

# Heures-soins requises par les résidents déficients cognitifs sévères en maison de repos et de soins au Québec : les résidents actifs sont-ils plus lourds que les passifs?

---

Charles Tilquin, Bibiane Roussel, Daniel Bolduc, Renaud Tilquin  
Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé  
5225, Berri, bureau 200, Montréal, Canada, H2J 2S4  
[charles.tilquin@erosinfo.com](mailto:charles.tilquin@erosinfo.com) 1-514-490-0909



# PLAISIR : Caractéristiques de l'évaluation

---

- ◆ Évaluation RÉTROSPECTIVE sur 7 JOURS
- ◆ QUAND ?
  - À l'admission
  - Lorsque la charge en soins du bénéficiaire change
- ◆ QUI ÉVALUE ?
  - Une évaluatrice formée (3 jours en groupe; 2 jours individuellement)
- ◆ SOURCES DE DONNÉES
  - Dossier
  - Plan de soins
  - Infirmières et autres professionnelles
  - Bénéficiaire et son entourage

**◆ VALIDATION SYSTÉMATIQUE DES ÉVALUATIONS PAR DES EXPERTS EXTERNES (TROIS RELECTURES SUCCESSIVES PAR TROIS EXPERTS DIFFÉRENTS)**

# PLAISIR : Cadre conceptuel de l'évaluation des bénéficiaires

---

**1** Profil bio-psycho-social  
du bénéficiaire

**2** Services **REQUIS**

**Soins infirmiers  
et d'assistance**

**3** Ressources **REQUISES**

Services **REÇUS**

**Réadaptation  
Traitements spéciaux  
Services médicaux**

Ressources **REÇUES**

# PLAISIR : Profil bio-psycho-social

<b>Diagnostics (CIM)</b>	<b>jusqu'à 9 diagnostics</b>	<b>F</b>
<b>"Handicaps" (CIDIH)</b>	<b>5 variables (à 9 niveaux)</b>	<b>G, K, L, O, R</b>
<b>Déficiences psycho-sensorielles (CIDIH)</b>	<b>16 variables (à 4 niveaux)</b>	<b>P</b>
<b>Problèmes psychologiques</b>	<b>13 variables (à 3 niveaux)</b>	<b>Q</b>
<b>Déficiences motrices : localisation</b>	<b>20 variables (à 4 niveaux)</b>	<b>I</b>
<b>Compensations pour les incapacités physiques</b>	<b>12 variables (0,1)</b>	<b>J</b>
<b>Facteurs déterminant la mobilité</b>	<b>16 variables (0,1)</b>	<b>H</b>
<b>Moyens de protection</b>	<b>13 variables (à 4 niveaux)</b>	<b>M</b>

**104 variables**

# PLAISIR : Nomenclature des soins infirmiers et d'assistance

Catégories de soins (10)

Types de soins (3)

Zones de soins (30)

Besoins spécifiques (88)

Interventions (184)

## Paramétrisation

- **Modes de compensation : guider / aide partielle / aide complète / enseigner**
- **Présence constante 1/0**
- **Nombre d'intervenants, etc...**

Actions de soins et d'assistance (±1000)

# PLAISIR : Nomenclature des soins infirmiers et d'assistance

---

- Niveau des **actions** de soins et d'assistance

## Exemple de l'alimentation

**30 actions**

---

Déjeuner : **guider**

Déjeuner : **guider / présence constante**

Déjeuner : **aide partielle**

Déjeuner : **aide partielle / pr. cte**

Déjeuner : **aide complète**

---

Dîner, souper et collations (idem : déjeuner)

---

Hydratation per os : **guider**

Hydratation per os : **guider/ pr. cte**

Hydratation per os : **aide complète**

---

Compléter le menu : **guider**

Compléter le menu : **guider/ pr. cte**

Compléter le menu : **aide complète**

---

Gavage continu : **avec pompe**

Gavage continu : **sans pompe**

---

Gavage à intervalles

Gavage à intervalles : **pr. cte**

---

# **PLAISIR : Exemples des standards indicatifs de fréquence des interventions en Suisse**

---

<b>SOINS DE TRACHÉOTOMIE :</b>	<b>Une fois par 24 heures</b>
<b>HYDRATATION :</b>	<b>Minimum deux fois par jour</b>
<b>SOINS SONDE VÉSICALE :</b>	<b>Deux fois par jour</b>
<b>HYGIÈNE PARTIELLE :</b>	<b>Six jours par semaine</b>
<b>HYGIÈNE TOTALE :</b>	<b>Un jour par semaine</b>
<b>PÉDICURE, MANUCURE :</b>	<b>Une fois par semaine</b>
<b>HYGIÈNE DENTAIRE :</b>	<b>Deux fois par jour</b>
<b>MASSAGES ET CHANGEMENTS DE POSTURE :</b>	<b>Huit fois par jour si couché</b>
<b>EXERCICES MUSCULAIRES PASSIFS ET / OU ACTIFS :</b>	<b>Deux fois par jour pour les bénéficiaires couchés ou qui ne se déplacent pas</b>
<b>ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES :</b>	<b>Trois fois par semaine</b>
<b>OBSERVATION :</b>	<b>Minimum d'une fois par nuit pour le bénéficiaire qui ne nécessite pas de soins durant la nuit</b>





