

Évaluation des services aux malades mentaux chroniques dans un centre de santé mentale communautaire

Evaluation of services for the chronic mentally ill in a community mental health centre

Richard St-Jean

Volume 1, numéro 1, 1976

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030008ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030008ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

St-Jean, R. (1976). Évaluation des services aux malades mentaux chroniques dans un centre de santé mentale communautaire. *Santé mentale au Québec*, 1(1), 75–98. <https://doi.org/10.7202/030008ar>

Résumé de l'article

C'est dans cette ligne de pensée que le Centre de santé mentale communautaire (CSMC), lors de son ouverture dans un secteur antérieurement carencé en services psychiatriques, a commencé à rapatrier des patients du secteur dont le traitement avait été jusque là assuré par un hôpital psychiatrique à vocation asilaire. Il a été alors suggéré d'entreprendre une évaluation du programme de soins du Centre et de vérifier plus particulièrement son impact thérapeutique sur la portion de cette clientèle montrant des signes de chronicisation marqués. Une telle évaluation nous a semblé utile pour en arriver éventuellement à préciser certains types d'interventions pouvant à la fois apporter une réponse aux besoins spécifiques de cette clientèle sans taxer indûment les énergies des soignants.

EVALUATION DES SERVICES AUX MALADES MENTAUX CHRONIQUES DANS UN CENTRE DE SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE

*richard
st-jean*

De tous les problèmes rattachés à la santé mentale, celui de la chronicité figure parmi les plus complexes. On en connaît les conséquences tant individuelles que socio-économiques, ainsi que la difficulté à contrecarrer ses manifestations. D'autre part, on a pris conscience progressivement de l'importance du système social dans lequel "la maladie" se développe et se maintient et des interactions constantes entre le patient identifié et sa famille, ses amis, son milieu de travail et même les institutions soignantes.

C'est dans cette ligne de pensée que le Centre de santé mentale communautaire (C.S.M.C.), lors de son ouverture dans un secteur antérieurement carencé en services psychiatriques, a commencé à rapatrier des patients du secteur dont le traitement avait été jusque là assuré par un hôpital psychiatrique à vocation asilaire. Il a été alors suggéré d'entreprendre une évaluation du programme de soins du Centre et de vérifier plus particulièrement son impact thérapeutique sur la portion de cette clientèle montrant des signes de chronicisation marqués. Une telle évaluation nous a semblé utile pour en arriver éventuellement à préciser certains types d'interventions pouvant à la

fois apporter une réponse aux besoins spécifiques de cette clientèle sans taxer indûment les énergies des soignants.

UN MODELE D'ADAPTATION PSYCHO-SOCIALE

Cette recherche évaluative nous a amené à développer un modèle systémique que nous proposons comme outil de compréhension du processus d'adaptation psychosociale. Ce modèle illustre les principales variables qui peuvent expliciter les résultantes des interactions du client d'une part, les services fournis par le Centre et, d'autre part, les ressources de son environnement immédiat et social.

Ce système présenté à la page 77 est composé essentiellement de trois sous-systèmes: le client, le Centre, la communauté. Ces sous-systèmes interagissent selon un mode cybernétique et les ressources (Centre et environnement social) jouent un rôle plus ou moins important selon la capacité d'adaptation psychosociale du client. Ce modèle se divise en trois sections principales: 1) "Inputs" ou variables d'entrée permettant de définir les caractéristiques de chacun des trois sous-systèmes; 2) "through-puts" ou variables d'interaction entre les trois sous-systèmes; 3) "outputs" ou variables de sortie permettant de mesurer le comportement du client qui résulte de son interaction avec le Centre et l'environnement psychosocial.

