devis	36
Population à l'étude.....	36
Définition des variables et présentation des instruments de mesure.....	38
Besoins.....	38
Définition de la variable.....	38
Présentation de l'instrument de mesure	38
Évaluation des besoins Camberwell (CAN)	38
Validité et fidélité de la version originale	40
Validité et fidélité de la version traduite	41
Fonctionnement psychosocial.....	42
Définition de la variable.....	42
Présentation des instruments de mesure.....	42
Échelle d'habiletés dans la communauté Multnomah (MCAS)	42
Validité et fidélité de la version originale	44
Validité et fidélité de la version traduite	44
Évaluation globale du fonctionnement (EGF).....	45
Validité et fidélité de la version originale	46
Utilisation des services hospitaliers psychiatriques.....	46
Définition de la variable.....	46
Questionnaire de données socio-démographiques.....	47
Feuille-contact	47
Déroulement de l'étude.....	47
Présentation du milieu de l'étude	47
Collecte de données	49

Analyse des données.....	51
Considérations éthiques.....	52
Chapitre IV LES RÉSULTATS	54
Description de l'échantillon.....	56
Besoins.....	61
Identification des besoins.....	61
Aide reçue.....	67
Pertinence et satisfaction de l'aide reçue.....	72
Fonctionnement psychosocial.....	74
Utilisation des services hospitaliers psychiatriques.....	77
Chapitre V LA DISCUSSION.....	80
Forces de l'étude.....	81
Limites de l'étude.....	82
Caractéristiques de la clientèle à l'étude.....	85
Caractéristiques du suivi en clinique externe.....	85
Besoins.....	86
Identification des besoins.....	86
Fréquence des problèmes selon les catégories de besoins.....	87
Fréquence des problèmes modérés et sérieux.....	89
Aide reçue.....	92
Pertinence et satisfaction de l'aide reçue.....	95
Fonctionnement psychosocial.....	97
Utilisation des services hospitaliers psychiatriques.....	101
Faits saillants de l'étude et lien avec le cadre conceptuel d'Orem.....	104
Recommandations pour la pratique infirmière.....	106
Recommandations pour la formation.....	107
Recommandations pour la recherche.....	109
Conclusion.....	110
Références.....	112
Annexes.....	121
Annexe A Évaluation des besoins Camberwell (CAN).....	122
Annexe B Échelle d'habiletés dans la communauté Multnomah (MCAS).....	148
Annexe C Évaluation globale du fonctionnement (EGF).....	153
Annexe D Utilisation des services hospitaliers.....	155
Annexe E Données socio-démographiques.....	157
Annexe F Feuille-contact.....	159
Annexe G Formulaire de consentement.....	161
Annexe H Lettres des comités d'éthique.....	176

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Principaux concepts de l'autosoin (Orem)	11
Tableau II	Modalités de suivi dans la communauté.....	15
Tableau III	Données socio-démographiques de l'échantillon.....	56
Tableau IV	Caractéristiques cliniques de l'échantillon.....	57
Tableau V	Utilisation des services durant l'année précédant le SLC	59
Tableau VI	Données concernant le suivi en clinique externe.....	60
Tableau VII	Identification des problèmes selon l'évaluation des besoins Camberwell	62
Tableau VIII	Distribution des problèmes selon les catégories de besoins selon l'évaluation des besoins Camberwell	63
Tableau IX	Fréquence par ordre décroissant de la présence d'un problème modéré ou sérieux selon l'évaluation des besoins Camberwell	65
Tableau X	Aide reçue des proches et des services locaux selon l'évaluation des besoins Camberwell.....	67
Tableau XI	Échelle d'habiletés dans la communauté Multnomah	75
Tableau XII	Niveau de fonctionnement selon l'échelle d'habiletés dans la communauté Multnomah	77
Tableau XIII	Utilisation des services hospitaliers psychiatriques	78

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Aide reçue des services locaux (clients)	69
Figure 2	Aide nécessaire des services locaux (clients).....	69
Figure 3	Aide reçue des services locaux (gestionnaires de cas).....	71
Figure 4	Aide nécessaire des services locaux (gestionnaires de cas).....	71
Figure 5	Satisfaction de l'aide reçue selon les clients	73

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier ma directrice de recherche Madame Nicole Ricard ainsi que mon co-directeur Monsieur Jean-Pierre Bonin pour leur compréhension, leur soutien et leur patience tout au long de ce processus d'apprentissage.

Je remercie également tous les clients et les gestionnaires de cas qui ont bien accepté de participer à cette étude, sans eux, ce projet de recherche n'aurait pas été possible. À mon équipe de travail et au département de psychiatrie de l'Hôpital général de Montréal, merci d'avoir cru à mon projet!

CHAPITRE 1

LA PROBLÉMATIQUE

Jusqu'à tout récemment, les soins infirmiers offerts aux personnes atteintes de maladie mentale étaient surtout dispensés dans les centres hospitaliers, soit aux unités psychiatriques ou aux cliniques externes. Aux cours des 20 dernières années, dans le cadre des réformes des services en santé mentale au Québec, la moitié des lits psychiatriques ont dû être fermés. Ces fermetures affectent tout particulièrement les 1 à 3% de la population qui présentent des troubles mentaux graves et persistants (Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec, 1999), une clientèle ciblée lors de ces réformes parce que grande utilisatrice des services intrahospitaliers. Le trouble mental grave et persistant conduit généralement à des incapacités fonctionnelles considérables, en raison de la présence d'un désordre psychiatrique caractérisé par un déficit du fonctionnement nuisant à la capacité d'autosoin, aux relations interpersonnelles, aux loisirs et au travail (Mueser, Bond et Drake, 2001). Dans la plupart des cas de troubles mentaux graves et persistants, on retrouve les diagnostics de schizophrénie ou de désordre bipolaire. Les personnes qui en sont affectées nécessitent un suivi à long terme ainsi que des services dans la communauté qui répondent à leurs besoins particuliers, sinon leur condition se détériore et elles doivent être continuellement réhospitalisées.

Afin d'offrir à ces personnes les soins requis dans la communauté, divers programmes de suivi ont été récemment implantés au Québec, notamment les programmes de suivi intensif en équipe dans la communauté. Ces programmes sont une adaptation du modèle américain, à l'origine le *Program of Assertive Community Treatment (PACT)*, ou alternativement nommé *Assertive Community Treatment (ACT)*, terme qui sera utilisé dans ce texte. Au Québec, on estime qu'entre environ 0,7 et 1,0 personne par 1 000 de la population générale aurait besoin d'un suivi intensif en équipe (CÉTSQ, 1999). Ce taux peut aller jusqu'à 2 ou peut-être même 3 pour

1 000 dans les milieux urbains défavorisés (Association des hôpitaux du Québec, 2000). Actuellement, 7 à 10% des personnes atteintes de troubles mentaux graves sont desservies par ce genre de programme.

Les objectifs du suivi intensif en équipe dans la communauté consistent à donner des services de traitement, de réadaptation et de soutien (AHQ, 2000), en vue de favoriser le maintien dans la communauté et la qualité de vie. La clientèle qui reçoit cette forme de suivi est prise en charge par une équipe interdisciplinaire qui donne directement les soins là où elle se trouve, c'est-à-dire dans son milieu de vie. Elle apporte une attention particulière à ses besoins complexes, procure un accompagnement et du soutien et cela, souvent pour une longue période de temps. Ce modèle de suivi diffère considérablement de la façon traditionnelle d'offrir les soins dans les cliniques externes ou dans les services ambulatoires, où le client doit se déplacer pour rencontrer les intervenants. De plus, à l'intérieur de ce contexte traditionnel, le degré d'intensité des interventions est beaucoup moindre et l'intervenant n'a pas toujours une connaissance juste et précise de l'environnement du client, ainsi que du mode de fonctionnement de ce dernier dans son environnement.

À l'origine, le PACT, conçu par Stein et Test (1980), était un programme qui devait assurer un suivi à long terme, voire même pour la vie entière, des personnes desservies par le programme. C'est en partie à cause du caractère chronique de la maladie, des déficits importants et des graves répercussions psychosociales qu'elle entraîne, que le programme avait été pensé ainsi. Selon cette conception, peu de clients se voyaient alors recevoir un congé et progresser vers une forme de suivi moins intensive. Par contre, plusieurs experts se questionnent sur la nécessité, pour tous les clients, de recevoir un service à vie; on s'interroge donc sur la durée nécessaire d'un suivi intensif. Ainsi, certains auteurs (McGrew et Bond, 1995; Salyers, Masterton, Fekete, Picone et Bond, 1998) s'entendent pour dire que, pour un nombre de clients, il

est envisageable de recevoir ce genre de service pour un temps limité. De plus, au plan financier, on peut se demander s'il est réaliste ou souhaitable d'assurer un suivi aussi intensif pour une vie entière. Aussi, aux États-Unis, avec les récentes tendances de gestion du *Medicaid*, il y a de plus en plus d'incitatifs pour réduire la durée de séjour dans les programmes ACT (Meisler, Santos, Rowland, Smith, Molloy et Tyson, 1997). Par conséquent, plusieurs de ces programmes donnent maintenant des congés aux clients stables afin de pouvoir offrir le service à de nouveaux clients (Dixon, 2000). Selon Allness et Knoedler (1998), l'une des trois conditions suivantes est nécessaire pour recevoir un congé du programme ACT: 1) le déménagement du client en dehors de la zone géographique rejoignable par le programme; 2) l'insistance du client à recevoir son congé malgré les efforts de l'équipe à développer un plan de traitement adéquat ou encore, 3) la démonstration par le client d'habiletés de fonctionnement autonome pour au moins deux ans. La présente recherche s'intéresse à ce dernier groupe de personnes, afin de mieux décrire ce qu'elles sont devenues suite à leur congé d'un programme de suivi intensif dans la communauté, lorsqu'elles sont transférées à un suivi aux cliniques externes psychiatriques ou au CLSC.

Un grand nombre d'écrits portent sur les types de clientèles desservies par les programmes ACT et sur l'évaluation des effets de ces programmes. Par contre, seules quelques études se sont penchées sur la question du transfert des clients qui sont passés d'un suivi intensif dans la communauté à un suivi traditionnel. À ce jour, la plupart des études qui se sont intéressées au transfert, ont conclu que le retrait ou la cessation d'un programme intensif de type ACT amène une augmentation des hospitalisations ainsi qu'une perte des gains acquis durant le programme intensif. Par contre, l'étude de Salyers et al. (1998) a révélé que, pour les clients démontrant un plus haut niveau de fonctionnement et nécessitant moins de services au cours du ACT, un transfert à un service de moindre intensité est possible. Idéalement, on souhaite que la transition vers des services réduits cause le moins d'effets négatifs possibles sur le fonctionnement du client

et sur son utilisation des services psychiatriques. Cependant on ignore encore toute la portée que signifie cette transition.

Lors de son suivi avec le ACT, on suppose que le client a acquis différents types d'habiletés l'amenant progressivement à un fonctionnement plus autonome et satisfaisant. En effet, au cours du ACT, le client a reçu de façon intensive, un soutien, de l'enseignement dans différentes sphères de sa vie et de l'aide diversifiée des différents intervenants, où la relation thérapeutique a pris toute son importance. Peut-on croire que ces habiletés acquises au cours du suivi intensif demeurent lorsque le ACT est retiré? Lorsque la personne est retournée à un suivi traditionnel, elle reçoit des services différents, de moindre intensité, qui se déroulent la plupart du temps à la clinique et non dans son propre milieu. De plus, la plupart des contacts se font avec un gestionnaire de cas unique ou un intervenant principal et non avec le soutien d'une équipe interdisciplinaire. Il y a lieu de s'interroger et de vérifier ce que sont devenus ces clients. Suite à la transition, le client reçoit moins de services et les soins sont davantage limités au soutien et à l'éducation alors qu'au suivi intensif, il s'agissait surtout de soins qui compensaient, partiellement ou totalement, à certains déficits du client. Considérant ces changements, on peut se demander si leur condition est demeurée stable suite au transfert, s'ils sont en mesure de répondre à leurs besoins et s'ils ont eu à utiliser plus de services psychiatriques, tels que des visites à la salle d'urgence et les hospitalisations et ce, comparativement à la période du suivi intensif.

Sachant que la population atteinte de troubles mentaux graves consomme environ 80% des jours d'hospitalisation psychiatrique (CÉTSQ, 1999), il est intéressant de constater que l'avantage le plus marqué des programmes ACT est la réduction des hospitalisations (Scott et Dixon, 1995; Mueser, Bond, Drake et Resnick, 1998; Mueser et al., 2001). Les autres effets principaux ressortant des recherches sont une meilleure stabilité du logement (Mueser et al.,

2001), une qualité de vie améliorée et une satisfaction générale face aux services (Scott et Dixon, 1995). Également, on reconnaît certains gains acquis lors du suivi intensif qui améliorent le sort des clients et qui leur permettent de vivre plus facilement dans la communauté, alors qu'auparavant ces personnes étaient hospitalisées à long terme. Cependant, il y a divergence d'opinions quant aux effets du programme sur le fonctionnement psychosocial et sur la capacité des clients à répondre à leurs besoins. Les effets de ces programmes sur le fonctionnement psychosocial et la capacité de répondre à leurs besoins semblent moins puissants. Il est donc d'autant plus important de se demander ce qu'il advient des clients lorsque le programme est retiré, au plan de l'utilisation des services, de leur capacité à satisfaire leurs besoins ou à recevoir de l'aide face à ceux-ci, ainsi qu'au plan de leur fonctionnement psychosocial. Lorsque le client est suivi de façon moins intensive, utilise-t-il davantage les services, peut-il répondre à ses besoins et comment fonctionne-t-il dans son milieu de vie?

L'auteure de la présente recherche, en tant qu'infirmière au sein d'une équipe interdisciplinaire de suivi intensif s'inspirant du modèle ACT, soit le Service de liaison communautaire (SLC), se questionne donc sur le profil des clients qui ont quitté le SLC, sur leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes et à répondre à leurs besoins. À leur départ du SCL, les clients qui ont reçu leur congé démontraient des habiletés de fonctionnement psychosocial indépendantes et la capacité de prendre en charge leurs besoins. À la suite de leur transfert, quel est leur niveau de fonctionnement? Dans le contexte québécois, le SLC est un service de suivi dans la communauté qui relève des cliniques externes ambulatoires du département de psychiatrie d'un hôpital général de la région de Montréal. Depuis le début de son existence en octobre 1995, le SLC a donné plusieurs congés et transféré ces clients à un suivi régulier ou traditionnel dans ses cliniques externes ou au CLSC du secteur. Ces clients sont maintenant suivis par des gestionnaires de cas et chacun d'eux assure le suivi d'une cinquantaine de clients.

La capacité du client à prendre soin de lui-même et à répondre à ses besoins se situe au cœur des préoccupations de la pratique infirmière et constitue le principal intérêt de la présente étude. Cette préoccupation rejoint le concept de l'autosoin d'Orem (1987, 2001). Selon cette auteure, l'autosoin est la production d'actions orientées vers soi ou son environnement, que les personnes accomplissent dans l'intérêt du maintien de leur vie, de leur santé, de leur développement personnel et de leur bien-être. Cette préoccupation rejoint également l'objectif ultime du suivi intensif en équipe qui est d'aider le client à atteindre un état de bien-être ainsi que définir et atteindre ses propres buts (AHQ, 2000). Les infirmières ont la compétence pour assister les clients à satisfaire les exigences de leurs besoins (Acton et Malathum, 2000). Au sein du SLC où se déroule l'étude, les soins infirmiers offerts aux clients sont complets, assidus, continus et individualisés, ce qui leur permet de retrouver leur autonomie, de mieux s'occuper de leur santé et ainsi de bénéficier d'une meilleure qualité de vie. Selon la conception des soins du modèle infirmier d'Orem, on peut penser que lors d'un suivi de forme intensive, les clients reçoivent, la plupart du temps, des soins partiellement ou totalement compensatoires, alors qu'au suivi traditionnel, ils recevront plutôt des soins de soutien et d'éducation. Aussi, il importe de décrire ce qu'il advient de la situation des clients qui reçoivent des services infirmiers différents en regard de la nature et de l'intensité des interventions infirmières.

BUTS DE L'ÉTUDE

Décrire le profil des clients qui ont été suivis au Service de liaison communautaire (SCL), au plan de la satisfaction de leurs besoins, de leur fonctionnement psychosocial et de leur utilisation des services hospitaliers psychiatriques. Comparer la perception des clients avec celle des gestionnaires de cas et comparer l'utilisation des services hospitaliers psychiatriques à différents moments du suivi du client.

QUESTIONS DE RECHERCHE

- 1a) Selon la perception du client, quels sont ses besoins, quelle aide reçoit-il par rapport à ses besoins et quelle est sa satisfaction relativement à l'aide reçue?
- 1b) Selon la perception du gestionnaire de cas responsable du client, quels sont les besoins de ce dernier et quelle aide reçoit-il par rapport à ses besoins?
- 2) Y a-t-il une différence entre la perception des clients et des gestionnaires de cas en regard des besoins?
- 3) Selon la perception du gestionnaire de cas responsable du client, quel est le niveau de fonctionnement psychosocial dans la communauté de ce dernier?
- 4) Y a-t-il une différence dans les taux d'utilisation des services hospitaliers psychiatriques par le client aux périodes du pré-suivi, durant le suivi et depuis le congé du SLC?

CHAPITRE II

LA RECENSION DES ÉCRITS

Ce deuxième chapitre présente tout d'abord le cadre conceptuel à la base de cette étude. Par la suite, suivra une revue des écrits en regard des thèmes suivants: en premier lieu, les modalités de suivi dans la communauté, soit la gestion de cas intensive et le suivi intensif dans la communauté seront décrites; en deuxième lieu, seront traités les écrits en regard des besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves, leur fonctionnement psychosocial et leur utilisation des services hospitaliers psychiatriques; et pour terminer, les études concernant les effets du transfert d'un suivi intensif à un suivi traditionnel seront présentées.

CADRE CONCEPTUEL

La présente étude s'intéresse à la capacité du client à prendre soin de lui, à répondre à ses besoins et à fonctionner dans son milieu, une fois qu'il a reçu un service intensif et sur mesure comme le Service de liaison communautaire (SLC). Cette recherche s'inspire donc d'un cadre conceptuel provenant de l'école des besoins, notamment celui de Dorothea E. Orem qui a développé la théorie du déficit de l'autosoin (*Self-Care Deficit Theory*). Selon cette perspective théorique, l'infirmière remplace la personne qui, pour un temps, ne peut accomplir elle-même certaines activités liées à sa santé; elle aide la personne à recouvrer le plus tôt possible son indépendance dans la satisfaction de ses besoins ou dans l'exercice de ses autosoins. C'est ce concept de l'autosoin, une traduction de l'expression «*self-care*» qui est au cœur du modèle conceptuel d'Orem et qui rejoint le phénomène à l'étude dans cette recherche.

Le terme autosoin signifie «faire pour soi ou par soi-même» et suppose une forme d'autogestion. Selon Orem (1987, 1995, 2001), exécuter l'autosoin c'est initier et accomplir de son propre chef, les activités reliées aux besoins personnels dans l'intérêt de sa vie, de son

processus fonctionnel et de son bien-être. À la base du modèle d'Orem, d'autres concepts sont reliés à celui de l'autosoin et présentés au tableau I.

Tableau I

Principaux concepts du modèle de l'autosoin (Orem, 1987, 1995, 2001)

Nécessités d'autosoin (*self-care requisites*):

- Buts que poursuivent ou devraient poursuivre les personnes en s'engageant dans l'autosoin. Il y a trois types de nécessités d'autosoin: universelles, développementales et reliées à un problème de santé.

Exigence d'autosoin thérapeutique (*therapeutic self-care demand*):

- Ensemble des mesures de soin nécessaires à un moment donné ou durant un certain temps pour satisfaire des nécessités d'autosoin.

Autosoin (*self-care*):

- Production d'actions délibérées, orientées vers soi ou son environnement, que les personnes initient et accomplissent dans l'intérêt du maintien de leur vie, de leur santé, de leur développement personnel et de leur bien-être.

Capacité d'autosoin (*self-care agency*):

- Capacité complexe et acquise d'agir qui s'exerce par l'exécution des actions et des opérations d'autosoin.

Déficit d'autosoin (*self-care deficit*):

- Relation entre la capacité d'autosoin et l'exigence d'autosoin thérapeutique, relation dans laquelle la capacité d'autosoin n'est pas adéquate pour satisfaire l'exigence d'autosoin thérapeutique identifiée.

Capacités des soins infirmiers (*nursing agency*):

- Capacité de déterminer les besoins d'assistance en soins infirmiers chez une personne, de concevoir et de dispenser les soins requis.

Systèmes de soins infirmiers (*nursing system*):

- Actions produites par les infirmières afin de satisfaire les exigences d'autosoin thérapeutiques d'une personne ou d'aider celle-ci à assurer la régulation de sa capacité d'autosoin. Les systèmes de soins infirmiers sont de trois types: entièrement compensatoire, partiellement compensatoire et de soutien / d'éducation. Les modes d'assistance utilisés par les infirmières sont: agir pour le client, guider, soutenir physiquement et psychologiquement, procurer un environnement qui favorise le développement et enseigner.

La théorie générale des soins infirmiers d'Orem présentée ici est constituée de trois théories interreliées entre elles: 1) la théorie du déficit d'autosoin, qui est au cœur de la théorie générale puisqu'elle justifie l'objet des soins infirmiers qui s'adressent aux individus présentant des limitations associées à leur état de santé, 2) la théorie de l'autosoin, qui définit les actions volontaires exécutées afin de satisfaire les besoins d'autosoin et 3) la théorie des systèmes des soins infirmiers, qui prend forme lorsque les infirmières utilisent leurs habiletés pour dispenser des soins infirmiers qui constituent un service d'aide, dans l'intérêt des clients (Orem; 1987, 1995, 2001).

Certains concepts de la théorie d'Orem se rapportent aux personnes qui ont besoin de soins infirmiers, soit les nécessités d'autosoin, l'exigence d'autosoin thérapeutique, la capacité de l'autosoin et le déficit d'autosoin. D'autres concepts se rapportent aux infirmières et aux actions qu'elles effectuent auprès des personnes qui reçoivent leurs soins, soit la capacité des soins infirmiers et le système de soins infirmiers

Orem (1987) a identifié trois types de nécessités d'autosoin: universelles, développementales et reliées à une déviation de la santé. C'est tout particulièrement ce dernier type de nécessités d'autosoin, en plus des nécessités universelles, qui constituent l'intérêt de cette étude. Les nécessités d'autosoin universelles des personnes atteintes d'une maladie mentale grave sont comparables à leurs besoins fondamentaux. De plus, la clientèle vit avec une maladie mentale chronique nécessitant un traitement et entraînant des limites et des incapacités dans plusieurs sphères de leur vie, conséquences qui réfèrent aux nécessités d'autosoin reliées à une déviation de la santé. Les nécessités d'autosoin sont en fait les buts que poursuivent les personnes en s'engageant dans l'autosoin. Gosselin et al. (1985), classifient le troisième type de nécessités d'autosoin en six catégories, soit: 1) rechercher une aide appropriée pour faire face à une situation pathologique, 2) s'occuper des effets d'une condition pathologique, 3) respecter et

exécuter le traitement médical prescrit, 4) prendre conscience et corriger les effets secondaires du traitement, 5) modifier l'image de soi en acceptant de vivre un état de santé particulier et avoir recours à des formes de soins spécifiques et 6) apprendre à vivre avec les effets de la maladie.

Selon Orem (1987, 1995, 2001), la capacité d'autosoin est l'aptitude du client d'agir et d'exécuter les actions. L'autosoin, qui est la production d'actions délibérées orientées vers soi et vers l'extérieur, est la réponse à ce qui est perçu comme l'exigence de s'occuper de soi. Il requiert à la fois l'apprentissage et l'application de connaissances, autant qu'une habileté et une motivation qui, parfois à cause de la symptomatologie, sont déficientes lorsqu'il y a présence d'un problème de santé mentale. Selon l'auteure du modèle, le déficit d'autosoin est la relation entre la capacité d'autosoin et l'exigence d'autosoin thérapeutique, où la capacité d'autosoin n'est pas adéquate pour satisfaire l'exigence d'autosoin thérapeutique identifiée. C'est lorsque qu'il y a relation déficitaire entre l'exigence d'autosoin et la capacité d'autosoin, que la capacité des soins infirmiers entre en jeu. L'infirmière doit ajuster le niveau de ses interventions en fonction de l'exigence d'autosoin thérapeutique et du déficit d'autosoin.

Les actes infirmiers sont décrits comme des types de systèmes de soins infirmiers, ceux-ci signifiant l'ensemble des interactions et des actions des infirmières. Les systèmes de soins infirmiers sont de trois types: entièrement compensatoire, partiellement compensatoire ou de soutien-éducation. Selon Orem, il y a cinq modes d'assistance qui sont présentés au tableau I.

Selon Orem (1995), l'environnement représente l'ensemble des facteurs externes qui influent sur la décision de la personne d'entreprendre des autosoins ou sur sa capacité à les exercer. L'environnement est également une partie intégrante de la personne. Dans la présente étude, les infirmières interviennent dans le milieu naturel du client et s'impliquent directement dans l'environnement de ce dernier. Lorsque le client est inscrit au SLC, on peut observer un écart important entre sa capacité d'autosoin et les exigences de soins thérapeutiques, comme par

exemple l'observance et la gestion des médicaments. Ainsi le rôle de l'infirmière ou du système de soins infirmiers au SLC, à l'aide de différentes interventions, vise à favoriser l'autonomie et la prise en charge par le client de sa médication. L'implication de l'infirmière se situe dans le système de soins infirmiers de type partiellement compensatoire et très fréquemment entièrement compensatoire. Lors du transfert à un service de moindre intensité, on peut alors se demander, quelle est la capacité d'autosoin du client qui reçoit maintenant des services de soins infirmiers de type soutien et éducation.

LES MODALITÉS DE SUIVI DANS LA COMMUNAUTÉ

Le mouvement de désinstitutionnalisation a débuté dans les années cinquante et s'est accentué dans les deux décennies qui ont suivi (Gagné et Dorvil, 1988). Au Québec, en 1965, on comptait 20 700 lits dans les hôpitaux psychiatriques, alors qu'aujourd'hui on en compte moins de 4 000 (Lecomte, 1997). Le transfert de cette clientèle aux prises avec des troubles mentaux graves et persistants vers la communauté nécessitait alors le développement de services dans la communauté, ce qui dans bien des endroits ne s'est pas concrétisé tel qu'espéré. Aussi, il est bien connu que la désinstitutionnalisation a mené vers une fragmentation des soins pour les clients souffrant de maladie mentale chronique (Borland, McRay et Lycan, 1989). Afin de pouvoir rejoindre cette clientèle là où elle se trouvait et lui offrir un suivi correspondant à ses besoins, de nouvelles pratiques devenaient essentielles. Alors, pour pallier cette fragmentation, des modèles de suivi dans la communauté se sont développés.

Tout au long du processus de la désinstitutionnalisation, différentes modalités de soins psychiatriques ont été mises en place, basées sur une approche de gestion de cas (*case management*). Ces modalités sont présentées au tableau II.

Tableau II
Modalités de suivi dans la communauté (Mueser et al., 1998)

Caractéristiques du programme	Gestion de cas/ courtier	Gestion clinique de cas	Forces	Réadaptation	Suivi intensif dans la communauté	Gestion intensive de cas
Ratio personnel-client	1:50(?)	1:30+	1:20-30	1:20-30	1:10	1:10
«Outreach» aux clients	Faible	Faible	Modéré	Modéré	Élevé	Élevé
Partage des nombres de cas	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
Couverture de 24 heures	Non	Non	Non	Non	Souvent	Souvent
Avis du client	Non	Faible	Élevé	Élevé	Faible	Faible
Habilités d'entraînement	Non	Faible	Modéré	Élevé	Modéré(?)	Modéré(?)
Fréquence des contacts	Faible	Modéré	Modéré	Modéré	Élevé	Élevé
Lieu des contacts	Clinique	Clinique	Communauté	Clinique/ communauté	Communauté	Communauté
Intégration du traitement	Faible	Modéré	Faible(?)	Faible(?)	Élevé	Élevé(?)
Prestation de services directs	Faible	Modéré	Modéré	Modéré	Élevé	Élevé
Population cible	MMG	MMG	MMG	MMG	MMG/grands utilisateurs de service	MMG/grands utilisateurs de service

Note: (?) = incertain; MMG = maladie mentale grave. Traduction libre.

Le rôle initial du gestionnaire de cas était de référer, de coordonner et d'amener les clients à intégrer les divers services en place afin de répondre le mieux possible à leurs besoins (Mueser et al., 1998). Le modèle initial de gestion était celui de courtier de services (*broker*). Sans directement offrir lui-même les services, l'unique gestionnaire de cas est responsable de la coordination des soins du client et s'assure que le système répond aux besoins de ce dernier (Rubin, 1992). À partir du modèle initial de gestion de cas, d'autres formes de soins se sont développées. La gestion clinique de cas (*Clinical Case Management*) a été développée en réaction au fait que le gestionnaire de cas doit souvent agir comme clinicien et offrir lui-même les services (Kanter, 1989). D'autres modèles orientés vers les désirs et les buts personnels des clients, plutôt que ceux du système de santé, sont venus s'ajouter, soit le modèle centré sur les forces du client (*Personal Strengths Model*) et le modèle de la réadaptation (*Rehabilitation Model*). Deux autres modèles, caractérisés par une plus grande intensité de service et offerts habituellement dans le milieu du client se distinguent; ce sont les modèles de gestion intensive de cas (*Intensive Case Management*) et de suivi intensif dans la communauté (*Assertive Community Treatment*). Ils seront revus en détails plus loin, puisque les clients auxquels nous nous

intéressons ont reçu des services qui s'inspirent de ces modèles. Bien que tous ces modèles diffèrent dans leur conceptualisation ainsi que dans les dimensions de leur programme, dans la pratique quotidienne, leurs différences ne semblent pas aussi claires (Sands et Cnaan, 1994). Dans les écrits sur la gestion de cas, les informations pouvant documenter les interventions spécifiques associées à chacun des modèles manquent fréquemment. À l'exception du modèle de courtier de services, tous les modèles impliquent la provision directe des services par le gestionnaire de cas. En somme, le but commun de ces modèles vise à aider les clients à survivre et optimiser leur adaptation dans la communauté (Mueser et al., 1998).

La présente étude s'intéresse plus particulièrement au modèle de gestion intensive de cas et au modèle ACT. Dans l'approche de gestion intensive de cas, la responsabilité de la prise en charge des personnes suivies est assurée de façon individuelle par un gestionnaire de cas unique alors que dans le ACT, cette responsabilité est collective et assurée par une équipe interdisciplinaire. La gestion intensive de cas est souvent considérée comme étant équivalente au ACT, la seule distinction étant le partage du nombre de cas (*caseload*) à l'intérieur des équipes de suivi (Tibbo, Chue et Wright, 1999). Ces modèles possèdent plusieurs similarités puisqu'ils offrent tous deux un service intensif et sont souvent confondus dans les écrits. Selon Ryan, Sherman et Bogart (1997), il en est de même pour le terme intensif qui est souvent basé sur le nombre de cas et ne tient pas compte du volume de services rendus. Le nombre de cas est certainement un élément important dans la détermination de l'intensité, puisqu'il est impossible pour un gestionnaire de cas d'offrir un service intensif si sa charge de travail est supérieure à un ratio de 1:20 clients (Sherman et Ryan, 1998). Aux cliniques externes psychiatriques de type traditionnel, où la gestion clinique de cas est pratiquée, le ratio pour chaque intervenant se situe en moyenne autour de 50 clients, alors qu'avec le modèle ACT, le ratio est de 1:10.

Sherman et Ryan (1998) ont conçu une l'échelle d'acuité de Denver (*Denver Acuity Scale*) qui détermine la fréquence des contacts nécessaires en lien avec les besoins du client. Selon cette échelle, pour qualifier une gestion intensive de cas, un client doit nécessiter 8 contacts directs ou plus par mois, d'une durée moyenne de 50 minutes. Au Québec, dans les programmes du modèle ACT, le suivi intensif en équipe est défini comme un besoin de suivi de deux heures par semaine ou plus (CÉTSQ, 1999) ou plus de huit heures de service par mois. Selon Allness et Knoedler (1998), il est recommandé pour toute équipe ACT: 1) d'assumer la responsabilité de prodiguer directement les traitements nécessaires, la réadaptation et les services de soutien aux clients présentant une maladie mentale grave et persistante; 2) de référer rarement les clients à des services de l'extérieur; 3) d'offrir des services à long terme avec une continuité des intervenants; 4) de prodiguer les services à l'extérieur des bureaux ou de la clinique, dans une proportion de 75% et plus et 5) de mettre l'accent sur l'«*outreach*», sur la relation thérapeutique et d'individualiser les services. Ces mêmes auteurs définissent les critères d'admission au ACT. Tout d'abord, un diagnostic de maladie mentale grave et persistante qui compromet le fonctionnement du client dans la communauté doit avoir été posé. De plus, d'autres critères doivent être considérés, indiquant un besoin élevé de service, ce sont: 1) une grande utilisation des services hospitaliers (salle d'urgence et/ou hospitalisation); 2) l'hospitalisation à long terme alors que le congé serait possible si des services intensifs étaient disponibles dans la communauté; 3) la présence de symptômes psychiatriques difficilement traitables; 4) une incapacité à répondre aux besoins de base; 5) la présence additionnelle d'un diagnostic d'abus de substances; 6) un risque élevé de problèmes judiciaires et 7) une incapacité d'utiliser les services traditionnels.

Les bénéfices associés au ACT contribuent à améliorer le sort des clients en leur permettant de vivre d'une façon plus satisfaisante dans la communauté, alors qu'auparavant ils

étaient hospitalisés à long terme. Cependant, on souligne que les effets positifs tendent à s'accroître lorsque le programme est plus fidèle à l'ensemble des caractéristiques du modèle original ACT (McGrew, Bond, Dietzen et Salyer, 1994; CÉTSQ, 1999). Ceci est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit d'une clientèle qui présente un double diagnostic, c'est-à-dire une maladie mentale grave combinée à un problème d'abus de substances (McHugo, Drake, Teague et Xie, 1999), ce qui est le cas pour près de 40 à 50% de la clientèle ACT.

En somme, il existe diverses modalités de suivi pour la clientèle atteinte de troubles mentaux graves. Le SLC rejoint une modalité jumelant la gestion intensive de cas et le suivi intensif dans la communauté et offre une plus grande intensité de service en comparaison avec un suivi traditionnel de gestion de cas, ce qui répond aux besoins d'un certain nombre de clients.

LES BESOINS DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX GRAVES

La présente section traitera du concept des besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Dans le domaine des soins infirmiers, les modèles conceptuels de l'école des besoins, dont les principales théoriciennes sont Virginia Henderson, Dorothea Orem et Faye Abdellah, ont été influencés par la théorie de Maslow (1954, 1970) ainsi que par les stades de développement d'Erikson (1963). Le psychologue Abraham Maslow proposa une théorie de motivation de déficience et de motivation de croissance, qui postule que les personnes ont des besoins selon une structure hiérarchique. Selon cet auteur, la personne est d'abord motivée à satisfaire ses besoins physiologiques, puis ensuite de sécurité, jusqu'aux besoins plus complexes tels que l'appartenance et l'amour, ensuite l'estime de soi et finalement, l'actualisation de soi. Par ailleurs, un besoin défini comme nécessité ou exigence, ne doit pas être confondu avec la notion d'envie ou d'habitude (Adam, 1986) et doit être distingué des expressions de vœux, souhait ou désir.

Selon le modèle conceptuel d'Orem (2001), les infirmières reconnaissent les besoins des individus qui doivent être comblés. Les infirmières ont la capacité d'aider les clients dans la hiérarchie de leurs besoins, en partant des besoins de base jusqu'à l'actualisation de soi, ce qui vraisemblablement augmentera la capacité des clients à adopter des comportements d'autosoin qui seront favorables à la promotion de leur santé (Acton et Malathum, 2000).

Selon McHale et McHale (1978), les valeurs personnelles, culturelles et sociétales ont une influence substantielle sur ce qui est défini comme étant un besoin ainsi que sur les mécanismes appropriés pour leur satisfaction. Ces auteurs suggèrent également que les besoins individuels varient particulièrement en relation avec le cycle de vie, ce qui rejoint la notion des nécessités développementales du modèle d'Orem, lesquelles se distinguent selon les conditions et les événements se produisant au cours des différentes étapes du cycle de la vie. Par ailleurs, Marx (1964) a été parmi les premiers théoriciens modernes à faire le lien entre les besoins humains et les forces sociales et politiques. Il proposa que la société idéale soit celle qui reconnaisse les besoins des personnes et puisse les satisfaire. Un besoin est une exigence née de la nature ou de la vie sociale.

La plupart des clients atteints d'une maladie mentale grave nécessiteront des contacts avec les services psychiatriques à long terme et présentent un ensemble complexe de besoins d'ordre clinique et social (Phelan, Slade, Thornicroft, Dunn, Holloway et al., 1995) qui dépassent la seule perspective médicale (Thornicroft, Johnson, Leese et Slade, 2000). Selon Phelan et al. (1995), l'évaluation des besoins devrait faire partie intégrante de la pratique clinique et celle-ci devrait être réalisée par les clients et les intervenants. Les besoins sont habituellement évalués par les professionnels au niveau individuel, au niveau de la population et en regard des services. Particulièrement en santé mentale, les besoins sont souvent décrits comme étant l'écart entre le besoin de services des clients et de la population et les services actuellement offerts (Johnson,

Thornicroft, Phelan et Slade, 1996). L'évaluation des besoins ne peut être une activité objective, mais doit plutôt provenir d'une négociation entre l'intervenant et le client, tout en tenant compte du bagage culturel de ce dernier (Slade, 1994 a). Cette évaluation est habituellement en relation directe avec le diagnostic, mais une attention particulière doit également être apportée à la diminution du fonctionnement et aux traitements qui tentent de restaurer celui-ci (Regier, Narrow, Rupp, Rae et Kaelber, 2000).

The National Health Service and Community Care Act (1991), définit les besoins comme étant les exigences de l'individu qui lui permettent d'atteindre, de maintenir ou de retrouver un niveau acceptable d'autonomie sociale ou de qualité de vie. Cette définition du besoin est donc reliée à l'amélioration de la santé et du fonctionnement social (Thornicroft et al., 2000). Selon ces auteurs, deux types de besoins peuvent être présents: les besoins comblés ou satisfaits qui sont en fait les difficultés qui se sont améliorées avec l'aide reçue, alors que les besoins non comblés sont les problèmes qui demeurent lorsque la personne a reçu ou non de l'aide. Selon Stevens et Gabbay (1991), le besoin, la demande et la prestation de services sont reliés; le besoin étant ce dont l'individu peut bénéficier, la demande ce qu'il souhaite recevoir et la prestation constitue le service ou l'intervention qui est offert.

Si le concept de besoin est défini comme une exigence, pour d'autres auteurs, (Brewing, Wing, Mange, Brugha et MacCarthy, 1987), les besoins sont la résultante de l'évaluation des problèmes et des interventions. Donc, selon ces auteurs, seuls les problèmes pour lesquels une intervention peut avoir un potentiel bénéfique sont retenus comme étant des besoins. Aussi, un besoin émerge lorsque le fonctionnement du client se retrouve au-dessous du niveau minimal requis et lorsqu'une intervention potentiellement efficace peut être réalisée pour remédier au problème. Phelan et al. (1995), ont simplifié cette définition du besoin potentiel et réfèrent à la

présence d'un problème. Selon eux, un besoin non comblé équivaut à la présence d'un problème grave et dans le cas contraire, si le besoin est comblé, il y a absence de problème.

Au plan empirique, la recension des écrits permet de constater qu'il semble y avoir peu d'études qui portent explicitement sur l'évaluation des besoins des personnes atteintes de troubles graves et persistants. Parmi ces rares études, mentionnons l'étude de Bonsack et Lesage (1998), réalisée auprès de 32 clients souffrant de troubles mentaux graves, longuement hospitalisés en institution psychiatrique. Les besoins de ces derniers ont été identifiés à l'aide de l'instrument de l'Évaluation des besoins Camberwell (CAN). Parmi les 22 domaines cliniques et psychosociaux, le logement, l'alimentation, les aspects financiers, l'entretien du ménage et l'hygiène personnelle sont les besoins potentiels ou problèmes modérés les plus fréquemment identifiés. Ceux-ci sont habituellement comblés par des interventions offertes dans le milieu hospitalier ou par des intervenants dans le milieu. Certains besoins concernant les relations sociales, les transports, les symptômes psychotiques, les activités quotidiennes et la santé physique, malgré l'aide reçue, demeurent parfois des besoins non comblés, c'est-à-dire que l'aide reçue est inférieure à l'aide nécessaire.