### G. MOBILITÉ PHYSIQUE

- 1. Pleine mobilité (passer à I)
- 2. Mobilité restreinte occasionnellement
- 3. Mobilité déficiente (lenteur)
- 4. Mobilité réduite
- 5. Mobilité restreinte au voisinage
- 6. Mobilité restreinte à l'établissement
- 7. Mobilité restreinte à l'étage de la chambre
- 8. Mobilité restreinte à la chambre
- 9. Mobilité nulle (lit, fauteuil)

### H. FACTEUR(S) DÉTERMINANT LA DIMINUTION OU LA PERTE DE MOBILITÉ

#### Inhérent(s) au bénéficiaire

- 1. Aveugle
- 2. Obésité
- 3. Troubles de l'équilibre
- 4. Faiblesse, fragilité
- 5. Problèmes psychologiques
- 6. Problèmes psychiatriques
- 7. Insuffisance coronarienne
- 8. Problèmes respiratoires
- 9. Convalescence
- 10. Amputation
- 11. Déficience musculo-squelettique
- 12. Phase terminale
- 13. Autres: \_\_\_\_\_

#### Inhérent(s) à l'établissement

- 14. Règlements
- 15. Barrière(s) architecturale(s)
- 16. Autres: \_\_\_\_\_

### I. DIMINUTION OU PERTE DE LA CAPACITÉ D'USAGE D'UN (DES) MEMBRE(S)

Type	Oui - compléter le tableau			Non - passer à I.1					
	Limitation			Immobilité			Amputation		
Localisation	G	D	G et D	G	D	G et D	G	D	G et D
Main(s)	01	02	03	01	02	03	01	02	03
Bras	04	05	06	04	05	06	04	05	06
Hanche(s)	07	08	09	07	08	09	07	08	09
Jambe(s)	10	11	12	10	11	12	10	11	12
Pied(s)	13	14	15	13	14	15	13	14	15
Coté du corps	16	17		16	17		Autres notes:		
Région cervicale	18			18					
Colonne	19			19					
Généralisé	20			20					
I.1 Risque de chute <input type="checkbox"/> 1. non <input type="checkbox"/> 2. oui				I.2 Si amputation <input type="checkbox"/> 1. avec soins (pansement) <input type="checkbox"/> 2. sans soins					

### J. COMPENSATION(S)

- 1. Aucune
- 2. Canne
- 3. Marchette
- 4. Quadripode, tripode
- 5. Rampe(s), meuble(s)
- 6. Orthèse
- 7. Prothèse
- 8. Fauteuil roulant (autonome)
- 9. Fauteuil roulant (avec aide)
- 10. Fauteuil roulant (motorisé)
- 11. Fauteuil gériatrique
- 12. Levier
- 13. Autres: \_\_\_\_\_

### K. INDÉPENDANCE POUR LES AVQ

- 1. Indépendance
- 2. Indépendance avec aide mécanique
- 3. Indépendance avec adaptation/modification de l'environnement
- 4. Dépendance situationnelle à autrui
- 5. Dépendance à autrui à intervalles longs ( $\leq 1$  fois/24 heures)
- 6. Dépendance à autrui à plus d'une fois/24 heures mais à des moments prévisibles
- 7. Dépendance à autrui à intervalles courts imprévisibles - disponibilité (quasi) permanente
- 8. Dépendance à autrui pour la plupart de ses besoins
- 9. Dépendance pour tous ses besoins

### L. VÉCU OCCUPATIONNEL

- 1. Occupation appropriée
- 2. Occupation intermittente
- 3. Occupation limitée (ampleur des activités)
- 4. Occupation ajustée
- 5. Occupation réduite (quantité de temps)
- 6. Occupation restreinte (en type)
- 7. Occupation très restreinte (quantité de temps et type)
- 8. Aucune occupation
- 9. S'occupe de manière inappropriée