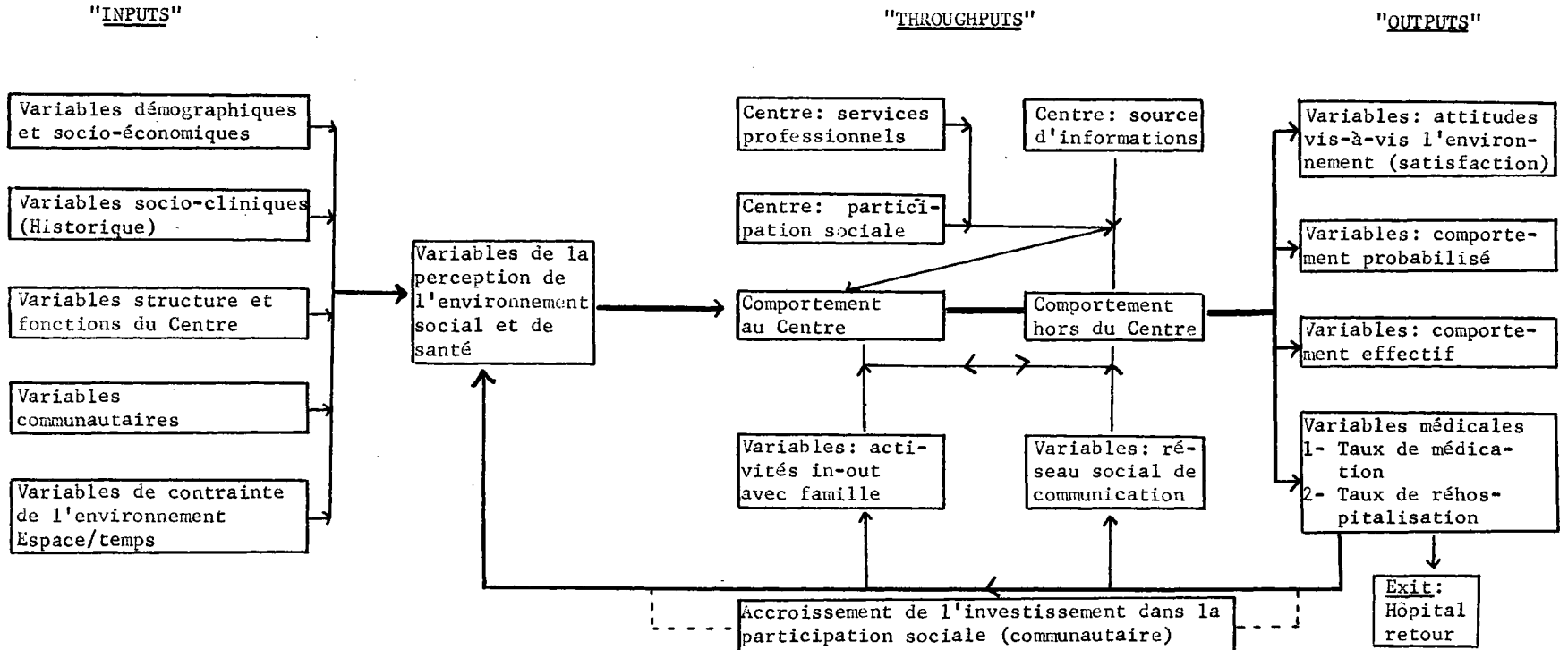
L'étude vise donc d'une part à évaluer l'efficacité de l'approche privilégiée par le Centre comparativement à une approche plus traditionnelle, cela sur une période de douze mois (recherche en cours, évaluation sur 2½ ans). D'autre part, elle se propose de cerner certaines relations entre les variables du modèle proposé ayant une valeur prédictive dans les changements observés chez les patients et pouvant contribuer à raffiner et privilégier davantage certaines approches thérapeutiques.

BUT DE LA RECHERCHE

Déterminer les effets des services du C.S.M.C. sur les malades mentaux chroniques, 1 an après leur premier contact avec le Centre.

TABLEAU 1 .

