

Article

« Caractéristiques des populations au centre hospitalier psychiatrique Robert-Giffard : personnes ayant des incapacités intellectuelles et personnes atteintes de maladie mentale »

Wilfrid Pilon et Rodolphe Arsenault

Santé mentale au Québec, vol. 22, n° 2, 1997, p. 115-136.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032418ar>

DOI: 10.7202/032418ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : erudit@umontreal.ca



Caractéristiques des populations au centre hospitalier psychiatrique Robert-Giffard : personnes ayant des incapacités intellectuelles et personnes atteintes de maladie mentale

Wilfrid Pilon

Rodolphe Arsenault*

Cette étude se situe dans le contexte de la réorganisation des services de santé et des services sociaux au Québec et vise à décrire les caractéristiques physiques et mentales des personnes demeurant au centre hospitalier psychiatrique. Dans la première étude, 146 personnes présentant une déficience intellectuelle dont 74 forment le groupe en externe (dans la communauté) et 72, le groupe interne (hospitalisé). Les résultats indiquent que 84 % des personnes présentant une déficience intellectuelle demeurant en institution présentent des besoins suffisamment importants aux trois variables santé, déficits et comportements pour justifier un encadrement plus intensif. La variable qui influence le plus l'intégration sociale est celle des comportements préjudiciables. Comme les personnes demeurant en institution et qui devront éventuellement intégrées la communauté, ont un degré d'incapacité élevé et des comportements préjudiciables plus nombreux, l'encadrement devra être soutenu et intensif auprès des sujets et des responsables de services. Dans la deuxième étude, 928 personnes en milieu institutionnel souffrant de troubles mentaux ont été étudiés selon les variables, âge, sexe, diagnostic et les scores agglomérés de l'Inventaire du niveau de soins et l'autonomie fonctionnelle. Les résultats démontrent que la proportion de femmes de 35 ans et plus croit progressivement par rapport aux hommes. La répartition des diagnostics est principalement la schizophrénie se situant approximativement à 70 %. L'âge devient un facteur important dans l'évaluation des soins physiques des personnes souffrant de problèmes mentaux. La population interne est vieillissante et les femmes sont de plus en plus nombreuses dans ces groupes d'âge. Ces personnes présentent davantage des troubles physiques et une autonomie déclinante. En vertu du soutien requis par ces personnes au moment de l'intégration dans la communauté, on devra offrir des ressources plus structurées et plus spécialisées pour répondre à leurs besoins.

La Politique de la santé mentale, rendue publique en 1989, devait permettre une réforme en profondeur du système de santé et des services sociaux au Québec. Elle impliquait une reconfiguration des services de santé mentale, à partir du redéploiement des ressources institutionnelles, en privilégiant l'accès à des services dans le milieu de vie

* Les auteurs sont membres du Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard

et la réintégration sociale d'usagers dans la communauté (Ministère, 1989). Ces changements amenèrent les établissements et les organismes du réseau à répondre à des besoins et à des demandes multiples et davantage diversifiés. Cependant, la transformation vers un système de services dans la communauté ne s'est pas véritablement réalisée (Ministère, 1997).

Cette fois, le virage ambulatoire implique la fermeture de 50 % des lits en psychiatrie dans la province. Cette diminution du nombre d'usagers vivant présentement dans les hôpitaux psychiatriques devra s'effectuer à partir soit de l'attrition naturelle soit de la réinsertion sociale de personnes souffrant de troubles mentaux ou d'incapacités intellectuelles. Il apparaît donc important de connaître ces deux populations d'usagers vivant dans ces établissements (Ministère, 1997).

Il y a présomption que les personnes présentant des incapacités sévères sont plus heureuses dans la communauté qu'en milieu institutionnel (Jones et al., 1986; Lord et al., 1987; Herman et Smith, 1989; MacGillp, 1991; Solomon, 1992; Okin et Pearsal, 1993; Davidson et al., 1995). Quand cette présomption est associée à des pressions économiques et politiques, les politiques de désinstitutionnalisation qui ont prévalu en santé mentale depuis près de 40 ans sont remises à l'honneur.

Mais cette nouvelle vague de désinstitutionnalisation doit se faire dans un contexte différent. Présentement en cours dans les centres hospitaliers psychiatriques, elle implique des usagers présentant des incapacités sévères. Ces usagers ont séjourné dans des centres psychiatriques de façon continue pour de longue période ou n'ont pu s'adapter, lors de tentatives antérieures, à la vie communautaire (Davidson et Strauss, 1995). Les établissements doivent tenir compte des axes prioritaires par le ministère : primauté de la personne, qualité des services et recherche de solutions dans le milieu de vie de la personne pour répondre à ses besoins et accroître les efforts d'intégration dans le milieu naturel (Ministère, 1989).

Notre étude se situe dans le contexte de la réorganisation des services de santé et des services sociaux au Québec, et vise à décrire les caractéristiques physiques et mentales des personnes qui demeurent en centre hospitalier psychiatrique et qui présentent des problèmes mentaux ou des incapacités intellectuelles. La première partie sera consacrée aux personnes ayant des incapacités intellectuelles, et la deuxième, aux personnes souffrant de troubles mentaux.

Historique du Centre hospitalier Robert-Giffard

Le Centre hospitalier Robert-Giffard, fondé en 1845, a connu au cours des ans diverses appellations comme l'Asile de Beauport et l'hôpital St-Michel-Archange. Il a hébergé 5127 patients dans les années 60, et 2500 en 1982; il en héberge 1203 en 1997. Les mouvements des 30 dernières années de désinstitutionnalisation, d'intégration sociale et d'attrition naturelle associés à la présente réorganisation des soins et des services, ont contribué à diminuer continuellement cette population. Les services dispensés par le Centre Robert-Giffard s'orientent vers des services de deuxième et troisième ligne.

Étude 1 : les personnes ayant des incapacités intellectuelles

Au Centre Robert-Giffard, 212 personnes présentant des incapacités intellectuelles ont été recensées en 1993. De ce nombre, 146 ont été évaluées avec l'Inventaire des caractéristiques individuelles (ICI) (Pilon et Arsenault, 1992). Dans le cadre de la reconfiguration des services, près de la moitié des personnes ayant des incapacités intellectuelles alors en institution a été transférée, dès janvier 1996, dans deux centres de réadaptation de la région de Québec dont les services sont offerts dans la communauté.

L'étude des caractéristiques des personnes présentant une déficience intellectuelle s'adresse à deux groupes (interne et externe) puisqu'au moment de l'étude, la sortie de personnes ayant des incapacités intellectuelles avait eu lieu.