### M. PROTECTION

	Non: aller à N	Oui: préciser	R	P	S	Détail(s)
<input type="checkbox"/> 1. Côtés de lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 2. Tablette de fauteuil gériatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 3. Tablette de fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 4. Gilet ou camisole de sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 5. Bracelet(s) de poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 6. Bracelet(s) de cheville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 7. Ceinture abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 8. Culotte de contention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 9. Tablier ignifuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 10. Psychotropes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 11. Demi-porte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 12. Chambre d'isolement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 13. Unité de soins verrouillée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres notes: _____						

### N. CONTACTS AVEC L'EXTERIEUR

Nombre de **contacts par année** (appels téléphoniques de et à, visites de et chez, lettres):

\_\_\_\_\_ /an

### O. INTÉGRATION SOCIALE

- 1. Socialement **intégré**
- 2. Participation **inhibée** (gêne, timidité)
- 3. Participation **limitée** (type d'activités sociales)
- 4. Relations sociales **restreintes** (contacts primaires et secondaires seulement)
- 5. Relations sociales **pauvres** (contacts secondaires difficiles)
- 6. Relations sociales **réduites** (contacts primaires seulement)
- 7. Relations sociales **perturbées** (contacts primaires difficiles)
- 8. Relations sociales **inexistantes** (aucun contact - incapable)
- 9. **Isolement** social (aucun contact - coupé de l'extérieur)

### P. FONCTIONS PSYCHOLOGIQUES ET SENSORIELLES

	Niveau de déficience				Détail(s)
	Adéquat	Léger	Modéré	Sévère	
Mémoire récente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mémoire ancienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pensée (contenu, vitesse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perception et attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conscience et éveil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orientation - temps/espace/personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prise de décision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Volonté et motivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Émotions, sentiments, humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comprendre les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Q. PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES

Cocher les problèmes corrigés (C) ou non corrigés (NC):

	C	NC		C	NC
1. Agressivité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Manifestations de chagrins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Retrait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dérange les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Idées suicidaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Agitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Pense souvent à la mort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Errance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Réveil prématuré de mauvaise humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Anxiété persistante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Hypersomnie (Eveillé 7 heures ou moins/jour)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tristesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

### R. ORIENTATION (interactions avec l'environnement)

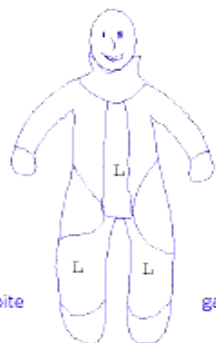
- 1. Pleinement orienté
- 2. Problème(s) d'orientation pleinement compensé(s)
- 3. Perturbations intermittentes de l'orientation
- 4. Perturbations partiellement compensées de l'orientation
- 5. Perturbations modérées de l'orientation
- 6. Perturbations sévères de l'orientation
- 7. Perte de l'orientation
- 8. Désorientation
- 9. Coma, état végétatif

## ALIMENTATION

CODE	ACTIONS NURSING REQUISES	MODE ASSIST.	JOURNÉE(S)	HORAIRE																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	<b>REPAS</b> W - Présence constante individuelle 1. non 2.oui			Notes																							
				Notes																							
				Notes																							
1040	<input type="checkbox"/> DÉJEUNER W		1 2 3 L m M J V S D																								
			1 2 3 L m M J V S D																								
1050	<input type="checkbox"/> DÎNER W		1 2 3 L m M J V S D																								
			1 2 3 L m M J V S D																								
1060	<input type="checkbox"/> SOUPER W		1 2 3 L m M J V S D																								
			1 2 3 L m M J V S D																								
1070	<input type="checkbox"/> COLLATION W		1 2 3 L m M J V S D																								
			1 2 3 L m M J V S D																								
1080	HYDRATATION		1 3 L m M J V S D																								
			1 3 L m M J V S D																								
1090	COMPLÉTER LE MENU		1 3 L m M J V S D																								
1100	ALIMENTATION ENTÉRALE EN PERMANENCE X = 1 avec pompe X = 2 sans pompe			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
				Notes																							
				Notes																							
	<input type="checkbox"/> 1 X Z	D	3 L m M J V S D																								
	<input type="checkbox"/> 2 Z	F	3 L m M J V S D																								
1110	<input type="checkbox"/> ALIMENTATION ENTÉRALE À INTERVALLES (gte à gte ou avec seringue) W			Notes																							
			3 L m M J V S D																								
				Notes																							
	AUTRES:																										