MODELE D'ADAPTATION PSYCHO-SOCIALE A LA COMMUNAUTE



SOUS-OBJECTIFS

- a) évaluer le changement dans le degré d'adaptation psycho-sociale des malades 1 an après leur premier contact avec le Centre;
- b) mesurer le taux de réadmission de ces malades;
- c) mesurer les changements dans la quantité de médication requise par les malades durant la première année de traitement;
- d) déterminer les indices (réseau social, travail socio-clinique, etc.) qui ont une valeur prédictive de l'adaptation psychosociale chez ces malades.

HYPOTHESE GENERALE

Les malades chroniques traités au Centre de santé mentale depuis 1 an manifesteront un plus haut niveau d'adaptation psychosociale que les malades chroniques traités dans les services externes de l'hôpital psychiatrique.

HYPOTHESES DE TRAVAIL

- H₁: Le niveau d'adaptation psychosociale sera plus élevé chez les sujets traités au Centre que chez les sujets traités dans les services externes de l'hôpital psychiatrique.
- H₂: Le taux et la durée de réadmission à l'hôpital seront moins élevés chez les sujets traités au Centre que chez les malades suivis à l'hôpital psychiatrique.
- H₃: Il y aura une différence significative entre la quantité de médication requise un an après le premier contact au Centre pour les sujets traités, de même qu'il y aura une différence significative quant à la quantité de médication entre le groupe expérimental (Centre) et le groupe de contrôle (hôpital psychiatrique).
- H₄: Un haut niveau d'adaptation psychosociale chez les malades du Centre est associé à un taux élevé d'activités des thérapeutes avec et dans l'entourage immédiat du malade.

H₅: Les indices relatifs au réseau social ont une plus grande valeur prédictive de l'adaptation psychosociale que les indices relatifs aux activités cliniques.

METHODOLOGIE

A) Définition des termes

Le malade mental chronique est un malade psychiatrique identifié comme tel par un psychiatre depuis au moins quatre ans, traité régulièrement depuis, hospitalisé à une ou plusieurs reprises dans un service psychiatrique et présentant des signes de psychopathologie, de la dépendance sociale et une incapacité de fonctionner adéquatement dans plusieurs sphères de sa vie.

Le concept d'adaptation psychosociale de Katz comprend cinq aspects:

- 1) Adaptation clinique
- 2) Fonctionnement social
- 3) Adaptation sociale
- 4) Adaptation personnelle
- 5) Comportement social

Réhospitalisation - Il s'agit d'une hospitalisation de plus de 24 heures dans un service interne de psychiatrie.

Médication - Il s'agit de tranquillisants majeurs et mineurs, d'hypnotiques et d'antidépresseurs.

Perception de l'environnement social se rapporte aux attitudes d'un individu vis-à-vis l'environnement, à ses opinions sur sa famille et aux caractéristiques des personnes que cet individu aime fréquenter.

Utilisation de l'environnement social se rapporte aux activités avec les membres de sa famille, aux activités quotidiennes dans les temps libres (non avec sa famille) et au réseau social de communication.

Foyer de contrôle (Levenson) se rapporte à la perception qu'un individu a de la relation qui existe entre les actions qu'il pose et les événements qui se produisent dans son existence.

Inventaire socio-démographique se rapporte aux variables d'identification de l'individu: sexe, âge, etc.

Inventaire socio-clinique se rapporte aux variables définissant le "statut" du patient: durée d'hospitalisation, etc.

Interventions socio-cliniques se rapporte au fonctionnement du Centre dans ses activités cliniques et communautaires en établissant une fiche personnelle pour chaque patient de la recherche, et complétée par le thérapeute responsable de l'évolution de ce patient.

B) Echantillon

Groupe expérimental: 57 patients du Centre
Groupe contrôle: 62 patients de l'hôpital psychiatrique
Groupe référentiel: 59 sujets de la population "normale" du secteur desservi par le Centre.