En 2000, une autre étude (Poirier, Bonin, Lesage et Reinharz) a été réalisée à l'aide du même instrument de mesure, mais dans un milieu différent, soit auprès d'une clientèle de 52 personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. Des problèmes sérieux ont été identifiés par les intervenants seulement et ceux les plus fréquemment rapportés sont les relations sentimentales, les relations sociales, les aspects financiers, l'alimentation, les activités quotidiennes et les symptômes psychotiques. Ces personnes reçoivent l'aide adéquate pour ce qui est de l'alimentation et les finances, cependant, elles reçoivent peu d'aide pour leurs activités quotidiennes ainsi que pour leurs problèmes de relations sentimentales et sociales. On constate certaines similitudes dans l'identification des problèmes de clientèles atteintes de troubles

mentaux graves et provenant de différents milieux. Il semble donc que la clientèle itinérante reçoit une aide qui ne comble pas tous ces nombreux problèmes.

Les clients atteints d'une maladie mentale grave vivant dans la communauté ont un éventail de besoins qui dépasse le niveau de besoins habituellement identifié dans le milieu hospitalier. Or, le transfert des soins de l'institution à la communauté permet à l'individu une plus grande autonomie pour demander de l'aide (Slade, 1994 b) et la planification des services offerts dans la communauté doit être taillée sur mesure pour répondre aux besoins de chaque individu (Lamb & Bachrach, 2001). La satisfaction des besoins de base de la clientèle est le but premier des programmes de type ACT. Les besoins de base doivent d'abord être comblés, ensuite les besoins d'appartenance, d'estime de soi et d'actualisation. Lorsque ces niveaux plus élevés sont atteints, la personne devrait être en mesure de fonctionner de façon plus autonome. Lors d'un programme de suivi intensif, plusieurs des besoins des clients sont comblés par les intervenants, et parfois, malgré l'aide reçue, certains besoins demeurent non comblés. Les besoins non comblés des personnes atteintes de maladies mentales graves sont associés à leur qualité de vie. Celle-ci diminue lorsque les besoins augmentent (Wiersma et van Busschbach, 2001). Selon Dixon (2000), depuis les 25 dernières années, le ACT a amélioré la vie de bien des personnes avec une maladie mentale grave. La clientèle elle-même rapporte une meilleure qualité de vie grâce à ce programme (McGrew & all., 1995; Lafave, de Souza et Gerber, 1996; CÉTSQ, 1999), et est généralement satisfaite des services (Test, 1998; Gerber et Prince, 1999; Mueser et al., 2001). Toutefois, malgré les nombreuses évaluations des programmes ACT en regard de la qualité de vie, dans l'ensemble des études répertoriées, il n'a pas été possible d'identifier de recherches qui se sont intéressées à l'évaluation des besoins des personnes suivies dans des programmes ACT ou de gestion intensive de cas.

Dans la présente étude, même si le programme du SLC n'a pas procédé à une évaluation de la satisfaction des besoins des clients à leur congé du suivi par le SLC, nous postulons que la majorité de leurs besoins étaient satisfaits lorsqu'ils ont quitté le programme. Il demeure cependant pertinent de vérifier quels sont les besoins des clients une fois qu'ils sont transférés à un suivi moins intensif et s'ils sont en mesure de satisfaire leurs besoins. Il serait également intéressant de connaître quelle aide reçoivent-ils par rapport à leurs besoins et quels sont les besoins qui ne sont pas comblés.

LE FONCTIONNEMENT PSYCHOSOCIAL DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX GRAVES

Les besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves sont en lien avec leur fonctionnement psychosocial. En effet, lorsque les besoins humains ne sont pas comblés, le fonctionnement de l'individu en est altéré et celui-ci est limité dans la progression vers un niveau plus élevé soit l'actualisation de soi. De façon générale, l'expression «fonctionnement psychosocial» fait référence à la fois à la capacité de répondre aux exigences de la vie quotidienne, aux relations sociales qui comprennent l'ensemble des rapports avec autrui, la famille, les amis et la communauté, ainsi qu'au niveau occupationnel qui inclut l'emploi du temps, les études, le travail, etc.

Selon Richmond, McCorkle, Tulman et Fawcett (1997), le concept de fonctionnement a été défini par la discipline infirmière ainsi que par d'autres disciplines de différentes façons. Les termes de fonctionnement, d'habiletés fonctionnelles et d'état fonctionnel sont utilisés de façon interchangeable et généralement réfèrent à la manière dont les individus réalisent les activités pertinentes à leurs attentes personnelles et aux normes sociales (Granger, 1984). La capacité de

fonctionnement psychosocial de la personne permet l'autonomie et comme le soutien Orem (1987), la santé c'est l'autonomie de la personne face à ses activités d'autosoin.

Pendant longtemps, la recherche sur les maladies mentales, tout particulièrement sur la schizophrénie, a surtout mis l'accent sur l'évaluation des symptômes psychotiques. Toutefois, il est largement reconnu que cette maladie conduit à de graves limitations au plan psychosocial (Engelhardt et Rosen, 1976; Liberman, DeRisi & Mueser, 1989) et c'est pourquoi, il est devenu important de mesurer les conséquences de la maladie sur le fonctionnement psychosocial. Ainsi, selon le DSM-IV (1994), l'évaluation psychiatrique est multiaxiale et comporte cinq axes référant à un domaine distinct d'information. Le cinquième axe permet au clinicien de poser un jugement sur le niveau d'adaptation et de fonctionnement du client. L'échelle utilisée est l'Évaluation globale du fonctionnement (EGF), et mesure sur un continuum le fonctionnement psychologique, social et occupationnel du client. Lorsque l'on réfère à l'EGF pour définir l'incapacité de la personne au niveau de son fonctionnement, un résultat en dessous de 70 démontre des difficultés modérées à graves, et si ce résultat se situe en dessous de 50, les difficultés au niveau du fonctionnement sont considérées graves (American Psychiatric Association, 1994).

L'EGF a été utilisée pour évaluer les effets d'un programme ACT sur le fonctionnement psychosocial, lors d'une étude canadienne réalisée en Alberta (Tibbo, Joffe, Chue, Metelitsa et Wright, 2001). Les résultats ont démontré que le niveau de fonctionnement mesuré à l'aide de cette échelle, tous diagnostics confondus, s'est amélioré entre le début du traitement et lors de la mesure de 18 mois et de 36 mois. Bien qu'il y ait des différences dans le degré d'amélioration selon le diagnostic du client et son niveau de fonctionnement initial, les clients atteints d'un trouble mental grave et ayant un score de base de 40 selon l'EGF lors de leur inscription au programme ACT, ont démontré une amélioration significative dans leur fonctionnement.

Précédemment, lors d'une autre étude, le niveau de fonctionnement de 72 clients a été mesuré à l'aide du *Global Assessment Scale (GAS)*, un instrument à l'origine de l'EGF. Cette étude de Borland et al. (1989), a rapporté que le niveau de fonctionnement des clients était essentiellement demeuré le même au cours des cinq années de gestion intensive de cas. Par contre, en utilisant d'autres variables pour mesurer le fonctionnement tels que le nombre de crises, les tentatives de suicide, l'abus de substance et à l'assiduité aux médicaments, on note une nette amélioration du fonctionnement des clients dans la vie de tous les jours. On constate donc, que pour mesurer les effets d'un programme sur le fonctionnement psychosocial et en rejoindre les différentes dimensions, des outils spécifiques et détaillés sont nécessaires.

La revue de 75 études basées sur le modèle de gestion intensive de cas et le modèle ACT réalisée par Mueser et al. (1998), a conclu que les effets de ces deux approches sur le fonctionnement psychosocial sont presque inexistantes. Selon ces auteurs, le manque d'effets apparents sur le fonctionnement pourrait être attribué à l'importance que le programme accorde à l'assistance directe des clients pour satisfaire leurs besoins en négligeant parfois les méthodes plus efficaces de réadaptation. Ces auteurs notent que l'emploi du temps, les études et le travail qui font partie de la dimension occupationnelle du fonctionnement psychosocial, sont peu touchés par les programmes ACT. C'est pourquoi, Bond (1992) croit que, pour que les programmes ACT aient un impact significatif au niveau de l'emploi, ceux-ci doivent accorder une importance substantielle au volet de l'emploi. Test (1998) confirme également que l'impact du ACT demeure modeste dans les sphères du fonctionnement social et du travail. Marshall et Lockwood (2001), lors de leur méta-analyse d'études randomisées, concluent également qu'il n'y a pas de différence entre le ACT et les services traditionnels dans la communauté sur le fonctionnement psychosocial.

Ainsi donc, malgré qu'un des buts visés par les programmes ACT soit d'améliorer le fonctionnement des clients, dans les écrits, on rapporte que ces programmes ont des effets moins puissants sur cette dimension. La première étude à examiner la relation entre l'intensité du service et le fonctionnement psychosocial est celle de Brekke, Ansel, Long, Slade et Weinstein (1999). Cette étude longitudinale d'une période de 12 mois dans le contexte d'un programme de réadaptation dans la communauté, a mesuré le fonctionnement psychosocial à l'aide de trois instruments, incluant le GAS. Les 41 clients ayant un diagnostic de schizophrénie, ont vu leur fonctionnement s'améliorer lorsqu'ils recevaient un service intensif, soit en moyenne 4 contacts d'une durée de 30 minutes chacun (2 heures par semaine) avec les intervenants lors des premiers 6 mois, et de 1 à 2 contacts (environ 45 minutes au total par semaine) pour les autres 6 mois. Il a été conclu qu'une plus grande intensité de contact et une continuité des services facilitent l'amélioration du fonctionnement psychosocial chez les clients atteints d'une maladie mentale grave, dans le contexte d'une réadaptation basée dans la communauté.

De nouveaux médicaments anti-psychotiques atypiques ainsi que de nouvelles pratiques comme les programmes ACT permettent de croire qu'il peut être possible pour les personnes atteintes d'une condition psychiatrique grave, d'augmenter leur capacité de fonctionnement (O'Malia, McFarland, Barker et Baron, 2002). Afin d'offrir les services nécessaires pour répondre aux besoins d'une clientèle vivant dans la communauté, il est indispensable de connaître le niveau de fonctionnement de celle-ci, les deux concepts, besoins et fonctionnement étant liés. Selon Barker, Barron, McFarland et Bigelow (1994), il est important de mesurer le niveau de fonctionnement du client dans son milieu de vie, non seulement relativement à ses difficultés (faiblesses), mais également en regard de ses habiletés (forces). Un des buts majeurs des soins de santé est d'assister les individus à maintenir ou retrouver leur niveau de fonctionnement d'avant

la maladie ou d'atteindre le meilleur niveau possible de fonctionnement étant donné leur condition de santé (Richmond et al., 1997).

Malgré que la plupart des écrits rapportent que les programmes de type ACT ont peu d'effets sur le fonctionnement psychosocial, l'intérêt de mesurer le niveau de fonctionnement des clients a grandement augmenté au cours des dernières années (Williams, 2000). C'est pourquoi il est pertinent d'obtenir de l'information sur le niveau de fonctionnement du client qui a reçu son congé d'un suivi intensif et qui reçoit maintenant un suivi d'un service traditionnel de gestion de cas.

UTILISATION DES SERVICES HOSPITALIERS PSYCHIATRIQUES

Comme il a déjà été mentionné, l'avantage le plus marqué qui ressort des études sur les effets du ACT, est la réduction significative des hospitalisations. Ainsi, on note une réduction de la durée de séjour à l'hôpital (Dincin, Wasmer, Witheridge, Sobeck, Cook et Razzano, 1993; Scott & Dixon, 1995; Test, 1998; Marshall & Lockwood, 2001), ainsi qu'une réduction du nombre d'hospitalisations (McGrew, Bond, Dietzen, McKasson et Miller, 1995; Mueser et al., 2001). La plupart des études sont américaines, mais des chercheurs canadiens, (Tibbo et al., 1999) ont également rapporté une diminution de la durée de séjour de 56% chez les clients, suite à une année de traitement par le ACT, en plus d'une réduction de 32% du nombre de visites à la salle d'urgence pour des soins psychiatriques. Associée à la réduction des hospitalisations, on constate une diminution des coûts pour le système de santé, et ce de façon marquante surtout lorsque la clientèle est une grande utilisatrice des lits psychiatriques. Selon Latimer (1999), au Québec, les programmes ACT seraient rentables financièrement auprès de la clientèle qui serait hospitalisée environ 50 jours par année. Selon cet auteur, lorsque bien implanté dans un territoire où le bassin de population est suffisant, le suivi intensif en équipe réduit les coûts pour le système

de santé et de services sociaux (CÉTSQ, 1999). En comparaison avec les services traditionnels, le ACT présente des avantages importants. On rapporte qu'avec le ACT, la clientèle demeure plus facilement en contact avec les services psychiatriques (Marshall et Lockwood, 2001) et il en découle une meilleure continuité des soins (Dincin et al., 1993).

Dans les écrits, lorsque l'on réfère au suivi intensif, il est parfois difficile de distinguer s'il s'agit de programme ACT ou de gestion intensive de cas. Toutefois, certaines études sont plus spécifiques par rapport à la deuxième modalité de suivi. L'étude longitudinale de Borland et al. (1989) réalisée auprès de 72 clients recevant de façon continue une gestion intensive de cas pour une période de 5 ans, a démontré, entre autres, qu'au cours de cette période, le nombre de réadmissions avait diminué de 74% et la durée de celles-ci de 75%. La revue de plusieurs programmes de gestion de cas (Scott et Dixon, 1995) suggère que seulement le type de gestion intensive de cas a un impact en réduisant l'utilisation des lits à l'interne et augmente clairement l'utilisation des autres services psychiatriques. Il est difficile de tirer des conclusions claires quant à l'impact de la gestion intensive de cas sur les coûts des soins de santé. Ces auteurs affirment que l'impact de la gestion intensive de cas est moins puissant comparativement au ACT. Dans certaines études (Solomon, 1992; Dickstein, Haning et Grosskopf, 1998), il ressort que la gestion de cas, même de type traditionnel, réduit le taux d'hospitalisation. Par contre, la méta-analyse de Marshall, Gray, Lockwood et Green (2001) rapporte des conclusions différentes et suggère que la gestion de cas augmente le coût des soins de santé en haussant le taux des hospitalisations et possiblement la durée de celles-ci.

LES EFFETS DU TRANSFERT D'UN SUIVI INTENSIF À UN SUIVI TRADITIONNEL

Qu'il s'agisse de gestion intensive de cas ou de programme ACT, la notion de transfert dont il est question dans cette étude, rejoint l'idée générale d'un passage d'un service intensif à un service régulier ou traditionnel, où le client doit se déplacer pour rencontrer les différents intervenants et ne reçoit plus les services dans son milieu de vie. C'est le profil de ce client, suite à son congé d'un programme de suivi intensif dans la communauté, qui est l'objet de la présente étude. Ryan et al. (1997) ont relevé qu'il y avait peu de publications sur les effets de la réduction de services auprès de la clientèle. Toutefois, Sherman et Ryan (1998), soulignent que la plupart des clients ne nécessiteront pas un suivi intensif à perpétuité et le fait de continuer d'offrir ce service plus longtemps que nécessaire pourrait même entraver leur rétablissement.

Dès ses débuts, lors de l'évaluation du ACT original de Stein et Test (1980), plusieurs clients ont connu une rechute ou une perte des bénéfices, lorsque qu'après 14 mois le service intensif a été retiré. Le changement le plus saisissant fût l'augmentation du temps d'hospitalisation. De plus, une augmentation de la symptomatologie, une baisse d'assiduité aux médicaments et une diminution de la satisfaction de la vie ont été observées. En fait, les gains qui avaient été acquis lors du suivi intensif sont disparus avec le retrait de celui-ci.

McRae, Higgins, Lycan et Sherman (1990) ont examiné 72 clients ayant reçu un suivi intensif de type gestion intensive de cas pour une période de 5 ans. Durant les 2 années après la cessation du programme intensif, 91% des clients sont demeurés impliqués en recevant une forme de traitement psychiatrique. Durant cette même période, le nombre des admissions ainsi que les jours d'hospitalisation ont augmenté, mais de façon non significative. Cinquante deux pour cent des clients sont demeurés stables durant la durée de l'étude et n'ont pas nécessité d'hospitalisation. Le niveau de fonctionnement de ces clients n'a pas été mesuré de façon objective, mais les gestionnaires de cas ont rapporté que celui-ci n'avait pas changé de façon

significative durant les deux ans, suite au congé du programme de gestion intensive de cas de cinq ans. L'analyse des données démographiques a identifié que le fait d'être plus âgé, de démontrer un niveau de fonctionnement plus élevé et de demeurer en résidence caractérisent les clients qui n'ont pas été hospitalisés durant le total des sept années, incluant les cinq ans de gestion intensive de cas et les deux années de l'étude. Les facteurs favorisant la stabilité de l'état clinique des clients suite à une gestion intensive de cas sont entre autres: 1) que cette dernière soit pour une durée considérable de cinq ans, 2) que des efforts soient déployés pour retenir les clients dans leur traitement et finalement, 3) que la transition vers un service de moindre intensité puisse se faire idéalement en conservant le même gestionnaire de cas pour au moins plusieurs mois. Selon les auteurs de cette étude, il semble que plusieurs clients souffrant d'une maladie mentale chronique deviennent mature et se stabilisent avec le temps lorsqu'ils sont impliqués dans le traitement. C'est pourquoi, l'engagement à retenir les clients dans leur traitement devient essentiel afin de maintenir les acquis des programmes de suivi intensif (McRae et al., 1990).

Au cours d'une autre étude (Audini, Marks, Laurence, Connolly et Watts, 1994), réalisée en 2 phases, suite à un suivi intensif dans la communauté d'une durée de 20 mois, la moitié des clients de l'étude ont continué à recevoir le même type de suivi alors que les autres ont bénéficié d'un suivi standard de gestion de cas. Durant la deuxième phase de l'étude (30 à 45 mois), les 2 groupes ont démontré des résultats semblables, soit une augmentation significative du nombre des admissions à l'interne et de la durée celles-ci, ainsi qu'une perte des gains quant au fonctionnement psychosocial, en comparaison avec la première phase de l'étude. La différence majeure rapportée entre les deux groupes était une plus grande satisfaction des clients et leurs proches par rapport au suivi de type intensif, pouvant être relié à une meilleure continuité des soins et une appréciation des visites à domicile.

Ryan et Sherman (1998), ont réalisé une étude auprès de 112 clients, à la suite d'un programme de gestion intensive de cas incorporant des composantes du ACT. Après environ 15 mois de suivi intensif, ces clients avaient tout d'abord atteint un niveau de fonctionnement reflétant une stabilité des 6 derniers mois, selon l'échelle d'acuité de *Denver* déterminant le niveau d'intensité de service requis selon la condition du client. Un grand nombre d'entre eux (78 %) ont conservé le niveau de fonctionnement qui leur avaient permis d'obtenir leur congé, tandis que les autres ont connu une détérioration. Par contre, parmi ces derniers, seulement 4% des clients ont dû retourner au programme intensif. Donc, d'une certaine façon, les clients de cette étude ayant quitté le suivi intensif, avaient été ciblé de par leur meilleur fonctionnement, ce qui diffère des autres études mentionnées ci-dessus. Selon Ryan et Sherman (1998), les critères de graduation d'un suivi intensif devraient idéalement promouvoir le recouvrement tout en minimisant la probabilité de décompensation.

Selon Salyers et al. (1998), l'intensité des services doit correspondre aux besoins changeants des clients. Lorsque ces besoins se modifient, une transition de service s'impose parfois afin d'offrir les soins appropriés. Selon ces auteurs, les critères qui amènent à considérer un transfert possible à un suivi de moindre intensité sont entre autres: aucune d'hospitalisation pour une période d'une année, aucun abus de substances au moment du suivi, une stabilité du logement et un fonctionnement perçu comme autonome par les intervenants. Lors de leur étude effectuée entre 1990 et 1996, 107 clients ont reçu un congé du ACT et ont été transférés à un suivi de moindre intensité «*Step-Down*», un service ayant toutefois conservé certaines composantes du ACT. L'intensité du suivi était la principale variante (de neuf heures de service par mois à trois heures par mois et en fonction d'un ratio intervenant-client passant de 1:8 à un ratio de 1:30). Le service moins intensif n'offrait cependant pas une couverture de 24 heures. Avant le transfert, l'évaluation des besoins cliniques de chaque client a été effectuée de façon

individuelle. Les variables suivantes ont été évaluées: 1) le niveau de fonctionnement; 2) la fréquence et la durée des hospitalisations (hôpital, centre de crise ou de désintoxication, milieu carcéral); et 3) les services reçus mensuellement, en nombre d'heures. Ici également, tout comme dans l'étude précédente, les clients les plus fonctionnels ont été ciblés pour un transfert. À la suite de ce transfert, malgré les services réduits, l'amélioration du fonctionnement pour la majorité des clients s'est poursuivie et aucune augmentation des hospitalisations a été notée. Au cours de l'étude d'une durée de 80 mois, il a été observé que 14% de la clientèle a nécessité un retour au suivi intensif (Salyers et al., 1998). Le fait de transférer à des services de moindre intensité est perçu par les gestionnaires de cas et les clients comme étant une graduation et l'amélioration du fonctionnement peut être attribuable au fait qu'une plus grande autonomie est forcément favorisée lorsque les services sont réduits. Des facteurs contribuant au succès d'un tel transfert ont été identifiés par les auteurs, soient: que le suivi soit offert par la même agence, par le même personnel, avec la même philosophie et de plus, que le transfert s'effectue graduellement tout en permettant une communication entre les membres du personnel et une certaine perméabilité, c'est-à-dire un retour possible au suivi plus intensif si nécessaire. La conclusion de cette étude suggère donc que les clients pour qui un transfert à des services de moindre intensité est réalisable, sont ceux qui, déjà au cours du suivi intensif, reçoivent moins de service en nombre d'heures, nécessitent moins d'hospitalisation et démontrent une stabilité au niveau du fonctionnement. Inversement, les clients plus gravement atteints par la maladie mentale, abusant de substances et ayant un niveau de fonctionnement diminué, demeureront à plus long terme au suivi intensif et un transfert à un suivi de moindre intensité peut s'avérer risqué.

En 1999, l'étude de Stein, Barry, Van Dien, Hollingsworth et Sweeney a également permis de constater que pour des clients stables, un transfert vers un service moins intensif était

possible. Ces auteurs ont comparé 2 types de clientèle, soit 21 clients recevant un suivi de type ACT et 38 clients recevant un suivi de modèle club psychosocial (*Clubhouse Model*). À l'aide de trois instruments mesurant la qualité de vie, les relations sociales, le sentiment d'isolement, les activités sociales et professionnelles, les deux clientèles ont été comparées. Dans l'ensemble, les résultats ont démontré que les 2 groupes semblaient homogènes, à l'exception des clients du club psychosocial qui travaillaient plus d'heures par semaine que les clients du ACT (14,4 heures versus 9,2 heures). Cette différence suggère un niveau de fonctionnement moins élevé pour les clients suivis par le ACT. À la suite de 12 mois de stabilité, définie dans cette étude par l'absence d'utilisation de la salle d'urgence ou d'hospitalisation pour au moins 1 an, les 2 groupes de clients ont été évalués. Les similarités entre les deux groupes de participants laissent croire aux auteurs que le type de suivi de club psychosocial est une option possible comme forme de suivi moins intensive, mais pourrait aussi bien être une forme de suivi ACT avec un ratio réduit personnel:client ou de gestion de cas moins intensive, combiné à l'utilisation des ressources communautaires disponibles dans le milieu.

En résumé, dans ce deuxième chapitre, nous avons vu qu'au Québec, la clientèle présentant des troubles mentaux graves était une grande utilisatrice des services psychiatriques (80% des jours d'hospitalisation). Jusqu'à tout récemment, les soins offerts à cette clientèle étaient dispensés aux unités psychiatriques ou aux cliniques externes traditionnelles. Avec l'arrivée d'approches innovatrices basées dans la communauté et s'inspirant du modèle américain ACT, environ 10% de ces clients bénéficient maintenant d'un suivi intensif dans leur propre milieu. Puisque ces derniers expérimentent souvent des difficultés au plan de leur fonctionnement psychosocial, ils ont des besoins se rapportant à leur santé et à leur vie sociale devant être satisfaits afin de mieux fonctionner et évoluer dans leur vie quotidienne. La durée du suivi intensif varie donc selon les besoins de chacun des clients. Pour certains d'entre eux qui ont

atteint une capacité d'autosoins et un niveau de fonctionnement psychosocial plus élevé, il est possible d'envisager un transfert à un suivi de moindre intensité, afin de pouvoir offrir le service intensif à d'autres clients qui en ont plus besoin. À ce jour, on constate que peu d'études se sont penchées sur le transfert d'un service intensif à un service traditionnel. La présente étude s'intéresse aux clients suite à un tel transfert en voulant connaître: 1) leurs besoins et l'aide qu'ils reçoivent pour ces besoins, 2) leur niveau de fonctionnement psychosocial et 3) leur utilisation des services hospitaliers.

CHAPITRE III

LA MÉTHODE

TYPE D'ÉTUDE ET DEVIS

Le contexte de réalisation de cette recherche n'a pas permis d'utiliser un devis pré-post pour toutes les variables de l'étude comme il aurait été souhaitable de le faire. En effet, nous n'avons aucune donnée permettant de décrire le profil des clients au moment de leur congé du Service de liaison communautaire (SLC), à l'exception des données d'utilisation des services hospitaliers que l'on peut retrouver dans les dossiers de ces clients. Une étude descriptive quantitative post-test seulement, a été effectuée pour décrire le profil de la population cible, au plan des besoins et du fonctionnement psychosocial. Un devis rétrospectif pré-post a permis de procéder à des comparaisons entre les périodes du pré-suivi intensif, durant le suivi intensif et depuis le congé du SLC pour la variable de l'utilisation des services hospitaliers.

POPULATION À L'ÉTUDE

Le SLC est en fonction depuis 1995 et a offert un suivi à près de 200 clients depuis son implantation. Mise à part la période du projet pilote où tous les clients recevaient un suivi pour moins de 6 mois, de 1997 à 2002 inclusivement, 137 ont obtenu leur congé du SLC. Environ les deux-tiers d'entre eux ont quitté parce que leur condition permettait un suivi de moindre intensité, alors que les autres (43) ont quitté le SLC pour différentes raisons: refus de recevoir un suivi au SLC, nécessité d'un placement à long-terme en institution, déménagement hors de la province ou du pays et décès. Dans ce cas, il s'agissait plutôt d'une fermeture de dossier que d'un congé.

La population étudiée était la clientèle souffrant d'une maladie mentale grave et persistante, qui a reçu un suivi intensif du SLC et qui recevait, lors de l'étude, des services traditionnels des cliniques externes psychiatriques ou du CLSC. L'échantillon était constituée de

toutes les personnes répondant aux critères d'inclusion et acceptant de participer à l'étude, de même que le gestionnaire de cas ou l'intervenant principal qui était responsable du suivi de chacune de ces personnes.

Les critères d'inclusion étaient:

- être âgé de plus de 18 ans
- avoir reçu un suivi du SLC pour un minimum de temps de six mois
- avoir reçu son congé du SLC depuis au minimum six mois
- recevoir présentement un suivi par un gestionnaire de cas ou un intervenant principal qui puisse également participer à l'étude
- pouvoir s'exprimer en français ou en anglais
- pouvoir donner un consentement éclairé

Les critères d'exclusion étaient:

- ne plus avoir de suivi aux cliniques externes psychiatriques ou au CLSC depuis le congé du SLC
- ne plus recevoir de suivi par l'Hôpital général de Montréal à cause de comportement abusif ou violent envers le personnel
- demeurer actuellement dans une institution de soins de longue durée

Un total de 46 clients étaient joignables et éligibles à prendre part à l'étude et 33 clients ont participé. Il était réaliste d'estimer le pourcentage de refus des clients autour de 30%. Quinze gestionnaires de cas responsables du suivi de ces clients ont également pris part à l'étude.

DÉFINITION DES VARIABLES ET PRÉSENTATION DES INSTRUMENTS DE MESURE

Besoins

Définition de la variable

The National Health Service and Community Care Act (1991) définit les besoins comme étant les exigences de l'individu qui lui permettent d'atteindre, de maintenir ou de retrouver un niveau acceptable d'autonomie sociale ou de qualité de vie. Les besoins seront évalués à l'aide de l'instrument de mesure de l'Évaluation des besoins Camberwell (*Camberwell Assessment of Need - CAN - version française CAN-F*) (Annexe A). Selon ces auteurs, un besoin non comblé équivaut à la présence d'un problème grave et dans le cas contraire, si le besoin est comblé, il y a absence de problème. Le CAN permet d'évaluer 22 domaines cliniques et psychosociaux sociaux, regroupés en 5 grandes catégories: les besoins de base, les besoins de santé, les besoins de fonctionnement, les besoins sociaux et les besoins de service.

Présentation de l'instrument de mesure

Évaluation des besoins Camberwell (CAN)

Le questionnaire CAN (Phelan, Slade, Dunn, Holloway, Strathdee, Thornicroft et Wykes, 1995), permet d'établir les problèmes, les interventions reçues de la part des proches (familles et amis) et des services locaux et de connaître si ces interventions sont adéquates, du point de vue du client comme de l'intervenant principal. Selon Johnson et al., (1996), les principes qui ont guidé le développement du CAN sont les suivants: 1) les besoins sont universels, 2) les clients atteints d'une maladie mentale ont de multiples besoins qui ne sont pas toujours identifiés par les services de santé mentale, 3) l'évaluation des besoins devrait faire partie intégrale de la pratique clinique et 4) cette évaluation devrait être réalisée par les clients et les intervenants. La version

recherche du CAN est utilisée, puisqu'il en existe une autre version clinique. Les deux versions diffèrent quelque peu. La version recherche permet de déterminer la pertinence des soins offerts et permet à l'usager d'exprimer son degré de satisfaction quant aux soins reçus. Elle est basée sur un entretien semi-structuré entre le client et l'interviewer.

Cet instrument couvre 22 domaines cliniques et psychosociaux, regroupés en 5 grandes catégories: 1) le logement, 2) l'alimentation, 3) l'entretien du ménage, 4) l'hygiène personnelle, 5) les activités quotidiennes, 6) la santé physique, 7) les symptômes psychotiques, 8) l'information (sur l'affection et le traitement), 9) la détresse psychologique, 10) la sécurité personnelle, 11) la sécurité d'autrui, 12) l'alcool, 13) les drogues et médicaments, 14) les relations sociales, 15) les relations sentimentales, 16) la vie sexuelle, 17) les soins aux enfants, 18) l'instruction, 19) l'utilisation du téléphone, 20) l'utilisation des transports en commun, 21) les aspects financiers et 22) les aides sociales. Chacun des domaines comprend quatre sections individuelles: 1) la manifestation d'un problème (besoin potentiel) au cours du dernier mois; 2) l'aide reçue des proches (soignants naturels) au cours du dernier mois; 3) l'aide reçue et l'aide nécessaire de la part du personnel des services locaux au cours du dernier mois et 4) la pertinence des soins apportés et le degré de satisfaction de la part du client quant aux soins reçus. Les questions permettent les choix de réponses suivantes: à la première section, sur la manifestation du problème, il y a quatre choix de réponse possible: 0 = aucun problème; 1 = problème modéré grâce à une intervention en cours; 2 = problème sérieux; 9 = ne sait pas. À la deuxième section, concernant l'aide reçue des proches, il y a une possibilité de cinq réponses: 0 = aucune aide reçue des proches; 1 = peu d'aide; 2 = aide modérée; 3 = beaucoup d'aide; 9 = ne sait pas. À la troisième section, concernant l'aide reçue des services locaux, deux questions sont posées soit, l'aide reçue et l'aide nécessaire. La possibilité des réponses est identique à la précédente. À la dernière section, se rapportant à l'évaluation de l'aide reçue, deux questions sont posées au client

(usager): si le type d'aide reçu est approprié et le choix de réponse est: 0 = non; 1 = oui; 9 = ne sait pas; et le degré de satisfaction quant à l'aide reçue et le choix de réponse est: 0 = insatisfaite ou 1 = satisfaite. Pour cette dernière section, l'évaluation de l'intervenant (personnel) ne comprend qu'une seule question, celle de la pertinence des soins apportés et le choix de réponse est: 0 = non; 1 = oui; 9 = ne sait pas. Pour toutes les questions reliées à chacun des 22 items, un score est obtenu et sera compilé. Au total, chaque item comprend six questions pour le clients et cinq questions pour les intervenants.

Validité et fidélité de la version originale

L'instrument de mesure CAN original a tout d'abord été conçu en anglais, pour une clientèle psychiatrique, au *Psychiatric Research in Service Measurement (PRiSM)*, à l'Institut de psychiatrie de Crespigny Park à Londres, en Angleterre, par Phelan et al. (1995). Cet instrument a été jugé valide et fiable pour évaluer les besoins des personnes atteintes d'une maladie mentale grave. Les propriétés psychométriques de l'instrument ont été établies quant à sa validité et sa fidélité. Ces auteurs ont rapporté que la validité du contenu de l'instrument original a été étudiée par 50 professionnels de différents domaines (soins infirmiers psychiatriques, travail social, ergothérapie, psychologie et psychiatrie). Un consensus a été obtenu qu'un instrument tel que le CAN s'avérait nécessaire et que celui-ci était utile et pertinent. Lors de l'étude par les experts, quelques changements mineurs ont été apportés, ainsi que l'ajout de deux items à la version finale de l'instrument: les relations sentimentales et la vie sexuelle. Une étude parallèle a été conduite auprès de 59 personnes atteintes d'une maladie mentale grave et tous les items ont été considérés comme étant au minimum moyennement importants. La clientèle a identifié que le logement était le besoin le plus important et l'aide avec les drogues comme étant le moins important. Pour ce qui est de la validité liée à un critère, le CAN a été comparé à l'échelle

d'Évaluation globale du fonctionnement (EGF) utilisée lors de l'évaluation psychiatrique selon le DSM-IV (1994), mesurant ainsi le fonctionnement psychologique, social, occupationnel et les besoins. Selon Phelan et al. (1995), plusieurs des besoins individuels identifiés ne sont pas nécessairement associés au niveau de fonctionnement du client. Le besoin individuel le plus souvent associé à un faible résultat selon l'EGF est celui de l'hygiène personnelle, alors que le besoin le plus souvent relié à un fonctionnement élevé est celui des soins aux enfants. Afin d'obtenir une comparaison significative avec l'EGF, sept besoins reflétant les incapacités mesurées par ce dernier ont été regroupés. La vérification de la validité concomitante entre les deux instruments de mesure ($r=0,51$, $p<0,001$), indique un degré de corrélation modéré. Pour ce qui est de la stabilité de l'instrument, elle a été calculée à l'aide de la technique «test-retest». Un niveau acceptable entre le t1 et le t2 de $r=0,78$ ($p<0,001$) pour les clients et de $r=0,71$ ($p<0,001$) pour les intervenants a été obtenu. La fiabilité inter juges a été mesurée à l'aide du Kappa et des taux d'accords élevés ont été atteints: $r=0,99$ ($p<0,001$) pour les clients et $r=0,98$ ($p<0,001$) pour les intervenants. Tout au long du CAN, des exemples et des points d'ancrage font partie intégrante du questionnaire, ce qui assure une plus grande fiabilité inter juges. Quoique les clients et les intervenants identifient approximativement le même nombre de besoins, ils ne sont pas nécessairement les mêmes. C'est pourquoi les résultats des deux groupes doivent être analysés séparément (Phelan et al., 1995).

Validité et fidélité de la version traduite

Le CAN a été traduit en 13 langues. La version française (CAN-F) a été réalisée par Dr Alain Lesage du Centre de recherche Fernand-Seguin, de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, à Montréal. Il n'existe pas d'études formelles de la fiabilité et de la validité de la version française de l'instrument. Celui-ci a cependant été utilisé auprès de clients québécois francophones

longuement hospitalisés en institution psychiatrique lors de l'étude de Bonsack et Lesage (1998) et auprès d'une clientèle itinérante souffrant de troubles mentaux graves (Poirier et al., 2000). Ces deux études permettent de démontrer la faisabilité, l'acceptabilité et la validité de cet instrument.

Fonctionnement psychosocial

Définition de la variable

Selon Mueser et al., (2001), le fonctionnement psychosocial est défini par les relations sociales et occupationnelles et tout ce qui touche les habiletés de fonctionnement au quotidien. Le niveau de fonctionnement du client atteint d'une maladie grave et persistante, vivant dans la communauté, a été mesuré à l'aide de l'instrument de mesure l'Échelle d'habiletés dans la communauté Multnomah (*Multnomah Community Ability Scale – MCAS*) (Annexe B) et de l'Évaluation globale du fonctionnement (EGF) (Annexe C). Le MCAS permet une évaluation du degré d'incapacité dans quatre sphères du fonctionnement du client: 1) obstacles au fonctionnement; 2) adaptation à la vie quotidienne; 3) compétences sociales et 4) problèmes de comportement.

Présentation des instruments de mesure

Échelle d'habiletés dans la communauté Multnomah (MCAS)

L'instrument MCAS a été conçu en 1993 aux États-Unis dans l'état de l'Oregon, par un groupe de professionnels en santé mentale (Barker, Barron, McFarland et Bigelow). C'est un outil standardisé mesurant le degré d'incapacité dans quatre sphères du fonctionnement de l'individu avec une maladie mentale grave et persistante, vivant dans la communauté. Le MCAS

a été développé afin de gérer plus efficacement les ressources en santé mentale et également vérifier si l'intensité des services correspond au niveau de fonctionnement du client (Barker, Barron, McFarland et Bigelow, 1994). Le MCAS est un questionnaire comprenant 17 questions qui regroupent 4 sections différentes, chacune comprenant de trois à cinq questions: 1) les obstacles au fonctionnement: santé physique, fonctionnement intellectuel, processus de la pensée, perturbation de l'humeur et réaction au stress et à l'anxiété; 2) l'adaptation à la vie quotidienne: capacité à gérer son argent, autonomie dans la vie quotidienne et acceptation de la maladie; 3) les compétences sociales: acceptabilité sociale, intérêt social, efficacité sociale, réseau social et activités significatives et, 4) les problèmes de comportement: adhésion au traitement pharmacologique, collaboration avec les intervenants, abus d'alcool et/ou de drogues et contrôle des impulsions. Ce questionnaire a été conçu pour être complété par le gestionnaire de cas et évalue le fonctionnement du client pour les trois derniers mois, à l'exception de la dernière section des problèmes de comportement qui doit tenir compte de la dernière année. Les auteurs de l'instrument reconnaissent que deux des sections de celui-ci évaluent les symptômes et les difficultés qui y sont reliées, alors que les deux autres sections reflètent plutôt sur les aspects du fonctionnement du client. Les réponses possibles pour chacune des questions sont notées sur une échelle de fréquence de 1 à 5 (1 signifiant un niveau faible et 5 un niveau élevé). À la suite de chacune des quatre sections, un score est obtenu, puis finalement un score total est calculé. Ce résultat cumulatif se situe entre 17 et 85. Le fonctionnement du client peut être classé dans une des trois catégories suivantes: 17-47 = fonctionnement faible, 48-62 = fonctionnement moyen et 63-85 = fonctionnement élevé.

Validité et fidélité de la version originale

Selon Williams (2000), les indices de stabilité de l'instrument ont donné un coefficient total de 0,85 pour le test-retest effectué le même jour auprès de 43 clients et un coefficient de fidélité variant de 0,70 à 0,78 pour chacune des 4 sections. La vérification de la stabilité sur une plus longue période (2 à 4 semaines) a été répétée auprès de 40 clients et offre également un résultat satisfaisant avec un coefficient de corrélation de 0,82 pour chacune des 4 sections. Un alpha de Cronbach de 0,90 a été obtenu pour le questionnaire entier, ce qui démontre une bonne consistance interne de l'instrument (Barker et al., 1994). La validité de concomitance a été vérifiée en demandant à des cliniciens de coter leurs clients au plan clinique. Les résultats obtenus indiquent une corrélation de - 0,78 entre le jugement clinique et les scores au niveau du MCAS (échelle inversée). Le résultat du MCAS peut constituer un indicateur qui permette de prédire si il y aura réhospitalisation. Lors d'une étude longitudinale de 240 clients, tous les items de l'instrument, à l'exception du fonctionnement intellectuel et l'intérêt social, ont été des variables reliées à des admissions subséquentes. Selon Zani, McFarland, Wachal, Barker et Barron (1999), le MCAS peut donc servir comme outil de prédiction de l'utilisation de services ultérieurs.