# PLAISIR : Profil bio-psycho-social individuel

Programme: La Maison Santa Maria			No. d'unité: 04		No. du bénéf.: 064												
Date d'observation: 2002-03	Date d'admission: 2001-06	Date de naissance: 1925-03-06	Âge: 77	Sexe: M	No. unique PLAISIR: ZZZZ25030615												
Handicaps:	1 3 5 7 9	Niveaux des handicaps															
Mobilité	■■■■■■■	Mobilité restreinte à l'établissement															
Indépendance	■■■■■■■■■	Dépendance pour la plupart de ses besoins															
Orientation	■■■■■	Perturbations modérées de l'orientation															
Vécu occupationnel	■■■■■■■	Occupation restreinte (en type)															
Intégration sociale	■■■■■	Contacts secondaires difficiles															
Fonctions psychologiques et sensorielles																	
Mémoire récente	■■	Prise de décision	■■	Langage	■												
Mémoire ancienne	■■	Pulsions	■■■	Vue	■■												
Pensée	■■	Volonté et motivation	■■■	Ouïe	■												
Perception et attention	■■	Émotions et humeurs	■■■	Se faire comprendre	■■												
Orientation T/E/P	■■	Comportement	■■■	Comprendre les autres	■■												
	1 2 3 4		1 2 3 4		1 2 3 4												
Soins																	
	Resp.	Alim.	Elim.	Hygi.	Mobi.	Médi.	Thér.IV	Trai.	M.Diag.	S.Base	S.Tech.	Comm.	Total				
Minutes/jour		16.00	37.43	61.20	84.29	4.80		4.00	6.00	198.92	14.80	15.00	228.72				
Compensations:		Classe: 6 /15		Problèmes psychologiques													
Fauteuil roulant autonome Levier		Visites médicales/mois: 2		A Agressivité verbale													
		Contacts extérieurs/an: 365		A Dérange les autres													
Facteurs déterminant la mobilité:				A Manifestations de chagrin													
Déficience musculo-squelettique		min./sem. jours/sem.		Moyens de protection													
Problèmes psychologiques		Physio 30 1.00		S Côtés de lit													
		Ergo		S Tablette de fauteuil roulant													
Risque de chute: oui		Ortho		S Ceinture abdominale													
				S Psychotropes													
Diagnosics (CIM-9)												J/s		SI de réadaptation		Traitements	
1	Démence senile, forme simple										6						
2	Sequelle de maladie cerebro-vasculaire										7						
3	Atherosclerose coronarienne										8						
4	Obstruction chronique des voies resp., ss prec.										9						
5	Angine de poitrine										10						



# PLAISIR : Plan de soins individuel

ACTIONS DE SOINS REQUISES	SEMAINE		JOUR														NUIT								
			7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	0	1	2	3	4	5
Oxygène – aide complète	m	D				F																			D
Déjeuner – aide partielle	L m M J V S D	H	1																						
Dîner – aide partielle	L m M J V S D	H				1																			
Souper – aide partielle	L m M J V S D	H											1												
Collation – aide partielle	L m M J V S D	H										1													
Hydratation – guider	L m M J V S D	H			1															1					
Toilette ou chaise percée – aide complète/pr. cte/2 int.	L m M J V S D	F										3 fois													
Soins d'incontinence urinaire – aide complète/2 int.	L m M J V S D	F										1 fois													2 fois
Soins d'incontinence fécale – aide complète/2 int.	L M	F																							1 fois
Toilette partielle au lit – aide complète	L M J V S D	H	1																						
Toilette complète au bain – aide complète	m	H	1																						
Shampooing/rinçage – aide complète	m	H	1																						
Manucure/pedicure – aide complète	m	H	1																						
Brossage des dents – aide complète	L m M J V S D	H	1																	1					
Habillage – bénéficiaire fonctionnel – aide complète	L m M J V S D	H	1																						
Déshabillage – bénéficiaire fonctionnel – aide complète	L m M J V S D	H																		1					
Lever avec aide – sans compensation- 2 int. – aide complète	L m M J V S D	H	1																						
Coucher avec aide – sans compensation – 2 int. – aide complète	L m M J V S D	H																		1					
Pousser le fauteuil roulant	L m M J V S D	H	1										1												
Pousser le fauteuil roulant	m V	H										1													
Frictions et installations – aide complète – 2 int.	L m M J V S D	H																	1						1
Exercices passifs/actifs – aide complète	L m M J V S D	H				1																			
Communication – déficit cogn. modéré léger – certaine rétic./stim. moyenne	L m M J V S D	P										80 %													20 %
Relation d'aide avec les proches – minimale	J	C											oui												non
Activités récréatives	S	A																							2 bénéficiaires – 1 int. – à 15 h. pour 30 minutes
Médicaments per os – aide complète	L m M J V S D	H	1																						
Médicaments gouttes/inhalation – aide complète	L m M J V S D	H	1																	1					
Application d'onguent sans enveloppement – 1 % de la surface corporelle	m	H																							1
Glucomètre – aide complète	L M V	H				1																			1

# Les déficients cognitifs sévères

---

## Déficit cognitif sévère

Cette personne parle de façon incohérente. Sa capacité d'expression verbale est souvent atteinte. Au niveau social, elle a peu de contacts; souvent elle ne reconnaît plus les membres de sa famille et peut même être incapable de se nommer. Son orientation temps / espace / personnes est très affectée. Au niveau des AVQ, elle ne participe presque plus; il y a perte des habiletés psychomotrices.