C) Cueillette des données

Les étapes fondamentales parcourues durant l'étude sont présentées dans le tableau 2 (page 81)

TABLEAU 2

LES ETAPES DE LA RECHERCHE

	INVENTAIRE (KAS) AUTRES ECHELLES	ADMISSION A L'HOPITAL	MEDICATION	ECHELLES IPC (LEVENSON)	INTERVENTIONS SOCIO-CLINIQUES
Temps I (T ₁) (début de la recherche)	Gr. exp. (57) *	Gr. exp.	Gr. exp.		
	Gr. cont. (62)	Gr. cont.	Gr. cont.		
	Gr. réf. (59)	Vérifica- tion aux 3 mois	Vérifica- tion aux 3 mois		
Temps II (T ₂) (1 an plus tard)	Gr. exp. (51)	Gr. exp.	Gr. exp.	Gr. exp. (49)	Gr. exp.
	Gr. cont. (60)	Gr. cont.	Gr. cont.	Informateurs (47)	

* Il ne s'agit pas ici d'un vrai groupe expérimental mais plutôt du groupe central à l'étude.

Ce schéma permet la cueillette des renseignements, recueillis à des intervalles de trois mois, au sujet des réadmissions à l'hôpital des clients des deux groupes (T_2), de la médication (T_1, T_2), de l'utilisation des services du Centre par les sujets du groupe expérimental (T_2), des échelles de Katz, Levenson, du réseau social, etc. (T_1, T_2 , excepté pour Levenson: T_2).

D) Instruments de mesure

Inventaire de Katz (p. 82, 83, 84)

Il s'agit de deux questionnaires composés d'échelles multidimensionnelles qui permettent d'obtenir des renseignements concernant le fonctionnement social et psychologique d'un individu.

Le tableau 1 présente un résumé du contenu et de la structure de ces échelles. Le malade remplit les cinq formules S_1 à S_5 . Un membre de la famille près du malade ou un ami intime appelé informateur-clé complète les cinq formules R_1 à R_5 . Les formules représentent les aspects suivants:

- Adaptation clinique: S_1, R_1

TABLEAU 3

DESCRIPTION DES SECTIONS ET SOUS-SECTIONS DES FORMULES R ET S DE L'INVENTAIRE DE KATZ

Sections	Sous-sections	Formules R - Description
R_1		127 items décrivant des symptômes psychiatriques et des caractéristiques positives et négatives du comportement social
	R_1 (1)	Agressivité: item décrivant des actes d'hostilité
	R_1 (2)	Volubilité: Item décrivant de l'excitation verbale

- R₁ (3) Négativisme: item décrivant de l'égoïsme, du négativisme mineur, de l'hostilité verbale, des actes anti-sociaux
- R₁ (4) Sentiment d'impuissance: item décrivant de la dépression, de la dépendance, de la faiblesse
- R₁ (5) Méfiance: item décrivant de la méfiance
- R₁ (6) Anxiété: item décrivant de l'appréhension, de la panique, de l'angoisse
- R₁ (7) Retrait et ralentissement: item décrivant du retrait, de l'isolement, un retard moteur
- R₁ (8) Psychopathologie générale: item noté comme le meilleur reflet du facteur général qui sous-tend tous les items
- R₁ (9) Nervosité: item décrivant une tendance à être tourmenté
- R₁ (10) Confusion: item décrivant de la désorientation
- R₁ (11) Bizarrerie: item décrivant des comportements et des croyances étranges
- R₁ (12) Hyperactivité: item décrivant de l'agitation périodique, de l'inquiétude extrême
- R₁ (13) Stabilité émotionnelle: item décrivant des problèmes émotionnels
- R₂ Rendement dans les activités sociales: 16 activités dont les items décrivent des responsabilités familiales et sociales, des activités sociales, soin que prend l'individu de lui-même, l'adaptation à la maison, activités dans la communauté
- R₃ Attentes face aux activités sociales: mêmes item que R₂. On voit la satisfaction de l'informateur-clé face à la performance et la responsabilité du malade
- R₄ Niveau des activités libres: 23 items décrivant des passe-temps, activités

R₅ sociales et communautaires, activités favorisant une amélioration de soi
Satisfaction face aux activités libres: même item que R₄ où l'on voit si l'informateur-clé est satisfait de ce que fait le malade