L'Inventaire des caractéristiques individuelles (ICI)

Le Système d'information sur les individus ayant des incapacités intellectuelles dues à leur développement (SINFOIID) est un système de collecte d'informations constitué de deux volets : un inventaire général (ICI) qui recueille l'information sur les attributs statutaires fonctionnels et sur les services requis par la personne, et l'*Échelle Minnesota de comportements adaptatifs* (EMCA) qui couvre 18 domaines du développement de la personne (Janicki et Jacobson, 1979; Joiner et Krantz, 1979; Pilon et al., 1988).

L'*Inventaire des caractéristiques individuelles* comprend trois parties, soit l'identification, le bilan fonctionnel et l'information sur les programmes. La partie identification fournit essentiellement des données sociodémographiques concernant la personne. Le bilan fonctionnel permet, lui, de tracer un profil individuel des besoins de la personne tels les troubles majeurs et associés du développement, les problèmes de

santé, les crises d'épilepsie, les diètes spéciales, la médication, le langage et les habiletés sensori-motrices, les comportements préjudiciables à l'intégration, l'autonomie et les activités de la vie quotidienne. Enfin, la troisième partie met en lumière les services résidentiels et les programmes de jour dont la personne bénéficie actuellement ainsi que les services professionnels et généraux qu'elle reçoit ou non de la communauté ou reçoit en quantité insuffisante. Elle identifie aussi les obstacles à la satisfaction des besoins de la personne quant aux programmes et aux services.

Une vérification de la validité interne a été faite entre les items des échelles de comportements du *Minnesota Developmental Programming System* (MDPS) et les autres variables du *Developmental Disabilities Information Survey* (DDIS) démontrant une validité et une fidélité très acceptable (Lubin, Silverman et Zigman, 1982).

C'est l'intervenant qui connaît le mieux l'utilisateur qui complète le questionnaire. Il fait une évaluation objective de l'utilisateur et peut, pour la partie identification et diagnostic, utiliser les données au dossier.

Les résultats

Caractéristiques des personnes ayant des incapacités intellectuelles

Nous avons divisé notre population (N = 146) de personnes présentant des incapacités intellectuelles en deux groupes, soit 74 usagers qui forment le groupe à l'externe résidant dans la communauté et 72 qui forment le groupe à l'interne résidant en centre hospitalier psychiatrique.

Nos deux groupes sont comparés selon les variables âge, sexe, diagnostic et selon des cotes sommatives aux échelles de santé (troubles de santé, présence et fréquence de crises épileptiques, prise de médicaments, diètes et soins infirmiers et spécialisés requis), de déficits (autonomie personnelle et fonctionnelle, communication, éléments sensori-moteurs) et de comportements préjudiciables à l'intégration. La combinaison de ces trois échelles détermine le type de soutien (intermittent, limité, important et intense) ou d'encadrement recommandé, et tel que décrit par la nouvelle définition de la déficience intellectuelle (AAMR, 1992). Le type de soutien recommandé issu du calcul de l'algorithme de l'instrument ICI se définit comme un des indices du niveau de soutien ou d'encadrement que nécessite la personne.

L'âge et le sexe

Nous devons constater que les personnes du sexe masculin sont plus nombreuses que celles du sexe féminin dans des rapports 3 : 1 pour

le groupe à l'interne et 2 : 1 pour le groupe à l'externe. L'analyse du chi carré nous montre une différence significative entre la répartition des hommes (N = 55) et des femmes (N = 17) pour le groupe à l'interne ($\chi^2 (1, N = 72) = 20,06, p < .001$). Ces rapports ont toujours existé en institution étant donné que les hommes ont été institutionnalisés en plus grand nombre et sont plus difficilement relocalisables dans la communauté à cause de l'intensité ou de la dangerosité des troubles du comportement qu'ils manifestent.

Tableau 1

Distribution de la population interne et externe des personnes ayant une déficience intellectuelle (en fonction de l'âge et du sexe)

Population		Groupe d'âge									
		18 - 34		35 - 54		55 - 64		65 - 74		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Interne	F	3	17,6	9	52,9	5	29,4	0	0	17	41,5
	H	17	30,9	29	52,7	7	12,7	2	3,6	55	52,4
Externe	F	3	12,5	15	62,5	4	16,7	2	8,3	24	58,5
	H	4	8,0	23	40,0	21	42,0	2	4,0	50	47,6
Total	F	6	14,6	24	58,5	9	22,0	2	4,9	41	100,0
	H	21	20,0	52	49,5	28	26,7	4	3,8	105	100,0

À l'externe, le résultat du chi carré ($\chi^2 (1, N = 74) = 9,14, p < .003$) nous indique un écart moins grand entre les hommes (N = 50) et les femmes (N = 24). Cette diminution des proportions entre hommes et femmes vient du fait qu'en interne le bassin de la population masculine est plus important et en conséquence, il est plus facile de trouver à l'externe des hommes moins sévèrement atteints que les femmes.

Étant donné que les personnes âgées de plus de 65 ans et présentant des incapacités intellectuelles sont très peu nombreuses (Pilon et al., 1995), nous avons dû pour fin d'analyse regrouper les personnes de 55 à 64 ans avec celles de 65 à 74 ans, tant pour le groupe à l'interne que pour celui à l'externe, créant ainsi une répartition inégale dans nos groupes d'âge (18-34, 35-54 et 65 et plus).

C'est dans le groupe des 35-54 ans qu'on retrouve le plus grand nombre de personnes présentant des incapacités intellectuelles. La proportion de femmes y est de 58,5 % tandis qu'elle est de 49,5 % chez les hommes.

Le diagnostic

La très grande majorité des personnes, soit 87 %, ont un diagnostic principal de déficience intellectuelle. Seulement 13 % des personnes (N = 18) présentent un diagnostic secondaire de déficience intellectuelle : leur diagnostic principal se répartit parmi les catégories suivantes : schizophrénie, psychose affective, psychose non organique, troubles de la personnalité et autres troubles psychotiques. En fait, les 146 personnes de l'échantillon ont un diagnostic principal ou secondaire de déficience intellectuelle.

La santé, les déficits, les troubles du comportement et le niveau de soutien

L'*Inventaire des caractéristiques individuelles* (ICI) nous donne les résultats aux échelles de santé, de déficits et de comportements, lesquels nous permettent d'établir le niveau de soutien approprié en fonction du degré d'intensité ou de gravité (aucun, modéré ou sévère) de ces trois échelles.