## Déficits cognitifs sévères – actif (SA)

Cette personne réussit à faire certaines actions seules. Elle peut par exemple, se déplacer (errance) ou manger. Elle agit par automatisme. Elle peut présenter des troubles de l'humeur et du comportement.

## Déficits cognitifs sévères – passif (SP)

Cette personne ne fait, habituellement, plus aucune activité seule. Elle est généralement confinée au lit ou au fauteuil. Elle offre peu ou pas de résistance et sa stimulation est impossible.

# Distribution des résidents par catégories de déficits cognitifs

Déficits cognitifs	n	%
Aucun	2392	13.7
Légers	3899	22.4
Modérés légers	6075	34.8
Modérés sévères	109	0.6
Sévères actifs	2254	12.9
Sévères passifs	2704	15.5
<b>Total</b>	<b>17433</b>	<b>100</b>

# Profil bio-psycho-social des résidents déficients cognitifs sévères

---

## Âge, durée de séjour et sexe (% de femmes)

	Âge	% de femmes	Durée de séjour
SA	82.1	73.3	3.7
SP	81.6	80.1	5.1



# Profil bio-psycho-social des résidents déficients cognitifs sévères

## Prévalence de certaines maladies (CIM-9)

	SA	SP
Psychoses organiques (a)	44	39
Autres psychoses (b)	8	7
Troubles névrotiques / dépressifs (c)	16	10
Troubles mentaux consécutifs à atteinte cérébrale organique (d)	9	9
Dégénérescence cérébrale – Alzheimer (e)	39	37
Parkinson et autres affections extrapyramidales (f)	7	10

Codes CIM-9 : (a) : 290 à 294; (b) : 295 à 298; (c) : 300 à 312 à l'exclusion de 310; (d) : 310; (e) : 331; (f) : 332-333.

# Profil bio-psycho-social des résidents déficients cognitifs sévères

## Distribution des résidents par niveau de handicap (CIDIH)

	SA	SP
<b>Mobilité (aire de déplacement)</b>		
6. Restreinte à l'établissement	1	-
7. Restreinte à l'étage	45	0
8. Restreinte à la chambre	3	0
9. Nulle	50	99
<b>Indépendance (AVQ)</b>		
7. Dép. à intervalles courts imprév.	2	-
8. Dép. pour la plupart des besoins	85	3
9. Dép. pour tous les besoins	13	97
<b>Vécu occupationnel</b>		
7. Occup. très restreintes	19	3
8. Aucune occupation	52	89
9. Occupation inappropriée	29	8
<b>Intégration sociale</b>		
7. Contacts primaires difficiles	24	5
8. Aucun contact : incapable	75	92
9. Aucun contact : isolé	0	2
<b>Orientation (interactions avec envir.)</b>		
7. Perte de l'orientation	7	1
8. Désorientation	92	98
9. Comateux / végétatif	-	1

# Profil bio-psycho-social des résidents déficients cognitifs sévères

## Distribution (%) des résidents par niveaux de déficiences

	SA	SP
<b>Affectif</b>		
Déficience légère / modérée	<b>18</b>	<b>1</b>
Déficience sévère / totale	82	<b>99</b>
<b>Comportement</b>		
Déficience légère / modérée	<b>58</b>	23
Déficience sévère / totale	42	<b>77</b>
<b>Langage</b>		
Adéquat	<b>18</b>	5
Déficience légère / modérée	<b>54</b>	30
Déficience sévère / totale	27	<b>65</b>
<b>Vue</b>		
Adéquat	<b>36</b>	21
Déficience légère / modérée	<b>61</b>	<b>70</b>
Déficience sévère / totale	3	<b>9</b>
<b>Ouïe</b>		
Adéquat	<b>43</b>	28
Déficience légère / modérée	<b>54</b>	<b>66</b>
Déficience sévère / totale	3	<b>6</b>