Sections

Formules S - Description

S₁ Symptomatologie: 55 items qui décrivent des symptômes somatiques, psychonévrotiques, et des troubles de l'humeur

S₂ Rendement dans les activités sociales: mêmes items que R₂

S₃ Attentes face aux activités sociales: mêmes items que R₃

RS₄ Niveau des activités libres: mêmes item que R₄

S₅ Satisfaction face aux activités libres: mêmes items que R₅ mesurant la satisfaction du malade

TABLEAU 4

NOMBRE DE SCORES OBTENUS PAR CHAQUE MALADE A L'INVENTAIRE DE KATZ

Instrument de mesure	Détails des sections et sous-sections	Nombre de scores
Inventaires de comportement de Katz	Formules R:	
	R ₁ , R ₂ , R ₃ , R ₄ , R ₅ ,	5
	De R ₁ (1) à R ₁ (13)	13
	R ₂ R ₃	1
	RT: total pour l'informateur-clé	1

Formules S:

S_1, S_2, S_3, RS_4, S_5	5
S_2, S_3	1
ST: total pour le malade	1
T: total des 2 échelles	1
Y: score d'adaptation psyco-sociale ($S_2 S_3 R_1(9) R_1(11) R_2$)	
Nombre total de scores	29

- Fonctionnement social adéquat: $S_2, S_4, R_2, R_4,$
- Adaptation sociale: R_2-R_3, R_5
- Adaptation personnelle: S_1, S_2-S_3, S_5
- Comportement social: R_1 (certains items spécifiques)

Les scores de ces échelles sont illustrés au tableau 4.

Les autres instruments de mesure sont les suivants:

Inventaire socio-démographique
 Inventaire socio-clinique
 Fiche de médication
 Echelle IPC de Levenson
 Interventions socio-cliniques
 Perception et utilisation de l'environnement
 Réseau social de communication
 etc.

E) MILIEUX

Les milieux étudiés correspondent aux environnements socio-économiques spécifiques de chacun des groupes étudiés et des cliniques externes des deux institutions représentées (Centre-Sud pour C.S.M.C. et communauté de l'hôpital psychiatrique).

RESULTATS

Les résultats de la recherche sont présentés dans l'ordre suivant: 1) la description des échantillons, il s'agit des données relatives aux sections 1,2,3,4,5 du modèle d'adaptation psychosociale; 2) la vérification des hypothèses relatives à l'adaptation psychosociale et, par conséquent, les sections, 6,7,8,13, 14,15,16, du modèle; 3) la vérification des hypothèses de nature clinique, section 17; 4) la description des interventions socio-clinique et leur sections correspondantes 9,10,11,12; 5) une analyse d'indices significatifs et prédictifs qui ont été développés à partir des variables étudiées.

A) La description des échantillons

Le portrait-robot qu'on peut ressortir à la suite de l'analyse descriptive des échantillons est le suivant:

un sujet de sexe masculin, âgé d'environ 50 ans, célibataire surtout et parfois marié ou divorcé, demeurant seul en chambre ou avec 3 individus environ en foyer affilié. De plus, le sujet-type habite le même secteur depuis 10 ans environ.

En ce qui a trait à l'inventaire socio-clinique, pour les groupes expérimentaux et de contrôle, ce sont des sujets qui ont été hospitalisés pour une période d'une année environ (total des durées, au début de la recherche), qui ont eu 3 admissions au même hôpital psychiatrique. La durée de la dernière hospitalisation est de 3 mois. Finalement, ils ont été suivis en consultation externe à la même clinique depuis au moins 3 ans, et ce aux intervalles de 1 à 3 mois (médication et thérapie individuelle).