La distribution des personnes à l'échelle santé montre que 88 % (36 sur 41) des femmes et 80 % des hommes (84 sur 105) ont des besoins qualifiés de modéré à sévère. C'est dire que la majorité des personnes, indépendamment des groupes (interne ou externe), manifeste à différents degrés des troubles de santé et exige des soins comme une médication, une diète, des soins infirmiers ou spécialisés, qui seront considérés dans l'établissement du niveau de soutien requis.

À l'échelle des déficits, 111 personnes sur 146, soit 76 %, manifestent des besoins sévères, indépendamment du sexe, du groupe d'âge ou du groupe interne ou externe. Les analyses de variance à trois facteurs de regroupement (âge X sexe X groupe interne/externe) des résultats aux échelles de santé et de déficits n'ont montré aucune différence significative quant aux effets principaux et aux interactions. C'est donc dire que cette population est suffisamment atteinte au niveau de la santé et des déficits pour justifier un encadrement important.

En ce qui regarde l'échelle de comportement (tableau 2), nous remarquons une plus grande dispersion des résultats aux niveaux des problèmes minimes, modérés ou sévères pour les personnes du sexe masculin, à l'interne ou à l'externe. L'analyse de variance à trois facteurs de regroupement (âge X sexe X groupe interne/externe) a été utilisée. L'effet âge n'est pas significatif ($F(1, 131) = 2,48, p < .064$). Pour l'effet sexe, on note une différence significative ($F(1, 131) = 9,77, p < .002$) entre la moyenne des hommes ($M = 2,34$) et celle des femmes ($M = 2,73$). Pour l'effet

groupe, l'analyse montre une différence significative à l'échelle du comportement ($F(1, 131) = 8,03$ $p < .005$) entre les personnes qui sont à l'interne ($M = 2,64$) et celles qui sont à l'externe ($M = 2,27$). Il n'y a aucune différence significative dans les effets d'interaction.

Tableau 2

Distribution de l'échelle comportement pour la population interne et externe des personnes ayant une déficience intellectuelle (en fonction du sexe)

Échelle de comportement		Interne		Externe		Total	
		N	%	N	%	N	%
Problèmes minimes	F	0	0,0	4	16,7	4	9,8
	H	6	10,9	18	36,0	24	22,9
Problèmes modérés	F	2	11,8	1	4,2	3	7,3
	H	12	21,8	9	18,0	21	20,0
Problèmes sévères	F	15	88,2	19	79,2	34	82,9
	H	37	67,3	23	46,0	60	57,1
Total	F	17	41,5	24	58,5	41	100,0
	H	55	52,4	50	47,6	105	100,0

À quels comportements pouvons-nous associer la différence obtenue entre les usagers à l'interne et ceux à l'externe, ainsi que la différence obtenue entre les hommes et les femmes ? Un examen attentif des comportements préjudiciables à l'intégration (« acting out » et dangerosité) permet de répondre à cette question.

Les comportements préjudiciables à l'intégration le plus fréquemment émis sont les sautes d'humeur extrêmes (62 personnes, 42,5 %), la désorientation dans le temps ou l'espace (44 personnes, 30,1 %), les assauts physiques (30 personnes, 20,5 %), les bris de biens matériels (30 personnes, 20,5 %), l'automutilation (26 personnes, 17,8 %), se déhabiller en public (19 personnes, 13 %), le vol (18 personnes, 12,3 %) et l'exposition des organes génitaux en public (16 personnes, 11 %). Les autres comportements, ne dépassant pas la fréquence de 10 %, ont été omis.

Les résultats indiquent aussi que les comportements problématiques sont plus fréquents chez le groupe à l'interne que chez le groupe à l'externe, indépendamment du sexe. Également, les comportements problématiques sont, toute proportion gardée, plus fréquents chez les femmes que chez les hommes pour le groupe à l'interne, confirmant en quelque sorte l'hypothèse voulant que les femmes demeurant en institution présentent des incapacités sévères.

En tenant compte des résultats aux trois échelles (santé, déficits et comportements), l'algorithme utilisé dans cet instrument suggère un type de support ou d'encadrement nécessaire à ces personnes pour mieux répondre à leurs besoins. Le support est défini en fonction de la nouvelle définition de la déficience intellectuelle (AAMR, 1992).

La grande caractéristique qui se dégage du tableau 3, c'est que les personnes du sexe féminin ont plus besoin d'un type de soutien intense que les personnes du sexe masculin. En effet, les personnes du sexe féminin ayant des incapacités intellectuelles dont le type de soutien est intense comptent pour 88 % de la population interne, comparativement à 58 % des personnes du sexe masculin. On note une baisse dans ces proportions quand ces personnes se retrouvent à l'externe. On compte 63 % des personnes du groupe à l'externe avec un type de soutien intense qui sont de sexe féminin par rapport à 44 % qui sont du sexe masculin.

Tableau 3
Distribution du niveau de soutien pour la population interne
et externe des personnes ayant une déficience intellectuelle
(en fonction de l'âge et du sexe)

Population	Groupes d'âge									
	18 - 34		35 - 54		55 - 64		65 - 74		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
INTERNE										
	Intermittent	F 3	17,6	9	52,9	5	29,4	0	0	17
	H 17	30,9	29	52,7	7	12,7	2	3,6	55	52,4
Limité	F 1	33,3							1	5,9
	H 4	23,5	2	6,9	1	14,3	1	50,0	8	14,5
Important	F		1	11,1					1	5,9
	H 5	29,4	7	24,1	3	42,9			15	27,3
Intense	F 2	66,7	8	88,9	5	100,0			15	88,2
	H 8	47,1	20	69,0	3	42,9	1	50,0	32	58,2
EXTERNE										
Intermittent	F									
	H		1	4,3	5	23,8			6	12,0
Limité	F		1	6,7			1	50,0	2	8,3
	H 1	25,0	3	13,0	3	14,3			7	14,0
Important	F 1	33,3	4	26,7	1	25,0	1	50,0	7	29,2
	H		6	26,1	8	38,1	1	50,0	15	30,0
Intense	F 2	66,7	10	66,7	3	75,0			15	62,5
	H 3	75,0	13	56,5	5	23,8	1	50,0	22	44,0

L'analyse de variance à trois facteurs de regroupement (âge X sexe X groupe interne/externe) permet de comparer les moyennes de la variable type de soutien recommandé pour en spécifier les différences. Il y a une différence significative dans les résultats au niveau du type de soutien recommandé en fonction de l'âge ($F(3, 131) = 2.89, p < .038$). Cette différence se situe selon le test de Scheffé entre la moyenne pour la catégorie d'âge 35-54 ($M = 3,57$) et celle des 55-64 ($M = 3,05$). Pour l'effet sexe, le test $F(1, 131) = 7,45$ est significatif à $p < .007$ entre la moyenne pour le sexe féminin ($M = 3,66$) et pour le sexe masculin ($M = 2,26$). Pour l'effet groupe, la comparaison des moyennes entre le groupe à l'interne ($M = 3,53$) et le groupe à l'externe ($M = 3,22$) s'est avéré significativement différente ($F(1, 131) = 4,98, p < .027$). Toutes les interactions entre les facteurs de regroupement se sont avérées non significatives.