# Profil bio-psycho-social des résidents déficients cognitifs sévères

## Prévalence (%) de certains problèmes psychologiques (non corrigés)

	SA	SP
Aucun problème	<b>15</b>	<b>46</b>
Problème(s) de comportement	<b>79</b>	<b>39</b>
-Agressivité physique	33	13
-Agressivité verbale	22	5
-Déranger les autres	37	13
-Agitation	41	27
-Errance	40	0
Problème(s) d'humeur	<b>28</b>	<b>25</b>
-Anxiété persistante	<b>19</b>	<b>9</b>
-Tristesse	<b>12</b>	<b>7</b>
-Hypersomnie	<b>1</b>	<b>9</b>
Problèmes d'humeur <b>et</b> de comportement	<b>23</b>	<b>9</b>

# Profil bio-psycho-social des résidents déficients cognitifs sévères

## Prévalence (%) des moyens de protection utilisés "souvent"

	SA	SP
Aucun	1	0
Côtés de lit	<b>86</b>	<b>99</b>
Tablette de fauteuil gériatrique	<b>17</b>	<b>35</b>
Tablette de fauteuil roulant	<b>9</b>	<b>14</b>
Gilet de sécurité	4	2
Bracelet de poignet	1	3
Ceinture abdominale	55	57
Ceinture de contention	4	3
Unité verrouillée	<b>18</b>	<b>0</b>
Psychotiques	<b>76</b>	<b>60</b>

# Profil bio-psycho-social des résidents déficients cognitifs sévères

## Prévalence (%) des compensations de la perte de mobilité

	SA	SP
Aucune diminution de la mobilité	15	0
Diminution non compensée	10	11
Canne	1	0
Marchette ou x-pode	14	2
Rampes ou meubles	5	0
Orthèses	1	5
Fauteuil roulant indépendant	16	1
Fauteuil roulant avec aide	45	33
Fauteuil gériatrique	24	55
Levier	27	67

# Profil de services requis des déficients cognitifs sévères

Alimentation	SA					
	Préval.	Fréq.	G/M	AP	AP.pc	AC
Déjeuner	99	1.0	2	80	1	19
Dîner	99	1.0	2	80	1	20
Souper	99	1.0	2	79	1	21
Collations	100	2.0	19	64	1	18
Hydratation	98	2.7	65	-	-	36
Choisir le menu	22	1.0	0	-	-	100
Alim. entérale continue	0	1.0	-	-	-	-
Alim. entérale à intervalles	0	3.9	-	-	-	100

**Légende** : Fréq. = fréquence/jour; G/M = guider, motiver; AP = aide partielle; AP pc = aide partielle avec présence constante; AC = aide complète

# Profil de services requis des déficients cognitifs sévères

Alimentation	SP					
	Préval.	Fréq.	G/M	AP	AP.pc	AC
Déjeuner	96	1.0	1	2	0	98
Dîner	96	1.0	3	2	0	97
Souper	96	1.0	2	1	0	97
Collations	96	2.0	1	2	0	98
Hydratation	96	3.1	2	-	-	98
Choisir le menu	16	1.0	-	-	-	100
Alim. entérale continue	2	1.0	-	-	-	100
Alim. entérale à intervalles	2	4.0	-	-	-	100



# Profil de ressources requises des déficients cognitifs sévères

<b>Alimentation</b>	<b>SA</b>		<b>SP</b>	
	<b>Min/JR</b>	<b>% SDI</b>	<b>Min/JR</b>	<b>% SDI</b>
<b>Déjeuner</b>	<b>7.2</b>	<b>3.4</b>	<b>16.7</b>	<b>6.7</b>
<b>Dîner</b>	<b>8.7</b>	<b>4.1</b>	<b>22.5</b>	<b>9.0</b>
<b>Souper</b>	<b>8.0</b>	<b>3.8</b>	<b>19.2</b>	<b>7.7</b>
<b>Collations</b>	<b>5.7</b>	<b>2.7</b>	<b>8.7</b>	<b>3.5</b>
<b>Hydratation</b>	<b>1.1</b>	<b>0.5</b>	<b>3.0</b>	<b>1.2</b>
<b>Choisir le menu</b>	<b>0.2</b>	<b>0.1</b>	<b>0.2</b>	<b>0.1</b>
<b>Alim. entérale continue</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>0.5</b>	<b>0.2</b>
<b>Alim. entérale à intervalles</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>0.5</b>	<b>0.2</b>

**Légende** : min/JR = minutes de SDI par jour-résident; % SDI = pourcentage des soins directs et indirects

# Profil de services requis des déficients cognitifs sévères

Élimination	SA					
	Préval.	Fréq.	G/M	AP	AP.pc	AC
Urinal	0	3.0	-	9	-	91
Bassin de lit	0	1.3	-	-	-	100
Aide à la toilette/chaise	50	3.2	2	5	10	83
Incontinence urinaire	94	5.7	0	0	-	100
Incontinence fécale	78	0.8	-	-	-	100
Instal. sonde/cathéter vésical*	2	1.1*	-	-	-	100
Soins externes de sonde	1	2.0	-	-	-	100
Drainage du sac collecteur	2	2.9	-	-	-	100
Irrigation vésicale*	1	4.7*	-	-	-	100
Irrigation rectale*	6	1.3*	-	-	-	100
Toucher rectal*	6	1.4*	-	-	-	100