B) L'adaptation psychosociale

La première hypothèse stipulait que les malades chroniques manifesteraient un plus haut niveau d'adaptation psychosociale après une année de traitement au Centre que les malades chroniques traités dans les consultations externes de l'hôpital psychiatrique durant la même période. Les résultats des tableaux 5 et 6 au sujet des échelles S et R démontrent que cette hypothèse n'est pas vérifiée. De fait, nous avons une situation

où les deux groupes se sont améliorés également. Il ne faut pas oublier que le groupe expérimental manifestait au temps 1 un comportement psychosocial beaucoup moins adapté que celui du groupe contrôle. Il apparaît donc, qu'au départ, les sujets des deux groupes différaient tant au niveau psycho-social que sociologique (différences économique-socio-culturelles des deux milieux de l'étude).

1) Perception de l'environnement socio-culturel

Les résultats nous font remarquer que le groupe de Centre-Sud (C.S.M.C.) s'est amélioré d'une façon significative sur cet indicateur, et ce, en comparaison au groupe de contrôle (hôpital psychiatrique).

2) Utilisation de l'environnement socio-culturel

Si nous comparons les deux groupes après 1 an, nous constatons une augmentation nettement plus élevée par rapport aux activités libres pour les sujets du Centre, alors que nous remarquons une stabilité de la fréquence et de la variété des activités libres et en famille pour le groupe de contrôle (hôpital psychiatrique).

3) Réseau social de communication

A la lecture des données, nous avons, au temps 2 (après 1 an), les faits suivants:

a) Le groupe expérimental fait moins de visites que le groupe de contrôle et il connaît plus d'amis situés à une distance stable de 5 à 15 minutes de marche (environnement social immédiat). Sa parenté est pourtant la variable la plus importante pour le sujet en tant que réseau social, même si celle-ci est relativement éloignée (15 minutes à 1 heure de marche)

b) Le groupe de contrôle reçoit moins de visites ($p < .001$ au temps 2)

TABLEAU 5

COMPARAISON DES SCORES MOYENS¹ AUX ECHELLES S ET R
 ENTRE LES TEMPS 1 et 2 CHEZ LES SUJETS EXPERIMENTAUX
 (C.S.M.C.)

		Temps 1	Temps 2	t	
S ₁	\bar{x}	32.40	35.96		
	s	19.79	18.93	1.03	
S ₂	\bar{x}	26.37	24.82		
	s	5.27	4.96	2.15	*
S ₃	\bar{x}	25.28	22.39		
	s	5.86	4.56	3.03	**
S ₂ S ₃	\bar{x}	24.07	15.94		
	s	10.28	7.79	8.20	***
RS ₄	\bar{x}	44.25	39.88		
	s	5.04	6.20	4.60	***
S ₅	\bar{x}	27.41	24.96		
	s	6.90	5.27	2.28	*
ST	\bar{x}	180.35	163.56		
	s	35.46	34.37	2.73	**
R ₁	\bar{x}	77.08	72.73		
	s	43.39	37.94	.74	
R ₁ (1)	\bar{x}	4.69	4.80		
	s	1.33	1.25	.73	
R ₁ (2)	\bar{x}	6.82	6.52		
	s	2.67	2.18	.81	
R ₁ (3)	\bar{x}	13.69	13.30		
	s	3.79	3.74	.61	
R ₁ (4)	\bar{x}	7.39	6.73		
	s	2.57	2.47	1.89	
R ₁ (5)	\bar{x}	6.71	5.41		
	s	3.10	1.66	3.23	**
R ₁ (6)	\bar{x}	9.56	8.26		
	s	4.05	2.60	2.41	*
R ₁ (7)	\bar{x}	10.58	11.45		
	s	3.08	3.88	-1.32	

(1) Plus le score est élevé, plus l'adaptation psychosociale est faible.