Point important à retenir, les personnes du sexe féminin ayant des incapacités intellectuelles ont plus besoin d'un type de soutien intensif que les personnes du sexe masculin. Les personnes du groupe à l'interne demandent un type de soutien plus intensif que les personnes du groupe à l'externe. Cependant, malgré ces différences significatives, il faut noter que 122 des 146 personnes ayant des incapacités intellectuelles, ce qui représente 84 %, ont besoin d'un type de soutien important ou intense.

Discussion

La politique de désinstitutionnalisation et de reconfiguration des services dans la communauté prône la sortie du plus grand nombre possible de personnes présentant des incapacités intellectuelles. Dans ce contexte, toute proportion gardée et indépendamment de la gravité de l'incapacité, les hommes et les femmes plus sévèrement atteints qui présentent des incapacités intellectuelles deviennent avec un support ou un encadrement approprié davantage tolérables dans la communauté.

En raison de la désinstitutionnalisation et du principe du maintien dans le milieu selon la théorie de la valorisation des rôles sociaux, nous retrouvons peu de personnes présentant une déficience intellectuelle dans le groupe des 18 à 34 ans. Et, pour des raisons différentes, nous constatons une diminution importante des personnes de 65 ans et plus à cause du taux d'espérance de vie inférieur chez ces personnes et aussi du fait que les problèmes physiques des personnes âgées deviennent plus importants et sont traités en priorité peu importe le diagnostic psychiatrique.

En résumé, 84 % des personnes présentant des incapacités intellectuelles ayant demeuré en institution présentaient des besoins suffisamment importants aux trois variables santé, déficits et comportements pour nécessiter un encadrement institutionnel avant l'amorce de la réorganisation des services. Ces résultats nous étonnent fort peu. Comme la désinstitutionnalisation de ces personnes s'est toujours faite par « strate horizontale plutôt que verticale », les personnes performant le mieux à ces trois variables sont toujours sorties des institutions, alors que celles présentant plus d'incapacités y demeuraient.

Tenant compte du contexte social actuel et particulièrement de la reconfiguration des services dans la communauté, 50 % de cette population a déjà été réintégrée dans la communauté indépendamment des lacunes manifestées aux trois variables. La variable qui toujours influence le plus l'intégration de ces personnes dans la communauté demeure celle des comportements préjudiciables à l'intégration. Il semble plus facile d'élaborer le support approprié lorsqu'il est relié à des problèmes de santé et de déficits plutôt qu'à des problèmes de comportements. D'ailleurs, la clientèle présentant le moins de comportements préjudiciables est mieux acceptée dans la communauté (Côté et al., 1990).

Malgré qu'il faille développer des ressources résidentielles correspondant aux besoins des personnes, nous devons constater que la famille d'accueil (résidence d'accueil) est encore le milieu résidentiel privilégié pour l'intégration des personnes ayant une déficience intellectuelle. Nos résultats indiquent que les personnes demeurant en institution et qui devront être intégrées dans la communauté au cours des années à venir, ont un degré d'incapacité élevé et des problèmes de comportements plus nombreux. En conséquence, il faudra offrir une gamme de services qui aille plus loin que les services habituels d'une famille d'accueil. Un encadrement soutenu et intensif devra être donné à cette clientèle ainsi qu'un support adéquat aux responsables des services résidentiels pour qu'ils puissent répondre aux besoins multiples de cette clientèle. Ce sera un des enjeux de la réorganisation des services.

Étude 2 : les personnes souffrant de maladie mentale

Au moment de l'étude, des résultats récents ne sont pas disponibles pour les personnes qui souffrent de maladie mentale et sont maintenant rendues dans la communauté. Ce qui fait que nos données portent essentiellement sur des personnes souffrant de maladie mentale et demeurant à l'intérieur de l'établissement. D'ici l'an 2000, plusieurs données permettront d'actualiser nos comparaisons entre les personnes demeurant en interne et celles qui sont sorties.

En novembre 1995, la population du centre hospitalier souffrant de troubles mentaux était de 1203 usagers. Lors d'une évaluation au moyen de l'*Inventaire du niveau de soins et Autonomie fonctionnelle* (Pilon et Arsenault, 1993) qui s'est terminée en janvier 1996, un échantillon de 928 personnes ont été recensées, ce qui représente 77 % de la population totale. Les usagers d'admission et du court terme ayant été omis, les analyses de cette étude-ci porteront sur les usagers en soins de longue durée.

L'Inventaire du niveau de soins et l'Autonomie fonctionnelle

Le département de Santé mentale de l'État de New York a étudié les besoins des populations psychiatriques institutionnalisées (Furman et al., 1979). Le *Level of Care Survey* (LOCS) du bureau de la Santé mentale de l'État de New York a été créé pour donner une vue générale de la situation psychiatrique et médicale et des besoins fonctionnels de la population psychiatrique dans les hôpitaux d'État. Basé sur les besoins physiques et mentaux identifiés de chaque patient, il détermine le niveau approprié de soins. Ce niveau de soins comporte 12 catégories qui reflètent la grande diversité des besoins et des services requis pour les patients souffrant de problèmes mentaux.

L'Inventaire du niveau de soins comprend des questions touchant les problèmes de santé physique et mentale de la personne, ses comportements, les soins en nursing qu'elle reçoit, et enfin, des questions touchant les habiletés à accomplir diverses activités de la vie quotidienne. Un algorithme d'origine clinique et statistique sert à déterminer les deux échelles principales. Le niveau de soins psychiatriques (Psych) se répartit en trois valeurs : intégré, réadaptation et soins psychiatriques intensifs, alors que le niveau de soins physiques (Phys) a quatre valeurs : autonome, supervisé, soins de base et soins infirmiers.

En combinant le niveau de soins psychiatriques (Psych) et le niveau de soins physiques (Phys) obtenus, on détermine le niveau de soins global de l'individu (NS). Par la suite, les douze niveaux de soins possibles sont distribués dans un tableau à double entrée qu'on peut interpréter en fonction des besoins/soutiens requis.