Validité et fidélité de la version traduite

La traduction en français a été effectuée conjointement par un groupe de chercheurs du Centre de recherche de l'hôpital Douglas affilié à l'Université McGill et du Centre de recherche Fernand-Seguin de l'hôpital Louis-H. Lafontaine affilié à l'Université de Montréal. Le MCAS a été traduit en français par un traducteur professionnel et retraduit en anglais par la suite par un traducteur différent. La traduction était pratiquement identique et peu de modifications ont été nécessaires, à l'exception du dernier item des choix de réponse «ne sait pas» qui a été enlevé. Le

gestionnaire de cas qui complète le questionnaire connaît habituellement bien le client ou peut avoir accès à l'information si celle-ci est manquante. Les auteurs, Corbière, Crocker, Lesage, Latimer, Ricard et Mercier (2002) ont vérifié la validité de la version française de l'instrument, à l'aide de 2 échantillons au nombre de 199 et de 214 clients provenant de 2 centres de recherche distincts. Ces auteurs affirment que la traduction du MCAS en français peut modifier quelque peu le sens de certains items mais l'utilisation de l'instrument traduit est sans erreur conceptuelle. La consistance interne est considérée comme satisfaisante avec des coefficients d'alpha variant de 0,60 à 0,76 pour les 4 dimensions de l'instrument.

Évaluation globale du fonctionnement (EGF)

L'Évaluation globale du fonctionnement (EGF) est la traduction française du *Global Assessment Functioning (GAF)* qui est un dérivé du *Global Assessment Scale (GAS)* conçu antérieurement (Endicott, Spitzer, Fleiss et al., 1976). Cette dernière a comme origine l'échelle de classement santé-maladie (*Health-Sickness Rating Scale*) créée précédemment (Luborsky, 1962). L'évaluation psychiatrique effectuée de routine est multiaxiale et comporte cinq axes référant à un domaine distinct d'information: axe 1) diagnostic psychiatrique principal; axe 2) troubles de la personnalité et retard mental; axe 3) affections médicales générales; axe 4) problèmes psychosociaux et environnementaux et axe 5) évaluation global du fonctionnement. Ce dernier axe est relativement récent puisqu'il fut ajouté depuis une vingtaine d'années à l'évaluation psychiatrique lors de la parution du DSM-III en 1980 (Grunberg, Massé, Lalonde et Aubut, 1999) et prend en considération les conséquences des symptômes sur les relations sociales, le travail ou les études et les loisirs. À l'aide d'un continuum allant de 1 (danger persistant d'auto ou d'hétéro-agression grave) à un score possible de 100 (absence de

symptômes), la période de référence est soit le moment présent de l'évaluation ou le plus haut niveau de fonctionnement des 12 derniers mois, pourvu que ce soit spécifié.

Validité et fidélité de la version originale

Plusieurs auteurs ont déjà vérifié les qualités psychométriques de l'EGF largement utilisée. La revue des écrits de Goldman, Skodol et Lave (1992), révèle une validité et une fidélité modérée du EGF, malgré que peu d'études mettent l'accent sur l'axe V spécifiquement. Selon Jones, Thornicroft, Coffey et Dunn (1995), la fidélité de l'EGF est satisfaisante pour mesurer les symptômes et les incapacités. De plus, il est rapide à utiliser, requérant peu de formation. Plus récemment, où l'EGF est comparé avec d'autres échelles semblables, les résultats reconnaissent la fidélité de l'instrument ainsi que sa validité, comme échelle offrant un score global (Hilsenroth, Ackerman, Blagys, Baumann, Baity et al., 2000).

Utilisation des services hospitaliers psychiatriques

Définition de la variable

L'utilisation des services hospitaliers psychiatriques réfère au nombre de visite à la salle d'urgence, au nombre d'admission à l'unité de traitement interne ainsi que la durée de séjour de ces admissions. De façon opérationnelle, la révision du dossier médical a permis d'obtenir de l'information au sujet de l'utilisation des services, au cours des différentes périodes du suivi, soit avant, durant et à la suite du suivi au SLC. De plus, des données ont été obtenues auprès des clients à l'aide d'un questionnaire sur l'utilisation des services (Annexe D). Ce dernier ajoute de l'information au sujet de l'utilisation des services dans d'autres institutions de santé au cours du suivi intensif et depuis le congé du SLC.

Questionnaire de données socio-démographiques

Un questionnaire de données socio-démographiques (Annexe E) a été utilisé auprès des gestionnaires de cas et a permis de décrire la clientèle à l'étude. Des informations sur le diagnostic, la nationalité, la langue d'expression, le lieu de résidence, la source de revenu, la durée du suivi au SLC etc., ont été recueillies à l'aide de ce questionnaire.

Feuille-contact

Une feuille-contact (Annexe F) donnant de l'information sur le suivi actuel en clinique externe a été complétée par les gestionnaires de cas. Ces données sont relatives à la fréquence des contacts directs et indirects avec les clients ainsi que des appels téléphoniques effectués. Également, cette feuille-contact décrit le type d'interventions réalisées par les gestionnaires de cas et les domaines dans lesquels ils interviennent.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Présentation du milieu de l'étude

Ce projet de recherche s'est déroulé aux cliniques externes psychiatriques du Centre universitaire de santé McGill (Hôpital général de Montréal), au CLSC Métro et à la clinique externe du Pavillon Durost.

L'équipe du SLC est interdisciplinaire, formée majoritairement d'infirmières, au nombre de quatre, ainsi que de deux psychiatres, d'une travailleuse sociale, d'une ergothérapeute et d'une secrétaire. Le mandat du SCL est d'assurer un suivi dans le milieu naturel aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante. Les objectifs plus spécifiques sont de:

1) réduire le taux de réhospitalisation ainsi que la durée de séjour à l'hôpital; 2) minimiser la symptomatologie psychiatrique; 3) améliorer la qualité de vie; 4) diminuer le fardeau des aidants naturels et 5) favoriser l'intégration sociale et l'autonomie. Les intervenants du service offrent des soins complets, assidus, continus et individualisés. La gamme des interventions est variée, qu'il s'agisse: d'identification des nouveaux clients et de prise en charge, de traitement des symptômes psychiatriques, de coordination des soins médicaux, de gestion de crise, de soutien familial et communautaire, de réadaptation, de gestion des revenus, de soutien au logement ainsi que de protection ou de représentation. La pratique des intervenants dans la présente étude consiste en un amalgame de certains éléments de la gestion intensive de cas et d'un programme ACT, dont le ratio se situe autour de 13:1. Chaque client est assigné à un gestionnaire de cas, mais la responsabilité clinique est partagée de près avec au moins deux membres de l'équipe. Il s'agit d'une adaptation d'un programme de suivi intensif en équipe dans la communauté, une traduction du modèle américain ACT, mais qui ne prétend pas y être fidèle totalement.

La durée du suivi par le SLC est indéterminée et variable selon les besoins de chaque client. Lors de l'étude, la durée moyenne du suivi était d'environ 38 mois. Après six mois de stabilité, le SLC évalue la nécessité de poursuivre le suivi actuel versus la possibilité d'un transfert vers une autre forme de suivi moins intensive soit à la clinique externe de l'HGM ou au CLSC. Les éléments importants retenus lors de l'évaluation du transfert sont: une assiduité aux traitements comprenant la prise de médicaments (seul ou supervisé), être en mesure de se présenter aux rendez-vous médicaux (seul ou avec aide), ainsi qu'une situation stable du logement. Lorsque qu'il y a présence d'un double diagnostic ayant des conséquences importantes, il est plus difficile d'envisager un transfert possible. Le nombre de visites à la salle d'urgence pour des soins psychiatriques ainsi que le nombre et la durée des hospitalisations des six derniers mois sont également des éléments à considérer dans la prise de décision relative à un

transfert vers un suivi moins intensif. Lorsque le client quitte le suivi intensif, il reçoit par la suite un suivi aux cliniques externes de type traditionnel d'intensité faible à modéré, qui n'est pas offert directement dans la communauté.

Collecte de données

Avant de débiter la collecte de données, dont la date prévue était avril 2003, la chercheuse principale a fait parvenir à tous les chefs de service des cliniques externes de l'HGM ainsi qu'à la responsable de l'équipe de santé mentale du CLSC Métro, une lettre explicative donnant les informations sommaires, afin de leur faire part de l'étude. Les gestionnaires de cas provenaient de différentes professions (psychiatrie, soins infirmiers, ergothérapie et travail social). Leur participation à l'étude a été sollicitée lorsque leur chef de service a été informé et a accepté que les questionnaires soient complétés par les gestionnaires de cas durant les heures de travail. Au maximum, 45 minutes étaient suffisantes pour chaque client.

Par la suite, chaque gestionnaire de cas (15) qui était responsable du suivi d'un ou des clients répondant aux critères d'inclusion de l'étude, a été rencontré individuellement par la chercheuse principale, a reçu des informations par rapport à l'étude, ainsi qu'un résumé écrit de ces informations. Les clients ont été rejoints par l'entremise de leur gestionnaire de cas qui avait un contact régulier avec eux, soit par téléphone ou lors de la prochaine visite à la clinique externe ou au CLSC. La chercheuse principale avait déjà répertorié tous les noms des clients qui ont reçu dans le passé un suivi du SLC et qui répondaient aux critères d'inclusion, au total 46 clients, ainsi que le nom de leur gestionnaire de cas. Un résumé écrit des informations de l'étude était prévu pour la clientèle et a été remis par le gestionnaire de cas à chaque client répondant aux critères d'inclusion. Si le client désirait des informations supplémentaires ou acceptait de participer à

l'étude, il donnait la permission à son gestionnaire de cas d'être contacté par la chercheuse principale. Trente-trois clients ont participé à l'étude.

Un formulaire de consentement de participation à l'étude était prévu pour les clients et les gestionnaires de cas. Le formulaire de consentement, distinct pour les clients et les gestionnaires de cas, expliquait clairement ce qu'impliquait la participation de chacun (Annexe G). Pour les clients, la signature du consentement à l'étude a été obtenue lors d'une rencontre précédant l'entrevue avec la chercheuse principale ou juste avant l'entrevue. Quant aux gestionnaires de cas, la signature du consentement à l'étude a été obtenue lors de la remise des instruments de mesure. C'est à ce moment que l'enseignement nécessaire concernant les questionnaires, a été donné par la chercheuse. Les instructions comprenant des exemples et des points d'ancrage ont été expliqués par la chercheuse. Des informations écrites tirées du manuel d'instruction de chacun des questionnaires étaient également disponibles. Il était toujours possible de contacter la chercheuse si des informations supplémentaires étaient nécessaires. Originellement, la partie du questionnaire CAN destinée au personnel, est complétée lors d'une entrevue avec la chercheuse. Pour des raisons de faisabilité et puisque les gestionnaires de cas connaissaient bien les clients, le questionnaire leur a été remis avec l'information nécessaire pour le compléter. Le temps maximum requis pour compléter le questionnaire était de 30 minutes. Pour ce qui est de l'instrument sur le fonctionnement psychosocial (MCAS), au moment de l'étude, il avait été conçu pour être complété par les gestionnaires de cas uniquement. Au maximum, 15 minutes étaient nécessaires pour le compléter. De plus, les gestionnaires de cas ont complété le questionnaire des données socio-démographiques et la feuille-contact qui détaillait le type de suivi qu'ils offraient aux clients en clinique externe lors de l'étude. Une période de deux semaines était allouée aux gestionnaires de cas pour compléter les questionnaires.

Le questionnaire sur les besoins (CAN) et le questionnaire sur l'utilisation des services ont été complétés par la chercheuse principale lors d'une entrevue semi-structurée avec le client, soit à la clinique externe ou dans un endroit public. La durée maximale de l'entrevue n'a pas excédée une heure. Une compensation financière a été offerte.

Analyse des données

Afin de décrire les caractéristiques de l'échantillon et d'analyser les données obtenues avec les instruments de mesure, des statistiques descriptives ont été utilisées, incluant des distributions de fréquence, des mesures de tendance centrale et des mesures de dispersion. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS pour Windows, version 11,5. Les résultats du CAN ont été analysés conformément à ce qui est prescrit par les auteurs de l'instrument. En effet, les auteurs fournissent sur leur site Internet (PRISM, 2005) un fichier de syntaxe devant être utilisé avec SPSS. Les auteurs suggèrent de créer des scores moyens pour le total des besoins, des aides reçues, des besoins non comblés, et pour les sous-totaux des catégories reliées aux besoins de base, aux besoins de santé, au fonctionnement, aux besoins sociaux et de services. Donc, les données obtenues de la part des clients et des gestionnaires de cas ont été traitées de façon indépendantes pour les aspects descriptifs et des test-t pour échantillons appariés ont été effectués en utilisant les scores prescrits par les auteurs de l'instrument. Pour les besoins où le nombre de réponses obtenues étaient inférieur à 20, des analyses non-paramétriques de type Z-Wilcoxon pour échantillons appariés ont été effectuées. Bien que certaines données auraient pu être traitées de façon catégorielle, l'approche utilisée a été choisie considérant le peu de sujets de l'étude et permet d'éviter l'obtention d'un nombre insuffisant de sujets dans certaines cases d'un tableau croisé.

De plus, les données concernant l'aide reçue et l'aide nécessaire des services locaux sont présentées sous forme de radar à l'aide du logiciel Excel version 2000. Ce type de présentation permet de décrire des profils de besoins et ainsi, de comparer ces profils avec ceux de recherches antérieures (Poirier et al., 2005).

La compilation des visites à la salle d'urgence et des réhospitalisations a été effectuée à l'aide de données descriptives, et des moyennes mensuelles ont été calculées et comparées à l'aide de test-t entre les différentes périodes du suivi soit au cours des 12 mois précédant le suivi intensif, durant et après le congé du suivi intensif au SLC. Bien que des analyses temporelles multivariées auraient pu être indiquées, le nombre restreint de sujets et la variabilité des périodes de référence limitaient l'usage de telles analyses.

Considérations éthiques

Le projet de recherche a tout d'abord été soumis aux différents comités d'éthique et scientifique du Centre de santé McGill (Hôpital général de Montréal) et du CLSC Métro. L'autorisation écrite d'effectuer cette étude a été accordée par les institutions de santé (Annexe H), à l'exception du chef de service du Pavillon Durost qui a donné son accord de façon verbale pour la participation d'un gestionnaire de cas. Les clients étaient libres de participer ou non à l'étude et ont été rejoints par l'intermédiaire de leur gestionnaire de cas. Ils ont été assurés que leur participation ou non n'affectait en rien les soins qu'ils recevaient ou continueraient de recevoir. Ils ont été informés du but de l'étude, en quoi consistait leur participation et de l'aspect confidentiel des informations données. Ils ont été appelés à donner un consentement libre et éclairé. Ils ont accepté formellement de participer à l'étude en signant un formulaire de consentement, mais pouvaient se retirer de l'étude à n'importe quel moment. Pour les clients bénéficiant d'un régime de protection par un curateur privé ou public, les personnes responsables

ou substituts ont été contactées afin que leur consentement soit obtenu. Chaque client a reçu la somme de 10\$ à la fin de l'entrevue en compensation pour le temps, les inconvénients et les déplacements.

CHAPITRE IV

LES RÉSULTATS

Ce quatrième chapitre présente tout d'abord les caractéristiques socio-démographiques et cliniques de l'échantillon incluant les données reliées à l'utilisation des services psychiatriques durant les 12 mois précédant l'entrée au Service de liaison communautaire (SLC). Les données concernant le suivi en clinique externe traditionnelle sont par la suite présentées, suivies des données obtenues à l'aide des instruments de mesure en regard des besoins et du fonctionnement psychosocial. Les données relatives à l'utilisation des services hospitaliers psychiatriques concluent ce chapitre.

Les renseignements socio-démographiques de l'échantillon sont présentés au tableau III. Au total, 33 clients, dont 60% sont des hommes, ont accepté de participer à l'étude afin de compléter le questionnaire CAN (version-client). L'âge moyen des participants est de 46 ans et la majorité ont entre 40 et 59 ans. Seulement 9% sont mariés ou vivent en couple et les autres sont célibataires. La plupart des participants sont de nationalité canadienne. Pour les deux-tiers de la clientèle, l'entrevue avec la chercheure principale s'est déroulée en anglais, puisque cette dernière est la langue d'expression première de l'établissement. Quant au niveau de scolarité, un peu plus de 40% ont complété des études post-secondaires. Plus de la moitié des participants reçoit une supervision à un degré variable, allant de l'appartement supervisé, au foyer de groupe ou en résidence, alors que l'autre moitié vit dans leur propre appartement ou maison. La source de revenu pour le trois-quart des clients est la sécurité du revenu et les deux-tiers d'entre eux gèrent leur propre budget.

DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Tableau III

Données socio-démographiques de l'échantillon (n=33)

	n	%
Genre		
Masculin	20	60,6
Féminin	13	39,4
Âge (\bar{x}: 46,3; s: 8,7)		
30 - 39 ans	7	21,2
40 - 49 ans	13	39,4
50 - 59 ans	11	33,3
60 ans et +	2	6,1
Statut		
Célibataire	25	75,8
Séparé/divorcé	5	15,2
Marié/couple	3	9,0
Nationalité		
Canadienne	27	81,8
Autre	6	18,2
Langue		
Anglais	22	66,7
Français	11	33,3
Scolarité		
Élémentaire	8	24,2
Secondaire	11	33,3
Collégial	9	27,3
Universitaire	5	15,2
Lieu de résidence		
Appartement/maison	15	45,5
Appartement supervisé	3	9,0
Foyer de groupe/résidence	15	45,5
Source de revenu		
Sécurité du revenu	25	75,8
Pension	4	12,1
Héritage	3	9,1
Salaire	1	3,0
Administration du revenu		
Client	22	66,7
Fiducie	6	18,1
Curateur public	5	15,2

Tableau IV

Caractéristiques cliniques de l'échantillon (n=33)

	n	%
Diagnostic		
Schizophrénie	21	63,6
Désordre schizo-affectif	10	30,3
Désordre bipolaire	2	6,1
Abus de substances		
Aucun	24	72,7
Présent	9	27,3
Passé	19	57,6
Problèmes judiciaires		
Aucun	28	84,8
Présent	5	15,2
Passé	15	45,5
EGF ($\bar{x} = 54,8$; $s = 13,9$)		
30 - 49	9	27,3
50 - 69	18	54,5
70 - 83	6	18,2
Durée de séjour avec SLC ($\bar{x} = 24,1$; $s = 15,7$)		
7 - 12 mois	9	27,3
13 - 24 mois	12	36,4
25 - 48 mois	8	24,2
49 - 64 mois	4	12,1
Congé du SLC ($\bar{x} = 38,3$; $s = 19,3$)		
6 - 12 mois	4	12,1
13 - 24 mois	5	15,2
25 - 48 mois	12	36,4
49 - 71 mois	12	36,4
Suivi présentement		
Clinique externe (HGM)	29	87,0
CLSC Métro	3	10,0
Clinique externe (Pav. Durost)	1	3,0

Les caractéristiques cliniques de l'échantillon sont présentées au tableau IV. Pour les deux-tiers, le diagnostic est celui de schizophrénie. Au moment de la collecte de données, 27%

des clients présentent des troubles liés à l'utilisation de substances, alors que durant la période du suivi par le SLC ou précédant celle-ci, ce pourcentage se situait autour de 57%. Pour ce qui est des problèmes judiciaires, près de la moitié des personnes ayant participé à la recherche avaient eu des démêlés avec la justice avant ou durant leur suivi intensif. Ce pourcentage diminue à 15% lors de la collecte de données et ces problèmes prennent la forme d'ordonnances de traitement, de probation et de plaintes téléphoniques aux services policiers. Une seule arrestation récente a été signalée. Quant au niveau de fonctionnement mesuré de routine à l'aide de l'échelle d'Évaluation globale du fonctionnement (EGF), 27% des clients obtiennent un score de 50 et moins, indiquant des symptômes graves ou une altération importante du fonctionnement, alors que 18% obtiennent un score de 70 et plus, suggérant quelques symptômes légers où la personne fonctionne assez bien de façon générale et entretient des relations interpersonnelles positives.

Pour les clients de l'étude, la durée du séjour avec le SLC a été d'une durée moyenne de deux ans. Près des deux-tiers ont reçu un suivi variant de 7 et 24 mois, alors que pour les autres, ce suivi a été d'une durée de 24 à 64 mois. Pour 10% d'entre eux, il s'agissait d'un deuxième suivi au SLC. Une période de 6, 7 et 19 mois s'était écoulée entre les 2 suivis. En moyenne, les clients ont reçu leur congé du SLC depuis 38 mois. Près des trois-quarts des participants à l'étude ont reçu leur congé du SLC depuis une période variant de deux à six ans, et la plupart reçoivent maintenant un suivi traditionnel offert aux cliniques externes psychiatriques de soins continus de l'Hôpital général de Montréal.

Tous les clients référés au SLC, reçoivent d'abord un suivi psychiatrique de la clinique externe ou d'un CLSC. Un nombre d'entre eux ont utilisé la salle d'urgence psychiatrique de l'établissement et ont été hospitalisé au cours de l'année précédant le suivi au SLC. L'utilisation des services psychiatriques de la clientèle à l'étude est présentée au tableau V.

Tableau V

Utilisation des services durant l'année précédant le SLC (n=33)

	n	%
Nombre de visites à salle d'urgence		
Aucune	10	30,3
1 à 2	15	45,5
3 à 5	5	15,2
> 5	3	9,1
Nombre d'admissions à l'interne		
Aucune	16	48,5
1	10	30,3
2	6	18,2
5	1	3,0
Nombre de jours d'hospitalisation		
Aucune	16	48,5
7 à 30	5	15,2
31 à 49	6	18,2
> 49	6	18,2

Note: données issues des dossiers médicaux et du questionnaire de l'utilisation des services hospitaliers.

Un tiers de la clientèle n'a pas consulté la salle d'urgence pour soins psychiatriques au cours des 12 mois précédents son entrée au SLC et près de la moitié des clients sont venus pour 1 à 2 visites. La moitié des clients n'ont pas été hospitalisés durant les 12 mois précédents leur suivi au SLC. Quant au nombre de jours d'hospitalisation, plus de la moitié des clients sont demeurés hospitalisés en moyenne 30 jours au cours de l'année précédant le SLC, et la durée des admissions varie entre 7 et 205 jours.

Quant aux gestionnaires de cas, au total, 15 ont participé. Soixante pourcent des gestionnaires de cas sont des infirmières, 20% des travailleuses sociales, et le dernier 20% est composé d'une ergothérapeute, d'un agent de comportement behavioral et d'un médecin. Chaque gestionnaire de cas a complété les questionnaires pour 1 à 5 clients. Pour les deux-tiers

des questionnaires de cas, la langue première est l'anglais et les questionnaires ont été complétés dans cette langue.

Les clients qui ont reçu un suivi intensif lors de leur séjour au SLC reçoivent maintenant un service de moindre intensité. Les données concernant ce service sont présentées au tableau VI.

Tableau VI

Données concernant le suivi en clinique externe (n=33)

Fréquence des contacts	n	%
Directs*		
1 contact et + / semaine	4	12,1
2 -3 contacts / mois	15	45,5
1 contact / mois	8	24,2
1 contact / 3 mois et +	6	18,2
Indirects**		
2 -3 contacts / mois	9	27,2
1 contact / 1-2 mois	7	21,2
1 contact / 3 -6 mois	5	15,2
aucun contact indirect	12	36,4
Téléphoniques***		
3 contacts et + / semaine	3	9,1
1-2 contacts / semaine	16	48,5
1-2 contacts / mois	9	27,2
1 contact / 2 -3 mois	2	6,1
1 contact / année	1	3,0
aucun contact téléphonique	2	6,1

* Avec client

** Avec personne significative pour le client

*** Avec client et/ou personne significative

Dans 88% des cas, les rencontres se déroulent au bureau du gestionnaire de cas et sont d'une durée moyenne de 40 minutes. En moyenne, chaque gestionnaire de cas a un contact direct avec le client à deux reprises sur une période d'un mois, donc une rencontre à peu près aux deux semaines à la clinique externe. Pour les contacts de type indirect, soit une rencontre avec un parent, conjoint, ami, voisin, propriétaire, concierge ou toute autre personne significative pour le

client, la fréquence moyenne est d'une rencontre aux six semaines. La plupart des gestionnaires de cas rapportent plusieurs contacts téléphoniques avec les clients et les personnes de leur entourage. La fréquence mensuelle moyenne est d'environ cinq appels pour chaque client. À l'aide de la feuille-contact complétée par les gestionnaires de cas, ces derniers ont identifié les interventions qu'ils pratiquent le plus souvent en clinique externe et ce, par ordre de priorité (de 1 à 8), dans l'ordre suivant: la discussion/thérapie, suivi de l'évaluation/réévaluation du suivi, le suivi de la médication, l'enseignement et les interventions en situation de crise, la défense/représentation, le traitement infirmier (incluant les injections), et au dernier rang, l'accompagnement. Les domaines d'intervention sont également identifiés par ordre de priorité (de 1 à 14). On retrouve en premier la santé mentale, suivi en deuxième des activités de la vie quotidienne. Au troisième rang, on retrouve le suivi des médicaments, les relations interpersonnelles et les loisirs/socialisation, suivi du domaine relié au logement. Au cinquième rang, on rapporte la santé physique, les soins personnels, les finances et l'alimentation. Les domaines des études/emploi, de l'abus de substances, de l'utilisation des services et des problèmes judiciaires complètent la liste identifiée par les gestionnaires de cas.

BESOINS

Identification des besoins

La première question à laquelle la présente étude tente de répondre est celle reliée aux besoins. Selon la perception du client ainsi que celle du gestionnaire de cas du client, quels sont les besoins de ce dernier et quelle aide reçoit-il par rapport à ses besoins.

Les besoins ont été identifiés à l'aide de l'instrument de l'Évaluation des besoins Camberwell (CAN). Ce dernier se divise en quatre sections. La première section identifie s'il y

a présence d'un problème ou non pour chacun des 22 besoins. Le tableau VII présente la distribution de problème qualifié comme modéré ou sérieux.

Tableau VII

Identification des problèmes selon l'Évaluation des besoins Camberwell (n=33)

	Client		Gestionnaire de cas	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
Problème modéré	5,94	2,05	6,03	3,21
Problème sérieux	1,55	1,50	2,45	2,50

Les clients identifient entre 0 et 10 problèmes modérés et les gestionnaires de cas rapportent entre 1 et 13 problèmes modérés. Les deux groupes identifient six problèmes modérés en moyenne. Pour ce qui est des problèmes considérés comme étant sérieux, les clients identifient entre 0 et 6 problèmes sérieux avec une moyenne de 1,55 problèmes, tandis que les gestionnaires de cas identifient entre 0 et 9 problèmes sérieux avec une moyenne de 2,45 problèmes. Cette différence entre les problèmes sérieux selon la perception des clients et celle des gestionnaires de cas est significative ($t(32) = 2,11; p < 0,05$). En ordre de priorité, les clients identifient comme problèmes les plus sérieux: les aspects financiers, la détresse psychologique et l'entretien du ménage, tandis que les gestionnaires de cas rapportent les activités quotidiennes, les aspects financiers, les relations sociales et la détresse psychologique.

L'instrument CAN permet d'obtenir des informations sur 22 items qui se regroupent en cinq catégories soit: 1) les besoins de base, comprenant le logement, l'alimentation et les activités quotidiennes; 2) les besoins de santé, référant à la santé physique, aux symptômes psychotiques, à la détresse psychologique, à la sécurité personnelle et d'autrui ainsi qu'aux abus de substances; 3) les besoins reliés au fonctionnement, incluant l'hygiène personnelle, l'entretien du ménage, les

soins aux enfants, l'instruction et les aspects financiers; 4) les besoins sociaux, englobant les relations sociales et sentimentales ainsi que la vie sexuelle et 5) les besoins de service, comprenant l'information, l'utilisation du téléphone et des transports en commun et les aides sociales. Le tableau VIII présente la fréquence des besoins dans chacune des cinq catégories selon l'évaluation des clients et des gestionnaires de cas.

Tableau VIII

Distribution des problèmes selon les catégories de besoins, selon l'Évaluation des besoins Camberwell (n=33)

Catégorie	Client		Gestionnaire de cas		Signification
	n	%	n	%	
Besoins de base (0-3)					n.s.
Aucun problème	3	9,1	5	15,2	
1 problème	10	30,3	10	30,3	
2 à 3 problèmes	20	60,6	18	54,5	
Besoins de santé (0-7)					p<0,05
1 à 2 problèmes	18	54,5	11	33,3	
3 à 5 problèmes	15	45,5	22	66,7	
Besoins de fonctionnement (0-5)					n.s.
Aucun problème	5	15,2	6	18,2	
1 à 2 problèmes	22	66,6	20	60,6	
3 à 4 problèmes	6	18,2	7	21,2	
Besoins sociaux (0-3)					p<0,005
Aucun problème	16	48,5	4	12,1	
1 problème	11	33,3	16	48,5	
2 à 3 problèmes	6	18,2	13	39,4	
Besoins de service (0-4)					n.s.
Aucun problème	11	33,3	14	42,4	
1 à 2 problèmes	20	60,6	18	54,5	
3 problèmes	2	6,1	1	3,0	

Selon les clients, près des deux-tiers d'entre eux rapportent de deux à trois problèmes dans la catégorie des besoins de base. Pour ce qui est des besoins de santé, on retrouve une distribution plutôt partagée, mais plus de la moitié des clients éprouvent de un à deux problèmes seulement. Quant aux besoins liés au fonctionnement, les deux-tiers des clients rapportent de un à deux problèmes dans cette catégorie. On retrouve une fréquence semblable dans la catégorie

des besoins de service. Pour les besoins sociaux, près de la moitié des clients n'y voient aucun problème et peu rapportent de deux à trois problèmes.

Selon les gestionnaires de cas, plus de la moitié des clients ont deux à trois problèmes dans les besoins de base. Dans la catégorie des besoins de santé, les deux-tiers des clients éprouvent entre trois et cinq problèmes. Quant aux besoins liés au fonctionnement, plus de 60% des clients ont au moins 1 à 2 problèmes dans cette catégorie et peu de clients (12%) selon les gestionnaires de cas, n'ont aucun problème social. Pour les besoins de service, plus de la moitié des clients ont entre un et deux problèmes dans cette catégorie.

En résumé, les clients et les gestionnaires de cas rapportent sensiblement le même nombre de problèmes dans la catégorie des besoins de base ($t(32) = 0,21$; n.s.), des besoins liés au fonctionnement ($t(32) = 1,00$; n.s.) et des besoins de service ($t(32) = 0,00$; n.s.). Les catégories qui diffèrent cependant de façon significative sont celles des besoins de santé et des besoins sociaux. Le personnel identifie plus de problèmes de santé que les clients ($t(32) = 2,30$; $p < 0,05$) et le double de problèmes sociaux ($t(32) = 3,60$; $p < 0,005$).

Parmi les 22 items du CAN, certains représentent des difficultés particulières pour les clients et occasionnent un besoin d'aide dans ces aspects de leur vie. Le tableau IX présente la fréquence de la présence d'un problème, qu'il soit modéré ou sérieux, et ce par ordre d'importance, selon les clients et leur gestionnaire de cas.

Tableau IX

Fréquence par ordre décroissant de la présence d'un problème modéré ou sérieux selon l'Évaluation des besoins Camberwell (n=33)

Client	n	%	Gestionnaire de cas	n	%
Symptômes psychotiques	29	87,9	Symptômes psychotiques	30	90,9
Détresse psychologique	25	75,8	Détresse psychologique	28	84,8
Alimentation	23	69,7	Relations sociales	26	78,8
Entretien du ménage	22	66,7	Activités quotidiennes	25	75,8
Logement	18	54,5	Aspects financiers	22	66,7
Activités quotidiennes	18	54,5	Alimentation	18	54,5
Aspects financiers	18	54,5	Logement	15	45,5
Santé physique	15	45,5	Santé physique	15	45,5
Relations sociales	15	45,5	Entretien du ménage (1)	13	39,4
Utilisation des transports	12	36,4	Hygiène personnelle (1)	13	39,4
Instruction	9	27,3	Information	13	39,4
Relations sentimentales	7	21,2	Relations sentimentales (7)	13	39,4
Aides sociales	7	21,2	Utilisation des transports (1)	10	30,3
Hygiène personnelle	6	18,2	Drogues et médicaments (1)	8	24,3
Information (1)	6	18,2	Vie sexuelle (14)	7	21,2
Utilisation du téléphone	5	15,1	Sécurité personnelle	6	18,2
Vie sexuelle (2)	4	12,1	Aides sociales	5	15,1
Alcool	2	6,1	Sécurité d'autrui	4	12,1
Drogues et médicaments	2	6,1	Alcool (1)	4	12,1
Sécurité personnelle	2	6,1	Instruction (1)	3	9,1
Sécurité d'autrui	1	3,0	Utilisation du téléphone	2	6,1
Soins des enfants	1	3,0	Soins des enfants	0	0,0

() Indique le nombre de fois qu'une cotation «0» (ne sait pas) a été obtenue pour cet item.

On constate qu'au premier rang, l'item le plus problématique est celui des symptômes psychiatriques, suivi en deuxième de la détresse psychologique et ce, selon les clients et les gestionnaires de cas. Les gestionnaires de cas par contre, identifient plus fréquemment que les clients, un problème pour ces deux items. Au troisième rang, les clients identifient un problème au plan de l'alimentation, alors que les gestionnaires de cas rapportent que les relations sociales sont problématiques pour plus des trois-quarts des clients. Les relations sociales se situent plutôt au neuvième rang en ordre d'importance parmi la liste des clients et ce, pour 45,5% d'entre eux. Au quatrième rang les deux-tiers des clients rapportent que l'entretien du ménage est problématique pour eux, alors que les gestionnaires de cas ne perçoivent cet item que pour 40% des clients. Au quatrième rang, les gestionnaires de cas identifient plutôt les activités quotidiennes comme causant problème pour les trois-quarts des clients, alors qu'un pourcentage moindre de clients (54,5%), rapporte ce problème.

Plus de la moitié des clients reconnaissent avoir des difficultés au niveau du logement, des activités quotidiennes et des finances. Les gestionnaires de cas identifient l'hygiène personnelle comme problématique pour 40% de la clientèle, alors que les clients eux-mêmes, rapportent cet item la moitié moins souvent. Il en va de même pour l'item de l'information orale ou écrite sur la maladie et le traitement, les gestionnaires de cas rapportent des difficultés deux fois plus souvent que les clients. Un pourcentage semblable est rapporté par les deux groupes relativement à l'utilisation des transports et les aides sociales. Quant au besoin d'instruction comprenant les habiletés à lire et à compter, ainsi que l'utilisation du téléphone, plus de clients admettent des difficultés à ce niveau, en comparaison avec les gestionnaires de cas. À l'opposé, les items de sécurité personnelle et d'autrui ainsi que l'abus de substances sont plus souvent identifiés comme étant problématiques par les gestionnaires de cas que par les clients. Aux relations sentimentales et à la vie sexuelle, les gestionnaires de cas ont répondu à plusieurs reprises une cotation «0»,

signifiant qu'ils ne savaient pas. L'item des soins aux enfants est peu applicable dans le cadre de cette étude.

Aide reçue

Suite à l'identification des problèmes, la deuxième et la troisième section de l'instrument CAN, s'adressent à l'aide reçue pour ces problèmes. La première forme d'aide, appelée aide informelle, est celle prodiguée par les proches du client (amis ou parents), alors que la deuxième forme d'aide est offerte de façon plus formelle par les services locaux, c'est à dire par des personnes rémunérées. Cette section de l'aide offerte par les services sociaux, se divise en deux questions. On demande tout d'abord de quantifier l'aide reçue par rapport à chaque item qui a préalablement été identifié comme posant problème, et ensuite de quantifier l'aide nécessaire ou le besoin d'aide pour chacun de ces problèmes identifiés. Afin de quantifier l'aide reçue et l'aide nécessaire, le choix de réponse du questionnaire est le suivant: 0=aucune aide, 1=peu d'aide, 2=aide modérée, 3=beaucoup d'aide et 9=ne sait pas. Le tableau X présente en résumé toutes les données obtenues pour les sections de l'aide reçue des proches et des services locaux ainsi que de l'aide nécessaire et ce, selon la version des clients et celle des gestionnaires de cas.

Tableau X

Aide reçue des proches et des services locaux selon
l'Évaluation des besoins Camberwell (n=33)

Moyenne d'aide pour l'ensemble des problèmes	Client		Gestionnaire de cas	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
Aide reçue des proches	0,54	0,44	0,59	0,52
Aide reçue des services locaux	1,33	0,60	1,47	0,51
Aide nécessaire des services locaux	1,55	0,56	1,66	0,52

L'aide reçue des proches pour chaque problème identifié est d'une moyenne de 0,54 selon les clients et de 0,59 selon les gestionnaires de cas, ce qui se traduit entre aucune aide et peu d'aide. La différence entre ces deux moyennes n'est pas significative ($t(32) = 0,62$; n.s.).

Quant à l'aide reçue des services locaux, les clients rapportent une moyenne de 1,33 et les gestionnaires de cas une moyenne légèrement plus élevée de 1,47, ce qui signifie pour les deux groupes, que pour les problèmes identifiés, les clients reçoivent entre peu d'aide et une aide modérée. La comparaison de la perception de l'aide reçue par les services locaux de la part des clients et de celle des gestionnaires de cas n'est pas significativement différente ($t(32) = 1,34$; n.s.).

Pour l'ensemble des problèmes identifiés, la perception de l'aide nécessaire est supérieure à l'aide reçue de la part des services locaux et ce, pour les clients et les gestionnaires de cas. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui a trait à la perception de l'aide nécessaire ($t(32) = 1,00$; n.s.). Les clients souhaitent recevoir légèrement plus d'aide (1,55) en comparaison avec l'aide offerte (1,33). Également, les gestionnaires de cas rapportent une moyenne plus élevée pour l'aide nécessaire relativement à l'ensemble des problèmes (1,66), en comparaison avec l'aide offerte (1,47).

Les figures 1 et 2 offrent une façon rapide de visualiser la différence entre le profil des aides reçues et celui des aides nécessaires selon les clients.