TABLEAU 5 (suite)

COMPARAISON DES SCORES MOYENS AUX ECHELLES S ET R ENTRE
LES TEMPS 1 ET 2 CHEZ LES SUJETS EXPERIMENTAUX

		Temps 1	Temps 2	t	
R ₁ (8)	\bar{x}	40.17	37.84	1.58	
	s	11.04	8.41		
R ₁ (9)	\bar{x}	9.05	10.16	2.05	*
	s	3.00	2.75		
R ₁ (10)	\bar{x}	3.60	3.56	.17	
	s	1.35	1.31		
R ₁ (11)	\bar{x}	7.65	6.34	2.70	**
	s	3.58	1.86		
R ₁ (12)	\bar{x}	4.89	5.12	.30	
	s	2.44	2.46		
R ₁ (13)	\bar{x}	17.82	17.67	.16	
	s	4.44	6.05		
R ₂	\bar{x}	27.02	26.82	.28	
	s	3.91	5.59		
R ₃	\bar{x}	26.45	24.71	2.00	*
	s	5.06	5.56		
R ₂ R ₃	\bar{x}	25.30	20.04	4.14	***
	s	8.55	8.97		
R ₄	\bar{x}	46.23	42.54	3.66	***
	s	6.20	5.34		
R ₅	\bar{x}	27.54	27.50	.03	
	s	7.24	5.66		
RT	\bar{x}	229.97	214.43	1.91	
	s	57.51	55.31		
T	\bar{x}	406.77	377.88	2.75	**
	s	78.51	78.61		
Y	\bar{x}	4.54	3.57	4.79	***
	s	1.44	1.29		

* p < .05

** p < .01

*** p < .001

TABLEAU 6

COMPARAISON DES SCORES MOYENS ¹ AUX ECHELLES S ET R
ENTRE LES TEMPS 1 ET 2 CHEZ LES SUJETS DU GROUPE DE
CONTROLE (Hôpital psychiatrique)

		Temps 1	Temps 2	<u>t</u>	
S ₁	\bar{x}	30.41	25.00	3.19	**
	s	23.44	21.69		
S ₂	\bar{x}	25.51	23.53	2.42	*
	s	6.04	5.74		
S ₃	\bar{x}	24.61	21.86	5.16	***
	s	6.22	5.66		
S ₂ S ₃	\bar{x}	22.50	14.81	8.49	***
	s	11.83	11.03		
RS ₄	\bar{x}	41.45	39.21	3.35	***
	s	6.52	6.93		
S ₅	\bar{x}	34.95	32.50	5.15	***
	s	6.11	6.55		
ST	\bar{x}	179.30	157.06	6.81	***
	s	46.46	46.34		
R ₁	\bar{x}	72.46	61.06	4.35	***
	s	40.76	44.07		
R ₁ (1)	\bar{x}	4.81	4.46	2.89	**
	s	1.72	1.17		
R ₁ (2)	\bar{x}	6.79	6.37	2.27	*
	s	2.30	2.18		
R ₁ (3)	\bar{x}	13.20	12.53	1.63	
	s	5.24	3.80		
R ₁ (4)	\bar{x}	6.96	6.51	2.45	*
	s	2.83	2.62		
R ₁ (5)	\bar{x}	6.06	5.74	1.49	
	s	2.21	1.86		
R ₁ (6)	\bar{x}	8.58	7.70	3.44	***
	s	3.26	2.54		
R ₁ (7)	\bar{x}	11.74	11.17	2.34	*
	s	3.86	3.56		

(1) Plus le score est élevé, plus l'adaptation psychosociale est faible

TABLEAU 6 (suite)
 COMPARAISON DES SCORES MOYENS AUX ECHELLES S ET R
 ENTRE LES TEMPS 1 ET 2 CHEZ LES SUJETS DU GROUPE
 DE CONTROLE