Les études sur le *Level of Care Survey* montrent que cet instrument a une bonne stabilité et une bonne fidélité. Par exemple, Lambert (1982) confirme les résultats obtenus par Fabisiak en 1979 et qui montre une corrélation interjuges de 0,75 pour tous les items. Dans une autre étude, Furman et ses collaborateurs (1979) obtiennent un coefficient kappa de 0,65 (test-retest) pour le niveau de soins global. Ces auteurs rapportent

des coefficients de consistance interne (alpha) des sous-échelles de 0,67 à 0,88. Lambert (1982) conclut que les sous-échelles du *Level of Care Survey* présentent une fidélité satisfaisante (Lambert, 1982; Côté et al., 1989). La révision des échelles et des indices (Fabisiak, 1983) au moyen de l'analyse factorielle a permis d'en réduire le nombre et de les simplifier. Les études se sont poursuivies depuis sur la version 1988 de l'Inventaire du niveau de soins particulièrement en ce qui concerne l'ajout du volet *Autonomie fonctionnelle*. Ce volet a été ajouté pour répondre davantage aux nouvelles orientations des services d'adaptation, d'intégration sociale et de maintien dans la communauté (Pilon et Arsenault, 1997).

L'autonomie se définit comme la capacité d'effectuer seul ou avec un minimum d'aide la plupart des activités de la vie quotidienne. Le volet Autonomie fonctionnelle est constitué d'items distribués dans quatre échelles principales. L'Autonomie fonctionnelle, étant le score global d'autonomie, traite des habiletés nécessaires au maintien d'une autonomie personnelle, sociale et communautaire. Ce volet aborde également les besoins résidentiels, les activités de jour, le support professionnel et les services de support à l'individu et à sa famille dans la communauté.

Les qualités psychométriques du volet *Autonomie fonctionnelle* sont excellentes pour l'homogénéité interne calculé au moyen de l'alpha de Cronbach (de 0,96 à 0,98 pour les quatre échelles), et pour la concordance entre l'échelle d'activité dans la communauté de l'INS et l'autonomie fonctionnelle (évaluateur 1 = 0,88 et évaluateur 2 = 0,89) et enfin, la fidélité interjuge est de 0,92.

Les résultats

Caractéristiques des personnes souffrant de maladie mentale

Pour donner un aperçu des caractéristiques de ces 928 personnes en milieu institutionnel souffrant de troubles mentaux, nous allons utiliser des variables comme l'âge, le sexe, le diagnostic et les cotes agglomérées de l'*Inventaire du niveau de soins et l'Autonomie fonctionnelle*. L'Inventaire du niveau de soins est conçu pour être complété par l'intervenant qui travaille quotidiennement avec la personne. L'intervenant doit répondre aux questions avec précision et objectivité et peut utiliser les données du dossier pour compléter le questionnaire.

L'âge et le sexe

Le tableau 4 présente les résultats en fonction de l'âge et du sexe des personnes présentant une maladie mentale et demeurant en centre

hospitalier. À l'examen de ce tableau, il semble se dessiner un profil relié aux facteurs âge et sexe pour ces personnes.

Tableau 4
Distribution de la population des personnes souffrant de problèmes mentaux (en fonction de l'âge et du sexe)

Sexe	Groupes d'âge					Total
	18 - 34	35 - 54	55 - 64	65 - 74	75 et plus	
Féminin	13	61	73	146	181	474
	2,7	12,9	15,4	30,8	38,2	51,1
	50,0	38,1	42,0	53,5	61,4	
Masculin	13	99	101	127	114	454
	2,9	21,8	22,2	28,0	25,1	48,9
	50,0	61,9	58,0	46,5	38,6	
Total	26	160	174	273	295	928
	2,8	17,2	18,8	29,4	31,8	100,0

Nous constatons que la proportion des femmes à partir du groupe de 35 à 54 ans croît progressivement alors que celle des hommes demeure relativement constant d'un groupe d'âge à l'autre. Nous constatons également qu'à l'autre extrémité des groupes d'âge (18-34), le nombre des jeunes adultes est moins grand, voire diminué, laissant entrevoir une prise en charge ailleurs qu'à l'institution.

Le diagnostic

La répartition des personnes en fonction du diagnostic nous indique que 67,8 % ont un diagnostic principal de schizophrénie. Cette répartition est pratiquement similaire entre les hommes (69,2 %) et les femmes (66,5 %). Les autres diagnostics principaux sont chez les femmes les états psychotiques organiques (9,4 %) et la psychose affective (5,2 %), et chez les hommes, les états psychotiques organiques (7,7 %) et les psychoses affectives (4,8 %).

Les facteurs physiques, psychiatriques et le niveau de soins global

La sévérité de la condition physique et psychiatrique des personnes demeurant en institution se traduit par les résultats obtenus aux différentes échelles de l'Inventaire du niveau de soins. Les résultats pour les niveaux de soins physiques et psychiatriques sont présentés aux tableaux 5 et 6.

Niveau de soins physiques

Nous remarquons que la distribution au niveau des soins physiques est différente selon le facteur sexe (tableau 5). En effet, il y a plus de personnes du sexe féminin qui requièrent un niveau de soins infirmiers que de personnes du sexe masculin. Nous avons comparé les moyennes du niveau de soins physiques en utilisant l'analyse de variance à deux facteurs de regroupement (âge X sexe). Nous obtenons une différence significative ($F(1, 918) = 8,95, p < .003$) entre la moyenne du niveau de soins physiques pour les personnes du sexe féminin ($M = 3,16$) et celle pour les personnes du sexe masculin ($M = 2,85$).