Figure 1
Aide reçue des services locaux (selon clients)

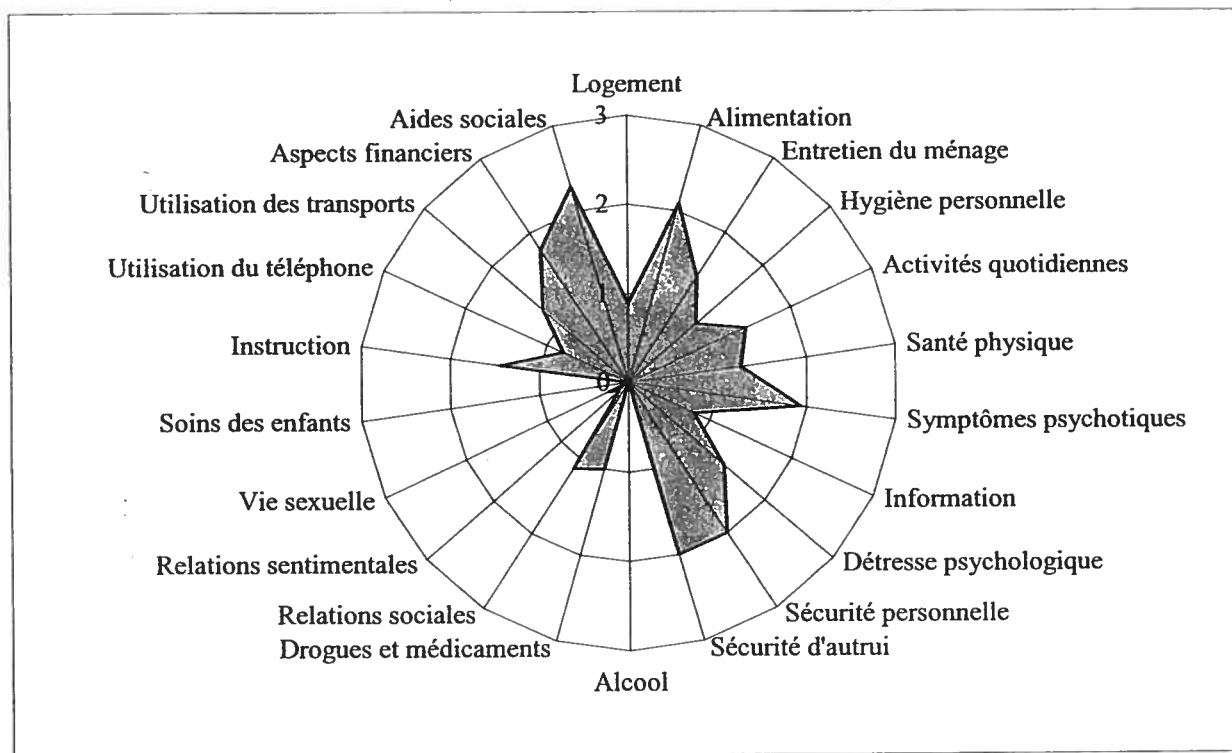
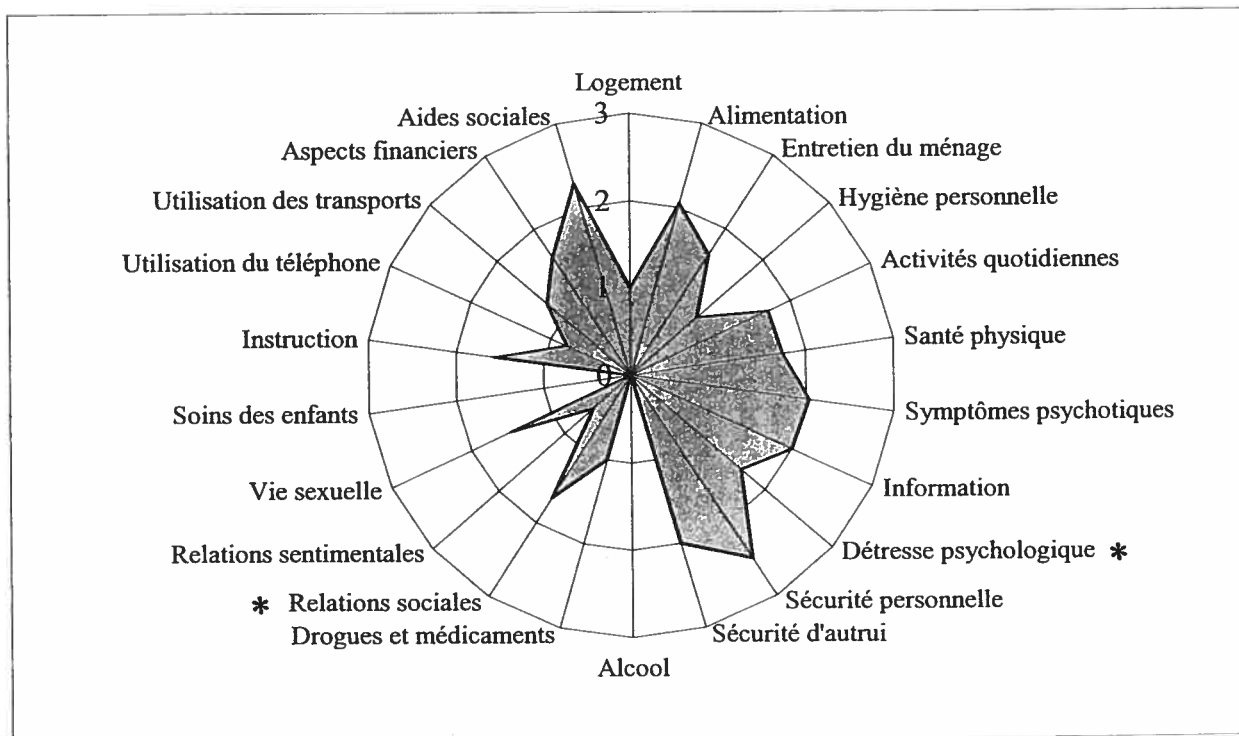


Figure 2
Aide nécessaire des services locaux (selon clients)



Pour l'ensemble des besoins identifiés selon la perception des clients, la différence entre l'aide nécessaire (1,55) et l'aide reçue (1,33) face aux problèmes identifiés par les clients est significative ($t(32) = 3,09$; $p < 0,005$). Sur le total des 22 besoins, on constate que les clients expriment un plus grand besoin d'aide que celle qu'ils reçoivent actuellement pour 12 de ces besoins, particulièrement pour les items de la santé physique et de la vie sexuelle; toutefois, seuls les items de la détresse psychologique ($t(24) = 2,29$; $p < 0,05$) et les relations sociales ($Z = 2,07$; $p < 0,05$) indiquent une différence significative entre l'aide reçue et l'aide nécessaire. La différence entre l'aide nécessaire et l'aide reçue pour l'information et la vie sexuelle semble marquée dans les figures 1 et 2. L'obtention d'un tel résultat et d'un possible biais dans le calcul statistique peuvent être attribués au nombre restreint de clients (12%) ayant identifié ce problème, mais par contre qualifié de sérieux et ne recevant aucune aide des services locaux. Les clients reçoivent donc moins d'aide qu'ils le souhaitent dans ces domaines de leur vie. Par contre, à l'item des aspects financiers, les clients rapportent recevoir plus d'aide qu'ils en ont besoin.

Les figures 3 et 4 comparent la version des questionnaires de cas entre l'aide que reçoivent les clients pour leurs problèmes et l'aide qui leur est nécessaire.

Figure 3
Aide reçue des services locaux (selon gestionnaires de cas)

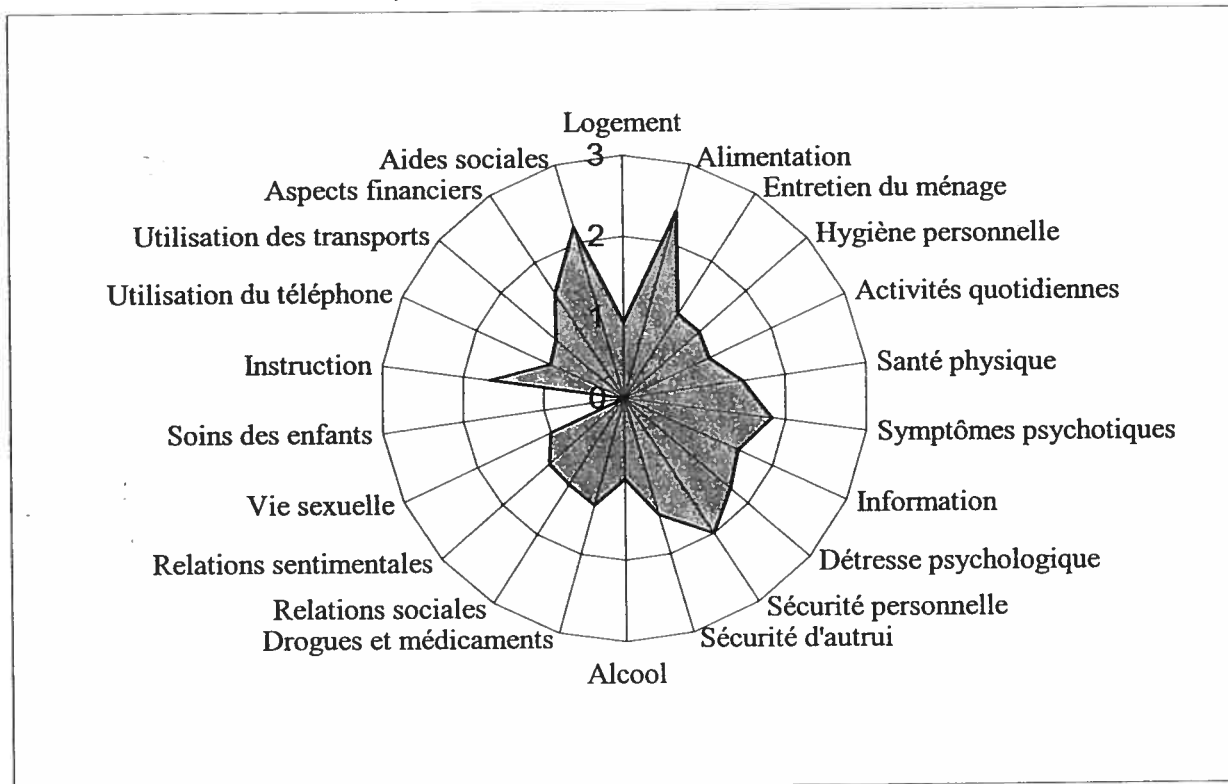
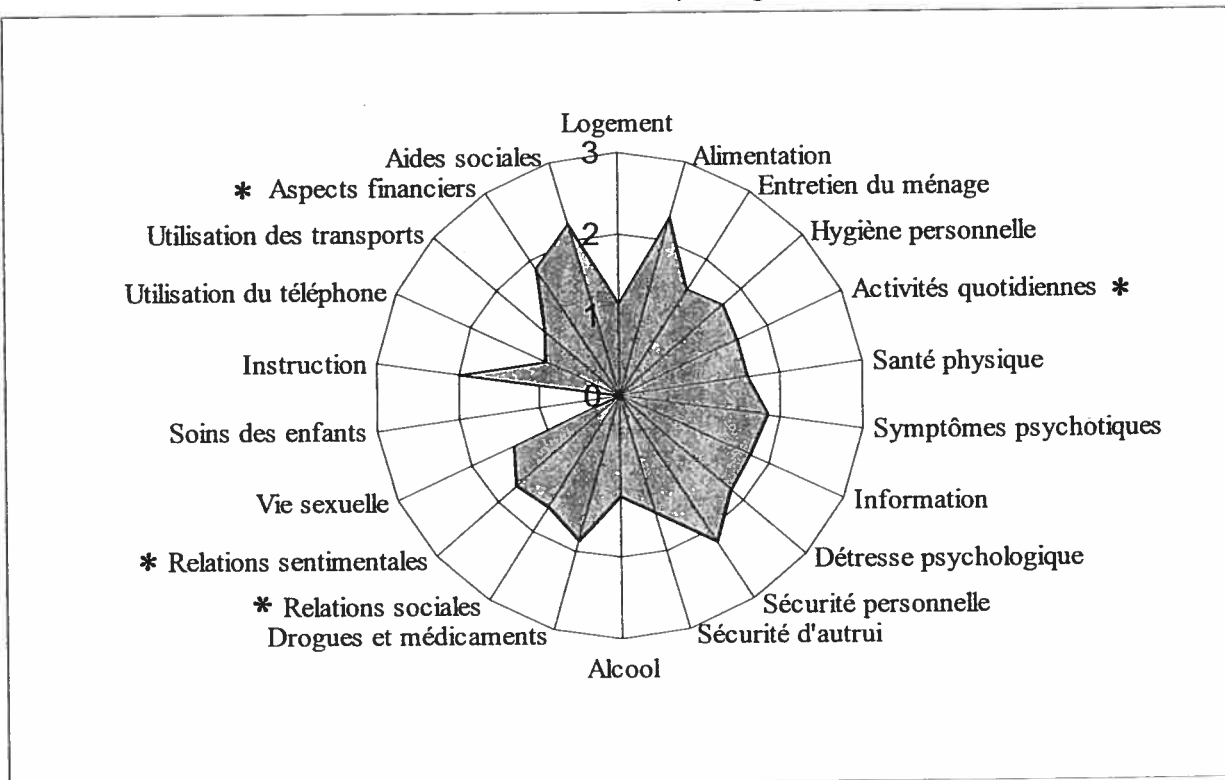


Figure 4
Aide nécessaire des services locaux (selon gestionnaires de cas)



Pour l'ensemble des besoins identifiés selon la perception des gestionnaires de cas, la différence entre l'aide nécessaire (1,66) et l'aide reçue (1,47) est significative ($t(32)= 3,54$; $p<0,005$). Sur le total des 22 besoins, les gestionnaires de cas reconnaissent un plus grand besoin d'aide que ce qui est offert pour 16 des besoins, et de façon plus marquée pour l'hygiène personnelle, l'usage de drogues et médicaments et la vie sexuelle. Toutefois, seuls les items des activités quotidiennes ($t(24)= 2,68$; $p<0,05$), des relations sociales ($t(25)= 2,60$; $p<0,05$), des finances ($t(21)= 2,62$; $p<0,05$) et des relations sentimentales ($Z= 2,12$; $p<0,05$) indiquent une différence significative entre l'aide reçue et l'aide nécessaire. Selon les résultats obtenus des gestionnaires de cas, il semble que l'aide offerte pour l'alimentation soit supérieure à l'aide nécessaire.

Pertinence et satisfaction de l'aide reçue

La dernière section du CAN permet de déterminer la pertinence de l'aide et la satisfaction de l'aide reçue. Cependant, la question portant sur la satisfaction s'adresse uniquement au client. Afin de savoir si le type d'aide apporté est approprié ou non, et pour obtenir le degré de satisfaction des clients par rapport à l'aide reçue pour chaque besoin, il faut d'abord que ce besoin ait été identifié comme étant problématique. Puisqu'il faut prendre en considération le petit nombre de répondants à certains items, seuls les besoins où près de la moitié des répondants se sont prononcés ont été retenus dans cette section.

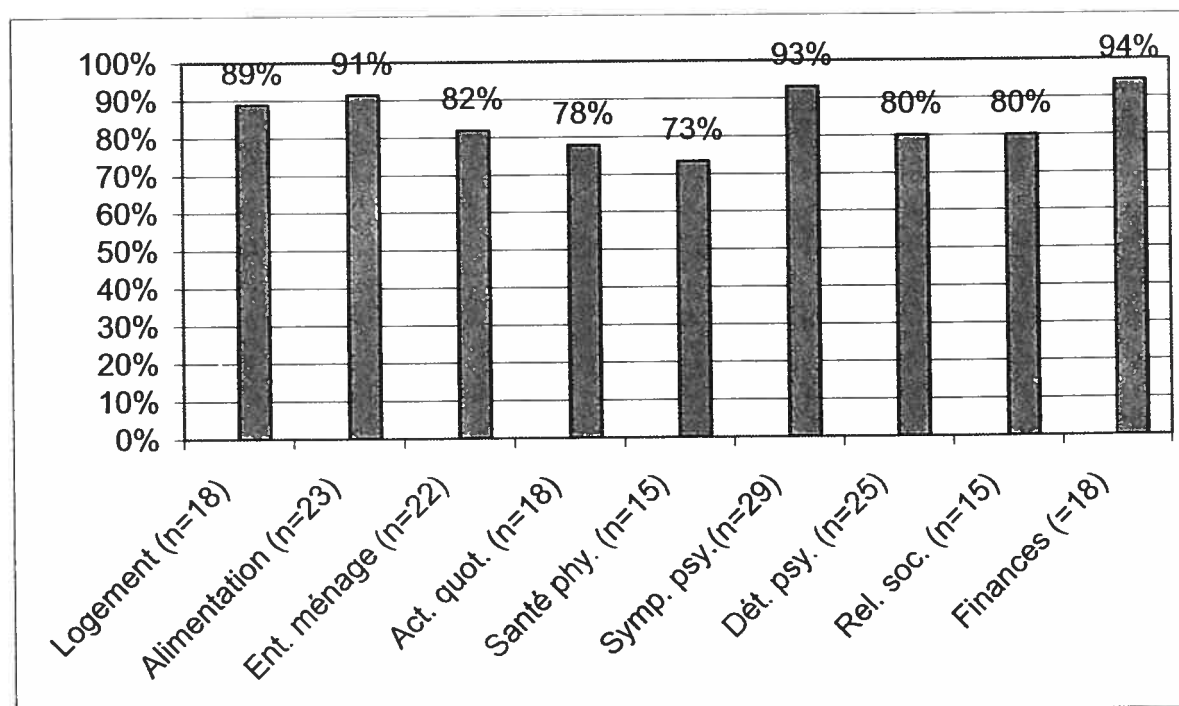
Quant à la pertinence de l'aide reçue pour l'ensemble des besoins, une cote de «0» obtenue signifie que le type d'aide apporté n'est pas approprié, alors qu'une cote de «1» signifie que l'aide apportée est appropriée. Dans l'ensemble, les résultats obtenus sont similaires de la part des clients et des gestionnaires de cas. Au premier rang, les deux groupes rapportent que

l'aide reçue pour les activités quotidiennes est la moins appropriée. Au deuxième rang, les clients identifient l'entretien du ménage alors que les gestionnaires identifient les relations sociales où le type d'aide est le moins approprié. La santé physique est le seul item pour lequel on note une perception significativement différente ($Z= 2,00$; $p<0,05$) entre les gestionnaires de cas et les clients; près de la moitié de ceux-ci expriment ne pas recevoir le type d'aide approprié pour ce problème.

À la figure 5, sont présentés les résultats du degré de satisfaction de l'aide reçue, selon la perception des clients.

Figure 5

Satisfaction de l'aide reçue selon les clients
selon l'Évaluation des besoins Camberwell (n=33)



Note: 0% = insatisfait 100% = satisfait

Quant à la satisfaction de l'aide reçue, une cote de «0» obtenue signifie que le client est insatisfait de l'aide reçue, alors qu'une cote de «1» signifie qu'il est satisfait. Ces degrés de satisfaction transmis en pourcentage décrivent les plus hauts taux de satisfaction pour les aspects financiers, les symptômes psychotiques, l'alimentation et le logement. Les clients sont donc satisfaits de l'aide qu'ils reçoivent de la part des services locaux, dans ces aspects de leur vie. Selon la liste des besoins où près de 50% des clients se sont exprimés, le besoin relié à la santé physique obtient le degré de satisfaction le moins élevé.

FONCTIONNEMENT PSYCHOSOCIAL

La deuxième question à laquelle la présente étude tente de répondre est reliée au fonctionnement psychosocial du client dans la communauté, selon la perception du gestionnaire de cas responsable du client. Le niveau de fonctionnement psychosocial est évalué à l'aide de l'Échelle d'habiletés dans la communauté Multnomah (MCAS), par les gestionnaires de cas seulement. À chacune des 17 questions ou items du questionnaire, l'échelle de type Likert varie de 1 à 5. Plus le résultat est élevé, meilleur est le fonctionnement du client, et à l'opposé, un résultat faible indique une difficulté de fonctionnement. Le tableau XI présente les moyennes et les écart-types obtenues à l'aide du MCAS et ce, pour chacun des items des quatre dimensions de l'instrument.

Tableau XI

Échelle d'habiletés dans la communauté Multnomah (n=33)

Items	Moyenne	Écart-type
Obstacles au fonctionnement		
Santé physique	4,2	1,1
Fonctionnement intellectuel	4,3	1,0
Processus de la pensée	3,4	1,0
Perturbation de l'humeur	3,7	1,0
Réaction au stress et à l'anxiété	3,2	0,9
Score total de la dimension 1	18,7	3,4
Adaptation à la vie quotidienne		
Capacité à gérer son argent	3,2	1,5
Autonomie dans la vie quotidienne	3,8	1,3
Acceptation de la maladie	4,1	1,2
Score total de la dimension 2	11,2	3,3
Compétences sociales		
Acceptation sociale	3,3	0,9
Intérêt social	3,2	1,0
Efficacité sociale	3,1	0,8
Réseau social	2,4	1,1
Activités significatives	2,8	1,1
Score total de la dimension 3	14,8	3,3
Problèmes de comportement		
Adhésion au traitement pharmacologique	4,4	1,0
Collaboration avec intervenants/professionnels	4,1	1,1
Abus d'alcool et/ou de drogues	4,2	1,3
Contrôle des impulsions	4,0	1,2
Score total de la dimension 4	16,8	3,5
Score total	61,6	9,4

La première dimension du MCAS réfère aux symptômes physiques et psychiatriques rendant la vie difficile au client. Selon les questionnaires de cas, le quart de la clientèle a une incapacité physique modérée ou prononcée. Pour 60% des clients, leur fonctionnement intellectuel est normal ou au-dessus de la normale. La majorité des clients ont un processus de la pensée allant de légèrement à modérément perturbé et pour 15% d'entre eux, celui-ci est perturbé

de façon prononcée. Ces mêmes résultats s'appliquent à la perturbation de l'humeur. L'item qui présente le plus de difficulté dans la dimension des obstacles au fonctionnement est la réaction au stress et à l'anxiété, puisque que seulement 3% ont une réaction normale face au stress et à l'anxiété.

La deuxième dimension du MCAS comprend la façon dont le client fonctionne dans la vie quotidienne et la façon dont il s'est adapté aux limites imposées par sa maladie mentale. Un bon nombre de clients (64%) fonctionnent de façon assez autonome dans la vie quotidienne et les trois-quarts d'entre eux acceptent leur maladie. L'item le plus problématique dans cette dimension est la capacité à gérer l'argent, avec une moyenne de 3,2 sur 5. Il faut par contre tenir compte de la distribution, puisque autant de clients (25%) gère presque toujours leur argent de façon adéquate, et à peu près le même nombre ne gère jamais leur argent adéquatement.

La troisième dimension du MCAS se rapporte aux relations interpersonnelles du client et sa participation à des activités. Les trois-quarts de la clientèle possèdent un réseau social plutôt limité et ont de la difficulté à s'engager dans des activités significatives. Les deux-tiers des clients ont de la difficulté dans leurs relations avec les autres et dans des situations sociales. Par contre, toujours selon les gestionnaires de cas, pour la moitié de la clientèle, la réaction des gens face à eux est généralement assez positive.

La dernière dimension du MCAS se rapporte aux problèmes de comportement qui rendent difficile l'intégration du client dans la communauté et son adhésion au traitement prescrit. Le plus haut score obtenu concerne l'adhésion au traitement pharmacologique puisque 85% des clients prennent habituellement bien ou presque toujours leurs médicaments. Dans une proportion de 75%, les clients collaborent bien avec les professionnels en respectant les rendez-vous et les plans de traitements. À la question reliée à l'abus de substances, il est rapporté

qu'environ le tiers des clients abuse de substances et ce, à différent degré, et que les trois-quarts d'entre eux manifestent rarement ou jamais d'épisode de passage à l'acte.

Selon ses résultats, on constate que la dimension des compétences sociales cause le plus de difficultés aux clients avec les scores les plus bas reliés au réseau social, aux activités significatives, à l'efficacité sociale ainsi qu'à l'intérêt social. À l'opposé, les items obtenant un score plus élevé sont ceux que l'on retrouve dans la dimension des problèmes de comportements; l'adhésion au traitement pharmacologique est l'item le moins problématique.

Enfin, selon le MCAS, un score total se situant entre 17 et 47 signifie un niveau de fonctionnement considéré faible, entre 48 et 62 un fonctionnement moyen, et entre 63 et 85 un fonctionnement élevé. Pour l'ensemble des clients de l'étude, le score total moyen est de 61,6 et la distribution selon les niveaux de fonctionnement est présenté au tableau XII.

Tableau XII

Niveau de fonctionnement selon l'échelle d'habiletés dans la communauté Multnomah (n=33)

Niveau de fonctionnement	n	%
Faible (17 – 47)	2	6,1
Moyen (48 – 62)	17	51,5
Élevé (63 – 85)	14	42,4

UTILISATION DES SERVICES HOSPITALIERS PSYCHIATRIQUES

La troisième question de recherche s'intéresse à l'utilisation des services hospitaliers psychiatriques par le client depuis son congé du SCL. Cette variable à l'étude concerne plus spécifiquement le nombre de visites à la salle d'urgence, le nombre d'admissions à l'interne ainsi que la durée de séjour de celles-ci en regard des journées d'hospitalisation. Le tableau XIII présente les moyennes mensuelles obtenues pour l'ensemble des clients de l'étude. La durée de

séjour au SLC, ainsi que la période de temps s'étant écoulée depuis le congé du SLC diffèrent avec chaque client, dépendamment du nombre de mois de suivi par le SLC et de la période de temps écoulée depuis la fin du suivi, également en nombre de mois. La seule période de temps qui est la même (12 mois) pour tous les clients est celle de la période précédant le suivi par le SLC. Un résumé de toutes les données concernant l'utilisation des services hospitaliers psychiatriques est présenté au tableau XIII.

Tableau XIII
Utilisation des services hospitaliers psychiatriques (n=33)

	Pré-SLC		Durant SLC		Post-SLC		Signification
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	
Visites à l'urgence	0,15	0,18	0,10	0,17	0,05	0,10	p<0,01 entre pré et post
Admissions à l'interne	0,07	0,09	0,04	0,06	0,02	0,03	p<0,05 entre durant et post p<0,005 entre pré et post
Nombre de jours à l'interne	2,49	3,88	0,83	1,43	0,54	1,06	p<0,05 entre pré et durant p<0,05 entre pré et post

Pour l'ensemble des clients de l'étude, on peut observer une diminution moyenne du nombre des visites à l'urgence entre la période pré-suivi intensif et celle durant le suivi. On peut observer le même phénomène entre la période du suivi et par la suite, lorsque les clients ont quitté le SLC. Par contre, seule la diminution entre la période pré-suivi et post-suivi est significative ($t(32)= 2,99$; $p<0,01$).

On observe une diminution du nombre des admissions à l'interne lors du suivi intensif en comparaison avec la période précédente, mais cette diminution n'est pas significative. Toutefois, on observe une diminution significative des admissions entre la période du suivi intensif au SLC

et le post-suivi ($t(32)= 2,72$; $p<0,05$). La diminution des admissions entre le pré-suivi et le post-suivi est également significative ($t(32)= 3,21$; $p<0,005$).

Quant au nombre de jours d'hospitalisation à l'interne, ce dernier est trois fois moins élevé entre la période pré-suivi et la période du suivi au SLC, passant de 2,49 jours par mois à 0,83 jour. Cette diminution est significative ($t(32)= 2,27$; $p<0,05$). La diminution du nombre de jours d'hospitalisation entre la période pré-suivi et celle post-suivi est également significative ($t(32)= 2,65$; $p<0,05$).

En résumé dans ce quatrième chapitre, les résultats démontrent que les clients ayant reçu leur congé du suivi intensif ont peu de problèmes sérieux, sont en mesure de répondre à plusieurs de leurs besoins, tout en nécessitant de l'aide dans certains aspects de leur vie. L'aide reçue pour certains besoins est inférieure à l'aide nécessaire, particulièrement pour les relations sociales tandis que l'aide la moins appropriée est celle reliée aux activités quotidiennes. Le type d'interventions offert pour les problèmes de santé physique mérite également d'être révisé. Il en ressort que plus de 90% des clients à l'étude ont un fonctionnement considéré soit moyen ou élevé, ils ont peu de problèmes de comportement et leurs plus grandes difficultés se retrouvent dans la dimension des compétences sociales. Depuis la cessation du suivi intensif, il n'y a pas eu de hausse du nombre de visites à salle d'urgence ou d'hospitalisation.

CHAPITRE V

LA DISCUSSION

La présente étude avait pour but de décrire les besoins, le fonctionnement psychosocial et l'utilisation des services de clients suite à un congé d'un programme de suivi intensif dans la communauté. Ce dernier chapitre tentera tout d'abord de faire ressortir les forces et les limites de l'étude, et de commenter les caractéristiques de la clientèle ayant participé à cette recherche. Par la suite, les résultats de recherche obtenus seront discutés et comparés à d'autres études qui ont été réalisées auprès d'une clientèle similaire ou qui ont utilisé les mêmes instruments de mesure. Finalement, un retour sur le cadre conceptuel et des recommandations compléteront ce chapitre.

FORCES DE L'ÉTUDE

Dans les écrits, peu d'études rapportent des données en regard de clients ayant reçu leur congé d'un programme de suivi intensif puisque jusqu'à maintenant, ces programmes accordent rarement de tels congés. La présente étude est donc originale, en présentant des données peu disponibles dans les écrits. De plus, le fait que cette étude fournisse des renseignements portant sur les besoins perçus de la part des clients et de leurs gestionnaires de cas, rend celle-ci intéressante en offrant un volet complémentaire de ces deux perspectives.

Malgré le devis de recherche transversal utilisé dans la présente étude, certaines données disponibles dans les dossiers des clients nous ont permis de comparer de façon rétrospective, leur utilisation des services à différentes périodes de leur suivi en clinique externe, notamment celles qui précède et suit le suivi intensif. La variable de l'utilisation des services, en plus de servir souvent comme critère qualifiant la clientèle, est largement utilisée dans les écrits pour se

prononcer sur l'efficacité ou l'impact des programmes de suivi dans la communauté et peut constituer une indication intéressante à cet égard dans la présente recherche.

En plus de l'apport novateur de cette étude, la pertinence et les qualités psychométriques des instruments de mesure utilisés s'ajoutent aux forces de cette dernière. D'une part, il s'agit d'instruments reconnus pour leur validité et leur fidélité, permettant également des bases de comparaisons intéressantes. D'autre part, quelques concepts ont été mesurés à l'aide de différents instruments et comme nous le discuterons plus loin, les résultats démontrent une certaine cohérence entre les données, notamment au plan de l'abus de substances et du fonctionnement psychosocial.

LIMITES DE L'ÉTUDE

La collecte de données limitée à un seul temps de mesure, ne permet pas la comparaison des besoins et du fonctionnement du client avant, durant et à la suite du programme intensif. En effet, il aurait été intéressant de comparer le profil de la clientèle lorsqu'elle bénéficiait du suivi intensif, y compris au début et à la fin du suivi. Toutefois, ce type de comparaison aurait supposé une durée de l'étude beaucoup plus longue compte tenu de la durée de séjour moyenne au Service de liaison communautaire (SLC), ce qui ne pouvait être réalisée dans le cadre d'un mémoire de maîtrise. L'étendue de la durée du suivi au SLC varie considérablement avec chaque client (7 à 64 mois) et il en est de même pour la période post-suivi (6 à 71 mois). Cette hétérogénéité est susceptible d'influencer la perception des besoins et le fonctionnement psychosocial. De plus, la variation de ces périodes de temps contribue à l'obtention d'une grande mesure de dispersion et de moyennes mensuelles représentées par de petites valeurs pour la variable de l'utilisation des services, ce qui peut s'avérer difficile à interpréter. Enfin, il est à souligner que des analyses bivariées ont été réalisées avec les moyennes de chaque temps de mesure; bien que des analyses

plus poussées auraient été souhaitables, les variations de durée et le nombre restreint de sujets ne permettaient pas de telles analyses. La portée de ces analyses reste donc limitée et ne sert qu'à offrir un point de comparaison entre les différentes modalités de traitement.

La chercheure principale a rencontré tous les clients afin de compléter l'Évaluation des besoins Camberwell (CAN). Pour des raisons de faisabilité et de disponibilité des gestionnaires de cas, la chercheure principale a plutôt rencontré individuellement chacun d'eux afin d'offrir l'information nécessaire pour remplir le questionnaire CAN. Par la suite, les gestionnaires de cas ont complété ce dernier par eux-mêmes, pour chacun de leur client. Cette façon de procéder a pu introduire un certain biais dans la compréhension des items et la façon de répondre de chaque gestionnaire de cas, biais qu'il a été impossible de vérifier.

L'instrument CAN offre un volet comparatif grâce aux renseignements obtenus de la part des clients et de leurs gestionnaires de cas. Ce n'est pas le cas pour l'Échelle d'habiletés dans la communauté Multnomah (MCAS), puisque au moment de la collecte de données, les auteurs étaient à développer une version client de l'instrument, non disponible au moment de l'étude. Pour ce deuxième instrument, on doit donc se limiter uniquement à la version des gestionnaires de cas.

Malgré les qualités psychométriques des instruments de mesure utilisés et la similitude des résultats de certains items mesurés à l'aide des deux instruments, d'autres items par contre, ont obtenu des réponses quelque peu divergentes. C'est le cas, entre autres, des items de santé physique et des aspects financiers. Des clarifications sont nécessaires pour en faire l'interprétation et seront discutées plus loin.

Les critères d'inclusion et d'exclusion retenus, le refus de participer et l'incapacité de rejoindre un certain nombre de clients, sont des facteurs qui ont contribué à l'obtention d'un échantillon de plus petite taille. Sur 46 clients qui étaient éligibles à l'étude, 33 ont accepté de

participer, pour un pourcentage de refus de 28%. Ce nombre de 33 participants restreint passablement la généralisation des résultats. On peut se demander que sont devenus ceux qui n'ont pas été rencontrés, si les caractéristiques reliées à leurs besoins, fonctionnement psychosocial et à l'utilisation des services sont différentes de celles des participants. Chez ceux qui ont refusé de prendre part à l'étude, on retrouve les caractéristiques suivantes: 60% sont des hommes, avec une moyenne d'âge de 43 ans et presque tous recevaient leur suivi à la clinique externe de l'Hôpital général de Montréal au moment de l'étude. Ces clients ont reçu un suivi intensif pour une période moyenne de 13 mois; c'est donc dire, pour une période de temps plus courte que la période moyenne des clients à l'étude. Il est possible que cette durée de séjour plus brève au SLC ait pu contribuer à ce que ces clients créent moins de liens d'attache avec les gestionnaires de cas et éprouvent ainsi moins d'intérêt à partager leurs perceptions, ce qui peut expliquer en partie leur refus. Quant à la période depuis le congé du SLC, la distribution est assez partagée, puisque 60% des clients avaient quitté depuis plus de trois ans, et les autres, depuis moins de trois ans.

Également, il aurait été souhaitable d'être en mesure de regrouper les participants de l'étude en sous-groupes, afin d'évaluer ces derniers selon leur durée de suivi intensif, et selon une période de post-suivi similaire. Cela n'a pas été possible à cause du nombre restreint de participants à l'étude. Par exemple, les clients ayant reçu leur congé plus récemment peuvent avoir manqué de recul face à leur condition et à leurs besoins, alors que ceux qui avaient quitté depuis plus longtemps le SLC offrent possiblement un portrait différent, ayant maintenu une certaine stabilité pour une plus longue période, sans avoir à retourner au suivi intensif. Des analyses plus raffinées permettraient peut-être de comparer les besoins et le fonctionnement psychosocial des clients qui ont récemment quitté le SLC avec ceux qui ont reçu leur congé depuis plus longtemps.

CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTÈLE À L'ÉTUDE

On sait que les clients qui ont reçu leur congé du programme SLC se distinguent de l'ensemble des clients actuellement suivis dans ce programme par les caractéristiques suivantes:

1) ils sont plus âgés, 2) ils ont moins de problèmes d'abus de substances et de démêlés avec la justice, 3) un plus grand nombre d'entre eux bénéficient d'une stabilité et d'une supervision pour le logement et 4) plusieurs administrent leur revenu.

Les caractéristiques de la clientèle à l'étude peuvent se comparer à celles de l'étude de McRae et al.,(1990), qui rapporte que les clients ayant nécessité moins de réhospitalisation et demeuré dans la communauté à la suite d'un programme de cinq années de gestion intensive de cas, sont plus âgés, bénéficient de plus d'aide pour le logement et possèdent un fonctionnement de niveau élevé. Il en est de même dans l'étude de Salyers et al., (1998), où les clients qui transfèrent d'un programme de suivi intensif à un suivi moins intensif, présentent moins de problème d'abus de substances. Par contre, dans cette même étude, plus de femmes bénéficient d'un transfert, alors qu'au SLC la proportion est légèrement inférieure à celle des hommes (40%) qui reçoivent un congé. De plus, selon Salyers et al.,(1998), les clients qui quittent, ont plus fréquemment un diagnostic de désordre affectif plutôt que de schizophrénie, alors qu'au SLC, plus de 90% des clients recevant leur congé, souffrent de schizophrénie.

CARACTÉRISTIQUES DU SUIVI EN CLINIQUE EXTERNE

Une feuille-contact relatant les activités et les interventions réalisées par les gestionnaires de cas permet de démontrer quelles sont les caractéristiques du suivi offert aux cliniques externes de type traditionnel. Ces caractéristiques s'apparentent vraiment au suivi d'intensité faible à modéré en ce sens qu'il n'a pas lieu dans la communauté, qu'il est relativement peu fréquent et

que le type d'interventions se distingue du suivi intensif. En effet, les gestionnaires de cas, différemment des intervenants au SLC, font peu d'accompagnement et sont moins appelés à intervenir en situation de crise. Les domaines d'intervention des gestionnaires de cas aux cliniques externes sont plutôt centrés sur la santé mentale et les activités de la vie quotidienne, alors qu'au suivi intensif, tout ce qui est relié aux besoins de base, à l'alimentation, au logement et aux soins personnels deviennent prioritaires, alors que la situation du client est déjà fragilisée par une condition psychiatrique instable. De plus, les abus de substances problématiques et les conséquences judiciaires qu'ils entraînent sont plus fréquents au suivi intensif et demandent une attention particulière.

BESOINS

Identification des besoins

Sur l'ensemble des 22 besoins évalués, les clients et leurs gestionnaires ont une perception similaire en estimant en moyenne 6 besoins qui occasionnent ou sont sources de problème modéré. Toutefois, en ce qui a trait au problème de type sérieux, les gestionnaires de cas en identifient un plus grand nombre, en moyenne de deux à trois pour chaque client. On aurait pu s'attendre à ce que la clientèle dont la condition a nécessité un service intensif d'une période moyenne de deux années, expérimente plus de problèmes sérieux. Or, il faut tenir compte de la période qui s'est écoulée depuis le congé du SLC (moyenne trois ans), où les clients semblent relativement bien fonctionner, sont demeurés stables en recevant les services des cliniques externes de type traditionnel et ne sont pas revenus au suivi intensif. Les gestionnaires de cas ont identifié en ordre de priorité, comme problèmes sérieux, les activités quotidiennes, les aspects financiers, les relations sociales, la détresse psychologique, les symptômes psychotiques et les

relations sentimentales. Les clients ont plutôt mentionné les aspects financiers, la détresse psychologique et l'entretien du ménage comme problèmes sérieux.

Le CAN a aussi été utilisé lors d'une étude sur l'évaluation des besoins de personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux graves (Poirier et al., 2000). Selon le personnel intervenant auprès de ces clients, ces derniers ont des problèmes sérieux avec les relations sentimentales et sociales, les aspects financiers, l'alimentation, les activités quotidiennes et les symptômes psychotiques. En comparant avec les données des questionnaires de cas de l'étude, on constate que la liste des problèmes sérieux est très similaire chez ces deux groupes vivant dans la communauté. Dans une autre étude (Bonsack et Lesage, 1998), auprès de personnes souffrant de troubles mentaux graves et longuement hospitalisés, où le CAN a également servi de mesure, l'identification des problèmes sérieux diffère quelque peu. Ces clients ne vivant pas dans la communauté ont des problèmes sérieux avec les relations sociales, l'utilisation des transports, les symptômes psychotiques, les activités quotidiennes et la santé physique. Selon les questionnaires de cas de la présente étude et malgré le milieu de vie très différent, on retrouve la moitié des problèmes identifiés comme sérieux dans les deux groupes, soit les symptômes psychotiques, les activités quotidiennes ainsi que les relations sociales.

Fréquence des problèmes selon les catégories de besoins

L'examen de la fréquence cumulée des problèmes selon les cinq catégories de besoins pour l'ensemble des clients et des questionnaires de cas permet de constater que les domaines où la fréquence des problèmes est plus élevée sont d'abord les besoins de santé, suivi des besoins de base, des besoins de fonctionnement, des besoins sociaux et de service. En ce qui a trait à la perception de la fréquence des problèmes dans les besoins de santé, la perception des clients diffère largement de celle des questionnaires de cas. Cependant, il est plausible que l'on retrouve

plus de problèmes liés à la santé à cause des items compris dans cette catégorie de besoins et du caractère chronique des problèmes que présente le client. Ainsi, malgré une certaine stabilité après le suivi intensif, il semble qu'une grande vulnérabilité demeure présente chez ces clients.

Parmi les besoins de santé figurent les abus de substances. À ce sujet, 12% des clients identifient un problème relié à l'abus d'alcool et de drogues. Ce pourcentage est trois fois plus élevé selon la perception des gestionnaires de cas. On peut penser que les clients tentent de minimiser leurs problèmes reliés à l'abus de substances et des conséquences qu'ils ont sur leur état de santé. De plus, certains clients utilisent parfois les drogues ou l'alcool pour soulager des symptômes psychotiques et de la détresse psychologique, qui malgré la prise de médicaments, demeurent partiellement contrôlés. Également dans la catégorie des besoins de santé, un faible pourcentage de clients rapporte un problème pour leur sécurité personnelle (6%) et la sécurité d'autrui (3%), alors que les gestionnaires de cas eux, mentionnent trois fois plus souvent ces items comme étant source de difficulté.