**Légende** : Fréq. = fréquence /jour; sauf si intervention\*; alors = fréquence/semaine

# Profil de services requis des déficients cognitifs sévères

Élimination	SP					
	Préval.	Fréq.	G/M	AP	AP.pc	AC
Urinal	0	6.5	-	-	-	100
Bassin de lit	0	0.9	-	-	-	100
Aide à la toilette/chaise	11	1.7	-	-	1	99
Incontinence urinaire	97	6.5	0	-	-	100
Incontinence fécale	97	0.8	0	-	-	100
Instal. sonde/cathéter vésical	2	1.1*	-	-	-	100
Soins externes de sonde	3	1.9	-	-	-	100
Drainage du sac collecteur	4	2.8	-	-	-	100
Irrigation vésicale	1	8.0*	-	-	-	100
Irrigation rectale	11	1.3*	-	-	-	100
Toucher rectal	7	1.4*	-	-	-	100

**Légende** : Fréq. = fréquence /jour; sauf si intervention\*; alors = fréquence/semaine

# Profil de ressources requises des déficients cognitifs sévères

Élimination	SA		SP	
	Min/JR	% SDI	Min/JR	% SDI
Urinal	-	-	-	-
Bassin de lit	-	-	-	-
Aide à la toilette/chaise	<b>7.6</b>	<b>3.6</b>	<b>1.0</b>	<b>0.4</b>
Incontinence urinaire	<b>29.6</b>	<b>14.0</b>	<b>35.0</b>	<b>14.0</b>
Incontinence fécale	<b>3.8</b>	<b>1.8</b>	<b>5.2</b>	<b>2.1</b>
Instal. sonde/cathéter vésical	-	-	-	-
Soins externes de sonde	-	-	<b>0.2</b>	<b>0.1</b>
Drainage du sac collecteur	-	-	<b>0.2</b>	<b>0.1</b>
Irrigation vésicale	-	-	-	-
Irrigation rectale	-	-	-	-
Toucher rectal	-	-	-	-

# Profil de services requis des déficients cognitifs sévères

Hygiène et habillage	SA					
	Préval.	Fréq.	G/M	AP	AP.pc	AC
Toilette partielle *	94	5.0*	0	0	2	98
Toilette complète *	100	2.3*	0	-	1	99
Toilette génitale *	1	6.7*	-	-	-	100
Shampoing *	97	1.0*	-	-	-	100
Shampoing et coupe *	0	1.0*	-	-	-	100
Manucure et pédicure *	100	1.0*	-	1	-	99
Rasage *	31	6.0*	0	0	3	96
Maquillage et mettre bijoux	2	0.9	-	2	-	98
Démaquillage et enlever bijoux	2	0.9	-	3	-	97
Tiges montées	18	3.0	-	1	-	99
Brossage des dents	82	3.0	-	-	4	96
Habillage	93	1.0	-	0	5	95
Déshabillage	93	1.0	-	0	5	95

# Profil de services requis des déficients cognitifs sévères

Hygiène et habillage	SP					
	Préval.	Fréq.	G/M	AP	AP.pc	AC
Toilette partielle *	62	5.0*	0	-	0	100
Toilette complète *	100	3.9*	0	-	0	100
Toilette génitale *	1	6.8*	-	-	-	100
Shampoing *	99	1.0*	-	-	-	100
Shampoing et coupe *	-	-	-	-	-	100
Manucure et pédicure *	100	1.0*	-	1	-	99
Rasage *	25	5.5*	-	-	-	100
Maquillage et mettre bijoux	2	0.9	-	2	-	98
Démaquillage et enlever bijoux	1	0.9	-	5	-	95
Tiges montées	45	3.2	-	-	-	100
Brossage des dents	56	3.0	0	-	-	100
Habillage	61	1.0	-	-	0	100
Déshabillage	61	1.0	-	-	0	100