Tableau 5

Distribution du niveau de soins physiques (PHYS) de la population des personnes souffrant de problèmes mentaux (en fonction de l'âge et du sexe)

Niveau PHYS		Groupes d'âge										Total	
		18 - 34		35 - 54		55 - 64		65 - 74		75 et plus		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
1	F	1	7,7	5	8,2	1	1,4	1	0,7			8	1,7
	H	2	15,4	13	13,1	5	5,0	1	0,8			21	4,6
2	F	9	69,2	33	54,1	31	42,5	51	34,9	25	13,8	149	31,4
	H	11	84,6	58	58,6	48	47,5	50	39,4	24	21,1	191	42,1
3	F	1	7,7	10	16,4	13	17,8	26	17,8	28	15,5	78	16,5
	H			11	11,1	21	20,8	21	16,5	23	20,2	76	16,7
4	F	2	15,4	13	21,3	28	38,4	68	46,6	128	70,7	239	50,4
	H			17	17,2	27	26,7	55	43,3	67	58,8	166	36,6
Total	F	13	2,7	61	12,9	73	15,4	146	30,8	181	38,2	474	100,0
	H	13	2,9	99	21,8	101	22,2	127	28,0	114	25,1	454	100,0

1 = Autonome 2 = Supervisé 3 = Soins de base 4 = Soins infirmiers

Pour l'effet âge, le test $F(4, 918) = 48,87, p < .0001$ est significatif. Il y a une différence significative entre les catégories d'âge pour le niveau de soins physiques. Le test de Scheffé permet de comparer les moyennes du niveau de soins physiques entre les différentes catégories d'âge. Il y a une différence significative entre la moyenne pour la catégorie d'âge de 75 et plus ($M = 3,49$) et les moyennes pour les catégories d'âge 65-74 ($M = 3,07$), 55-64 ($M = 2,79$), 35-54 ($M = 2,39$) et 18-34 ($M = 2,08$). Il y en a aussi une entre la moyenne du niveau de soins physiques pour la catégorie d'âge 65-74 ($M = 3,07$) et les trois autres catégories d'âge, soit 55-64 ($M = 2,79$), 35-54 ($M = 2,39$) et 18-34 ($M = 2,08$). Enfin, il existe une différence significative entre la moyenne du

niveau de soins physiques pour la catégorie d'âge 55-64 et les moyennes pour les catégories d'âge 35-54 ($M = 2,39$) et 18-34 ($M = 2,08$). Il n'y a pas de différence significative entre la moyenne du niveau de soins physiques pour la catégorie des 18-34 et celle des 35-54. L'effet interaction âge X sexe n'est pas significative.

Niveau de soins psychiatriques

L'analyse des données de la distribution du niveau de soins psychiatriques de ces personnes en fonction de l'âge et du sexe est présentée au tableau 6. Nous remarquons qu'une grande proportion de ces personnes nécessite un niveau de soins psychiatriques intensifs, peu importe le sexe. Cependant, une plus grande proportion de personnes du sexe masculin (35,6 %) nécessite un niveau 2 ou 1 de soins psychiatriques par rapport aux personnes du sexe féminin (25,5 %).

L'analyse de variance à deux facteurs de regroupement (âge X sexe) du niveau de soins psychiatriques a été utilisée. Pour l'effet âge, le test $F(4, 918) = 1,37, p < .05$ est non significatif, et donc le niveau de soins psychiatriques n'est pas différent selon les catégories d'âge. Pour l'effet sexe, le test $F(1, 918) = 11,38, p < .001$ est significatif. Ce qui indique que la moyenne du niveau de soins psychiatriques pour les femmes ($M = 2,59$) est significativement différente de celle des hommes ($M = 2,41$). Les femmes présentant des problèmes mentaux et demeurant en institution requièrent un niveau de soins psychiatriques plus important que celui des hommes. Aucune différence significative n'a été notée pour l'interaction âge X sexe.

Tableau 6
Distribution du niveau de soins psychiatriques (PSYCH)
de la population des personnes souffrant de problèmes mentaux
(en fonction de l'âge et du sexe)

Niveau PHYS		Groupes d'âge										Total	
		18 - 34		35 - 54		55 - 64		65 - 74		75 et plus		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
1	F	3	23,1	8	13,1	15	20,5	21	14,4	28	15,5	75	15,8
	H	6	46,2	21	21,2	28	27,7	32	25,2	19	16,7	106	23,3
2	F	1	7,7	3	4,9	4	5,5	16	11,0	22	12,2	46	9,7
	H			8	8,1	8	7,9	21	16,5	19	16,7	56	12,3
3	F	9	69,2	50	82,0	54	74,0	109	74,7	131	72,4	353	74,5
	H	7	53,8	70	70,7	65	64,4	74	58,3	76	66,7	292	64,3
Total	F	13	2,7	61	12,9	73	15,4	146	30,8	181	38,2	474	100,0
	H	13	2,9	99	21,8	101	22,2	127	28,0	114	25,1	454	100,0

1 = Intégré 2 = Réadaptation 3 = Intensif

Les comportements problématiques, pour la population, de personnes souffrant de troubles mentaux

À l'intérieur de l'échelle psychiatrique, deux questions se réfèrent aux comportements violents, dangereux ou bizarres, menaçant pour la personne ou pour les autres, survenus au cours des 30 derniers jours et servant à mesurer le risque de dangerosité. Au delà de l'indice physique et psychiatrique global de cette population de longue durée, y a-t-il des risques de dangerosité chez ces usagers ?

Nous constatons qu'une proportion de ces usagers (approximativement 25 % de femmes et 20 % d'hommes) fait l'objet d'une surveillance personnelle ou reçoit une médication d'urgence pour contrôler des comportements violents ou dangereux. Dans des proportions moindres (10 % et moins), les personnes des deux sexes manifestent aussi des comportements d'assauts physiques, d'automutilation, de menace de suicide ou demandent une mise sous contention physique. C'est donc dire qu'une proportion non négligeable de ces usagers de longue durée requiert un encadrement physique plus structuré.

Niveau de soins globaux

Une combinaison de ces deux facteurs nous permet d'établir les 12 niveaux de soins globaux possibles. Les résultats indiquent que les personnes du sexe féminin (74,5 %) se situent plus dans les niveaux allant de 9 à 12 que les personnes du sexe masculin (64,3 %). Ceci correspond à un niveau de soins psychiatriques intensifs. Pour l'ensemble de notre population, 181 personnes ont un niveau de soins allant de 1 à 4 et 102 se situent dans les niveaux allant de 5 à 8, ce qui signifie qu'elles peuvent recevoir les services dans la communauté tout en tenant compte que les personnes aux niveaux 4 (25) et 8 (72) nécessitent un encadrement intensif pour les soins physiques. L'analyse des résultats nous permet de conclure que les femmes nécessitent un niveau de soins plus important que les hommes.

L'autonomie fonctionnelle

En ce qui a trait à l'autonomie fonctionnelle des personnes souffrant de problèmes mentaux, la distribution des résultats moyens de l'autonomie fonctionnelle, personnelle, communautaire et sociale (tableau 7) décroît de façon constante et régulière selon les différentes catégories d'âge. On note aussi que les scores moyens aux différentes échelles d'autonomie sont à peu de choses près semblables entre les personnes du sexe féminin et du sexe masculin.