Quant aux besoins sociaux, près de la moitié des clients ont répondu n'avoir aucun problème dans cette catégorie, alors que la perception des gestionnaires de cas diffère, puisque près de 40% d'entre eux rapportent 2 ou 3 problèmes d'ordre social sur un total possible de 3 problèmes. Il est possible que les clients qui ont connu d'importantes difficultés avec les besoins de base dans le passé et dont la situation de vie était précaire, accordent moins d'importance à leurs besoins sociaux, en comparaison des besoins qui peuvent leur sembler plus essentiels à leur survie dans la communauté. Par ailleurs, il peut être difficile pour plusieurs d'entre eux d'initier ou de maintenir une relation sentimentale et d'avoir une vie sexuelle satisfaisante. Également, il peut être gênant pour les clients d'exprimer leur opinion face à ces aspects privés de leur vie et ils préfèrent répondre qu'il n'y a pas de problème, de crainte d'avoir à élaborer sur ce type de difficultés.

Fréquence des problèmes modérés et sérieux

Lorsque l'on examine l'ensemble des problèmes jugés modérés et sérieux, selon leur fréquence, on constate quelques différences dans la perception des clients et des gestionnaires de cas. Toutefois, les symptômes psychotiques et la détresse psychologique figurent au même rang pour les deux groupes, confirmant ces grandes difficultés malgré le traitement et les services reçus. Ce résultat ne doit pas surprendre, puisque la plupart des clients souffrant d'une maladie mentale grave sont vulnérables à tout changement dans leur vie au quotidien et voient leurs symptômes psychotiques et leur détresse psychologique facilement amplifiés lors de situation stressante. Les symptômes psychotiques résiduels malgré le traitement, en plus de la condition fragile de la personne peuvent aussi susciter beaucoup de détresse psychologique.

La différence la plus marquante au plan de la fréquence des problèmes modérés et sérieux est au niveau des relations sociales. Selon les gestionnaires de cas, près de 80% des clients ont des difficultés à ce niveau, alors que pour ces derniers, ce domaine est moins fréquemment source de difficulté; la moitié moins des clients identifient un problème avec leurs relations sociales. Plusieurs clients expérimentent des symptômes psychotiques chroniques, vivent isolé avec peu de contact et ont un réseau de soutien limité. Les trois-quarts des clients à l'étude sont célibataires et près de la moitié habitent seuls en appartement. Pour eux, les problèmes semblent se situer beaucoup moins au niveau social. La majorité d'entre eux ont de la difficulté à entrer en contact avec les autres et à maintenir des relations sociales ou tout simplement, accordent moins d'importance à cet aspect de leur vie. Au troisième rang, au lieu des relations sociales, plus des deux-tiers des clients rapportent plutôt des problèmes avec leur alimentation, alors que la moitié des gestionnaires de cas l'identifient comme un problème modéré ou sérieux. Il en est de même pour l'entretien du ménage, les deux-tiers des clients rapportent des difficultés, alors que moins

de la moitié des gestionnaires de cas y voient un problème. Lors du suivi régulier aux cliniques externes, presque toutes les visites ont lieu au bureau du gestionnaire de cas, ce qui ne permet pas d'observer le client dans son environnement et d'obtenir de précieuses informations sur ces différents aspects de la vie quotidienne. Ainsi, ces deux aspects, soit l'alimentation et l'entretien du ménage sont difficilement observables à la clinique du gestionnaire de cas; ce dernier doit plutôt se fier aux propos rapportés par le client. Le gestionnaire de cas peut donc avoir minimisé les problèmes du client dans ces aspects de la vie quotidienne.

Selon les gestionnaires de cas, les trois-quarts des clients éprouvent un problème avec les activités quotidiennes, que ce soit sous forme d'activités sociales ou domestiques, de participation à un centre de jour ou d'un emploi protégé et pour 30% d'entre eux, il s'agit d'un problème sérieux. Par contre, la moitié moins de clients perçoivent un problème avec l'occupation de leur temps. Cette différence de perception peut être liée à la persistance des symptômes négatifs de la maladie caractérisée par un manque de motivation et d'intérêt à prendre part à des activités quotidiennes. Il n'en demeure pas moins que la moitié des clients y voient un problème à cette dimension. On peut supposer que l'isolement, le manque de ressources dans la communauté ou les obstacles pour s'y rendre sont des facteurs contribuant au problème des activités quotidiennes.

Quant au logement, à peu près les mêmes pourcentages ont été obtenus de la part des clients et des gestionnaires de cas. Cependant, aucun client ne perçoit ce problème comme étant sérieux. À peu près la moitié des clients à l'étude vivent seul en appartement et l'autre moitié résident en foyer de groupe ou en résidence. Une insatisfaction face au logement peut être attribuée à plusieurs facteurs. Certains clients vivent dans un endroit inadéquat ou qu'ils n'ont pas choisi. C'est le cas pour certains placements en foyer de groupe où il a été jugé, pour diverses raisons, que le client nécessitait une supervision, alors que ce dernier n'en voyait pas le

besoin. De plus, une grande proportion du revenu est consacrée à défrayer les coûts du logement, réservant peu d'argent pour les dépenses personnelles et les loisirs.

Les données socio-démographiques indiquent que les deux-tiers des clients administrent eux-mêmes leur revenu, mais non sans difficulté. Lorsque mesuré à l'aide du CAN, il ressort que les aspects financiers causent problème pour plus de la moitié des clients et selon les gestionnaires de cas, pour plus des deux-tiers. Il faut également mentionner que les finances figurent dans les premiers rangs des problèmes sérieux, selon les deux groupes de répondants. À cause de la chronicité et la gravité des symptômes de la maladie, la plupart des clients sont incapables de maintenir un emploi rémunéré et sont prestataires de la sécurité du revenu, devant se contenter d'un revenu très modeste. Au début de chaque mois, avec l'arrivée du chèque de la sécurité du revenu, certains clients ont tendance à dépenser davantage. De plus, plusieurs des clients sont fumeurs et utilisent une partie substantielle de leur revenu déjà restreint, pour acheter leurs cigarettes. Il en est de même pour ceux qui abusent de substances. Ceux qui bénéficient de l'aide d'une fiducie ou d'un curateur, jouissent d'une distribution partagée de leur argent durant tout le mois. Cette intervention n'est pas sans embûche et est souvent la source de conflits entre le client et son administrateur.

Les gestionnaires de cas sont en mesure d'observer, à leur bureau, l'hygiène personnelle des clients et perçoivent un problème pour 40% d'entre eux. La moitié moins de clients rapportent des difficultés pour leur hygiène personnelle. Il est possible que les standards d'hygiène de ces derniers diffèrent de ceux des gestionnaires de cas, qu'il y ait une incapacité ou un manque de motivation à prendre soin de sa personne ou que ce besoin ne soit pas perçu comme prioritaire par le client. On retrouve cette même différence de perception pour le besoin d'information. Selon les gestionnaires de cas, 40% des clients devraient être mieux informés en regard de leur maladie et leur traitement, alors que la moitié moins d'entre eux y perçoivent un

problème. À l'opposé, au besoin d'instruction, près du tiers de la clientèle avoue avoir un problème soit à lire ou à compter, alors que ce pourcentage est trois fois moins élevées selon les gestionnaires de cas. Ces derniers surestiment peut-être la capacité des clients dans ce domaine de leur vie ou n'ont jamais vraiment vérifié auprès d'eux, leurs habiletés à lire ou compter.

Les aspects des relations sentimentales et de la vie sexuelle sont des sujets délicats et souvent difficiles à aborder avec les clients. Il est possible que ces derniers aient rapporté moins de problèmes qu'il en existe vraiment à ces items. De plus, 40% des gestionnaires de cas n'ont pas été en mesure d'évaluer le besoin des relations sociales et 20% n'ont pu se prononcer sur la vie sexuelle des clients.

Aide reçue

À la suite de l'identification des besoins, les participants à l'étude ont rapporté l'aide qu'ils recevaient de la part de leurs proches et des services locaux. Quant à l'aide reçue des proches, les données obtenues de la part des deux groupes sont semblables. Les clients reçoivent peu ou aucune aide de leurs proches. Or, la plupart des clients de l'étude ont reçu un diagnostic psychiatrique depuis plusieurs années. Les manifestations des symptômes psychiatriques et des comportements inappropriés qui peuvent y être associés ont pu engendrer des conflits avec les proches au cours des années et créer ainsi une certaine distance expliquant le peu de soutien, voir même un désengagement de la part de ces derniers. Aucun des clients de l'étude ne vit avec sa famille, à l'exception de trois d'entre eux qui vivent en couple. Le fait que leur réseau social soit très limité, contribue sans doute à ce qu'ils reçoivent très peu d'aide de la part des proches.

Quant à l'aide reçue des services locaux, les deux groupes de répondants reconnaissent que les clients reçoivent entre peu d'aide et une aide modérée pour leurs besoins. Les clients et les gestionnaires de cas perçoivent que l'aide reçue est inférieure à l'aide nécessaire pour certains

besoins, cependant, la liste de ces besoins diffère selon les deux groupes. Selon les clients, les problèmes pour lesquels ils reçoivent moins d'aide que nécessaire et ce, de façon significative, sont la détresse psychologique et les relations sociales. Il faut cependant tenir compte du nombre de clients qui ont tout d'abord reconnu avoir un problème à ces items, qu'il soit modéré ou sérieux, et interpréter les résultats avec prudence. Un manque d'aide de la part des services locaux a été rapporté par les clients pour la détresse psychologique; les trois-quarts d'entre eux ont identifié un problème dans ce domaine et ce dernier figure au deuxième rang dans la liste des problèmes sérieux. Les relations sociales ont également été rapportées comme recevant moins d'aide que nécessaire, près de la moitié ont des difficultés sur ce plan, ce qui n'est pas négligeable.

À l'opposé de ne pas recevoir l'aide nécessaire pour certains de leurs besoins, les clients ont exprimé recevoir plus d'aide que nécessaire pour les aspects financiers, malgré ce problème figurant au premier rang des problèmes sérieux. Certains clients obtiennent de l'aide pour l'administration de leur budget, alors qu'ils croient posséder suffisamment d'autonomie pour le faire. Lorsque cette gérance est contre leur gré, il se peut qu'ils perçoivent recevoir trop d'aide pour leurs finances.

Lorsque l'on compare la perception des clients à celles des gestionnaires de cas, quelques différences sont à souligner. Selon les gestionnaires de cas, l'aide des services locaux est insuffisante pour les activités quotidiennes, les relations sociales, les finances et les relations sentimentales. On constate que la perception d'une aide insuffisante concorde avec la gravité des problèmes, puisque selon la perception des gestionnaires de cas, les aspects financiers et les activités quotidiennes figurent au premier rang des problèmes sérieux. Parmi les besoins pour lesquels un manque d'aide a été identifié, les relations sociales se retrouvent dans la liste des deux groupes, les clients et les gestionnaires de cas. On note que près d'un quart des

gestionnaires de cas ont été incapables de se prononcer sur le besoin des relations sentimentales. On peut croire que ce pourcentage (40%) de problèmes rapportés pour cet aspect, aurait été plus élevé si les gestionnaires de cas avaient une meilleure connaissance de cet aspect de la vie des clients. Il est possiblement plus difficile d'intervenir dans ces domaines lorsque le suivi a lieu aux cliniques externes, à l'opposé du suivi intensif qui se déroule dans le milieu de vie du client. Les gestionnaires de cas n'ont pas le privilège d'observer le client dans son environnement et leur connaissance des ressources communautaires milieu est parfois limitée. De plus, pour le personnel des cliniques externes traditionnelles, il est difficile d'intervenir directement dans la communauté et d'accompagner le client dans certaines démarches. Pendant longtemps, tout ce qui a trait à l'administration des finances a été confié majoritairement aux travailleurs sociaux. Les infirmières se voyaient plutôt gérer l'administration des médicaments pour soulager les symptômes psychiatriques. À l'opposé, selon les gestionnaires de cas, le besoin lié à l'alimentation semble recevoir plus d'aide que nécessaire des services locaux.

Selon l'étude de Poirier et al. (2000), réalisée auprès des personnes itinérantes avec troubles mentaux graves, celles-ci reçoivent l'aide suffisante par rapport à l'alimentation et aux finances, par contre, ils en reçoivent peu pour les relations sentimentales, relations sociales et les activités quotidiennes. Ces résultats ressemblent à ceux de la présente étude, puisque selon les gestionnaires de cas, l'aide reçue est inférieure à l'aide nécessaire pour ces trois besoins. Dans l'étude de Bonsack et Lesage (1998), auprès de personnes longuement hospitalisées, ces dernières reçoivent l'aide nécessaire de la part du personnel soignant en institution psychiatrique pour les problèmes modérés tels que le logement, l'alimentation, le ménage, l'hygiène et les finances. Par contre, les relations sociales, l'utilisation des transports, les symptômes psychotiques, les activités quotidiennes et la santé physique sont identifiés comme étant des problèmes sérieux, et l'aide apportée est inférieure à l'aide nécessaire. Parmi cette liste, on

retrouve certaines similarités avec les données de la présente étude, soit au plan des activités quotidiennes et des relations sociales.

Pertinence et satisfaction de l'aide reçue

La dernière section du CAN permet de déterminer la pertinence et la satisfaction de l'aide reçue. On doit faire la distinction ici entre la quantité d'aide reçue et le type d'interventions posées. Les clients et les gestionnaires de cas expriment que le type d'aide reçue est approprié pour l'ensemble des besoins. Donc, en général, la plupart des interventions effectuées par les intervenants des services locaux pour satisfaire les besoins des clients semblent adéquates. On constate une concordance puisque les deux groupes mentionnent au premier rang que l'aide la moins appropriée est celle apportée aux activités quotidiennes. Les intervenants aux cliniques externes sont possiblement moins habiletés dans ce domaine de l'occupation du temps et leur connaissance des ressources communautaires pouvant offrir des services, peut être déficiente. La santé physique est l'item pour lequel les résultats diffèrent de façon significative, puisque les clients expriment ne pas recevoir le type d'aide approprié pour leurs problèmes de santé physique, alors que les gestionnaires de cas semblent croire que l'aide est appropriée. Les facteurs de risque et les problèmes de santé physique chez les personnes atteintes de troubles mentaux ne sont pas suffisamment pris en compte par les professionnels. Selon Osborn (2001), la plupart des études sur la santé physique des personnes atteintes d'une maladie mentale, suggèrent une augmentation du taux de morbidité et de mortalité, en comparaison avec la population en général. Un style de vie sédentaire avec peu d'exercice physique, de mauvaises habitudes alimentaires souvent reliées à un faible revenu et une incapacité à cuisiner de façon créative et économe, font que les individus souffrant de schizophrénie ont une espérance de vie réduite de 20% et une vulnérabilité à développer des problèmes de santé physique tel que diabète,

maladies coronariennes, hypertension et emphysème (Marder, Essock, Miller, Buchanan, Casey et al., 2004). De plus, nombre de clients sont fumeurs, alors que d'autres consomment de l'alcool et des drogues de la rue de façon abusive, ce qui vient ajouter les risques de contracter certaines maladies telles le VIH, l'hépatite B et C. Les effets secondaires de certains médicaments sont également associés à des complications d'ordre physique. Dans notre système de santé actuel, il est déjà ardu d'obtenir les soins d'un médecin généraliste pour la population en général. L'étiquette de la maladie mentale, la difficulté à respecter les rendez-vous et les plaintes d'ordre physique parfois présumées à tort comme étant des symptômes de la maladie mentale, rendent difficile l'accès aux soins de santé physique. Pour toutes ces raisons, les professionnels de la santé oeuvrant auprès de la clientèle en santé mentale, se devraient de porter une attention particulière à la santé physique et possiblement avoir à changer certaines pratiques, afin d'offrir le type d'aide approprié.

Pour ce qui est du degré de satisfaction, on constate que les clients se disent satisfaits de l'aide reçue pour l'ensemble de leurs problèmes. Dans cette section, certains résultats peuvent sembler contradictoires, particulièrement pour les aspects financiers. Ces derniers obtiennent le meilleur taux de satisfaction de l'aide reçue, en même temps qu'ils figurent au premier rang des problèmes sérieux et que les clients expriment recevoir plus d'aide que nécessaire pour leurs finances. Les clients doivent composer avec un budget très limité et l'aspect des finances demeure un problème sérieux dans leur quotidien. Ils reconnaissent tout de même qu'un effort particulier est apporté à cet aspect de leur vie dans le but d'améliorer la situation malgré un revenu restreint. Il se peut également que le fait que l'aide reçue soit supérieure à l'aide nécessaire biaise la perception des clients. À la suite des aspects financiers, les besoins qui obtiennent les meilleurs taux de satisfaction quant à l'aide reçue sont les besoins liés aux symptômes psychotiques, à l'alimentation et au logement. Les symptômes psychotiques

représentent le domaine de soin où les infirmières interviennent grandement et où une attention particulière est apportée. Les clients expriment leur satisfaction quant à l'aide qu'ils reçoivent pour ce problème, identifié au premier rang parmi la liste complète des 22 besoins. Le degré de satisfaction le moins élevé est relié à la santé physique. Cette donnée rejoint la question de la pertinence de l'aide reçue, où les clients ont exprimé qu'ils ne reçoivent pas l'aide appropriée pour leurs problèmes de santé physique.

FONCTIONNEMENT PSYCHOSOCIAL

Dans la présente étude, le fonctionnement psychosocial est mesuré à l'aide du MCAS et l'Échelle globale du fonctionnement (EGF), laquelle est incluse de routine dans l'examen psychiatrique afin d'obtenir également un score global du fonctionnement. Les résultats obtenus à l'aide de ces deux instruments diffèrent quelque peu. À l'aide du MCAS, près de la moitié des clients présentent un fonctionnement supérieur, ce qui est quatre fois plus élevé que l'évaluation obtenue avec l'EGF. On constate que le MCAS permet d'identifier un fonctionnement psychosocial supérieur selon les critères de l'échelle, pour l'ensemble de la population à l'étude. Il faut souligner que cet outil comprend 17 items, permettant une évaluation plus détaillée au niveau du fonctionnement psychosocial, alors que l'EGF s'attarde principalement aux symptômes psychiatriques et au fonctionnement général par le calcul d'un score global. De plus, il faut se rappeler que la période de référence des deux instruments diffère quelque peu, puisque le MCAS reflète le fonctionnement psychosocial des 3 derniers mois, à l'exception des 12 derniers mois pour la section des problèmes de comportement, alors que l'EGF mesure le fonctionnement optimum de la dernière année. Toutefois, on retient que tous les clients sans exception, qui obtiennent un score élevé (63-85) à l'aide du MCAS, obtiennent également un score EGF élevé de 70 et plus. Également pour les 6% des clients qui obtiennent des scores

faibles avec le MCAS, le score de l'EGF reflète aussi un niveau de fonctionnement faible. Il existe donc une certaine concordance, pour les extrêmes, entre les résultats obtenus à l'aide des deux instruments mesurant le fonctionnement psychosocial.

Les aspects du fonctionnement psychosocial qui semblent présenter le moins de difficultés sont les problèmes de comportement. L'adhésion au traitement pharmacologique vient au premier rang sur l'ensemble des 17 items de l'instrument. Les clients qui ont reçu leur congé du suivi intensif semblent être fidèles à prendre leurs médicaments. Malgré cette prise de médicaments adéquate, on constate que selon le CAN, les symptômes psychotiques et la détresse psychologique demeurent aux premiers rangs comme étant problématiques, pour les clients et les gestionnaires de cas. On peut dire que les clients ont conservé leur assiduité au traitement car c'est souvent un enjeu lors du suivi intensif pour l'obtention d'un congé. De plus, il semble que les clients à l'étude collaborent bien avec les professionnels de la santé et se présentent à leur rendez-vous. Ce critère est aussi essentiel pour un suivi régulier où le client doit venir rencontrer son gestionnaire de cas à la clinique externe. En ce qui a trait au contrôle des impulsions, les clients obtiennent également un bon score, c'est donc dire qu'ils maîtrisent leur comportement la plupart du temps et les situations de crise sont peu fréquentes.

Selon les résultats obtenus au MCAS, c'est la dimension des compétences sociales qui demeure la plus problématique pour les clients à l'étude. Leur réseau social est limité et ils reçoivent peu de soutien de leur entourage, tel que le reflète le questionnaire CAN, selon les clients et les gestionnaires de cas. Les symptômes négatifs de la maladie contribuent probablement au manque d'intérêt social et à la difficulté à s'engager dans des activités significatives. Souvent, le fait d'occuper leur temps de façon constructive est un défi pour ces clients et les ressources dans la communauté ne sont pas toujours disponibles et adaptées à leurs besoins. Il est largement reconnu qu'il existe un manque de ressources favorisant une réinsertion

sociale de ces personnes soit pour les études ou le travail. De plus, les règlements de la sécurité du revenu dont la plupart des clients sont prestataires, doivent être respectés et viennent parfois à l'encontre des demandes des milieux scolaires ou de travail.

La réaction au stress et à l'anxiété fait le plus obstacle au fonctionnement social des clients. Ceci représente un défi pour la presque totalité d'entre eux, puisque seulement quelques-uns (3%) réagissent normalement face au stress et à l'anxiété. Ces personnes avec une maladie psychiatrique chronique sont vulnérables à tout changement dans leur quotidien et ont la plupart du temps des conditions de vie difficiles, sources de multiples stressseurs. Plusieurs recherches ont largement décrit comment ces personnes sont vulnérables au moindre stressseur. Certains vivent dans un endroit inadéquat ou qu'ils n'ont pas nécessairement choisi. Le fait de recevoir un revenu très modeste et d'habiter le centre-ville limite l'accessibilité à un loyer abordable. L'aide au logement pour cette clientèle est restreinte dans ce secteur, en plus d'avoir à faire face à l'exclusion sociale et de recevoir peu de soutien de leurs proches. Le stress et l'anxiété sont intimement reliés aux symptômes psychotiques et à la détresse psychologique exprimés aux premiers rangs des problèmes lors de l'évaluation des besoins.

Parmi les items traitant de l'adaptation à la vie quotidienne, comprenant l'autonomie et l'acceptation de la maladie, c'est la capacité à gérer le budget qui entraîne le plus de difficultés. Lors du calcul de la moyenne, il faut tenir compte de la distribution, c'est-à-dire qu'un nombre égal de clients (25%) gère presque toujours leur argent de façon adéquate, alors que le même pourcentage des clients ne gère jamais leur argent adéquatement. C'est pourquoi le tiers d'entre eux nécessitent de l'aide à cet égard, soit par l'assistance d'une fiducie ou d'un curateur privé ou public.

Le fonctionnement psychosocial est pris en considération lors du transfert à un suivi de moindre intensité et les résultats permettent de penser que les clients ont maintenu un certain

niveau de fonctionnement. Le niveau de fonctionnement des clients au cours du suivi au SLC a été mesuré à l'aide du MCAS (Millette, 2001). La moyenne du score total du MCAS pour l'ensemble des clients au suivi intensif était de 51, alors que celle des clients de l'étude est de 61. Tout comme dans la présente étude, les items du MCAS les plus problématiques se trouvent dans la dimension des compétences sociales: le réseau social, l'intérêt et l'efficacité social obtenant les plus bas scores. La réaction au stress et à l'anxiété, ainsi que la capacité à gérer son argent suivent de très près et représentent également de grandes difficultés pour la clientèle au suivi intensif. On sait maintenant que l'item obtenant le meilleur score chez les clients de l'étude est l'adhésion aux médicaments, alors qu'il est un des facteurs les plus problématiques lors d'une demande de suivi intensif.

Suite au développement du MCAS, les auteurs ont utilisé ce dernier auprès de plusieurs centaines de personnes atteintes d'une maladie mentale chronique et vivant dans la communauté (Barker, Barron, McFarland, Bigelow et Carnahan, 1994). Dans leur étude, les gestionnaires de cas ont complété le MCAS pour un échantillon de 240 personnes résidant en milieu urbain, une clientèle semblable en partie à celle de l'étude. Des résultats similaires ont été rapportés et ce, autant pour les meilleurs scores obtenus parmi tous les 17 items, que pour les difficultés les plus importantes dans chacune des dimensions de l'instrument. Tout comme pour la clientèle à l'étude, les plus grandes difficultés se retrouvent dans la dimension des compétences sociales, avec des résultats identiques pour le réseau social limité et peu d'activités significatives. La dimension des problèmes de comportement obtient les meilleurs scores avec un résultat identique pour le score le plus élevé, soit l'adhésion au traitement pharmacologique. En général, les forces et les limites des deux clientèles se ressemblent. Toutefois, on note que les clients de la présente étude ont plus de difficulté en comparaison avec l'échantillon des clients mentionné ci-dessus, pour ce qui est de l'administration de l'argent et ils abusent plus souvent de drogues et d'alcool.

Lors de l'étude de Salyers et al. (1998), le fonctionnement de clients d'un programme intensif ayant progressé vers un suivi de moindre intensité, a été mesuré et comparé à celui de clients étant demeurés au suivi intensif. Il n'y a pas eu d'effet négatif observé suite au retrait du suivi intensif. Au contraire, le fonctionnement du groupe de clients ayant quitté le suivi intensif s'est amélioré, alors que celui des clients demeurés au suivi intensif a connu une détérioration. Ces auteurs suggèrent que la nature du service de moindre intensité favorise une certaine autonomie et une prise en charge de la part des clients, et est perçue par ces derniers ainsi que par les gestionnaires de cas, comme étant une graduation, donc un but à atteindre. Tout comme les participants de la présente étude, les clients sélectionnés pour un transfert sont ceux qui, lors du suivi intensif, démontraient un meilleur fonctionnement psychosocial et nécessitaient déjà moins d'assistance et de contact avant leur transfert. Ils ont obtenu leur congé SLC en raison d'une amélioration de leur comportement et cette amélioration semble s'être maintenue.

UTILISATION DES SERVICES HOSPITALIERS PSYCHIATRIQUES

On observe une diminution significative des visites à la salle d'urgence entre la période pré-suivi et celle post-suivi au SLC. Quant au nombre d'admission, on constate une diminution significative entre la période du suivi intensif et le post-suivi et également entre le pré-suivi et le post-suivi. Pour ce qui est des jours d'hospitalisation, une diminution significative est également notée entre la période du pré-suivi et celle du suivi au SLC, de même qu'entre le pré-suivi et le post-suivi. On peut donc dire, que pour les 33 clients de l'étude, il n'y a pas eu de hausse du nombre de visites à la salle d'urgence ou d'admissions depuis qu'ils ont quitté le SLC.

On note que les trois-quarts des visites à l'urgence pour soins psychiatriques ont lieu au cours de la première moitié du suivi au SLC. Il en est de même pour le nombre des admissions, qui sont plus fréquentes au début du suivi intensif, puisque 80% d'entre-elles surviennent durant

la première moitié du suivi au SLC. Quant à la période subséquente au suivi intensif, se situant entre le moment du congé et la collecte de données de l'étude, en moyenne d'une durée de 38 mois, la distribution du total des visites à l'urgence présente peu de variation. On retrouve 29% des visites à la salle d'urgence au cours du premier quart, 25% au cours du deuxième quart, 22% au cours du troisième et 24% au cours du dernier quart. Cette distribution assez partagée reflète qu'il n'y a pas de hausse remarquable des visites à la salle d'urgence suite au retrait du suivi intensif (SLC), suivi remplacé par un service régulier beaucoup moins intensif en clinique externe ou au CLSC. Le nombre des admissions à l'interne suite au retrait du suivi intensif connaît une légère augmentation immédiatement à la suite du congé du SLC, puisque 33% du total des admissions surviennent durant le premier quart de la période post-suivi. Par la suite, la distribution reprend des proportions plus égales, tout comme les visites à l'urgence.

On retient donc qu'il n'y a pas de hausse du nombre de visites à la salle d'urgence, ni du nombre d'admissions à l'interne lorsque le suivi intensif est terminé et que les clients bénéficient d'un service régulier avec un gestionnaire de cas aux cliniques externes ou en CLSC. Les clients ayant reçu un suivi intensif au SLC, d'une durée moyenne de deux ans, et ayant atteint une stabilité suffisante pour ne plus nécessiter ce service, ont utilisé moins de services psychiatriques par la suite, en comparaison avec la période précédant le SLC.

Il importe de signaler qu'au cours des douze mois qui ont précédé le suivi au SLC, les deux-tiers des clients ont visité la salle d'urgence pour soins psychiatriques et la moitié ont été hospitalisés à l'interne. Seulement 18% des clients sont demeurés à l'hôpital pour plus de 50 jours. On constate qu'une partie de la clientèle référée au SLC a utilisé peu de service durant l'année préalable à son admission, alors qu'il est rapporté dans les écrits que ces clients sont connus comme étant, la plupart du temps, de grands utilisateurs des services psychiatriques. Peut-on penser que la condition des clients ayant utilisé moins de services psychiatriques avant le

suivi intensif était moins détériorée à leur arrivée au SLC et que l'on pouvait prévoir un congé éventuel du service intensif? Leurs besoins étaient-ils différents au départ de ceux qui demeurent à long terme au suivi intensif?

Les recherches sur l'implantation des différents programmes de suivi intensif ont démontré que ceux-ci ont un impact positif sur l'utilisation des services hospitaliers psychiatriques en réduisant la fréquence de ces derniers. Ainsi, lors de l'évaluation du programme ACT original de Stein et Test (1980), lorsque le service intensif a été retiré, une augmentation du temps d'hospitalisation a été observée. Par la suite, d'autres programmes de suivi intensif ont donné des congés pour différentes raisons, qui n'étaient pas basés uniquement sur le fonctionnement psychosocial optimal du client. L'étude de McRae et al. (1990) rapporte alors une augmentation du nombre d'admissions et du temps d'hospitalisation, à la suite de congés d'un suivi intensif, mais non de façon significative. L'étude de Salyers et al. (1998) par contre, ne rapporte pas d'augmentation du nombre d'admissions et des journées d'hospitalisation à la suite du transfert vers un suivi moins intensif. Selon ces auteurs, les clients ciblés pour recevoir leur congé du suivi intensif, sont ceux qui déjà, reçoivent moins de services en terme d'heures de la part des intervenants, et ceux qui démontrent une certaine stabilité au niveau du fonctionnement psychosocial, ce qui caractérise la clientèle participante de la présente étude. Toujours selon Salyers et al. (1998), il est important que la décision de transférer un client soit prise de manière individuelle pour chaque client, que le transfert s'effectue de façon graduelle par la même institution offrant une gamme variée de services et ayant une philosophie et une approche similaire. De plus, il est essentiel qu'une communication soit possible entre les membres des différentes équipes, ainsi qu'une perméabilité entre les services favorisant les transferts nécessaires. Aux cliniques externes de la présente étude, ces facteurs sont présents et

contribuent à la réussite d'une transition vers un suivi de moindre intensité, et au besoin, vers un retour au suivi intensif.

FAITS SAILLANTS DE L'ÉTUDE ET LIEN AVEC LE CADRE CONCEPTUEL D'OREM

Les résultats obtenus en regard des besoins, du fonctionnement psychosocial et de l'utilisation des services psychiatriques de clients suite à leur séjour au suivi intensif, offrent en quelque sorte un profil de leurs besoins et de leur capacité de prendre en charge leur santé. On sait maintenant que les clients qui reçoivent leur congé du SLC, sont un peu plus âgés, ont moins de problèmes d'abus de substances et bénéficient d'une stabilité et d'une supervision résidentielle. Le client qui a quitté le suivi intensif est en mesure de répondre à bon nombre de ses besoins. En se référant au modèle de l'autosoin d'Orem, on peut penser qu'au cours du suivi intensif, le client a fait des apprentissages qui ont contribué à ce qu'il expérimente maintenant moins de déficit d'autosoin. Les nécessités d'autosoin pertinentes dans la présente étude sont celles de type universel, comparables aux besoins de base et celles reliées à une déviation de santé, considérant la maladie mentale grave dont les clients sont atteints. Une condition stable et un niveau d'autonomie suffisant favorisent la capacité d'autosoin du client et ce dernier a donc l'aptitude d'agir et d'exécuter l'autosoin par lui-même.

La perception des clients diffère en certains points de celle des gestionnaires de cas, puisque ces derniers identifient un plus grand nombre de problème de type sérieux et rapportent plus de problèmes dans les catégories des besoins sociaux et de santé. Lorsque le problème est considéré sérieux, les actions produites par les infirmières pourront être, à l'occasion, entièrement compensatoire, mais en général, elles seront plutôt partiellement compensatoires. Les résultats cumulés des problèmes modérés et sérieux dévoilent des distinctions entre les deux groupes de répondants, plus marquées pour les aspects des relations sociales, des activités quotidiennes, de

l'entretien du ménage, de l'hygiène personnelle et en ce qui a trait à l'information. Les besoins non comblés par les clients eux-mêmes démontrent un déficit d'autosoin et nécessitent de l'aide des autres, soit de leurs proches ou des intervenants des services locaux. Selon les clients, quelques besoins ne reçoivent pas l'aide suffisante soit: la détresse psychologique et les relations sociales. Selon les gestionnaires de cas, l'aide reçue est inférieure à l'aide nécessaire pour les activités quotidiennes, les relations sociales et sentimentales et les finances. Selon le modèle d'Orem, c'est lorsque qu'il y a relation déficitaire entre l'exigence d'autosoin et la capacité d'autosoin, que la capacité des soins infirmiers intervient, en dispensant les soins requis. Dans la présente étude, lorsque peu d'aide est reçue pour certains des problèmes ci-dessus mentionnés, le système de soins infirmiers utilisé devrait être celui de soutien et d'éducation, alors que si l'aide reçue est modérée ou plus que modérée, le système de soins infirmiers de soins partiellement compensatoire est le plus approprié. À la suite du suivi intensif, rares sont les problèmes, malgré ceux qualifiés de sérieux, qui nécessitent des soins infirmiers totalement compensatoires. On constate une concordance quant à la pertinence de l'aide reçue, puisque les deux groupes mentionnent au premier rang que l'aide la moins appropriée est celle apportée aux activités quotidiennes. La différence marquée entre les gestionnaires de cas et les clients est l'item de la santé physique pour lequel ces derniers expriment ne pas recevoir le type d'aide approprié, alors que les gestionnaires de cas semblent croire le contraire. Cette perception des clients démontre que la capacité des soins infirmiers est déficiente en ce qui a trait à leur santé physique. Les infirmières doivent réviser leur capacité de déterminer le besoin d'assistance et concevoir de nouvelles interventions ou une façon différente de les dispenser afin de mieux combler ce besoin.

En regard du fonctionnement psychosocial, plus de 90% des clients à l'étude démontre un fonctionnement de niveau moyen ou élevé, la majorité sont assidus à leur traitement et collaborent bien avec les intervenants, ce qui indique une capacité d'autosoin de la part des

clients dans cette dimension de leur fonctionnement. À l'opposé, les compétences sociales causent le plus de difficultés, venant donc confirmer les complications avec les relations sociales déjà mentionnées. Dans le but d'améliorer la dimension sociale de la vie du client, les modes d'assistance utilisés par les infirmières seront de guider, soutenir psychologiquement et dans la mesure du possible, procurer un environnement qui favorise le développement de relations sociales satisfaisantes.

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

Au cours du séjour au suivi intensif, avec l'aide reçue des intervenants, majoritairement des infirmières, les clients ont fait certains acquis qui leurs ont permis d'atteindre un niveau d'autonomie suffisant pour recevoir leur congé et qui facilitera un meilleur fonctionnement psychosocial dans la communauté, tout en recevant un suivi de type traditionnel.

Puisque qu'un manque d'aide a été identifié pour quelques besoins, certaines interventions infirmières se doivent d'être questionnées, améliorées et raffinées afin de favoriser une plus grande autonomie dans la prise en charge de la santé de cette clientèle. Les clients et les gestionnaires de cas s'entendent sur le besoin qui nécessite plus d'aide que ce qui est offert, soit celui des relations sociales. Également, selon les résultats obtenus des clients, des efforts supplémentaires doivent être apportés sur les aspects de la détresse psychologique qu'ils expérimentent dans leur quotidien. Selon les gestionnaires, des améliorations sont aussi nécessaires pour les activités quotidiennes, les aspects financiers et les relations sentimentales. De plus, en examinant la pertinence de l'aide reçue, plus de la moitié des clients ont exprimé ne pas recevoir le type d'aide appropriée pour leurs problèmes de santé physique.

C'est pourquoi, des interventions infirmières spécifiques pour répondre à ces besoins, doivent être intégrées au quotidien et travailler avec le client afin d'améliorer son réseau social,

ses relations avec son entourage, son occupation du temps, tout en respectant son rythme et sa capacité à interagir avec les autres. Également, les interventions infirmières doivent accorder de l'importance aux soins de santé d'ordre physique qui sont fréquemment laissés dans l'ombre à cause des graves problèmes de santé mentale. L'utilisation récente d'agents anti-psychotiques atypiques est associée à des gains de poids, à l'augmentation du risque de diabète, à une élévation du niveau lipidique sanguin et dans certains cas, à des changements de l'électrocardiogramme. Pour toutes ces raisons, l'infirmière en santé mentale se doit d'être vigilante aux changements dans la condition physique du client et utiliser systématiquement les moyens pour détecter les complications qui pourraient survenir. En plus d'évaluer les effets secondaires des médicaments, l'infirmière doit inclure dans ses interventions, la mesure de l'index de masse corporelle, du taux sanguin de glucose et des lipides, de façon régulière et surtout durant les six premiers mois d'un nouveau traitement ou lors d'un changement de médicaments. En faisant de l'enseignement, l'infirmière peut accompagner le client dans son cheminement, tenter de le sensibiliser à de meilleures habitudes de vie et le responsabiliser à prendre en charge les préoccupations d'ordre physique. L'enseignement faisant partie d'un des systèmes de soins infirmiers selon Orem, se doit d'être adapté à la compréhension du client ainsi qu'à ses capacités d'apprentissage.

RECOMMANDATIONS POUR LA FORMATION

Afin d'offrir des soins aux clients atteints de troubles mentaux graves et persistants dans la communauté, la formation des infirmières doit mettre l'accent sur une approche biopsychosociale, d'où l'importance de développer un modèle de pratique intégrant plus systématiquement le domaine de la santé mentale et celui des soins physiques (Chafetz et Ricard, 1999). En recevant une préparation adéquate et en intervenant de manière plus efficace, les infirmières seront davantage reconnues parmi les autres professionnels comme ayant la capacité

d'offrir des soins de première ligne et les aptitudes à intervenir auprès d'une clientèle ayant des besoins de santé variés et complexes (Ricard, 1999).

Le fait de prodiguer des soins en dehors du milieu traditionnel des institutions de santé, amène un nouveau regard aux façons de faire. Dans leur pratique future, les infirmières seront appelées à intervenir de plus en plus dans la communauté et seront incitées à développer des habiletés telles l'autonomie, la flexibilité et une certaine créativité. La connaissance des ressources communautaires et des services qui y sont offerts est essentielle, puisque la contribution de ces ressources est précieuse dans le quotidien des clients qui les fréquentent. Ces ressources viennent combler les besoins d'ordre social, où les clients se rencontrent, occupent leur temps à des activités de loisir et offrent parfois un encadrement au niveau de l'emploi. Donc, en plus de travailler avec une équipe inter-disciplinaire aux cliniques externes ou dans les CLSC, les infirmières devront dorénavant élargir davantage leur collaboration avec les intervenants du milieu communautaire.

Puisque le traitement d'une maladie chronique s'échelonne sur plusieurs années, la relation thérapeutique en santé mentale est précieuse et prend toute son importance. De plus, lors du suivi intensif, elle se déroule dans l'environnement même où vit le client. La relation entre l'infirmière et le client est particulière et a été identifiée comme étant un élément fondamental dans la construction de la relation thérapeutique lors de l'étude des interventions infirmières du SLC (Frisch, Wallace et O'Connell, 2005). Ces contacts fréquents et privilégiés engendrent un lien solide entre l'infirmière et le client, pouvant ainsi favoriser une certaine complicité qui permet de surpasser des obstacles lors de certaines interventions. Ainsi donc, offrir des soins complets, assidus, continus et individualisés à ces clients, doit demeurer un objectif constant lors de la formation des infirmières.

RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE

Jusqu'à ce jour, la plupart des programmes américains de suivi intensif ont donné peu de congé et les clients y demeurent à très long terme. Dans notre système de santé québécois, ce type de programmes existe tout au plus depuis une dizaine d'années. La présente étude a permis de jeter un regard sur un nombre de clients à la suite de leur séjour au suivi intensif, sans toutefois avoir fait l'évaluation du SLC et mesurer les impacts de ce service sur les variables à l'étude. Dans un avenir prochain, il serait requis d'évaluer ce service et d'en réviser les pratiques existantes. Dû au caractère chronique de la maladie mentale et la nécessité d'un traitement et d'un suivi à long terme, il serait possible de recueillir des données par rapport aux besoins, au fonctionnement psychosocial et à l'utilisation de services au cours d'une étude longitudinale s'échelonnant sur plusieurs années. Il serait alors intéressant de comparer les résultats à travers le cheminement du client parmi les différentes cliniques où il a reçu son suivi au cours de plusieurs années, de même que l'intensité du service qu'il a bénéficié. De plus, des recherches additionnelles seront nécessaires pour permettre de corroborer les résultats obtenus avec la présente étude et identifier la clientèle pour qui on peut espérer un congé du suivi intensif, sans mettre en péril sa condition de santé. Les résultats obtenus pourront possiblement servir d'indicateurs à d'autres programmes de suivi intensif qui souhaiteraient donner des congés, et qui tout comme le SLC, doivent en accorder, afin d'offrir le service à de nouveaux clients qui en ont grandement besoin.

CONCLUSION

La présente étude a permis de tracer le profil des clients qui ont «gradués» du SLC, en décrivant leurs caractéristiques, leurs besoins, leur fonctionnement psychosocial ainsi que leur utilisation des services hospitaliers psychiatriques. Malgré la perception des clients qui diffère quelque peu de celle des gestionnaires de cas, des similitudes retrouvées dans les résultats de la part des deux groupes reflètent une certaine concordance, indiquant que les gestionnaires de cas ont une assez bonne connaissance de leurs clients et de leurs besoins. À l'opposé, les différences relatées dans les résultats suggèrent des pistes permettant de réviser et raffiner certaines interventions afin d'offrir les meilleurs services possibles.

On ose croire que le client, durant son séjour au SLC, a fait certains acquis qui l'ont amené à mieux répondre à ses besoins et à fonctionner de façon plus autonome pour une prise en charge de sa santé et de sa vie. Nous devons insister davantage sur la capacité d'autosoin des clients qui peut se développer lors du SLC et se maintenir suite au congé, tout comme il est important de maintenir de l'espoir en croyant aux compétences du client.

On sait maintenant qu'il est possible pour un certain nombre de clients de recevoir un suivi intensif pour un temps limité et de retourner par la suite à un suivi de type traditionnel, tout en maintenant un niveau de fonctionnement acceptable dans la communauté. Le partenariat entre l'équipe du suivi intensif et les gestionnaires de cas aux cliniques externes et aux CLSC est essentiel pour soutenir un transfert lorsque le client est prêt à quitter le SLC. Il est important d'entretenir une bonne communication entre les équipes composant le département des cliniques externes psychiatriques, qui offrent des services d'intensité différente. Puisque que la clientèle desservie nécessite un suivi à long terme, une perméabilité entre les services est indispensable, pour faciliter les transferts lorsque la condition du client le requiert.

RÉFÉRENCES

- Acton, G.J. & Malathum, P. (2000). Basic Need Status and Health-Promoting Self-Care Behavior in Adults. *Western Journal of Nursing Research*. 22(7), 796-811.
- Adam, E. (1986). *Être infirmière*. Montréal: Les Éditions HRW ltée.
- AHQ (2000). Cadre de référence. Le suivi intensif en équipe pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves. Montréal: Association des Hôpitaux du Québec.
- Allness, D.J., & Knoedler, W.H. (1998). The PACT Model of Community-Based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illnesses: A Manual for PACT Start-Up. NAMI (National Alliance for the Mentally Ill). Arlington: Virginia.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- Audini, B., Marks, M., Lawrence, R.E., Connolly, J. et Watts, V. (1994). Home-Based Versus Out-Patient/In-Patient Care for People with Serious Mental Illness: Phase II of a Controlled study. *British Journal of Psychiatry*. 165, 204-210.
- Barker, S., Barron, N., McFarland, B. & Bigelow, D. (1994). A Community Ability Scale for Chronically Mentally Ill Consumers: Part 1. Reliability and Validity. *Community Mental Health Journal*. 30 (4), 363-383.
- Bond, G.R. (1992). Vocational rehabilitation. Dans R.P. Liberman. *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. New York, NY: Macmillan Press. pp.244-275.
- Bonsack, C. & Lesage, A. (1998). Deux instruments pour évaluer les besoins de soins de santé mentale: une étude comparative chez les personnes longuement hospitalisées, *Annales médico-psychologiques*. 156(4), 244-257.
- Borland, A., McRae, J. & Lycan, C. (1989). Outcomes of Five Years of Continuous Intensive Case Management. *Hospital and Community Psychiatry*. 40(4), 369-376.
- Brekke, J.S. Ansel, M., Long, J., Slade, E. & Weinstein, M. (1999). Intensity and Continuity of Services and Functional Outcomes in the Rehabilitation of Persons With Schizophrenia. *Psychiatric Services*. 50(2), 248-256.
- Brewing, C.R., Wing, J.K., Mange, S.P., Brugha, T.S. et MacCarthy. B. (1987). Principles and practice of measuring needs in the long term mentally ill: the MRC Needs For Care Assessment. *Psychology Medicine*. 17, 971-981.
- Chafetz, L. & Ricard, N. (1999). The Biopsychosocial Perspective in Psychiatric Nursing: Myth or Future Reality? *Canadian Journal of Nursing Research*. 31 (2): 17-23.

- Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (CÉTSQ) (1999). Le suivi intensif en équipe dans la communauté pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves. Montréal. Gouvernement du Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Comité de la Santé Mentale du Québec. (1997), Défis de la reconfiguration des services de santé mentale: Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Ministère de la santé et des services sociaux. Québec.
- Corbière, M., Crocker, A.G., Lesage, A.D., Latimer, E. & Ricard, N. (sous presse). Factor structure of the Multnomah Community Ability Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Department of Health Social Services Inspectorate (1991). *Care Management and Assessment: Practitioners' Guide*. London: HMSO.
- Dickstein, D., Haning, D. et Grosskopf, B. (1988). Reducing cost in a community support Program. *Hospital and Community Psychiatry*. 39, 1033-1035.
- Dincin, J., Wasmer, D., Witheridge, T.F., Sobeck, L., Cook, J. & Razzano, L. (1993). Impact of Assertive Community Treatment on the Use of State Hospital Inpatient Bed-Days. *Hospital and Community Psychiatry*. 44(9), 833-838.
- Dixon, L. (2000). Assertive Community Treatment: Twenty-Five Years of Gold. *Psychiatric Services*. 51, 759-765.
- Dodd, M.J. (1997). Measuring Self-Care Activities. Dans M. Frank-Stromborg & S. Olsen. *Instruments for Clinical Health-Care Research (2e éd.)*. Sudbury, MA: Jones and Barlett Publishers. (pp.378-400).
- Endicott, J. Spitzer, R.L., Fleiss, J.L. et al. (1976). The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*. 33, 766-771.
- Engelhardt, D.M. & Rosen, B.(1976). Implications of Drug Treatment for the Social Rehabilitation of Schizophrenic Patients. *Schizophrenia Bulletin*. 2, 454-462.
- Erikson, E.H. (1963). *Childhood and Society (2nd ed.)*. New York: W.W. Norton.
- Essock, S.M., Frisman, L.K. & Kontos N.J. (1998). Cost-Effectiveness of Assertive Community Treatment Teams. *American Journal of Orthopsychiatry*. 98(2), 179-190.

- Fortin, J. (1999). Human Needs and Nursing Theory. Dans S.K. Hesook & I. Kollar. Nursing Theories. Conceptual and Philosophical Foundations. (pp.23-38). New York: Springer Publishing Company Inc.
- Fortin, M.-F. (1996). Le processus de la recherche. Mont-Royal (Québec): Décarie Éditeur inc.
- Frisch, S., Wallace, T. & O'Connell (sous presse). The Nature of Psychiatric Nursing Care in the Community for Severely Impaired Clients: an Analysis of the Community Link Service. Hospital and Community Psychiatry.
- Gagné, J. & Dorvil, H. (1988). L'itinérance: le regard sociologique. Revue québécoise de psychologie. 9(1), 63-78.
- Gélinas, D. (1998). Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Santé mentale au Québec. 23(2), 17-47.
- Gerber, G.J. & Prince, P.N. (1999). Measuring Client Satisfaction With Assertive Community Treatment. Psychiatric Services. 50(4), 546-550.
- Gorey, K.M., Leslie, D.R., Morris T., Carruthers, W.V., John, L. et Chacko, J. (1998). Effectiveness of Case Management with Severely and Persistently Mentally Ill People. Community Mental Health Journal. 34(3), 241-250.
- Goldman, H.H., Skodol, A.E. & Lave, T.K. (1992): Revising avis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. American Journal of Psychiatry. 149, 1148-1156.
- Gosselin, D., Fiset, F., Rousseau, C. & Poirier-Piché, N. (1985). Démarche de soins selon la théorie de Dorothea E. Orem. Montréal: Décarie Éditeur.
- Granger, C.V. (1984). A conceptual model for functional assessment. Dans C.V. Granger & G.E. Gresham. Functional assessment in rehabilitation medicine. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Grunberg, F., Massé, G., Lalonde, P. & Aubut, J. (1999). Psychiatrie bio-psycho-sociale. Dans P. Lalonde, J. Aubut, & F. Grunberg, et collaborateurs. Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale. Boucherville: Gaetan Morin Éditeur ltée.
- Hilsenroth, M.J., Ackerman, S.J., Blagys, M.D., Baumann, B.D., Baity, M.R., Smith, S.R., Price, J.L., Smith, C.L., Heindselman, T.L., Mount, M.K. & Holdwick, D.J. (2000). Reliability and Validity of DSM-IV Axis V. American Journal of Psychiatry. 157, 1858-1963.

- 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, 654-659.
- Johnson, S., Thornicroft, G., Phelan, M. & Slade, M. (1996). Assessing Needs for Mental Health Services. Dans Thornicroft, G. & Tansella, M. *Mental Health Outcome Measures*. Springer Verlag: Heidelberg.
- Kanter, J.S. (1989). Clinical Case Management: Definition, Principles, Components, Hospital and Community Psychiatry. 40 (4), 361-368.
- Lafave, H.G., de Souza, H.R. & Gerber, G.J. (1996). Assertive Community Treatment of Severe Mental Illness: A Canadian Experience. *Psychiatric Services*. 47(7), 757-759.
- Lamb, H.R. & Bachrach, L.L. (2001). Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*. 52(8), 1039-1045.
- Latimer, E.A. (1999). Economic Impacts of Assertive Community Treatment: A Review of the Literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 44(5), 443-454.
- Lay, B., Blanz, B., Hartmann, M. et Schmidt, M.H. (2000). The psychosocial outcome of adolescent-onset schizophrenia: a 12-year follow-up. *Schizophrenia Bulletin*. 26 (4), 801-816.
- Lecomte, Y. (1997). De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale Au Québec*. XXII (2), 7-24.
- Liberman, R.P., DeRisi, W.J. & Mueser, K.T. (1989). *Social Skills Training for Psychiatric Patients*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Luborsky, L. (1962). Clinicians' judgments of mental health. *Archives of General Psychiatry*. 7, 407-417.
- Mallman, C.A. & Marcus, S. (1980). Logical clarifications in the study of needs. Dans K. Lederer. *Human needs: A contribution to the current debate*. Cambridge: Oelgeschlager, Gunn & Hain.
- Marder, S.R., Essock, S.M., Miller, A.L., Buchanan, R.W. & Casey, D.E. (2004). Physical Health Monitoring of Patients With Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 161(8): 1334-1349.
- Marshall, M. & Lockwood, A. (2001). *Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Disorders (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library*. Issue 1. Oxford: Update Software.

- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A. & Green, R. (2001). Case Management for People with Severe Mental Disorders Assertive Community Treatment for People with (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 4. Oxford: Update Software.
- Marx, K (1964). Economic and philosophical manuscripts of 1844 (M. Milligan, Trans.). New York: International Publishers. (Original work published 1844).
- Maslow, A.H. (1954). Motivation and Personality. New York: Harper & Brothers.
- Maslow, A.H. (1970). Motivation and Personality (2nd ed.). New York: Harper & Row.
- McGrew, J.H. & Bond, G.R., Dietzen, L. & Salyers, M. (1994). Measuring the Fidelity of implementation of a mental health program model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 62, 670-678.
- McGrew, J.H. & Bond, G.R. (1995). Critical Ingredients of Assertive Community Treatment: Judgments of the Experts. *Journal of Mental Health Administration*. 22, 113-125.
- McGrew, J.H., Bond G.R., Dietzen, L., McKasson, M., & Miller L.D. (1995). A Multisite Study of Client Outcomes in Assertive Community Treatment. *Psychiatric Services*. 46 (7), 696-701.
- McHale, J. & McHale, M.C. (1978). Basic human needs. New Brunswick, NJ: Transaction Books.
- McHugo, G.J., Drake, R.E., Teague, G.B. & Xie, H. (1999). Fidelity to Assertive Community Treatment and Client Outcomes in the New Hampshire Dual Disorders Study. *Psychiatric Services*. 50 (6), 818-824.
- McRae, J., Higgins, M., Lycan, C. & Sherman, W. (1990). What Happens to Patients After Five Years of Intensive Case Management Stops? *Hospital and Community Psychiatry*. 41(2), 175-179.
- Mechanic, D.(1996). Emerging issues in international mental health services research *Hospital and Community Psychiatry*. 47, 371-375.
- Meisler, N., Santos, A.B., Rowland, M.D., Smith, S., Molloy, M., & Tyson, S. (1997). Bridging the Gap between Inpatient and Outpatient Providers Using Organizational Elements of Assertive Community Treatment. *Administration and Policy in Mental Health*. 25(2), 141-152.
- Millette, J. (2001). Profil de la clientèle du Service de liaison communautaire de L'Hôpital général de Montréal (données non publiées).

- Mueser, K.T., Bond, G. & Drake, R.E. (2001). Community-Based Treatment of Schizophrenia and Other Severe Mental Disorders: Treatment Outcomes. *Medscape Mental Health*. 6(1).
- Mueser, K.T., Bond, G., Drake, R.E. & Resnick, S.G. (1998). Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management. *Schizophrenia Bulletin*. 24(1), 37-74.
- National Institute of Mental Health (1987). Towards a Model for a Comprehensive Community-Based Mental Health System. Washington, DC: NIMH.
- O'Malia, L., McFarland, B.H., Barker, S. et Barron, N.M. (2002). A Level-Functioning Self-Report Measure for Consumers With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*. 53 (3), 326-321.
- Orem, D.E. (1987): Soins infirmiers: les concepts et la pratique (3e éd.) (trad. de D. Gosselin). Montréal: Décarie.
- Orem, D.E. (1995). Nursing: Concepts of practice (5e éd.). St-Louis: Mosby.
- Orem, D.E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6e éd.). St-Louis: Mosby.
- Osborn, D.P.J. (2001). The Poor Physical Health of People With Mental Illness. *Western Journal of Medicine*. 175(5): 329 [Medline].
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., Strathdee, G., Loftus, L., McCrone, P. & Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: The Validity and Reliability of an Instrument to Assess the Needs of people with Severe Mental Illness. *British Journal of Psychiatry*. 167, 589-595.
- Poirier, H., Bonin, J.P., Lesage, A. & Reinhartz, D. (2000). Évaluation de la qualité de vie et des besoins des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux graves: perceptions d'une équipe itinérance-outreach. *Santé mentale au Québec*. 25(2), 195-215.
- PRISM. (2005). The Camberwell Assessment of Need (CAN). Internet version: <http://www.iop.kcl.ac.uk/lopweb/virtual/?path=/hsr/prism/can/adultcan/faq/research>
- Regier, D.A., Narrow, W.E., Rupp, A., Rae, D.S. et Kaelber, C.T.(2000). Dans G. Andrews and S. Henderson, *Unmet Need in Psychiatry: Problems, Resources, Responses*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ricard, N. (1999). Les nouveaux défis de la recherche et de la pratique infirmière en santé mentale. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*. 31(2): 3-9.

- Richmond, T., McCorkle, R., Tulman, L & Fawcett, J. (1997). *Measuring Function*. Dans M. Frank-Stromborg & S. Olsen. *Instruments for Clinical Health-Care Research* (2e éd.). Sudbury, MA: Jones and Barlett Publishers. (pp.75-80).
- Rubin, A. (1992). *Case Management*. Dans S.M. Rose. *Case Management and Social Work Practice*. State University at Stony Brook, Longman, New York, 5-20.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G. et Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*. 177, 149-155.
- Ryan, C.S., Sherman, P.S. & Bogart, L.M. (1997). Patterns of Services and Consumer Outcome an Intensive Case Management Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 485-493.
- Salyers, M.P., Masterton, T.W., Fekete, D.M., Picone, J.J. & Bond, G.R. (1998). Transferring Clients from Intensive Case Management: Impact on Client Functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*. 68(2), 233-245.
- Sands, R.G. & Cnaan, R.A. (1994). Two models of case management: Assessing their impact. *Community Mental Health Journal*. 30(5), 441-457.
- Scott, J.E. & Dixon, L.B. (1995). Assertive community treatment and case management for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 21(4), 657-668.
- Sherman, P.S. & Ryan, C.S. (1998). Intensity and Duration of Intensive Case Management Services. *Psychiatric Services*, 49(12), 1585-1589.
- Slade, M. (1994a). Needs assessment: Involvement of staff and users will help to meet needs *British Journal of Psychiatry*, 165, 293-296.
- Slade, M. (1994b). Needs assessment: who needs to assess? *British Journal of Psychiatry*. 165, 287-292.
- Solomon, P. (1992). The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients. *Community Mental Health Journal*. 28, 163-180.
- SPSS Graduate Pack 11.5 for Windows (2002). Chicago, IL: LEAD Technologies Inc.
- Stein, L.I., Barry, K.L., Van Dien, G., Hollingsworth, E.J. & Sweeney, J.K. (1999). Work and Social Support: A Comparison of Consumers Who Have Achieved Stability in ACT and Clubhouse Programs. *Community Mental Health Journal*. 35(2), 193-204.
- Stein, L.I., & Test, M.A. (1980). Alternatives to Mental Hospital Treatment. *Archives of General Psychiatry*. 37(4), 392-397.

- Stevens, A. & Gabbay, J (1991). Needs assessment. *Health Trends*. 23, 20-23.
- Teague, G.B., Bond, G.R. & Drake, R.E. (1998). Program Fidelity in Assertive Community Treatment: Development and Use of a Measure. *American Journal of Orthopsychiatry*. 68(2), 216-132.
- Test, M.A. (1998). Modèles de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistantes. *Santé mentale au Québec*. 23(2), 119-147.
- Thornicroft, G. (2000). Testing and Retesting Assertive Community Treatment. *Psychiatric Services*. 51, 703.
- Thornicroft, G., Johnson, S., Leese, M. et Slade, M.(2000). The unmet needs of people suffering from schizophrenia. Dans G. Andrews and S. Henderson, *Unmet Need in Psychiatry: Problems, Resources, Responses*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tibbo, P., Chue, P. & Wright, E. (1999). Hospital Outcome Measures Following Assertive Community Treatment in Edmonton, Alberta. *Canadian Journal of Psychiatry*. 44(3), 276-279.
- Tibbo, P. Joffe, K., Chue, P., Metelitsa, A. & Wright, E. (2001). Global Assessment of Functioning Following Assertive Community Treatment in Edmonton, Alberta: A Longitudinal Study. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 46(2), 144-148.
- Wiersma, D. & van Busschbach, J. (2001). Are needs and satisfaction of care associated with quality of life? An epidemiological survey among the severely mentally ill in the Netherlands. *Europe Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*. 251(5), 239-246.
- Williams, J.B. (2000). Mental Health Status, Functioning and Disabilities Measures. Dans A.J. Rush, H.A. Pincus, M.B. First, D. Blacker, J. Endicott, K.A. Phillips, N.D. Ryan, G.R. Smith, M.T. Tsuang, T.A. Widiger, & D.A. Zarin, *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington: American Psychiatric Association.
- Zani, B., McFarland, B., Wachal, M., Barker, S. & Barron, N. (1999). Statewide Replication of Predictive Validation for the Multhomah Community Ability Scale. *Community Mental Health Journal*. 35(3), 223-229.

ANNEXES

ANNEXE A

ÉVALUATION DES BESOINS CAMBERWELL (CAN)

**ÉVALUATION DES BESOINS
CAMBERWELL
CAN-F**

Version de recherche
R3.0

Nom de l'utilisateur: _____

Nom du personnel: _____

Date de l'évaluation: _____

COMMENT UTILISER LA VERSION DE RECHERCHE POUR L'ÉVALUATION DES BESOINS CAMBERWELL (CAN-F)

La version de recherche du CAN-F est utilisée pour évaluer l'opinion des usagers et du personnel. Avant d'utiliser le CAN-F, veuillez lire tout ce document, y compris les exemples qui permettront de guider votre évaluation.

La présente évaluation comporte 22 items, chacun comprenant quatre sections encadrées individuellement. Les évaluations de l'utilisateur et celle du personnel se font de façon distincte pour exprimer les différents points de vue; ils pourront ainsi varier d'une question à l'autre.

SECTION 1 Déterminer pour chacun des items s'il y a eu manifestation d'un problème au cours du dernier mois.

- 0 = Aucun problème sérieux
- 1 = Aucun problème sérieux grâce à une intervention en cours
- 2 = Problème sérieux (peu importe qu'une intervention soit en cours ou non)
- 9 = Ne sait pas

Si la réponse à une question obtient la cotation 0 ou 9, l'évaluateur doit passer à l'item suivant; sinon, il doit compléter toute la section.

A chaque item, des suggestions de questions sont présentées en *italique*.

SECTION 2 Permet de déterminer si le sujet a reçu l'aide de proches (soignants naturels) au cours du dernier mois.

SECTION 3 Permet de déterminer l'aide reçue et l'aide nécessaire de la part de personnel rémunéré par les services locaux au cours du dernier mois.

SECTION 4 Permet de déterminer la pertinence des soins apportés et permet à l'utilisateur d'exprimer son degré de satisfaction quant aux soins reçus.

Le CAN a été conçu au PRISM par Michael Phelan, Mike Slade, Graham Dunn, Frank Holloway, Geraldine Strathdee, Graham Thomicroft et Til Wykes. Des feuilles récapitulatives et d'autres copies du CAN peuvent être obtenues du PRISM, Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London SE5 8AZ.
Tel: 071 919 2610 Fax: 071 277 1462

Version française réalisée par Alain Lesage, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7331 Hochelaga, Montréal, Québec, CANADA, H1N 3V2.
Tél: (514) 251-4015 FAX: (514) 251-2617.

TABLE DES MATIÈRES

1.	LOGEMENT	4
2.	ALIMENTATION	5
3.	ENTRETIEN DU MÉNAGE.....	6
4.	HYGIÈNE PERSONNELLE.....	7
5.	ACTIVITÉS QUOTIDIENNES.....	8
6.	SANTÉ PHYSIQUE.....	9
7.	SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES.....	10
8.	INFORMATION (SUR L'AFFECTION ET LE TRAITEMENT)	11
9.	DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE	12
10.	SÉCURITÉ PERSONNELLE.....	13
11.	SÉCURITÉ D'AUTRUI.....	14
12.	ALCOOL.....	15
13.	DROGUES ET MÉDICAMENTS.....	16
14.	RELATIONS SOCIALES.....	17
15.	RELATIONS SENTIMENTALES	18
16.	VIE SEXUELLE.....	19
17.	SOINS DES ENFANTS.....	20
18.	INSTRUCTION.....	21
19.	UTILISATION DU TÉLÉPHONE.....	22
20.	UTILISATION DES TRANSPORTS EN COMMUN	23
21.	ASPECTS FINANCIERS.....	24
22.	AIDES SOCIALES.....	25

1. LOGEMENT

ÉVALUATION
USAGER-PERSONNEL

LA PERSONNE A-T-ELLE ACTUELLEMENT UN ENDROIT OÙ HABITER?		CAN0101 <input type="checkbox"/>	CAN0102 <input type="checkbox"/>
<i>Où habitez-vous actuellement? / Quel genre d'endroit est-ce?</i>			
0 = AUCUN PROBLÈME	e.g. La personne habite dans un endroit adéquat (même si elle séjourne dans un hôpital).		
1 = AUCUN / PROBLÈME MODÉRÉ GRÂCE À UNE INTERVENTION CONTINUE	e.g. La personne habite en milieu protégé.		
2 = PROBLÈME SÉRIEUX	e.g. La personne est sans-abri, habite dans un endroit précaire, ou son logement n'est pas équipé des services de base comme l'électricité ou l'eau courante.		
9 = NE SAIT PAS			
SI LA COTATION EST 0 OU 9, PASSER À L'ITEM 2.			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DE PROCHES (AMIS OU PARENTS) POUR LE LOGEMENT?		CAN0103 <input type="checkbox"/>	CAN0104 <input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE	e.g. Reçoit parfois du mobilier.		
1 = PEU D'AIDE	e.g. Aide importante pour améliorer le logement, comme refaire la peinture.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Demeure avec sa famille parce que son logement est inadéquat.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE			
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR LE LOGEMENT?		CAN0105 <input type="checkbox"/>	CAN0106 <input type="checkbox"/>
LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN D'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR LE LOGEMENT?		CAN0107 <input type="checkbox"/>	CAN0108 <input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE	e.g. Décoration mineure, a reçu l'adresse d'un service de logement.		
1 = PEU D'AIDE	e.g. Amélioration importante, référée à un service de logement.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Est relogée, habite dans un foyer, une pension, une famille d'accueil ou un autre milieu résidentiel protégé.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE			
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE LE TYPE D'AIDE APPROPRIÉ POUR LE LOGEMENT?		CAN0109 <input type="checkbox"/>	CAN0110 <input type="checkbox"/>
(0 = NON 1 = OUI 9 = NE SAIT PAS)			
DANS L'ENSEMBLE, LA PERSONNE EST-ELLE SATISFAITE DE L'AIDE REÇUE POUR LE LOGEMENT?		CAN0111 <input type="checkbox"/>	
(0 = INSATISFAITE 1 = SATISFAITE)			

2. ALIMENTATION

ÉVALUATION
USAGER-PERSONNEL

LA PERSONNE A-T-ELLE DES DIFFICULTÉS À AVOIR SUFFISAMMENT À MANGER?		CAN0201 <input type="checkbox"/>	CAN0202 <input type="checkbox"/>
<p><i>Quel genre d'aliments mangez-vous? Préparez-vous vos repas et faites-vous vos courses vous-même?</i></p> <p>0 = AUCUN PROBLÈME e.g. Capable de faire ses courses et de préparer ses repas. 1 = AUCUN / PROBLÈME MODÉRÉ GRÂCE À UNE INTERVENTION CONTINUE e.g. Incapable de cuisiner et les repas lui sont fournis. 2 = PROBLÈME SÉRIEUX e.g. Diète très pauvre, alimentation culturellement inadéquate. 9 = NE SAIT PAS</p> <p>SI LA COTATION EST 0 OU 9, PASSER À L'ITEM 3.</p>			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DE PROCHES POUR AVOIR SUFFISAMMENT À MANGER?		CAN0203 <input type="checkbox"/>	CAN0204 <input type="checkbox"/>
<p>0 = AUCUNE e.g. Repas fournis une fois par semaine ou moins souvent. 1 = PEU D'AIDE e.g. Aide hebdomadaire pour faire ses courses, ou repas fournis plus d'une fois par semaine mais non quotidiennement. 2 = AIDE MODÉRÉE e.g. Repas fournis quotidiennement. 3 = BEAUCOUP D'AIDE 9 = NE SAIT PAS</p>			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR AVOIR SUFFISAMMENT À MANGER?		CAN0205 <input type="checkbox"/>	CAN0206 <input type="checkbox"/>
LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR AVOIR SUFFISAMMENT À MANGER?		CAN0207 <input type="checkbox"/>	CAN0208 <input type="checkbox"/>
<p>0 = AUCUNE e.g. 1 à 4 repas fournis par semaine, ou aide pour un repas par jour. 1 = PEU D'AIDE e.g. Plus de 4 repas fournis par semaine, ou aide pour préparer tous les repas. 2 = AIDE MODÉRÉE e.g. Tous les repas lui sont fournis. 3 = BEAUCOUP D'AIDE 9 = NE SAIT PAS</p>			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE LE TYPE D'AIDE APPROPRIÉ POUR SON ALIMENTATION?		CAN0209 <input type="checkbox"/>	CAN0210 <input type="checkbox"/>
<p>(0 = NON 1 = OUI 9 = NE SAIT PAS)</p> <p>DANS L'ENSEMBLE, LA PERSONNE EST-ELLE SATISFAITE DE L'AIDE REÇUE POUR SON ALIMENTATION?</p> <p>CAN0211 <input type="checkbox"/></p> <p>(0 = INSATISFAITE 1 = SATISFAITE)</p>			

3. ENTRETIEN DU MÉNAGE

ÉVALUATION
USAGER-PERSONNEL

LA PERSONNE A-T-ELLE DES DIFFICULTÉS À TENIR SON MÉNAGE?		CAN0301 <input type="checkbox"/>	CAN0302 <input type="checkbox"/>
<i>Êtes-vous capable de tenir votre ménage? Avez-vous de l'aide?</i>			
0 = AUCUN PROBLÈME	e.g. La maison peut être en désordre, mais l'usager la garde propre dans l'ensemble		
1 = AUCUN PROBLÈME MODÉRÉ GRÂCE À UNE INTERVENTION CONTINUE	e.g. Incapable de tenir son ménage et reçoit régulièrement une aide domestique.		
2 = PROBLÈME SÉRIEUX	e.g. La maison est sale et peut constituer un risque pour la santé.		
9 = NE SAIT PAS			
SI LA COTATION EST 0 OU 9, PASSER À L'ITEM 4.			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DE PROCHES POUR TENIR SON MÉNAGE?		CAN0303 <input type="checkbox"/>	CAN0304 <input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE			
1 = PEU D'AIDE	e.g. Incitent la personne ou l'aident à ranger ou à nettoyer à l'occasion.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Incitent la personne ou l'aident à ranger ou à nettoyer au moins une fois par semaine.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE	e.g. Supervisent la personne plus d'une fois par semaine, lavent tous ses vêtements et font le ménage.		
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR TENIR SON MÉNAGE?		CAN0305 <input type="checkbox"/>	CAN0306 <input type="checkbox"/>
LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR TENIR SON MÉNAGE?		CAN0307 <input type="checkbox"/>	CAN0308 <input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE			
1 = PEU D'AIDE	e.g. Incitation par le personnel.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Aide pour certaines tâches ménagères.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE	e.g. La majorité des tâches ménagères sont faites par le personnel.		
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE LE TYPE D'AIDE APPROPRIÉ POUR TENIR SON MÉNAGE?		CAN0309 <input type="checkbox"/>	CAN0310 <input type="checkbox"/>
(0 = NON 1 = OUI 9 = NE SAIT PAS)			
DANS L'ENSEMBLE, LA PERSONNE EST-ELLE SATISFAITE DE L'AIDE REÇUE POUR TENIR SON MÉNAGE?		CAN0311 <input type="checkbox"/>	
(0 = INSATISFAITE 1 = SATISFAITE)			

4. HYGIÈNE PERSONNELLE

ÉVALUATION
USAGER-PERSONNEL

LA PERSONNE A-T-ELLE DES DIFFICULTÉS À PRENDRE SOIN D'ELLE?		CAN0401	CAN0402
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Avez-vous des difficultés à rester propre et soigné? Avez-vous besoin que quelqu'un vous le rappelle? Qui?</i>			
0 = AUCUN PROBLÈME	e.g. Son apparence peut être excentrique ou négligée, mais son hygiène personnelle est adéquate.		
1 = AUCUN PROBLÈME MODÉRÉ GRÂCE À UNE INTERVENTION CONTINUE	e.g. Requiert et reçoit une supervision de l'hygiène personnelle.		
2 = PROBLÈME SÉRIEUX	e.g. Manque d'hygiène personnelle, sent mauvais.		
9 = NE SAIT PAS			
SI LA COTATION EST 0 OU 9, PASSER À L'ITEM 5.			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DE PROCHES POUR SON HYGIÈNE PERSONNELLE?		CAN0403	CAN0404
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE	e.g. Incitent parfois la personne à changer de vêtements.		
1 = PEU D'AIDE	e.g. Insistent quotidiennement pour que la personne prenne un bain ou une douche.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Supervision quotidienne de plusieurs aspects de l'hygiène personnelle.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE			
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR SON HYGIÈNE PERSONNELLE?		CAN0405	CAN0406
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR SON HYGIÈNE PERSONNELLE?		CAN0407	CAN0408
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE	e.g. Incitation occasionnelle.		
1 = PEU D'AIDE	e.g. Supervision hebdomadaire.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Supervision de plusieurs aspects de l'hygiène personnelle, programme d'apprentissage de l'hygiène personnelle.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE			
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE LE TYPE D'AIDE APPROPRIÉ POUR SON HYGIÈNE PERSONNELLE?		CAN 0409	CAN0410
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(0 = NON 1 = OUI 9 = NE SAIT PAS)			
DANS L'ENSEMBLE, LA PERSONNE EST-ELLE SATISFAITE DE L'AIDE REÇUE POUR SON HYGIÈNE PERSONNELLE?		CAN0411	
		<input type="checkbox"/>	
(0 = INSATISFAITE 1 = SATISFAITE)			

5. ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

ÉVALUATION
USAGER-PERSONNEL

LA PERSONNE A-T-ELLE DES DIFFICULTÉS À POURSUIVRE DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES APPROPRIÉES?		CAN0501 <input type="checkbox"/>	CAN0502 <input type="checkbox"/>
<i>Comment occupez-vous vos journées? Avez-vous assez d'activités?</i>			
0 = AUCUN PROBLÈME	e.g. Emploi à temps plein ou occupation adéquate par des activités sociales ou domestiques.		
1 = AUCUN/PROBLÈME MODÉRÉ			
GRÂCE À UNE INTERVENTION CONTINUE	e.g. Incapable de s'occuper elle-même et doit donc fréquenter un centre de jour.		
2 = PROBLÈME SÉRIEUX	e.g. Sans emploi ni occupation adéquate par des activités sociales ou domestiques.		
9 = NE SAIT PAS			
SI LA COTATION EST 0 OU 9, PASSER À L'ITEM 6.			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE L'AIDE DE PROCHES POUR TROUVER OU CONSERVER DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES RÉGULIÈRES ET APPROPRIÉES?		CAN0503 <input type="checkbox"/>	CAN0504 <input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE	e.g. Reçoit parfois des conseils sur ses activités quotidiennes.		
1 = PEU D'AIDE			
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. A des activités quotidiennes organisées (par exemple suit des cours pour adultes, ou fréquente un centre de jour).		
3 = BEAUCOUP D'AIDE	e.g. Aide quotidienne pour organiser ses activités journalières.		
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR TROUVER OU CONSERVER DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES RÉGULIÈRES ET APPROPRIÉES?		CAN0505 <input type="checkbox"/>	CAN0506 <input type="checkbox"/>
LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN D'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR TROUVER OU CONSERVER DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES RÉGULIÈRES ET APPROPRIÉES?		CAN0507 <input type="checkbox"/>	CAN0508 <input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE			
1 = PEU D'AIDE	e.g. Formation professionnelle ou cours pour adultes.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Emploi protégé tous les jours ouvrables. Centre de jour 2 à 4 jours par semaine.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE	e.g. Fréquente un hôpital ou un centre de jour quotidiennement.		
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE LE TYPE D'AIDE APPROPRIÉ POUR SES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES?		CAN0509 <input type="checkbox"/>	CAN0510 <input type="checkbox"/>
(0 = NON 1 = OUI 9 = NE SAIT PAS)			
DANS L'ENSEMBLE, LA PERSONNE EST-ELLE SATISFAITE DE L'AIDE REÇUE POUR SES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES?		CAN0511 <input type="checkbox"/>	
(0 = INSATISFAITE 1 = SATISFAITE)			

6. SANTÉ PHYSIQUE

ÉVALUATION
USAGER-PERSONNEL

LA PERSONNE A-T-ELLE UN HANDICAP OU UNE MALADIE PHYSIQUE?		CAN0601	CAN0602
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Comment vous sentez-vous physiquement? Êtes-vous traité par un médecin pour des problèmes physiques?</i>			
0 = AUCUN PROBLÈME	e.g. Est en bonne santé physique.		
1 = AUCUN/PROBLÈME MODÉRÉ GRÂCE À UNE INTERVENTION CONTINUE	e.g. Affection physique bénigne comme de l'hypertension, reçoit un traitement approprié.		
2 = PROBLÈME SÉRIEUX	e.g. Affection physique non traitée, y compris effets secondaires des médicaments.		
9 = NE SAIT PAS			
SI LA COTATION EST 0 OU 9, PASSER À L'ITEM 7.			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DE PROCHES POUR DES PROBLÈMES DE SANTÉ PHYSIQUE?			
		CAN0603	CAN0604
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE	e.g. Incitation à consulter un médecin.		
1 = PEU D'AIDE	e.g. Doit être accompagnée chez le médecin.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Aide quotidienne pour aller aux toilettes, manger ou se déplacer.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE			
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR DES PROBLÈMES DE SANTÉ PHYSIQUE?			
		CAN0605	CAN0606
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN D'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR DES PROBLÈMES DE SANTÉ PHYSIQUE?			
		CAN0607	CAN0608
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE	e.g. Reçoit des conseils diététiques ou sur la planification familiale.		
1 = PEU D'AIDE	e.g. Sous médication. Vue régulièrement par un optométricien ou une infirmière.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Rendez-vous fréquents dans les hôpitaux, adaptation du domicile à un handicap.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE			
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE LE TYPE D'AIDE APPROPRIÉ POUR DES PROBLÈMES DE SANTÉ PHYSIQUE?			
		CAN0609	CAN0610
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(0 = NON 1 = OUI 9 = NE SAIT PAS)			
DANS L'ENSEMBLE, LA PERSONNE EST-ELLE SATISFAITE DE L'AIDE REÇUE POUR DES PROBLÈMES DE SANTÉ PHYSIQUE?			
		CAN0611	
		<input type="checkbox"/>	
(0 = INSATISFAITE 1 = SATISFAITE)			

7. SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES

ÉVALUATION
USAGER-PERSONNEL

<p>LA PERSONNE MANIFESTE-T-ELLE DES SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES COMME DES IDÉES DÉLIRANTES, DES HALLUCINATIONS, DES TROUBLES DE LA PENSÉE OU DE LA PASSIVITÉ?</p>		CAN0701	CAN0702
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><i>Est-ce qu'il vous arrive d'entendre des voix, ou d'avoir des difficultés pour organiser vos pensées ? Prenez-vous des médicaments ou recevez-vous des injections ? Pourquoi ?</i></p>			
0 = AUCUN PROBLÈME	e.g.	Aucun symptôme positif, aucun risque d'apparition de symptômes et sous aucune médication.	
1 = AUCUN/PROBLÈME MODÉRÉ GRÂCE À UNE INTERVENTION CONTINUE	e.g.	Symptômes améliorés par la médication ou par un autre type d'intervention.	
2 = PROBLÈME SÉRIELUX	e.g.	Manifeste actuellement des symptômes ou est à risque.	
9 = NE SAIT PAS			
<p>SI LA COTATION EST 0 OU 9, PASSER À L'ITEM 8.</p>			
<p>LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DE PROCHES POUR SES SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES?</p>		CAN0703	CAN0704
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE	e.g.	Compassion et soutien.	
1 = PEU D'AIDE	e.g.	Reçoit de l'aide pour faire face à ses problèmes, ou pour mieux collaborer au traitement.	
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g.	Supervision constante de la prise de médication et pour faire face à ses difficultés.	
3 = BEAUCOUP D'AIDE			
9 = NE SAIT PAS			
<p>LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR SES SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES?</p>		CAN0705	CAN0706
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR SES SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES?</p>		CAN0707	CAN0708
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE	e.g.	Médication revue tous les trois mois ou moins souvent, participe à des groupes de soutien.	
1 = PEU D'AIDE	e.g.	Médication revue plus souvent que tous les trois mois, thérapie psychologique structurée.	
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g.	Sous médication et hospitalisé à plein temps ou intervention de crise ambulatoire.	
3 = BEAUCOUP D'AIDE			
9 = NE SAIT PAS			
<p>LA PERSONNE REÇOIT-ELLE LE TYPE D'AIDE APPROPRIÉ POUR SES SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES?</p>		CAN0709	CAN0710
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(0 = NON 1 = OUI 9 = NE SAIT PAS)</p>			
<p>DANS L'ENSEMBLE, LA PERSONNE EST-ELLE SATISFAITE DE L'AIDE REÇUE POUR SES SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES?</p>		CAN0711	
		<input type="checkbox"/>	
<p>(0 = INSATISFAITE 1 = SATISFAITE)</p>			