# Profil de ressources requises des déficients cognitifs sévères

Hygiène et habillage	SA		SP	
	Min/JR	% SDI	Min/JR	% SDI
Toilette partielle	8.0	3.8	5.2	2.1
Toilette complète	9.9	4.7	14.7	5.9
Toilette génitale	-	-	-	-
Shampoing	2.1	1.0	2.2	0.9
Shampoing et coupe	-	-	-	-
Manucure et pédicure	0.6	0.3	0.7	0.3
Rasage	2.7	1.3	2.0	0.8
Maquillage et mettre bijoux	-	-	-	-
Démaquillage et enlever bijoux	-	-	-	-
Tiges montées	1.1	0.5	2.7	1.1
Brossage des dents	5.7	2.7	4.0	1.6
Habillage	9.5	4.5	6.2	2.5
Déshabillage	6.1	2.9	4.0	1.6

# Profil de services requis des déficients cognitifs sévères

Mobilisation	SA					
	Préval.	Fréq.	G/M	AP	AP.pc	AC
Lever	74	2.4	24	57		20
Coucher	73	2.8	25	58	-	20
Lever avec levier	26	1.8	-	-	-	100
Coucher avec levier	27	1.8	-	-	-	100
Marcher avec aide	55	4.0	62	38	-	-
Pousser fauteuil	60	2.4	-	-	-	100
Frictions et installations	80	4.1	0	31	-	69
Exercices passifs et actifs	40	1.8	0	-	2	98
Moyens de protection	42	2.2	0	-	-	100



# Profil de services requis des déficients cognitifs sévères

Mobilisation	SP					
	Préval.	Fréq.	G/M	AP	AP.pc	AC
Lever	24	2.4	0	41	0	59
Coucher	23	2.6	-	42	-	59
Lever avec levier	66	1.6	-	-	-	100
Coucher avec levier	67	1.6	-	-	-	100
Marcher avec aide	8	2.9	3	97	-	-
Pousser fauteuil	78	1.9	-	-	-	100
Frictions et installations	100	7.4	-	2	-	98
Exercices passifs et actifs	75	1.9	-	-	0	100
Moyens de protection	26	2.1	0	-	-	100

# Profil de ressources requises des déficients cognitifs sévères

<b>Mobilisation</b>	<b>SA</b>		<b>SP</b>	
	<b>Min/JR</b>	<b>% SDI</b>	<b>Min/JR</b>	<b>% SDI</b>
<b>Lever</b>	<b>3.6</b>	<b>1.7</b>	<b>1.2</b>	<b>0.5</b>
<b>Coucher</b>	<b>4.0</b>	<b>1.9</b>	<b>1.2</b>	<b>0.5</b>
<b>Lever avec levier</b>	<b>2.3</b>	<b>1.1</b>	<b>5.2</b>	<b>2.1</b>
<b>Coucher avec levier</b>	<b>2.3</b>	<b>1.1</b>	<b>5.2</b>	<b>2.1</b>
<b>Marcher avec aide</b>	<b>7.8</b>	<b>3.7</b>	<b>1.0</b>	<b>0.4</b>
<b>Pousser fauteuil</b>	<b>4.2</b>	<b>2.0</b>	<b>4.5</b>	<b>1.8</b>
<b>Frictions et installations</b>	<b>13.3</b>	<b>6.3</b>	<b>29.5</b>	<b>11.8</b>
<b>Exercices passifs et actifs</b>	<b>7.4</b>	<b>3.5</b>	<b>14.5</b>	<b>5.8</b>
<b>Moyens de protection</b>	<b>2.1</b>	<b>1.0</b>	<b>1.2</b>	<b>0.5</b>

# Profil des ressources requises des déficients cognitifs sévères par type et catégorie de soins en minutes par jour-résident

	SA		SP	
	Min/JR	% SDI	Min/JR	% SDI
Alimentation	31.0	14.7	71.0	28.4
Élimination	41.8	19.8	41.8	16.7
Hygiène/habillage	45.9	21.7	41.9	16.8
Mobilisation	47.3	22.4	64.0	25.7
<b>Soins de base</b>	<b>166.0</b>	<b>78.5</b>	<b>218.8</b>	<b>87.7</b>
Respiration	0.4	0.2	1.1	0.4
Médicaments	6.4	3.0	7.0	2.8
Thérapie I.V.	0.0	0.0	0.2	0.1
Autres traitements	2.6	1.2	4.2	1.7
Méthodes diagnostiques	3.9	1.9	2.7	1.1
<b>Soins techniques</b>	<b>13.3</b>	<b>6.3</b>	<b>15.1</b>	<b>6.0</b>
<b>Soins relationnels/éducatifs</b>	<b>32.2</b>	<b>15.2</b>	<b>15.7</b>	<b>6.3</b>
<b>Minutes-soins nettes (SDI)</b>	<b>211.5</b>	<b>100.0</b>	<b>249.7</b>	<b>100.0</b>

# Distribution des déficients cognitifs sévères passifs et actifs en fonction des minutes-soins nettes requises selon PLAISIR