Tableau 7

Distribution du score moyen (en pourcentage) d'autonomie fonctionnelle, personnelle, communautaire et sociale de la population des personnes souffrant de problèmes mentaux (en fonction de l'âge et du sexe)

Échelle		Groupes d'âge					Moyenne
		18 - 34	35 - 54	55 - 64	65 - 74	75 et plus	
AF	F	64,5	49,4	33,9	24,7	14,4	26,5
	H	59,5	49,7	30,8	24,1	13,5	29,8
APER	F	67,0	52,6	35,1	25,1	17,7	27,2
	H	62,5	48,3	32,0	25,2	16,5	30,1
ACOM	F	68,0	49,2	32,1	22,4	11,1	24,5
	H	60,3	54,2	28,6	22,1	10,7	28,9
ASOC	F	53,2	44,7	35,2	29,1	20,8	29,5
	H	52,2	44,9	32,2	25,2	18,5	30,1
N	F	13	61	73	146	181	474
	H	13	99	101	127	114	454

AF = Autonomie fonctionnelle

APER = Autonomie personnelle

ACOM = Autonomie communautaire

ASOC = Autonomie sociale

L'analyse de variance à deux facteurs de regroupement (âge X sexe) a été utilisée. Il n'y a pas de différence significative entre le résultat d'autonomie fonctionnelle pour les personnes du sexe féminin ($M = 26,46$) et celles du sexe masculin ($M = 29,57$) ($F(1, 918) = 0,58, p < .05$). Pour l'effet âge, le test $F(4, 198) = 91,21, p < .0001$ est significatif. Il y a donc différence significative entre les résultats moyens d'autonomie fonctionnelle aux différentes catégories d'âge. Le test de Scheffé permet de comparer les moyennes pour situer les différences entre les catégories d'âge. Il y a une différence significative entre la moyenne d'autonomie fonctionnelle pour la catégorie d'âge 18-34 ($M = 61,96$) et les catégories 75 et plus ($M = 14,19$), 65-74 ($M = 24,42$) et 55-64 ($M = 32,02$). On retrouve la même différence entre la catégorie 35-54 ($M = 49,56$) et les catégories 75 et plus ($M = 14,19$), 65-74 ($M = 24,42$) et 55-64 ($M = 32,02$). Il existe aussi une différence entre la catégorie 55-64 ($M = 32,02$) et les catégories d'âge 75 et plus ($M = 14,19$) et 65-74 ($M = 24,42$). Enfin, il y a une différence significative entre la moyenne d'autonomie fonctionnelle pour la catégorie d'âge 65-74 ($M = 24,42$) et la catégorie 18-34 ($M = 14,19$).

Ces résultats indiquent une perte d'autonomie fonctionnelle progressive avec l'âge. Ils sont similaires à ceux obtenus pour le niveau de

soins physiques où l'on a noté une détérioration de la santé physique avec l'âge.

Les besoins de services résidentiels

Les intervenants ont complété les items touchant les services résidentiels actuels, à court et à long terme. Les résultats indiquent ici que le service résidentiel actuel est à 99,5 % en centre hospitalier de soins de longue durée et à 0,5 % en courte durée, ce qui correspond à notre échantillon. L'évaluation des intervenants pour le service résidentiel à court terme nous donne 14,5 %, soit 134 personnes (sur 922) qui devraient bénéficier d'un autre service résidentiel que le milieu institutionnel. De ces 134 personnes, les intervenants ont évalué que seulement 3,7 % devraient être en résidence autonome, alors que 11,9 % pourraient être en ressource de type familial et que la grande majorité, soit 79,1 %, devraient bénéficier des ressources intermédiaires.

Les intervenants ont évalué qu'à long terme 17,6 %, soit 162 personnes sur 918, devraient avoir un service résidentiel autre que le centre hospitalier en soins de longue durée. De ce nombre, les intervenants ont évalué que 4,3 % devraient être en résidence autonome, alors que 25,3 % pourraient être en ressource de type familial et que 67,3 % devraient bénéficier des ressources intermédiaires.

Discussion

Dans le passé, nous pouvions constater un ratio de 2 pour 1 en faveur des hommes en institution. Maintenant, nous constatons un vieillissement de la population institutionnelle et plus spécifiquement une augmentation progressive du nombre de femmes de 65 ans et plus par rapport aux hommes. Même en tenant compte que notre échantillon provient surtout de personnes en soins de longue durée, il représente 80 % de la population totale du centre hospitalier. Si on veut diminuer les lits en institution, il faudra nécessairement impliquer les personnes en soins de longue durée dans le processus de la réinsertion sociale dans la communauté.

L'âge devient donc un facteur important quand on veut évaluer le niveau de soins physiques des personnes souffrant de problèmes mentaux. En effet, plus ces personnes sont âgées, plus elles nécessitent des soins de base et des soins infirmiers. Il faut noter aussi que les personnes du sexe féminin dans les groupes de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus nécessitent davantage de soins infirmiers que les personnes du sexe masculin (en vertu de leur taux plus long d'espérance de vie, elles sont plus nombreuses). La diminution de la santé physique chez les personnes

âgées est une réalité à laquelle doivent faire face les dispensateurs de soins autant en centre hospitalier qu'en ressource externe.

Quant aux soins psychiatriques, les femmes requièrent un niveau de soins plus intense que celui des hommes. Par contre, le facteur âge n'a pas d'impact sur le niveau de soins psychiatriques comme c'est le cas pour le niveau de soins physiques.

En vertu des problèmes physiques manifestes, de la diminution de l'autonomie fonctionnelle chez les personnes âgées, et du fait que les femmes de ces groupes d'âge sont plus nombreuses, le niveau de soins global requis est intense et de nature plus physique. Aux options mentionnées dans l'introduction, à savoir diminuer le nombre de personnes en hôpital psychiatrique soit par attrition naturelle soit par la réintégration sociale, ne peut-on pas ajouter le transfert d'un certain nombre d'entre elles dans des services résidentiels du type centre d'hébergement de soins de longue durée pour soins physiques ?

À partir des résultats obtenus, on peut certainement émettre l'hypothèse que les ressources de type intermédiaire seront très probablement celles sur lesquelles la demande sera la plus forte. Ces ressources sont définies présentement selon quatre grands types de milieu résidentiel, soit l'appartement, la maison de chambre, la maison d'accueil de type familial ou non (ancien foyer de groupe et famille d'accueil) et la résidence de groupe (ancien pavillon). Nous savons qu'il existe une certaine gradation dans les niveaux de services et de soutiens requis pour cette population. En tenant compte du soutien requis, nous croyons que les maisons d'accueil et les résidences de groupe seront fortement privilégiées, surtout que de moins en moins d'usagers veulent aller vivre en maison d'accueil de type familial. Le déplacement d'une clientèle vieillissante présentant de plus en plus de troubles physiques fera que le milieu résidentiel devra répondre aux besoins de base de cette clientèle, comme les besoins alimentaires, la distribution des médicaments, les services de buanderie et de sécurité, le tout entouré de divers personnels spécialisés en santé mentale.