8. INFORMATION (SUR L'AFFECTION ET LE TRAITEMENT)

ÉVALUATION
USAGER-PERSONNEL

LA PERSONNE A T-ELLE REÇU UNE INFORMATION ORALE OU ÉCRITE CLAIRE SUR SON AFFECTION ET SON TRAITEMENT?		CAN0801 <input type="checkbox"/>	CAN0802 <input type="checkbox"/>
Avez-vous reçu des informations claires sur votre médication ou d'autres traitements? Est-ce que ces informations vous ont été utiles ?			
0 = AUCUN PROBLÈME	e.g. A reçu une information adéquate et l'a comprise.		
1 = AUCUN PROBLÈME MODÉRÉ GRÂCE À UNE INTERVENTION CONTINUE	e.g. N'a pas reçu d'information adéquate ou n'a pas tout compris.		
2 = PROBLÈME SÉRIEUX	e.g. N'a pas reçu d'information.		
9 = NE SAIT PAS			
SI LA COTATION EST 0 OU 9, PASSER À L'ITEM 9.			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DE PROCHES POUR OBTENIR CETTE L'INFORMATION ?		CAN0803 <input type="checkbox"/>	CAN0804 <input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE			
1 = PEU D'AIDE	e.g. A reçu des conseils d'amis ou de la famille.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. A reçu de la documentation ou a été mise en contact avec des groupes d'entraide par des proches.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE	e.g. Les proches sont en contact régulier avec des médecins ou avec des groupes d'entraide.		
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR OBTENIR CETTE INFORMATION?		CAN0805 <input type="checkbox"/>	CAN0806 <input type="checkbox"/>
LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR OBTENIR CETTE INFORMATION?		CAN0807 <input type="checkbox"/>	CAN0808 <input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE			
1 = PEU D'AIDE	e.g. Information orale brève sur l'affection ou le traitement.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. A reçu des renseignements sur les groupes d'entraide. A assisté à plusieurs séances d'information orale sur les médicaments et autres traitements.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE	e.g. A reçu des informations écrites détaillées ou a participé à des cours spécifiques.		
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE LE TYPE D'AIDE APPROPRIÉ POUR OBTENIR CETTE INFORMATION?		CAN0809 <input type="checkbox"/>	CAN0810 <input type="checkbox"/>
(0 = NON 1 = OUI 9 = NE SAIT PAS)			
DANS L'ENSEMBLE, LA PERSONNE EST-ELLE SATISFAITE DE L'AIDE REÇUE POUR OBTENIR CETTE INFORMATION?		CAN0811 <input type="checkbox"/>	
(0 = INSATISFAITE 1 = SATISFAITE)			

9. DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

ÉVALUATION
USAGER-PERSONNEL

LA PERSONNE SOUFFRE-T-ELLE ACTUELLEMENT DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE?		CAN0901 <input type="checkbox"/>	CAN0902 <input type="checkbox"/>
<i>Vous êtes-vous senti très malheureux ou déprimé récemment? Avez-vous eu très peur ou vous êtes-vous senti très anxieux?</i>			
0 = AUCUN PROBLÈME	e.g.	Détresse occasionnelle ou de faible intensité.	
1 = AUCUN PROBLÈME MODÉRÉ GRÂCE À UNE INTERVENTION CONTINUE	e.g.	Requiert et reçoit un soutien régulier.	
2 = PROBLÈME SÉRIeux	e.g.	La détresse manifestée a une incidence significative sur sa vie, par exemple en l'empêchant de sortir.	
9 = NE SAIT PAS			
SI LA COTATION EST 0 OU 9, PASSER À L'ITEM 10.			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DE PROCHES POUR SA DÉTRESSE?		CAN0903 <input type="checkbox"/>	CAN0904 <input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE	e.g.	Compassion ou soutien.	
1 = PEU D'AIDE	e.g.	À l'occasion de parler de sa détresse avec des amis ou des parents au moins une fois par semaine.	
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g.	Supervision et soutien constant.	
3 = BEAUCOUP D'AIDE			
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR SA DÉTRESSE?		CAN0905 <input type="checkbox"/>	CAN0906 <input type="checkbox"/>
LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR SA DÉTRESSE?		CAN0907 <input type="checkbox"/>	CAN0908 <input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE	e.g.	Évaluation de l'état mental ou soutien occasionnel.	
1 = PEU D'AIDE	e.g.	Traitement psychologique ou social de l'anxiété. Consultation au moins une fois par semaine.	
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g.	Hospitalisation à temps complet ou intervention de crise.	
3 = BEAUCOUP D'AIDE			
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE LE TYPE D'AIDE APPROPRIÉ POUR SA DÉTRESSE?		CAN0909 <input type="checkbox"/>	CAN0910 <input type="checkbox"/>
(0 = NON 1 = OUI 9 = NE SAIT PAS)			
DANS L'ENSEMBLE, LA PERSONNE EST-ELLE SATISFAITE DE L'AIDE REÇUE POUR SA DÉTRESSE?		CAN0911 <input type="checkbox"/>	
(0 = INSATISFAITE 1 = SATISFAITE)			

10. SÉCURITÉ PERSONNELLE

ÉVALUATION
USAGER-PERSONNEL

LA PERSONNE CONSTITUE-T-ELLE UN DANGER POUR ELLE-MÊME ?		CAN1001	CAN1002
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Vous arrive-t-il de penser à vous faire du mal?</i>			
<i>Vous arrive-t-il autrement de vous mettre en danger?</i>			
0 = AUCUN PROBLÈME	e.g. Aucune pensée suicidaire.		
1 = AUCUN PROBLÈME MODÉRÉ			
GRÂCE À UNE INTERVENTION CONTINUE	e.g. Risque de suicide supervisé par le personnel, reçoit une thérapie régulièrement.		
2 = PROBLÈME SÉRIEUX	e.g. A exprimé des idées suicidaires au cours du dernier mois ou s'est exposée à un danger sérieux.		
9 = NE SAIT PAS			
SI LA COTATION EST 0 OU 9, PASSER À L'ITEM 11.			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DE PROCHES POUR RÉDUIRE LES RISQUES DE SE BLESSER ?			
		CAN1003	CAN1004
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE			
1 = PEU D'AIDE	e.g. Peut contacter des proches si elle ne se sent pas en sécurité.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Des proches sont habituellement en contact et peuvent savoir si elle ne se sent pas en sécurité.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE	e.g. Des proches sont continuellement en contact et sont au courant et prêts à intervenir si elle ne se sent pas en sécurité.		
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR RÉDUIRE LES RISQUES DE SE BLESSER ?			
		CAN1005	CAN1006
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR RÉDUIRE LES RISQUES DE SE BLESSER ?			
		CAN1007	CAN1008
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE			
1 = PEU D'AIDE	e.g. Peut contacter quelqu'un si elle ne se sent pas en sécurité.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Le personnel vérifie au moins une fois par semaine, consultation de soutien régulière.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE	e.g. Supervision quotidienne, soins hospitaliers.		
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE LE TYPE D'AIDE APPROPRIÉ POUR RÉDUIRE LES RISQUES DE SE BLESSER ?			
		CAN1009	CAN1010
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(0 = NON 1 = OUI 9 = NE SAIT PAS)			
DANS L'ENSEMBLE, LA PERSONNE EST-ELLE SATISFAITE DE L'AIDE REÇUE POUR RÉDUIRE LES RISQUES DE SE BLESSER ?			
		CAN1011	
		<input type="checkbox"/>	
(0 = INSATISFAITE 1 = SATISFAITE)			

11. SÉCURITÉ D'AUTRUI

ÉVALUATION
USAGER-PERSONNEL

LA PERSONNE RISQUE-T-ELLE DE METTRE AUTRUI EN DANGER ?		CAN1101 <input type="checkbox"/>	CAN1102 <input type="checkbox"/>
<i>Pensez-vous que vous pourriez mettre en danger quelqu'un d'autre ? Vous arrive-t-il de vous mettre en colère et de frapper quelqu'un ?</i>			
0 = AUCUN PROBLÈME	e.g. Aucun antécédent de comportement violent ou menaçant.		
1 = AUCUN PROBLÈME MODÉRÉ GRÂCE À UNE INTERVENTION CONTINUE	e.g. Sous supervision en raison d'un risque potentiel.		
2 = PROBLÈME SÉRIEUX	e.g. A un comportement violent ou a proféré des menaces récemment.		
9 = NE SAIT PAS			
SI LA COTATION EST 0 OU 9, PASSER À L'ITEM 12.			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DE PROCHES POUR RÉDUIRE LES RISQUES DE BLESSER AUTRUI ?		CAN1103 <input type="checkbox"/>	CAN1104 <input type="checkbox"/>
<i>Pensez-vous que vous pourriez mettre en danger quelqu'un d'autre ? Vous arrive-t-il de vous mettre en colère et de frapper quelqu'un ?</i>			
0 = AUCUNE	e.g. Reçoit de l'aide pour son comportement agressif une fois par semaine ou moins.		
1 = PEU D'AIDE	e.g. Reçoit de l'aide pour son comportement agressif plus d'une fois par semaine.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Aide presque constante pour un comportement agressif persistant.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE			
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR RÉDUIRE LES RISQUES DE BLESSER AUTRUI ?		CAN1105 <input type="checkbox"/>	CAN1106 <input type="checkbox"/>
<i>Pensez-vous que vous pourriez mettre en danger quelqu'un d'autre ? Vous arrive-t-il de vous mettre en colère et de frapper quelqu'un ?</i>			
LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR RÉDUIRE LES RISQUES DE BLESSER AUTRUI ?		CAN1107 <input type="checkbox"/>	CAN1108 <input type="checkbox"/>
<i>Pensez-vous que vous pourriez mettre en danger quelqu'un d'autre ? Vous arrive-t-il de vous mettre en colère et de frapper quelqu'un ?</i>			
0 = AUCUNE	e.g. Comportement évalué un fois par semaine ou moins.		
1 = PEU D'AIDE	e.g. Supervision quotidienne.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Supervision constante, programme de gestion de l'agressivité.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE			
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE LE TYPE D'AIDE APPROPRIÉ POUR RÉDUIRE LES RISQUES DE BLESSER AUTRUI ?		CAN1109 <input type="checkbox"/>	CAN1110 <input type="checkbox"/>
<i>Pensez-vous que vous pourriez mettre en danger quelqu'un d'autre ? Vous arrive-t-il de vous mettre en colère et de frapper quelqu'un ?</i>			
(0 = NON 1 = OUI 9 = NE SAIT PAS)			
DANS L'ENSEMBLE, LA PERSONNE EST-ELLE SATISFAITE DE L'AIDE REÇUE POUR RÉDUIRE LES RISQUES DE BLESSER AUTRUI ?		CAN1111 <input type="checkbox"/>	
<i>Pensez-vous que vous pourriez mettre en danger quelqu'un d'autre ? Vous arrive-t-il de vous mettre en colère et de frapper quelqu'un ?</i>			
(0 = INSATISFAITE 1 = SATISFAITE)			

12. ALCOOL

ÉVALUATION
USAGER-PERSONNEL

LA PERSONNE BOIT-ELLE EXCESSIVEMENT OU A-T-ELLE DES DIFFICULTÉS À CONTRÔLER SA CONSOMMATION D'ALCOOL ?		CAN1201	CAN1202
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Avez-vous des problèmes à cause de l'alcool? Aimeriez-vous réduire votre consommation d'alcool ?</i>			
0 = AUCUN PROBLÈME	e.g. Aucune difficulté à contrôler sa consommation d'alcool.		
1 = AUCUN PROBLÈME MODÉRÉ GRÂCE À UNE INTERVENTION CONTINUE	e.g. Possibilité d'abus d'alcool et reçoit actuellement de l'aide.		
2 = PROBLÈME SÉRIEUX	e.g. Consommation actuelle d'alcool incontrôlée ou dangereuse.		
9 = NE SAIT PAS			
SI LA COTATION EST 0 OU 9, PASSER À L'ITEM 13.			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DE PROCHES POUR SA CONSOMMATION D'ALCOOL ?		CAN1203	CAN1204
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE			
1 = PEU D'AIDE	e.g. Invité à réduire sa consommation.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Renseigné sur les Alcooques Anonymes.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE	e.g. Contrôle quotidien de sa consommation d'alcool.		
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR SA CONSOMMATION D'ALCOOL ?		CAN1205	CAN1206
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR SA CONSOMMATION D'ALCOOL ?		CAN1207	CAN1208
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE			
1 = PEU D'AIDE	e.g. A été informée des risques.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. A reçu des renseignements sur les centres d'aide.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE	e.g. Fréquente une clinique spécialisée ou suit un programme supervisé de désintoxication.		
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE LE TYPE D'AIDE APPROPRIÉ POUR SA CONSOMMATION D'ALCOOL ?		CAN1209	CAN1210
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(0 = NON 1 = OUI 9 = NE SAIT PAS)			
DANS L'ENSEMBLE, LA PERSONNE EST-ELLE SATISFAITE DE L'AIDE REÇUE POUR SA CONSOMMATION D'ALCOOL ?		CAN1211	
		<input type="checkbox"/>	
(0 = INSATISFAITE 1 = SATISFAITE)			

13. DROGUES ET MÉDICAMENTS

ÉVALUATION
USAGER-PERSONNEL

LA PERSONNE A-T-ELLE DES PROBLÈMES D'ABUS DE DROGUES OU DE MÉDICAMENTS?		CAN1301	CAN1302
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Prenez-vous des drogues ou des médicaments non prescrits ?</i>			
<i>Y a-t-il des drogues ou des médicaments que vous auriez des difficultés à arrêter de prendre ?</i>			
0 = AUCUN PROBLÈME	e.g. Pas de dépendance ou d'abus.		
1 = AUCUN PROBLÈME MODÉRÉ GRÂCE À UNE INTERVENTION CONTINUE	e.g. Reçoit de l'aide pour abus ou dépendance.		
2 = PROBLÈME SÉRIeux	e.g. Dépendance ou abus de substances prescrites, non-prescrites ou illégales.		
9 = NE SAIT PAS			
SI LA COTATION EST 0 OU 9, PASSER À L'ITEM 14.			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DE PROCHES POUR SON ABUS DE DROGUES OU DE MÉDICAMENTS?		CAN1303	CAN1304
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE			
1 = PEU D'AIDE	e.g. Conseils ou soutien occasionnels.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Conseils réguliers, contact avec des centres d'aide.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE	e.g. Supervision ou lien établi avec des centres d'aide.		
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR SON ABUS DE DROGUES OU DE MÉDICAMENTS?		CAN1305	CAN1306
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR SON ABUS DE DROGUE OU DE MÉDICAMENTS?		CAN1307	CAN1308
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE			
1 = PEU D'AIDE	e.g. Conseils d'un omnipraticien.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Fréquente une clinique pour toxicomanes.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE	e.g. Suit un programme supervisé de désintoxication, soins hospitaliers.		
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE LE TYPE D'AIDE APPROPRIÉ POUR SON ABUS DE DROGUES OU DE MÉDICAMENTS?		CAN1309	CAN1310
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(0 = NON 1 = OUI 9 = NE SAIT PAS)			
DANS L'ENSEMBLE, LA PERSONNE EST-ELLE SATISFAITE DE L'AIDE REÇUE POUR SON ABUS DE DROGUES OU DE MÉDICAMENTS ?		CAN1311	
		<input type="checkbox"/>	
(0 = INSATISFAITE 1 = SATISFAITE)			

14. RELATIONS SOCIALES

ÉVALUATION
USAGER-PERSONNEL

LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN D'AIDE DANS SES RELATIONS SOCIALES ?		CAN1401 <input type="checkbox"/>	CAN1402 <input type="checkbox"/>
<i>Êtes-vous content de votre vie sociale? Vous sentez-vous seul? Aimerez-vous avoir plus de contact avec les autres ?</i>			
0 = AUCUN PROBLÈME	e.g. Capable d'organiser suffisamment de contacts sociaux, a assez d'amis.		
1 = AUCUN PROBLÈME MODÉRÉ GRÂCE À UNE INTERVENTION CONTINUE	e.g. Fréquente un lieu de rencontre ou un centre de jour approprié.		
2 = PROBLÈME SÉRIEUX	e.g. Se sent fréquemment seule et isolée.		
9 = NE SAIT PAS			
SI LA COTATION EST 0 OU 9, PASSER À L'ITEM 15.			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DE PROCHES POUR SES RELATIONS SOCIALES ?		CAN1403 <input type="checkbox"/>	CAN1404 <input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE	e.g. Contacts sociaux moins d'une fois par semaine.		
1 = PEU D'AIDE	e.g. Contacts sociaux une fois par semaine ou plus.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Contacts sociaux au moins quatre fois par semaine.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE			
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR SES RELATIONS SOCIALES?		CAN1405 <input type="checkbox"/>	CAN1406 <input type="checkbox"/>
LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR SES RELATIONS SOCIALES?		CAN1407 <input type="checkbox"/>	CAN1408 <input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE	e.g. Conseillée sur les groupes/clubs sociaux.		
1 = PEU D'AIDE	e.g. Fréquentation d'un centre de jour ou d'un lieu de rencontre jusqu'à 3 fois par semaine.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Fréquentation d'un centre de jour 4 fois ou plus par semaine.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE			
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE LE TYPE D'AIDE APPROPRIÉ POUR SES RELATIONS SOCIALES?		CAN1409 <input type="checkbox"/>	CAN1410 <input type="checkbox"/>
(0 = NON 1 = OUI 9 = NE SAIT PAS)			
DANS L'ENSEMBLE, LA PERSONNE EST-ELLE SATISFAITE DE L'AIDE REÇUE POUR SES RELATIONS SOCIALES?		CAN1411 <input type="checkbox"/>	
(0 = INSATISFAITE 1 = SATISFAITE)			

15. RELATIONS SENTIMENTALES

ÉVALUATION
USAGER-PERSONNEL

<p>LA PERSONNE A-T-ELLE DES DIFFICULTÉS À TROUVER UN PARTENAIRE OU À MAINTENIR UNE RELATION SENTIMENTALE?</p>		CAN1501	CAN1502
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><i>Avez-vous un partenaire ? Avez-vous des difficultés au niveau de votre relation/mariage ?</i></p>			
0 = AUCUN PROBLÈME	e.g. Relation satisfaisante ou ne désire pas de conjoint.		
1 = AUCUN PROBLÈME MODÉRÉ	e.g. Suit une thérapie de couple qui se montre utile.		
2 = PROBLÈME SÉRIEUX	e.g. Violence domestique ou recherche un partenaire.		
9 = NE SAIT PAS			
<p>SI LA COTATION EST 0 OU 9, PASSER À L'ITEM 16.</p>			
<p>LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DE PROCHES POUR FORMER OU MAINTENIR DES RELATIONS?</p>		CAN1503	CAN1504
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE			
1 = PEU D'AIDE	e.g. Soutien émotionnel.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Discussions fréquentes.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE	e.g. Discussions intenses et soutien pour faire face à ses émotions.		
9 = NE SAIT PAS			
<p>LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR FORMER OU MAINTENIR DES RELATIONS?</p>		CAN1505	CAN1506
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR FORMER OU MAINTENIR DES RELATIONS?</p>		CAN1507	CAN1508
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE			
1 = PEU D'AIDE	e.g. Quelques discussions.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Discussions fréquentes, soutien régulier.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE	e.g. Thérapie de couple, apprentissage de certaines habiletés sociales.		
9 = NE SAIT PAS			
<p>LA PERSONNE REÇOIT-ELLE LE TYPE D'AIDE APPROPRIÉ POUR FORMER ET MAINTENIR DES RELATIONS?</p>		CAN1509	CAN1510
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(0 = NON 1 = OUI 9 = NE SAIT PAS)</p>			
<p>DANS L'ENSEMBLE, LA PERSONNE EST-ELLE SATISFAITE DE L'AIDE REÇUE POUR FORMER ET MAINTENIR DES RELATIONS ?</p>		CAN1511	
		<input type="checkbox"/>	
<p>(0 = INSATISFAITE 1 = SATISFAITE)</p>			

16. VIE SEXUELLE

ÉVALUATION
USAGER-PERSONNEL

LA PERSONNE A-T-ELLE DES PROBLÈMES SEXUELS ?		CAN1601	CAN1602
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Comment est votre vie sexuelle ?</i>			
0 = AUCUN PROBLÈME	e.g. Actuellement satisfaite de sa vie sexuelle.		
1 = AUCUN PROBLÈME MODÉRÉ GRÂCE À UNE INTERVENTION CONTINUE	e.g. Bénéficie d'une thérapie sexuelle.		
2 = PROBLÈME SÉRIEUX	e.g. Importantes difficultés sexuelles, comme une impuissance.		
9 = NE SAIT PAS			
SI LA COTATION EST 0 OU 9, PASSER À L'ITEM 17.			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DE PROCHES POUR SES PROBLÈMES SEXUELS?		CAN1603	CAN1604
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE	e.g. A reçu quelques conseils.		
1 = PEU D'AIDE	e.g. Discussions fréquentes, information, fourniture de contraceptifs, etc.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Établissent des contacts avec des centres de conseil et peuvent y accompagner la personne. Toujours disponibles pour parler des problèmes.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE			
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR SES PROBLÈMES SEXUELS?		CAN1605	CAN1606
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR SES PROBLÈMES SEXUELS?		CAN1607	CAN1608
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE	e.g. A été informée des moyens de contraception, des pratiques sexuelles sans risques, des troubles sexuels induits par les médicaments.		
1 = PEU D'AIDE	e.g. Discussions régulières sur la vie sexuelle.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Thérapie sexuelle.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE			
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE LE TYPE D'AIDE APPROPRIÉ POUR SES PROBLÈMES SEXUELS?		CAN1609	CAN1610
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(0 = NON 1 = OUI 9 = NE SAIT PAS)			
DANS L'ENSEMBLE, LA PERSONNE EST-ELLE SATISFAITE DE L'AIDE REÇUE POUR SES PROBLÈMES SEXUELS?		CAN1611	
		<input type="checkbox"/>	
(0 = INSATISFAITE 1 = SATISFAITE)			

17. SOINS DES ENFANTS

ÉVALUATION
USAGER-PERSONNEL

LA PERSONNE A-T-ELLE DES DIFFICULTÉS À PRENDRE SOIN DE SES ENFANTS ?		CAN1701	CAN1702
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Avez-vous des enfants âgés de moins de 18 ans ? Avez-vous des difficultés à prendre soin d'eux ?</i>			
0 = AUCUN PROBLÈME	e.g. Aucun enfant de moins de 18 ans ou aucune difficulté à prendre soin d'eux.		
1 = AUCUN PROBLÈME MODÉRÉ GRÂCE À UNE INTERVENTION CONTINUE	e.g. Difficultés à prendre soin de ses enfants et reçoit de l'aide.		
2 = PROBLÈME SÉRIEUX	e.g. A des difficultés sérieuses à prendre soin des enfants.		
9 = NE SAIT PAS			
SI LA COTATION EST 0 OU 9, PASSER À L'ITEM 18.			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DE PROCHES POUR PRENDRE SOIN DE SES ENFANTS ?		CAN1703	CAN1704
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE	e.g. Aide occasionnelle, moins d'une fois par semaine.		
1 = PEU D'AIDE	e.g. Aide presque tous les jours.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Les enfants habitent chez des parents ou amis.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE			
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR PRENDRE SOIN DE SES ENFANTS ?		CAN1705	CAN1706
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR PRENDRE SOIN DE SES ENFANTS ?		CAN1707	CAN1708
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE	e.g. Enfants placés en garderie pendant la journée.		
1 = PEU D'AIDE	e.g. Aïdée pour développer ses habiletés parentales.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Enfants placés en famille d'accueil ou dans un foyer.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE			
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE LE TYPE D'AIDE APPROPRIÉ POUR LES SOINS DES ENFANTS ?		CAN1709	CAN1710
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(0 = NON 1 = OUI 9 = NE SAIT PAS)			
DANS L'ENSEMBLE, LA PERSONNE EST-ELLE SATISFAITE DE L'AIDE REÇUE POUR LES SOINS DES ENFANTS ?		CAN1711	
		<input type="checkbox"/>	
(0 = INSATISFAITE 1 = SATISFAITE)			

18. INSTRUCTION

ÉVALUATION
USAGER-PERSONNEL

LA PERSONNE A-T-ELLE DES DIFFICULTÉS À LIRE OU À COMPTER ?		CAN1801	CAN1802
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><i>Avez-vous des difficultés à lire, à compter ou à comprendre le français ?</i> <i>Êtes-vous capable de compter votre monnaie lorsque vous êtes dans un magasin ?</i></p>			
0 = AUCUN PROBLÈME	e.g. Capable de lire, d'écrire ou de comprendre les formulaires en français.		
1 = AUCUN PROBLÈME MODÉRÉ GRÂCE À UNE INTERVENTION CONTINUE	e.g. Difficultés à lire et besoin de l'aide de la famille.		
2 = PROBLÈME SÉRIEUX	e.g. Difficultés dans les aptitudes de base, manque d'aisance pour s'exprimer en français.		
9 = NE SAIT PAS			
SI LA COTE EST 0 OU 9, PASSER À L'ITEM 19.			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DE PROCHES POUR LIRE OU COMPTER ?		CAN1803	CAN1804
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>0 = AUCUNE 1 = PEU D'AIDE 2 = AIDE MODÉRÉE 3 = BEAUCOUP D'AIDE 9 = NE SAIT PAS</p>			
e.g. Aidée à l'occasion pour lire ou pour remplir des formulaires.	e.g. Adressée à un cours de français		
e.g. Lui apprennent à lire.			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR LIRE ET COMPTER ?		CAN1805	CAN1806
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR LIRE ET COMPTER ?		CAN1807	CAN1808
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>0 = AUCUNE 1 = PEU D'AIDE 2 = AIDE MODÉRÉE 3 = BEAUCOUP D'AIDE 9 = NE SAIT PAS</p>			
e.g. Reçoit de l'aide pour remplir des formulaires.	e.g. Informée sur des cours.		
e.g. Suit des cours pour adultes.			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE LE TYPE D'AIDE APPROPRIÉ POUR LIRE ET COMPTER ?		CAN1809	CAN1810
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(0 = NON 1 = OUI 9 = NE SAIT PAS)			
DANS L'ENSEMBLE, LA PERSONNE EST-ELLE SATISFAITE DE L'AIDE REÇUE POUR LIRE ET COMPTER ?		CAN1811	
		<input type="checkbox"/>	
(0 = INSATISFAITE 1 = SATISFAITE)			

19. UTILISATION DU TÉLÉPHONE

ÉVALUATION
USAGER-PERSONNEL

LA PERSONNE A-T-ELLE DES DIFFICULTÉS À AVOIR ACCÈS OU À UTILISER UN TÉLÉPHONE?		CAN1901 <input type="checkbox"/>	CAN1902 <input type="checkbox"/>
<i>Savez-vous comment utiliser un téléphone? Avez-vous facilement accès à un téléphone ?</i>			
0 = AUCUN PROBLÈME	e.g. A un téléphone qui fonctionne à la maison ou a accès à un téléphone public.		
1 = AUCUN/PROBLÈME MODÉRÉ GRÂCE À UNE INTERVENTION CONTINUE	e.g. Doit passer par une tierce personne pour avoir accès à un téléphone.		
2 = PROBLÈME SÉRIEUX	e.g. Aucun accès à un téléphone ou incapable de l'utiliser.		
9 = NE SAIT PAS			
SI LA COTATION EST 0 OU 9, PASSER L'ITEM 20.			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DE PROCHES POUR FAIRE DES APPELS TÉLÉPHONIQUES?		CAN1903 <input type="checkbox"/>	CAN1904 <input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE	e.g. Aide pour faire des appels moins d'une fois par mois, ou seulement en cas d'urgence.		
1 = PEU D'AIDE	e.g. Aide variant de quotidienne à mensuelle.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Aide disponible à tout moment.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE			
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR FAIRE DES APPELS TÉLÉPHONIQUES ?		CAN1905 <input type="checkbox"/>	CAN1906 <input type="checkbox"/>
LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR FAIRE DES APPELS TÉLÉPHONIQUES?		CAN1907 <input type="checkbox"/>	CAN1908 <input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE	e.g. A accès à un téléphone sur demande.		
1 = PEU D'AIDE	e.g. A reçu une carte téléphonique.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Installation d'un téléphone à domicile.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE			
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE LE TYPE D'AIDE APPROPRIÉ POUR FAIRE SES APPELS TÉLÉPHONIQUES?		CAN1909 <input type="checkbox"/>	CAN1910 <input type="checkbox"/>
(0 = NON 1 = OUI 9 = NE SAIT PAS)			
DANS L'ENSEMBLE, LA PERSONNE EST-ELLE SATISFAITE DE L'AIDE REÇUE POUR FAIRE SES APPELS TÉLÉPHONIQUES ?		CAN1911 <input type="checkbox"/>	
(0 = INSATISFAITE 1 = SATISFAITE)			

20. UTILISATION DES TRANSPORTS EN COMMUN

ÉVALUATION
USAGER-PERSONNEL

LA PERSONNE A-T-ELLE DES DIFFICULTÉS À UTILISER LES TRANSPORTS EN COMMUN ?		CAN2001 <input type="checkbox"/>	CAN2002 <input type="checkbox"/>
<i>Utilisez-vous l'autobus ou le métro ? Avez-vous une carte d'autobus gratuite ?</i>			
0 = AUCUN PROBLÈME	e.g.	Capable d'utiliser les transports en commun ou utilise une voiture.	
1 = AUCUN PROBLÈME MODÉRÉ GRÂCE À UNE INTERVENTION CONTINUE	e.g.	Reçoit un abonnement de bus ou une autre aide pour utiliser les transports en commun.	
2 = PROBLÈME SÉRIEUX	e.g.	Incapable d'utiliser les transports en commun.	
9 = NE SAIT PAS			
SI LA COTATION EST 0 OU 9, PASSER À L'ITEM 21.			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DE PROCHES POUR SES DÉPLACEMENTS ?		CAN2003 <input type="checkbox"/>	CAN2004 <input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE			
1 = PEU D'AIDE	e.g.	Encouragée à se déplacer.	
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g.	Est souvent accompagnée lorsqu'elle utilise les transports en commun.	
3 = BEAUCOUP D'AIDE	e.g.	Transport organisé pour tous ses rendez-vous.	
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR SES DÉPLACEMENTS ?		CAN2005 <input type="checkbox"/>	CAN2006 <input type="checkbox"/>
LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR SES DÉPLACEMENTS ?		CAN2007 <input type="checkbox"/>	CAN2008 <input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE			
1 = PEU D'AIDE	e.g.	Reçoit une carte d'autobus.	
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g.	Reçoit de l'argent pour utiliser le taxi.	
3 = BEAUCOUP D'AIDE	e.g.	Transport organisé en ambulance pour ses rendez-vous.	
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE LE TYPE D'AIDE APPROPRIÉ POUR SES DÉPLACEMENTS ?		CAN2009 <input type="checkbox"/>	CAN2010 <input type="checkbox"/>
(0 = NON 1 = OUI 9 = NE SAIT PAS)			
DANS L'ENSEMBLE, LA PERSONNE EST-ELLE SATISFAITE DE L'AIDE REÇUE POUR SES DÉPLACEMENTS ?		CAN2011 <input type="checkbox"/>	
(0 = INSATISFAITE 1 = SATISFAITE)			

21. ASPECTS FINANCIERS

ÉVALUATION
USAGER-PERSONNEL

LA PERSONNE A-T-ELLE DES DIFFICULTÉS À GÉRER SON BUDGET ?		CAN2101 <input type="checkbox"/>	CAN2102 <input type="checkbox"/>
<i>Comment gérez-vous votre argent ? Arrivez-vous à payer vos factures ?</i>			
0 = AUCUN PROBLÈME	e.g. Capable d'acheter ce dont elle a besoin et de payer ses factures.		
1 = AUCUN PROBLÈME MODÉRÉ GRÂCE À UNE INTERVENTION CONTINUE	e.g. Bénéficie de l'aide qu'on lui fournit pour établir son budget.		
2 = PROBLÈME SÉRIEUX	e.g. Manque souvent d'argent pour acheter ce dont elle a besoin ou pour payer ses factures.		
9 = NE SAIT PAS			
SI LA COTATION EST 0 OU 9, PASSER À L'ITEM 22.			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DE PROCHES POUR GÉRER SON ARGENT ?		CAN2103 <input type="checkbox"/>	CAN2104 <input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE			
1 = PEU D'AIDE	e.g. Aide occasionnelle pour les comptes du ménage.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Établissement d'un budget hebdomadaire.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE	e.g. Contrôle complet de ses finances.		
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR GÉRER SON ARGENT ?		CAN2105 <input type="checkbox"/>	CAN2106 <input type="checkbox"/>
LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR GÉRER SON ARGENT ?		CAN2107 <input type="checkbox"/>	CAN2108 <input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE			
1 = PEU D'AIDE	e.g. Aidée à l'occasion pour établir son budget.		
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g. Supervisée pour payer son loyer, reçoit une allocation chaque semaine.		
3 = BEAUCOUP D'AIDE	e.g. Reçoit une allocation tous les jours.		
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE LE TYPE D'AIDE APPROPRIÉ POUR GÉRER SON ARGENT ?		CAN2109 <input type="checkbox"/>	CAN2110 <input type="checkbox"/>
(0 = NON 1 = OUI 9 = NE SAIT PAS)			
DANS L'ENSEMBLE, LA PERSONNE EST-ELLE SATISFAITE DE L'AIDE REÇUE POUR GÉRER SON ARGENT ?		CAN2111 <input type="checkbox"/>	
(0 = INSATISFAITE 1 = SATISFAITE)			

22. AIDES SOCIALES

ÉVALUATION
USAGER-PERSONNEL

LA PERSONNE REÇOIT-ELLE TOUTES LES AIDES SOCIALES AUXQUELLES ELLE A DROIT ?		CAN2201 <input type="checkbox"/>	CAN2202 <input type="checkbox"/>
<i>Êtes-vous certain de recevoir tout l'argent auquel vous avez droit ?</i>			
0 = AUCUN PROBLÈME	e.g.	Reçoit toutes les aides sociales auxquelles elle a droit.	
1 = AUCUN PROBLÈME MODÉRÉ GRÂCE À UNE INTERVENTION CONTINUE	e.g.	Reçoit une aide appropriée pour réclamer les aides sociales auxquelles elle a droit.	
2 = PROBLÈME SÉRIEUX	e.g.	N'est pas certaine de recevoir toutes les aides sociales auxquelles elle a droit ou ne les reçoit pas toutes.	
9 = NE SAIT PAS			
SI LA COTATION EST 0 OU 9, LE CAN-F EST TERMINÉ.			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DE PROCHES POUR OBTENIR TOUTES LES AIDES SOCIALES AUXQUELLES ELLE A DROIT ?		CAN2203 <input type="checkbox"/>	CAN2204 <input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE	e.g.	Lui demandent à l'occasion si elle reçoit de l'argent.	
1 = PEU D'AIDE	e.g.	L'aident à remplir des formulaires.	
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g.	Se sont informés pour déterminer les aides sociales auxquelles la personne a droit.	
3 = BEAUCOUP D'AIDE			
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR OBTENIR TOUTES LES AIDES SOCIALES AUXQUELLES ELLE A DROIT ?		CAN2205 <input type="checkbox"/>	CAN2206 <input type="checkbox"/>
LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN DE L'AIDE DES SERVICES LOCAUX POUR OBTENIR TOUTES LES AIDES SOCIALES AUXQUELLES ELLE A DROIT ?		CAN2207 <input type="checkbox"/>	CAN2208 <input type="checkbox"/>
0 = AUCUNE	e.g.	Conseils occasionnels sur ses droits aux aides sociales	
1 = PEU D'AIDE	e.g.	Reçoit de l'aide pour des demandes supplémentaires d'aides sociales.	
2 = AIDE MODÉRÉE	e.g.	Évaluation exhaustive des droits actuels aux aides sociales.	
3 = BEAUCOUP D'AIDE			
9 = NE SAIT PAS			
LA PERSONNE REÇOIT-ELLE LE TYPE D'AIDE APPROPRIÉ POUR OBTENIR LES AIDES SOCIALES AUXQUELLES ELLE A DROIT ?		CAN2209 <input type="checkbox"/>	CAN2210 <input type="checkbox"/>
(0 = NON 1 = OUI 9 = NE SAIT PAS)			
DANS L'ENSEMBLE, LA PERSONNE EST-ELLE SATISFAITE DE L'AIDE REÇUE POUR OBTENIR LES AIDES SOCIALES AUXQUELLES ELLE A DROIT ?		CAN2211 <input type="checkbox"/>	
(0 = INSATISFAITE 1 = SATISFAITE)			

ANNEXE B

ÉCHELLE D'HABILETÉS DANS LA COMMUNAUTÉ MULTNOMAH (MCAS)

ÉCHELLE D'HABILITÉS DANS LA COMMUNAUTÉ MULTNOMAH (MCAS)

Nom du client ou # d'identification : _____ Gestionnaire de cas : _____ Date : _____

MODE D'EMPLOI : Cette échelle est conçue pour être utilisée auprès des personnes atteintes d'une maladie grave et persistante. Pour compléter l'échelle, l'intervenant principal doit noircir le cercle qui correspond au fonctionnement du client au cours des 3 DERNIERS MOIS à l'exception de la section 4 (problèmes de comportement) qui devrait refléter le fonctionnement du client au cours des 12 DERNIERS MOIS.

Section 1 : OBSTACLES AU FONCTIONNEMENT

Cette section se rapporte aux symptômes physiques et psychiatriques qui rendent la vie plus difficile au client. Plusieurs de ces symptômes peuvent être améliorés par la médication, mais d'autres sont permanents. Quel que soit le cas, évaluez le fonctionnement du client avec les médicaments et les services actuels.

1. Santé physique

Dans quelle mesure le fonctionnement du client est-il affecté par son état de santé physique?

NOTE : On fait référence à des problèmes de santé physique chroniques et/ou à la fréquence et à la sévérité de maladies physiques aiguës, non pas à des problèmes psychiatriques.

- ① Incapacité physique très sévère
- ② Incapacité physique prononcée
- ③ Incapacité physique modérée
- ④ Incapacité physique légère
- ⑤ Aucune incapacité physique

2. Fonctionnement intellectuel

Quel est le niveau de fonctionnement intellectuel général du client?

NOTE : Un fonctionnement intellectuel faible peut être dû à un ensemble de raisons autres que la déficience intellectuelle congénitale : p. ex., dommages organiques dus à un abus chronique d'alcool ou de drogues, sénilité, traumatismes etc. Ne pas tenir compte ici des limitations aux processus cognitifs dues à des symptômes psychotiques qui sont évalués plus loin. Évaluer le fonctionnement sans tenir compte des symptômes psychotiques.

- ① Fonctionnement intellectuel extrêmement faible
- ② Fonctionnement intellectuel assez faible
- ③ Fonctionnement intellectuel faible
- ④ Fonctionnement intellectuel légèrement sous la normale
- ⑤ Fonctionnement intellectuel normal ou au-dessus de la normale

3. Processus de la pensée

Quel est le degré de perturbation du processus de la pensée du client se manifestant par des symptômes tels que des hallucinations, des délires, un discours digressif, un relâchement net des associations, une perturbation du temps de réponse, de l'ambivalence, de l'incohérence, etc.?

- ① Processus de la pensée extrêmement perturbé
- ② Processus de la pensée perturbé de façon prononcée
- ③ Processus de la pensée perturbé de façon modérée
- ④ Processus de la pensée légèrement perturbé
- ⑤ Processus de la pensée normal, non perturbé

4. Perturbation de l'humeur

Quel est le degré de perturbation de l'humeur du client se manifestant par des symptômes tels qu'une étendue trop limitée de l'humeur, des sautes d'humeur extrêmes, la dépression, la rage, la manie, etc.

NOTE : Évaluer la perturbation de l'humeur selon son étendue, son intensité et la mesure dans laquelle est appropriée aux circonstances.

- ① Humeur extrêmement perturbée
- ② Humeur perturbée de façon prononcée
- ③ Humeur modérément perturbée
- ④ Humeur légèrement perturbée
- ⑤ Humeur normale

5. Réaction au stress et à l'anxiété

Dans quelle mesure le client est-il affecté par ses réactions inappropriées ou dysfonctionnelles au stress ou par son anxiété?

NOTE : Le client pourrait être affecté par des réactions inappropriées à des événements stressants (p. ex., réactions extrêmes ou aucune réaction à des événements qui devraient susciter des inquiétudes) et/ou difficultés à composer avec l'anxiété, manifestées par de l'agitation, de la persévérance, une incapacité à résoudre des problèmes, etc.

- ① Réaction extrêmement inappropriée
- ② Réaction inappropriée de façon prononcée
- ③ Réaction modérément inappropriée
- ④ Réaction légèrement inappropriée
- ⑤ Réaction normale

Sous-total de la section 1 : _____

Section 2 : ADAPTATION À LA VIE QUOTIDIENNE

Cette section se rapporte à la façon dont le client fonctionne dans la vie quotidienne et à la façon dont il s'est adapté aux limites imposées par sa maladie mentale. Évaluez son comportement, non pas son potentiel.

6. Capacité à gérer son argent

Dans quelle mesure le client réussit-il à gérer son argent et à contrôler ses dépenses ?

- ① Ne gère presque jamais son argent adéquatement
- ② Gère rarement son argent adéquatement
- ③ Gère parfois son argent adéquatement
- ④ Gère son argent adéquatement une bonne partie du temps
- ⑤ Gère presque toujours son argent adéquatement

7. Autonomie dans la vie quotidienne

Dans quelle mesure le client fonctionne-t-il de façon autonome dans la vie quotidienne?

NOTE : On fait référence à l'hygiène personnelle, à la tenue vestimentaire, au régime alimentaire, et à l'entretien ménager.

- ① Ne fonctionne presque jamais de façon autonome
- ② Fonctionne rarement de façon autonome
- ③ Fonctionne parfois de façon autonome
- ④ Fonctionne souvent de façon autonome
- ⑤ Fonctionne presque toujours de façon autonome

8. Acceptation de la maladie

Dans quelle mesure le client accepte-t-il (par opposition à nier) sa maladie ?

- ① N'accepte presque jamais sa maladie
- ② Accepte rarement sa maladie
- ③ Accepte parfois sa maladie
- ④ Accepte sa maladie une bonne partie du temps
- ⑤ Accepte presque toujours sa maladie

Sous-total de la section 2 : _____

Section 3 : COMPÉTENCE SOCIALES

Cette section se rapporte à la capacité du client à s'engager dans des relations interpersonnelles appropriées et dans des activités culturellement significatives.

9. Acceptabilité sociale

En général, comment les gens réagissent-ils au client?

- ① Réactions très négatives
- ② Réactions assez négatives
- ③ Réactions mixtes, légèrement négatives à légèrement positives
- ④ Réactions assez positives
- ⑤ Réactions très positives

10. Intérêt social

À quelle fréquence le client engage-t-il des contacts sociaux ou répond-t-il à des contacts engagés par d'autres?

- ① Très rarement
- ② Assez rarement
- ③ Occasionnellement
- ④ Assez souvent
- ⑤ Très souvent

11. Efficacité sociale

Quel est le degré d'efficacité du client dans ses interactions avec les autres?

NOTE : Par « efficacité » on entend dans quelle mesure le client se comporte de façon appropriée dans des situations sociales, c.-à-d. à quel point il parvient à minimiser les frictions interpersonnelles, à répondre à ses besoins personnels, à atteindre ses objectifs de manière socialement appropriée, et à se comporter de manière sociable.

- ① Très inefficace
- ② Inefficace
- ③ Variable ou douteux
- ④ Efficace
- ⑤ Très efficace

12. Réseau social

Quelle est l'étendue du réseau de soutien social du client?

NOTE : Un réseau de soutien social peut comprendre des membres de la famille, des amis, des connaissances, des professionnels, des collègues de travail, des personnes provenant des programmes de socialisation, etc. L'étendue du réseau ne dépend pas de l'acceptabilité sociale des personnes impliquées.

- ① Réseau très limité
- ② Réseau limité
- ③ Réseau modérément étendu
- ④ Réseau étendu
- ⑤ Réseau très étendu

13. Activités significatives

À quelle fréquence le client participe-t-il à des activités significatives qui lui apportent satisfaction?

NOTE : Par « activité significative » on entend des activités telles que l'artisanat, la lecture, le cinéma, etc.

- ① Ne participe presque jamais
- ② Participe rarement
- ③ Participe parfois
- ④ Participe souvent
- ⑤ Participe presque toujours

Sout-total de la section 3 : _____

Section 4 : PROBLÈMES DE COMPORTEMENT

Cette section se rapporte aux comportements qui rendent difficile l'intégration du client dans la communauté ou son adhésion au traitement prescrit. Note : Évaluez le comportement actuel en tenant compte d'événements survenus au cours des 12 DERNIERS MOIS.

14. Adhésion au traitement pharmacologique

À quelle fréquence le client adhère-t-il au traitement pharmacologique?

NOTE : Cette question ne porte pas sur l'efficacité de la médication.

- ① N'adhère presque jamais
- ② Adhère rarement
- ③ Adhère parfois
- ④ Adhère habituellement
- ⑤ Adhère presque toujours

15. Collaboration avec les intervenants professionnels

À quelle fréquence le client collabore-t-il avec les intervenants/professionnels, par exemple en respectant ses rendez-vous, en adhérant à les plans de traitement, et en répondant à des demandes raisonnables.

- ① Ne collabore presque jamais
- ② Collabore rarement
- ③ Collabore parfois
- ④ Collabore habituellement
- ⑤ Collabore presque toujours

16. Abus d'alcool et/ou de drogues

À quelle fréquence le client abuse-t-il de drogues ou d'alcool?

NOTE : « Abus » renvoie à une consommation qui nuit au fonctionnement de l'individu.

- ① Abus fréquemment
- ② Abus souvent
- ③ Abus parfois
- ④ Abus rarement
- ⑤ Abus presque jamais

17. Contrôle des impulsions

À quelle fréquence le client manifeste-t-il des épisodes de passages à l'acte (*acting out*) extrêmes?

NOTE : « Passage à l'acte » renvoie à des comportements excessifs comme des excès de colère, des achats inconsidérés, des actes agressifs, des gestes suicidaires, des comportements sexuels inappropriés, etc.

- ① Passages à l'acte fréquents
- ② Passages à l'acte assez fréquents
- ③ Passages à l'acte occasionnels
- ④ Passages à l'acte rares
- ⑤ Presque jamais de passages à l'acte

Sous-total de la section 4 : _____

POINTAGE TOTAL :

ANNEXE C

ÉVALUATION GLOBALE DU FONCTIONNEMENT (EGF)

**TABLEAU 3.3 Échelle d'évaluation globale du fonctionnement EGF
(Échelle G.A.F. ou Global Assessment of Functioning Scale)**

Évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Ne pas tenir compte d'une altération du fonctionnement due à des facteurs limitants d'ordre physique ou environnemental.

Code (N.B. : Utiliser des codes intermédiaires lorsque cela est justifié : p. ex., 45, 68, 72)

100 91	Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes.
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., conflits occasionnels 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'une altération légère du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., retard 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., émoi 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 camarades de classe ou les collègues de travail).
50 41	Symptômes importants (p. ex., idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) ou altération importante du 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 déficience majeure 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 provocant 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 (p. ex., parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire), ou incapacité de fonctionner dans presque tous les domaines (p. 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'auto ou 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.
0	Information inadéquate.

Source: American Psychiatric Association (1994), trad. française DSM-IV – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Paris, Masson, 1996, p. 38.

ANNEXE D

UTILISATION DES SERVICES HOSPITALIERS

**THE PROFILE OF THE CLIENT WHO RECEIVED INTENSIVE FOLLOW-UP
WITH THE COMMUNITY LINK SERVICE (CLS) /
LE PROFIL DU CLIENT QUI A REÇU UN SUIVI INTENSIF
DU SERVICE DE LIAISON COMMUNAUTAIRE (SLC)**

Utilization of hospital services / Utilisation des services hospitaliers

Study code # / # code étude: _____

Date: _____

1. Since your discharge from Community Link Service (CLS) - (_____), did you return to the emergency room for psychiatric care at the Montreal General Hospital ? _____

If yes, number of visits: _____

Depuis votre congé du Service de liaison communautaire (SLC) - (_____), êtes-vous retourné à la salle d'urgence pour soins psychiatriques à l'Hôpital Général de Montréal ? _____

Si oui, nombre de visites: _____

2. Since your discharge from Community Link Service (CLS) - (_____), did you go to the emergency room for psychiatric care at other institutions / hospitals ? _____

If yes, where, and the number of visits: _____

Depuis votre congé du Service de liaison communautaire (SLC) - (_____), êtes-vous allé à la salle d'urgence pour soins psychiatriques à d'autres institutions / hôpitaux ? _____

Si oui, à quel endroit, et le nombre de visites: _____

3. Since your discharge from Community Link Service (CLS) - (_____), were you hospitalized for psychiatric care at the Montreal General Hospital ? _____

If yes, number of hospitalizations and duration of each one: _____

Depuis votre congé du Service de liaison communautaire (SLC) - (_____), avez-vous été hospitalisé pour soins psychiatriques à l'Hôpital Général de Montréal ? _____

Si oui, nombre d'hospitalisations et durée de chacune: _____

4. Since your discharge from Community Link Service (CLS) - (_____), were you hospitalized for psychiatric care at other institutions / hospitals ? _____

If yes, where, number of hospitalizations and duration of each one: _____

Depuis votre congé du Service de liaison communautaire (SLC) - (_____), avez-vous été hospitalisé pour soins psychiatriques à d'autres institutions / hôpitaux ? _____

Si oui, à quel endroit, le nombre d'hospitalisations et la durée de chacune: _____

ANNEXE E

DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

**THE PROFILE OF THE CLIENT WHO RECEIVED INTENSIVE FOLLOW-UP
WITH THE COMMUNITY LINK SERVICE (CLS) /
LE PROFIL DU CLIENT QUI A REÇU UN SUIVI INTENSIF
DU SERVICE DE LIAISON COMMUNAUTAIRE (SLC)**

Demographic Data / Données démographiques

Study code # / # code étude: _____	Date: _____
Case manager/gestionnaire de cas ou intervenant principal: _____	Gender/Genre : _____ Age: _____ Scolarité/schooling : _____
Diagnosis/ Diagnostique: _____	Language/ Langue d'expression: _____
Civil status/ Statut civil: _____	Nationality/ Origine culturelle: _____
Living situation/ Lieu de résidence: _____	GAF score presently/ Score ECF présentement: _____
Source of income/ Revenu: _____	Income/revenu Administration: _____
Length of follow-up with CLS/ Durée du suivi au SLC: _____	Admission date: _____ Discharge date/congé: _____
Substance abuse in the past/ Abus de substances dans la passé: YES NO	Substance abuse presently/ Abus de substances présentement: YES NO
Legal problems in the past/ Problèmes judiciaires dans le passé: YES NO	Legal problems presently/ Problèmes judiciaires présentement: YES NO

ANNEXE F

FEUILLE-CONTACT

FEUILLE-CONTACT (# code étude: _____)

Au cours des derniers six (6) mois, sur une base mensuelle, en moyenne:

- 1) Quelle a été la fréquence mensuelle des contacts directs avec le client: _____
- 2) Quelle a été la fréquence mensuelle des contacts indirects (parent, conjoint, ami, voisin/co-locataire, propriétaire/concierge, intervenant-santé, intervenant-autre, autre...): _____
- 3) Quelle a été la fréquence mensuelles des contacts téléphoniques (directs et indirects): _____
- 4) Où ont lieu le plus souvent vos rencontres avec le client: _____

- 5) Quelle est la durée moyenne d'une rencontre avec le client: _____
- 6) Dans vos interventions auprès du client, identifiez par ordre de priorité, les interventions les plus fréquentes (vous pouvez utiliser de 1 à 8):
 - a) Évaluation/ré-évaluation du suivi: _____
 - b) Discussion/thérapie: _____
 - c) Suivi médication: _____
 - d) Traitement infirmier (incluant injection): _____
 - e) Enseignement: _____
 - f) Défense/représentation: _____
 - g) Crise/ situation exceptionnelle: _____
 - h) Accompagnement: _____
 - i) Autre (spécifiez): _____
- 7) Dans vos interventions auprès du client, identifiez par ordre de priorité, la sphère de l'intervention la plus fréquente (vous pouvez utiliser de 1 à 14):
 - a) Santé mentale (incluant symptômes/comportements): _____
 - b) Santé physique: _____
 - c) Médicaments: _____
 - d) Soins personnels: _____
 - e) Vie quotidienne: _____
 - f) Logement: _____
 - g) Nutrition: _____
 - h) Finances: _____
 - i) Relations interpersonnelles: _____
 - j) Loisirs/socialisation: _____
 - k) Études/emploi: _____
 - l) Alcool/drogues: _____
 - m) Justice: _____
 - n) Utilisation des services: _____
 - o) Autre (spécifiez): _____

ANNEXE G

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR PARTICIPER À UNE ÉTUDE DE RECHERCHE

**Chercheurs: Jacinthe Millette N., MSc. (cand.)
Nicole Ricard N., Ph.D.
Jean-Pierre Bonin N., Ph.D.**

LE PROFIL DU CLIENT QUI A REÇU UN SUIVI PSYCHIATRIQUE INTENSIF PAR LE SERVICE DE LIAISON COMMUNAUTAIRE (SLC)

Vous êtes invité à participer dans la présente étude parce que vous avez déjà reçu un suivi psychiatrique intensif par le Service de liaison communautaire (SLC) de l'Hôpital Général de Montréal. Avant de décider ou non si vous souhaitez participer, veuillez lire les informations de ce document avec attention et poser les questions que vous ne comprenez pas.

But de l'étude:

Cette étude a pour objectif de donner une description des clients qui ont déjà reçu un suivi intensif par le SLC. Plus spécifiquement, nous aimerions décrire quels sont les besoins des clients, leur fonctionnement dans la vie de tous les jours, et leur utilisation des services hospitaliers psychiatriques depuis le congé du SLC. Ces informations seront importantes à connaître puisqu'elles permettront peut-être d'identifier quels clients pourraient le plus bénéficier d'un congé du SLC vers un suivi moins intensif.

Description de l'étude:

Deux perspectives seront considérées dans cette étude: votre perception et celle de votre gestionnaire de cas. On vous demandera de rencontrer une fois l'infirmière qui réalise cette étude afin de compléter un questionnaire. Ce questionnaire prendra à peu près 30 minutes et inclura des questions au sujet de vos besoins, de l'aide que vous recevez par rapport à ces besoins et de votre satisfaction de l'aide reçue. Cette rencontre se déroulera aux cliniques externes de l'Hôpital Général de Montréal ou dans un endroit public tranquille. Le temps maximum pour cette rencontre ne devrait pas dépasser 60 minutes.

Si vous acceptez de participer à cette étude, votre gestionnaire de cas actuel ou votre intervenant principal à la clinique externe ou au CLSC sera sollicité pour participer à l'étude. Le gestionnaire de cas aura à compléter deux questionnaires : le questionnaire CAN, qui est le même questionnaire déjà mentionné au sujet de vos besoins, et le questionnaire MCAS qui est relié à votre niveau de fonctionnement dans la communauté. Dans le cas où le gestionnaire de



31 01 008703

Le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) comprend l'Hôpital de Montréal pour Enfants, l'Hôpital général de Montréal, l'Hôpital neurologique de Montréal et l'Hôpital Royal Victoria. Le CUSM est affilié à la Faculté de médecine de l'Université McGill.
The McGill University Health Centre (MUHC) consists of The Montreal Children's Hospital, The Montreal General Hospital, The Montreal Neurological Hospital, and The Royal Victoria Hospital. The MUHC is affiliated with the McGill University Faculty of Medicine.

HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL
1650, av. Cedar, Montréal (Québec) H3G 1A4, Tél.: (514) 937-6011

cas ne souhaite pas ou ne peut pas participer, on ne vous demandera pas de participer, puisque les deux perspectives sont nécessaires pour cette étude.

Afin d'évaluer l'utilisation des services hospitaliers, le chercheur fera une révision de votre dossier médical pour collecter les informations par rapport au nombre de visites à la salle d'urgence et d'hospitalisations pour soins psychiatriques depuis la fin de votre suivi par le SLC. Ces informations seront comparées avec la période de votre suivi par le SLC.

Inconvénients possibles:

Votre participation à cette étude ne devrait pas vous causer d'inconvénient autre que le temps que cela implique. Cependant, il est possible que vous ressentiez de l'anxiété ou de l'inconfort avec certaines questions. Vous pouvez demander d'arrêter l'entrevue à n'importe quel moment et continuer plus tard. Vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions et vous pouvez adresser les préoccupations que vous avez avec le chercheur.

Avantages possibles:

Bien qu'il n'y ait pas d'avantages directs pour vous à participer à cette étude, des clients lors d'études semblables dans le passé, ont trouvé bénéfique de parler de leur situation et de partager leur expérience.

Participation volontaire et/ou retrait:

Votre participation à cette étude est strictement volontaire. Vous pouvez refuser de participer ou cesser votre participation à n'importe quel moment sans explication, et sans être pénalisé ou perdre les bénéfices auxquels vous avez droit. Si vous décidez de ne pas participer ou si vous cessez votre participation, vous ne subirez aucun préjudice en regard de vos soins médicaux ou de votre participation dans d'autres recherches. Le médecin de l'étude peut mettre fin à votre participation à l'étude si cela vaut mieux pour vous.

Confidentialité:

Toutes les informations obtenues au cours de l'étude seront codées et gardées strictement confidentielles, dans une armoire sous clé dans le bureau du chercheur. Les résultats de l'étude peuvent être publiés, toutefois, votre nom ne sera pas utilisé dans aucune publication. Les données de la recherche seront disponibles seulement à l'équipe de recherche et aux personnes prenant part à la gestion ou à l'analyse des informations de la recherche. Afin de vérifier les données de l'étude, des surveillants d'un des Comités d'éthique de la recherche du CUSM peuvent passer en revue les dossiers de recherche afin de vérifier leur conformité avec les règlements concernant la recherche institutionnelle.

En signant ce formulaire de consentement, vous nous donnez la permission d'informer votre médecin traitant de votre participation à l'étude et des résultats de l'étude qui seraient pertinents pour vos soins. Votre confidentialité sera autrement protégée jusqu'au degré des lois et des règlements applicables.

Compensation:

La somme de 10.00 \$ vous sera offerte pour votre participation à cette étude afin de compenser vos pertes, dépenses et inconvénients.

Questions et information:

Si vous avez des questions au sujet de l'étude, vous devriez contacter le personnel de l'étude, Mme Jacinthe Millette au (514) 953-9891. Si vous avez des questions au sujet de vos droits en tant que participant à l'étude, vous devez contacter l'Ombudsman au (514) 934-1934 poste 48306.

Déclaration du consentement

J'ai lu le contenu de ce formulaire de consentement et j'accepte de participer à cette étude. J'ai eu l'occasion de poser des questions et toutes mes questions ont été répondues à ma satisfaction. J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir aux informations données et obtenir les conseils que je jugeais nécessaires. Je sais qu'une copie signée du présent formulaire de consentement me sera remise. En signant ce formulaire de consentement, je ne renonce à aucun de mes droits légaux.

Consentement du participant:_____
Signature du participant_____
Date_____
Nom du participant (imprimer)_____
Signature du chercheur_____
Date_____
Nom du chercheur (imprimer)_____
Signature du témoin_____
Date_____
Nom du témoin (imprimer)

Déclaration du consentement:

J'ai lu le contenu de ce formulaire de consentement. J'ai eu l'occasion de poser des questions et toutes mes questions ont été répondues à ma satisfaction. Par la présente, j'autorise (_____) à participer à cette étude et en participant, je ne renonce à aucun de ses droits légaux.

Consentement du substitut:

Signature du tuteur dûment nommé ou parent le plus proche

Date

Nom du tuteur dûment nommé ou parent le plus proche (imprimer)



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

CONSENT FORM TO PARTICIPATE IN RESEARCH STUDY

**Investigators: Jacinthe Millette N., MSc. (cand.)
Nicole Ricard N., Ph.D.
Jean-Pierre Bonin N., Ph.D.**

THE PROFILE OF THE CLIENT WHO RECEIVED INTENSIVE PSYCHIATRIC FOLLOW-UP WITH THE COMMUNITY LINK SERVICE (CLS)

You are invited to participate in the present study because you have previously received an intensive psychiatric follow-up at the Montreal General Hospital Community Link Service (CLS). Before deciding whether or not you wish to participate, please read the contents of this document carefully and ask any questions that you might not understand.

Purpose of the Study:

The purpose of this research study is to give a description of the clients who received a follow-up in the past with CLS. Specifically, we would like to describe what are the clients' needs, their functioning in daily life, and their use of psychiatric hospital services after being discharged from CLS. This information will be important to know because it may help to identify clients who may benefit most from being discharged from CLS to a less intensive follow-up.

Description of the Study:

Two perspectives will be considered in this study: your perception and that of your case manager. You will be asked to meet one time with the nurse conducting this study to complete a questionnaire. This questionnaire will take approximately 30 minutes and will include questions about how you are meeting your needs, the help you receive about these needs and your satisfaction about the help received. The meeting will take place at the Montreal General Hospital outpatient clinic or in a quiet public place. The maximum time necessary for this meeting should not be over 60 minutes.

If you agree to take part in this study, your case manager or principal "intervenant" at the outpatient clinic or at the CLSC, will be asked to participate in this study. The case manager will be asked to complete two questionnaires: the CAN questionnaire, which is the same as the previous questionnaire regarding your needs, and the MCAS questionnaire that is related to your level of functioning in the community. In the case that the case manager does wish or is unable



31 01 008703

*Le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) comprend l'Hôpital de Montréal pour Enfants, l'Hôpital général de Montréal, l'Hôpital neurologique de Montréal et l'Hôpital Royal Victoria. Le CUSM est affilié à la Faculté de médecine de l'Université McGill.
The McGill University Health Centre (MUHC) consists of The Montreal Children's Hospital, The Montreal General Hospital, The Montreal Neurological Hospital, and The Royal Victoria Hospital. The MUHC is affiliated with the McGill University Faculty of Medicine.*

HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL
1650, av. Cedar, Montréal (Québec) H3G 1A4, Tél.: (514) 937-6011

to participate, you will not be asked to participate, since the two perspectives are necessary for this study.

To evaluate the utilization of hospital services, the researcher will review your hospital chart to collect information regarding the number of emergency room visits and hospitalizations for psychiatric care since the end of your follow-up with CLS. This information will be compared with the period of time you were followed by CLS.

Possible Risks:

Your participation in this study is not expected to cause any inconveniences other than the time involved. However, it is possible that you may experience some anxiety or discomfort with certain questions. You may ask to stop the interview at any time and continue at a later time. You have the right to refuse to answer any questions you want and you can address any concerns you may have with the researcher.

Potential Benefits:

Although there may be no direct benefits to you from participating in this study, participants in similar studies have in the past found it helpful to talk about their situation and share their experience.

Voluntary Participation and/or Withdrawal:

Your participation in this study is strictly voluntary. You may refuse to participate or may discontinue your participation at any time without explanation, and without penalty or loss of benefits to which you are otherwise entitled. If you decide not to participate, or if you discontinue your participation, you will suffer no prejudice regarding your medical care or your participation in any other research studies. The study doctor may end your participation in the study if this felt to be in your best interest.

Confidentiality:

All information obtained during the course on the study will be coded and kept strictly confidential and locked in a filing cabinet in the investigators' office. The results from this study may be published, however, your name will not be used in any publication. The research data will be available only to the research team and to persons taking part in managing and analyzing the research information. In order to verify the research study data, monitors from one of the MUHC Research Ethics Boards may review the research files in order to verify compliance with institutional regulations concerning research.

By signing this consent form, you give us permission to inform your treating physician of your participation in this research study and of research findings that would be relevant to your care. Your confidentiality will otherwise be protected to the extent permitted by applicable laws and regulations.

Compensation:

You will be offered a sum of \$10.00 for your participation in this study in compensation for losses, expenses and inconveniences.

Questions and Contact Information:

If you have any questions regarding the study, you should contact the study personnel, Mrs. Jacinthe Millette at (514) 953-9891. If you have any questions regarding your rights as a study participant, you should contact the Ombudsman at (514) 934-1934 local 48306.

Declaration of Consent:

I have read the contents of this consent form, and I agree to participate in this research study. I have had opportunity to ask questions and all my questions have been answered to my satisfaction. I have been given sufficient time to consider the above information and to seek advice if I choose to do so. I understand that I will be given a signed copy of this consent form. By signing this consent form, I am not giving up any of my legal rights.

Participant Consent:

 Signature of participant

 Date

 Name of participant (print)

 Signature of researcher

 Date

 Name of researcher (print)

 Signature or witness

 Date

 Name of witness (print)

Declaration of consent:

I have read the contents of this consent form. I have had the opportunity to ask questions and all my questions have been answered to my satisfaction. I hereby authorize (_____) to participate in this research study, but do not give up any of his/her legal rights by doing so.

Surrogate Consent:

Signature of Legal Guardian or Next-of-Kin

Date

Name of Legal Guardian or Next-of-Kin (print)



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR PARTICIPER À UNE ÉTUDE DE RECHERCHE

**Chercheurs: Jacinthe Millette N., MSc. (cand.)
Nicole Ricard N., Ph.D.
Jean-Pierre Bonin N., Ph.D.**

LE PROFIL DU CLIENT QUI A REÇU UN SUIVI PSYCHIATRIQUE INTENSIF PAR LE SERVICE DE LIAISON COMMUNAUTAIRE (SLC)

Vous êtes invité à participer dans la présente étude parce que vous êtes actuellement le gestionnaire de cas d'un client qui a déjà reçu un suivi psychiatrique intensif par le Service de liaison communautaire (SLC) de l'Hôpital Général de Montréal. Avant de décider ou non si vous souhaitez participer, veuillez lire les informations de ce document avec attention et poser les questions que vous ne comprenez pas.

But de l'étude:

Cette étude a pour objectif de décrire le profil des clients qui ont reçu déjà un suivi intensif par le SLC. Plus spécifiquement, nous aimerions décrire quels sont les besoins des clients, leur fonctionnement psychosocial ainsi que leur utilisation des services hospitaliers psychiatriques depuis le congé du SLC. Ces informations seront importantes à connaître puisqu'elles permettront peut-être d'identifier quels clients pourraient le plus bénéficier d'un congé du SLC vers un suivi moins intensif.

Description de l'étude:

Deux perspectives seront considérées dans cette étude : la perception du client et celle du gestionnaire de cas. En tant que gestionnaire de cas ou intervenant principal, il vous sera demandé de contribuer à l'étude en complétant deux instruments de mesure: 1) l'Évaluation des besoins Camberwell (*CAN*) et 2) l'Échelle d'habiletés dans la communauté Multnomah (*MCAS*), pour chacun des clients qui a déjà reçu un suivi par le SLC. Le *CAN* est un questionnaire qui s'intéresse à comment le client répond à ses besoins et à l'aide qu'il reçoit par rapport à ses besoins. Le *MCAS* est un questionnaire qui évalue le niveau de fonctionnement du client dans la communauté. Le temps maximum nécessaire pour compléter ces deux questionnaires ne devrait pas excéder 45 minutes. Le chercheur aura auparavant complété le questionnaire *CAN* avec le client lors d'une entrevue avec lui/elle. Advenant que le client ne désire pas participer, ou est



31 01 008703

Le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) comprend l'Hôpital de Montréal pour Enfants, l'Hôpital général de Montréal, l'Hôpital neurologique de Montréal et l'Hôpital Royal Victoria. Le CUSM est affilié à la Faculté de médecine de l'Université McGill.
The McGill University Health Centre (MUHC) consists of The Montreal Children's Hospital, The Montreal General Hospital, The Montreal Neurological Hospital, and The Royal Victoria Hospital. The MUHC is affiliated with the McGill University Faculty of Medicine.

HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL
1650, av. Cedar, Montréal (Québec) H3G 1A4, Tél.: (514) 937-6011

incapable de participer, on ne vous demandera pas de participer puisque les deux perspectives sont nécessaires pour cette étude.

Afin d'évaluer l'utilisation des services hospitaliers, le chercheur fera une révision de dossier médical du client, afin de collecter les informations par rapport au nombre de visites à la salle d'urgence et d'hospitalisations pour soins psychiatriques depuis la fin du suivi par le SLC. Ces informations seront comparées avec la période du suivi par le SLC.

Inconvénients possibles:

Votre participation à cette étude ne devrait pas vous causer d'inconvénient autre que le temps que cela implique. Votre participation peut causer une légère augmentation de votre charge de travail, puisque les deux questionnaires vous demanderont au maximum 45 minutes de votre temps, pour chaque client dont vous êtes le gestionnaire de cas.

Avantages possibles:

Bien qu'il n'y ait pas d'avantages directs pour vous, l'information que vous donnerez sera utile et contribuera à mieux comprendre quels sont les besoins des clients et quel est leur niveau de fonctionnement, depuis qu'ils ne reçoivent plus de suivi par le SLC.

Participation volontaire et/ou retrait:

Votre participation à cette étude est strictement volontaire. Vous pouvez refuser de participer ou cesser votre participation à n'importe quel moment. Il vous sera alloué suffisamment de temps (2 semaines), pour compléter les deux questionnaires pour chacun des clients.

Confidentialité:

Toutes les informations obtenues au cours de l'étude seront codées et gardées strictement confidentielles, dans une armoire sous clé dans le bureau du chercheur. Les résultats de l'étude peuvent être publiés, toutefois, votre nom ne sera pas utilisé dans aucune publication. Les données de la recherche seront disponibles seulement à l'équipe de recherche et aux personnes prenant part à la gestion ou à l'analyse des informations de la recherche. Afin de vérifier les données de l'étude, des surveillants d'un des Comités d'éthique de la recherche du CUSM peuvent passer en revue les dossiers de recherche afin de vérifier leur conformité avec les règlements concernant la recherche institutionnelle.

Questions et information:

Si vous avez des questions au sujet de l'étude, vous devriez contacter le personnel de l'étude, Mme Jacinthe Millette au (514) 953-9891. Si vous avez des questions au sujet de vos droits en tant que participant à l'étude, vous devez contacter l'Ombudsman au (514) 934-1934 poste 48306.

Déclaration du consentement:

J'ai lu le contenu de ce formulaire de consentement et j'accepte de participer à cette étude. J'ai eu l'occasion de poser des questions et toutes mes questions ont été répondues à ma satisfaction. J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir aux informations données et obtenir les conseils que je jugeais nécessaires. Je sais qu'une copie signée du présent formulaire de consentement me sera remise. En signant ce formulaire de consentement, je ne renonce à aucun de mes droits légaux.

Signature du participant

Date

Nom du participant (imprimer)

Signature du chercheur

Date

Nom du chercheur (imprimer)



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

CONSENT FORM TO PARTICIPATE IN RESEARCH STUDY

**Investigators: Jacinthe Millette N., MSc. (cand.)
Nicole Ricard N., Ph.D.
Jean-Pierre Bonin N., Ph.D.**

THE PROFILE OF THE CLIENT WHO RECEIVED INTENSIVE PSYCHIATRIC FOLLOW-UP WITH THE COMMUNITY LINK SERVICE (CLS)

You are invited to participate in the present study because you are the case manager for a client who has previously received an intensive follow-up at the Montreal General Hospital Community Link Service (CLS). Before deciding whether or not you wish to participate, please read the contents of this document carefully and ask any questions that you might not understand.

Purpose of the Study:

The purpose of this research study is to describe the profile of the clients who received a follow-up in the past with CLS. Specifically, we would like to describe what are the clients' needs, their psychosocial functioning and their utilization of psychiatric hospital services after being discharged from CLS. This information will be important to know because it may help to identify clients who may benefit most from being discharged from CLS to a less intensive follow-up.

Description of the Study:

Two perspectives will be considered in this study: the perception of the client and that of the case manager. As a case manager or a principal "intervenant", you are being asked to contribute to the study by completing two measurement tools: 1) The Camberwell Assessment of Need (CAN) and 2) The Multnomah Community Ability Scale (MCAS), for each client who previously received a follow-up by CLS. The CAN is a questionnaire that asks about how the client is meeting his/her needs and the help he/she receives regarding these needs. The MCAS is a questionnaire that will assess the level of functioning of the client in the community. The maximum time necessary to complete both questionnaires should not be over 45 minutes. The researcher will previously complete the CAN questionnaire with the client during a meeting with



31 01 008703

Le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) comprend l'Hôpital de Montréal pour Enfants, l'Hôpital général de Montréal, l'Hôpital neurologique de Montréal et l'Hôpital Royal Victoria. Le CUSM est affilié à la faculté de médecine de l'Université McGill.
The McGill University Health Centre (MUHC) consists of The Montreal Children's Hospital, The Montreal General Hospital, The Montreal Neurological Hospital, and The Royal Victoria Hospital. The MUHC is affiliated with the McGill University Faculty of Medicine.

HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL
1650, av. Cedar, Montréal (Québec) H3G 1A4, Tél.: (514) 937-6011

him/her. In the case that the client does not wish or is unable to participate, you will not be asked to participate, since the two perspectives are necessary for this study.

To evaluate the utilization of hospital services, the researcher will review the client's hospital chart to collect information regarding the number of emergency room visits and hospitalizations for psychiatric care since the end of follow-up with CLS. This information will be compared with the period of time the client was followed by CLS.

Possible Risks:

Your participation in this study is not expected to cause any inconveniences other than the time involved. Your participation may cause a slight increase in your workload, since the questionnaires will require a maximum of 45 minutes of your time, per client for whom you are presently the case manager.

Potential Benefits:

Although there may be no direct benefits to you, the information you will give will be helpful and will contribute to a better understanding of the client's needs and what their level of functioning are, since they do not receive the CLS follow-up anymore.

Voluntary Participation and/or Withdrawal:

Your participation in this study is strictly voluntary. You may refuse to participate or may discontinue your participation at any time. You will be given sufficient time (2 weeks) to complete the two questionnaires for each client.

Confidentiality:

All information obtained during the course on the study will be coded and kept strictly confidential and locked in a filing cabinet in the investigators' office. The results from this study may be published, however, your name will not be used in any publication. The research data will be available only to the research team and to persons taking part in managing and analyzing the research information. In order to verify the research study data, monitors from one of the MUHC Research Ethics Boards may review the research files in order to verify compliance with institutional regulations concerning research.

Questions and Contact Information:

If you have any questions regarding the study, you should contact the study personnel, Mrs. Jacinthe Millette at [REDACTED] [REDACTED]. If you have any questions regarding your rights as a study participant, you should contact the Ombudsman at (514) 934-1934 local 48306.

Declaration of Consent:

I have read the contents of this consent form, and I agree to participate in this research study. I have had opportunity to ask questions and all my questions have been answered to my satisfaction. I have been given sufficient time to consider the above information and to seek advice if I choose to do so. I understand that I will be given a signed copy of this consent form. By signing this consent form, I am not giving up any of my legal rights.

Signature of participant

Date

Name of participant (print)

Signature of researcher

Date

Name of researcher (print)

ANNEXE H

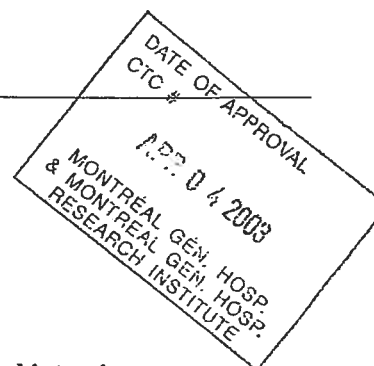
LETTRES DES COMITÉS D'ÉTHIQUE



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

April 4, 2003

Ms. Jacinthe Millette
Community Link Service
1650 Cedar Avenue
Montreal General Hospital
Montreal, Quebec H3G 1A4



RE: REC#03-004 entitled "The profile of the client who received intensive psychiatric follow-up with the community link service (CLS)."

Dear Ms. Millette:

The research proposal entitled above received Full Board review at the convened meeting of the MUHC-Montreal General Hospital Research Ethics Committee on February 11, 2003 was found ethically acceptable for conduct at the McGill University Health Centre, and was entered accordingly into the minutes of the Research Ethics Board (REB) meeting. At the MUHC, sponsored research activities that require US federal assurance are conducted under Federal Wide Assurance (FWA) 00000840.

We are pleased to inform you that final approval for the revised research protocol (dated February 27, 2003), and the English and French Informed Consent Documents (dated March 27, 2003) was provided on April 4, 2003.

All research involving human subjects require review at a recurring interval and the current study approval is in effect until February 2004. It is the responsibility of the principal investigator to submit an Application for Continuing Review to the REB prior to the expiration of approval to comply with the regulation for continuing review of "at least once per year".

It is important to note that validation for the translated version of the consent document has been certified by an MUHC translator. Any further modification to the REB approved and certified consent document must be identified by a revised date in the document footer, and re-submitted for review prior to its use.

The Research Ethics Boards (REBs) of the McGill University Health Centre are registered REBs working under the published guidelines of the Tri-Council Policy Statement, in compliance with the "Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique" (MSSS, 1998) and the Food and Drugs Act (7 June, 2001), acting in conformity with standards set forth in the (US) Code of Federal Regulations governing human subjects research, and functioning in a manner consistent with internationally accepted principles of good clinical practice.

.../2

We wish to advise you that this document completely satisfies the requirement for Research Ethics Board Attestation as stipulated by Health Canada.

The project was assigned MUHC Study Number REC#03-005 that is required as MUHC reference when communicating about the research. Should any revision to the study, or other unanticipated development occur prior to the next required review, you must advise the REB without delay. Regulation does not permit initiation of a proposed study modification prior to REB approval for the amendment.

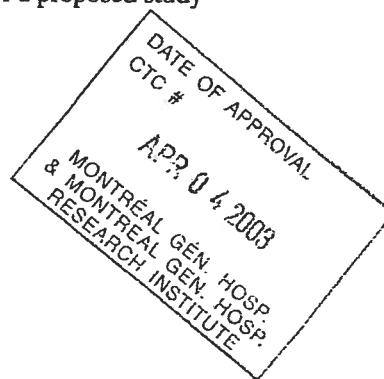
Good luck with your study.

Sincerely,



Denis Courmoyer, M. D.
Chairman
MUHC-Montreal General Hospital
Research Ethics Committee

Cc: Study file REC#03-005






March 10, 2003

Research Ethics Committee
MUHC – Montreal General Hospital

**RE: PROJECT TITLED "THE PROFILE OF THE CLIENT WHO RECEIVED
INTENSIVE PSYCHIATRIC FOLLOW-UP WITH THE COMMUNITY
LINK SERVICE (CLS)"**

Madam / Sir:

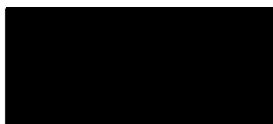
1801, boulevard
de Maisonneuve Ouest
Bureau 500
Montréal (Québec)
H3N 1J9

 CLSC Concordia
Téléphone : (514) 934-0354
Télécopieur :
934-3776 (administration)
934-1367 (info-santé)
934-2588 (serv. à domicile)
934-6155 (serv. courants)

This letter is to confirm our support in assisting Ms. Jacinthe Millette, B.Sc.N. in recruiting subjects for her Master's thesis.

CLSC Métro agrees to allow access to Ms. Millette to interview specific staff members (case managers) and clientele who fit the criteria for her research project. Interviews will also be conducted with the informed consent of the participants.

We feel that this is a very interesting project and hope that our clients and staff will benefit from the outcome of her research.



Marlene YUEN-BOYER
Coordinator
Services courants et Programmes spécifiques

MYB/lf