Dans le contexte de la réorganisation des services, le défi sera de créer d'autres types de ressources résidentielles qui correspondent davantage aux besoins d'autonomie et d'intégration sociale réelle des personnes souffrant de maladie mentale. Tout ceci implique un changement de mentalité. Il est évident que, dans cette reconfiguration où l'on demande aux centres hospitaliers de transférer dans la communauté des patients ayant un long vécu institutionnel, on doit tenir compte des incapacités tant physiques que psychiques de ces personnes et aussi du degré d'autonomie maintenu par elles.

Références

- AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION, 1992, *Mental Retardation : Definition, Classification, and Systems of Supports*, AAMR, Washington.
- CÔTÉ, J., OUELLET, L., LACHANCE, R., 1990, *La réaction des citoyens de la Région de Québec d'avoir comme voisin des personnes avec une maladie mentale*, Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard, Beauport.
- CÔTÉ, J., LACHANCE, R., OUELLET, L., PILON, W., 1989, *La concordance entre paires d'observateurs à 22 variables de l'Inventaire du niveau de soins et la stabilité de leurs observations*, Rapport de recherche au CQRS, Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard, Beauport.
- DAVIDSON, L., HOGE, M. A., MERRILL, M. E., RAKFELDT, J., GRIFFITH, E. E. H., 1995, The experience of long-stay inpatients returning to the community, *Psychiatry : Interpersonal and Biological Processes*, 58, 122-132.
- DAVIDSON, L., STRAUSS, J. S., 1995, Beyond the Biopsychosocial model : Integrating disorder, health and recovery, *Psychiatry : Interpersonal and Biological Processes*, 58, 43-55.
- FABISIAK, S., 1983, *Revised Scales and Indexes for the Level of Care Survey*, NYS Office of Mental Health, New York,
- FURMAN, W. W., PHIL, M., LUND, D. A., 1979, The assessments of patient needs : Description of the Level of Care Survey, *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 1, 38-46.
- HERMAN, N. J., SMITH, C. M., 1989, Mental hospital depopulation in Canada : Patient perspectives, *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 386-391.
- JANICKI, M. P., JACOBSON, J. W., 1979, *New York's needs assessment and developmental disabilities : preliminary report. (Technical report)*, Development Disabilities Information Survey, Albany, N.Y.
- JOINER, M. P., KRANTZ, J. W., 1979, *The assessment of behavioral competence of developmentally disabled individuals. The MDPS*, New York State Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities, Albany New York.
- JONES, K., ROBINSON, M., GOLIGHTLEY, M., 1986, Long-term psychiatric patients in the community, *British Journal of Psychiatry*, 149, 537-540.
- LAMBERT, E. W., 1982, Reliability of subscales of the New York State Level of Care Survey, *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 4, 427-431.

- LORD, J., SELNARR, A., HUTCHISON, P., 1987, The voice of people : Qualitative research and the needs of consumers, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 6, 25-36.
- LUBIN, R., SILVERMAN, W., ZIGMAN, W., 1982, *Adaptive behavior of severely and profoundly disabled persons in specialty hospital and community residential programs*, Community Residential Environments for Profoundly Retarded Physically Disabled Persons.
- MACGILP, D., 1991, A quality of life study of discharged long-term psychiatric patients, *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1206-1215.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1989, *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec Orientations*, Gouvernement du Québec, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1997, *Orientations pour la transformation des services en santé mentale*, Gouvernement du Québec, Québec.
- OKIN, R. L., PEARSALL, D., 1993, Patients' perceptions of their quality of life 11 years after discharge from a state hospital, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 236-240.
- PILON, W., CÔTÉ, J., LACHANCE, R., 1988, Système d'information sur les individus ayant des incapacités dues à leur développement, *Association du Québec pour l'intégration sociale*, Rimouski, Québec.
- PILON, W., ARSENAULT, R., 1997, Questionnaire d'Autonomie Fonctionnelle pour les personnes psychiatisées, *Bulletin de Psychologie* (sous presse).
- PILON, W., ARSENAULT, R., 1993, *Inventaire du niveau de soins et Autonomie fonctionnelle : Guide de l'évaluateur*, Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard, Québec.
- PILON, W., ARSENAULT, R., 1992, *Système d'Information sur les individus ayant des incapacités dues à leur développement (SINFOIID) : Guide d'utilisation*, Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard, Québec.
- PILON, W., PARÉ, C., ARSENAULT, R., 1995, La qualité de vie des personnes vieillissantes présentant une déficience intellectuelle dans la communauté comparée à des personnes vieillissantes de la population générale, *Fondation Nor-Val*, 5, 11-19.
- SOLOMON, P., 1992, The closing of a state hospital : What is the quality of patients' lives one year post release ?, *Psychiatric Quarterly*, 63, 279-296.

ABSTRACT**Population at the Robert-Giffard psychiatric hospital : mentally retarded patients and psychiatric patients**

Within the context of the general reorganization of health care and social services in Québec, the present study aims at describing physical and mental characteristics of persons with mental health problems and who are mentally retarded still hospitalized in a psychiatric hospital. In the first study, 146 mentally retarded persons of which 74 formed the community group and 72 the institutionalized group. The results indicate that 84 % of the mentally retarded persons still hospitalized manifested sufficiently important needs on the three measured variables (health, deficits and behaviors) to justify intensive care in a structured environment. The Behavior variable is more important in deciding the integration of these people in the community. As most of these persons have a higher level of disabilities and more behavior manifestations, the support required for these people in the community and persons delivering services will have to be more structured and intensive in nature. In the second study, 928 psychiatric patients still hospitalized were studied on the variables, age, sex, diagnostics and the global scores (physical and mental) of the level of care survey and functional autonomy. The results show that the proportion of women in the age group 35 and older were progressively increasing in relation to the men. The primary diagnostic reported more frequently was schizophrenia in 70 % of cases. In the evaluation of physical care of the people still hospitalized, age becomes an important factor. Generally speaking, the population within the institution is aging and women are progressively growing in number. As these people expressed more physical ailments and a decline in basic autonomy, more structured and specialized care and support will be required to respond to their needs.