		Temps 1	Temps 2	\underline{t}	
R ₁ (8)	\bar{x}	38.63	36.67		
	s	8.35	8.98	2.13	*
R ₁ (9)	\bar{x}	9.22	8.56		
	s	2.79	2.99	2.56	*
R ₁ (10)	\bar{x}	3.67	3.62		
	s	1.63	1.64	.62	
R ₁ (11)	\bar{x}	6.91	5.67		
	s	2.41	1.27	4.81	***
R ₁ (12)	\bar{x}	5.15	4.77		
	s	2.33	2.33	1.83	
R ₁ (13)	\bar{x}	16.29	15.55		
	s	5.56	5.70	1.89	
R ₂	\bar{x}	26.00	24.17		
	s	6.11	6.29	3.52	***
R ₃	\bar{x}	25.10	22.39		
	s	4.92	5.43	5.52	***
R ₂ R ₃	\bar{x}	23.60	15.48		
	s	10.95	10.80	9.30	***
R ₄	\bar{x}	45.84	40.36		
	s	6.24	6.20	7.97	***
R ₅	\bar{x}	31.62	30.65		
	s	7.59	7.80	2.76	**
RT	\bar{x}	225.01	194.08		
	s	60.42	70.39	8.44	***
T	\bar{x}	405.03	353.67		
	s	95.94	110.28	8.86	***
Y	\bar{x}	3.57	2.68		
	s	1.43	1.48	6.57	***

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

et sort moins souvent pour voir des amis ou de la parenté. Leur lien avec le réseau social reste stable dans le temps. La parenté est plus importante que les amis en tant que préférence au niveau du réseau social. La distance spatiale du réseau reste également stable dans le temps (voisinage immédiat).

c) Le groupe expérimental est supérieur au groupe de contrôle en ce qui concerne la variété des individus connus (amis et parenté) et l'augmentation spatiale de ces individus, c'est-à-dire, il va chercher plus dans l'environnement social des contacts sociaux variés. Par contre, l'intensité de ces contacts est similaire dans les deux groupes.

Nous pouvons donc conclure que le groupe expérimental a augmenté son taux d'utilisation de l'environnement social d'une façon significative après 1 an, et ce, d'une façon supérieure au groupe de contrôle (hôpital psychiatrique).

C) Médication et réhospitalisation

Les résultats de cette étude en termes de médication et de réhospitalisation sont les suivants:

1) les deux groupes ont au temps 1 (médication calculée sur une période d'un an avant le début de la recherche) le même taux de médicaments en ce qui a trait à tous les types de médicaments (hypnotiques, etc.)

2) Au temps 2, alors que les deux groupes ont baissé leur taux de médication en ce qui concerne les hypnotiques, seul le groupe expérimental manifeste une baisse significative au niveau des tranquilisants majeurs et des antidépresseurs.

On peut donc conclure que l'hypothèse H3 est alors vérifiée positivement, à savoir qu'il y a une diminution plus marquée des taux de médication chez les sujets du Centre que chez ceux de l'hôpital psychiatrique.

Après étude des dossiers médicaux des sujets, sur la réhospitalisation, nous avons les résultats suivants:

* Nombre de réadmissions dans un service psychiatrique

Groupe expérimental - 10

Groupe de contrôle - 9

* Durée moyenne de l'hospitalisation

Groupe expérimental: -3 jours - 2

8-14 jours - 4

2- 4 sem. - 3

1- 3 mois - 1

Groupe de contrôle : 8-14 jours - 1

2- 4 sem. - 1

1- 3 mois - 4

3 mois & plus-3

On constate que les deux groupes présentent des fréquences d'hospitalisation semblables, toutefois la moyenne de la durée de l'hospitalisation est plus basse dans le groupe expérimental. Par conséquent, l'hypothèse H_2 est confirmée en terme de tendance vers une diminution de la durée de l'hospitalisation.

D) Interventions socio-cliniques

L'étude des données concernant l'intervention socio-clinique du Centre révèle que plus le Centre effectue des contacts avec l'environnement du sujet (concierge, voisins, amis, parenté), meilleure est l'amélioration du sujet au niveau de l'adaptation ($R = .23$, $p < .05$), alors que plus le Centre effectue des activités proprement cliniques (bureau du centre), moins l'amélioration est prononcée ($R = -.26$, $P < .05$). Également, on peut constater le fait important, à savoir que plus les thérapeutes vont visiter les sujets à leur domicile, meilleure est l'adaptation psychosociale de ces derniers ($R = .30$, $p < .01$). Ce résultat correspond à la philosophie du Centre, c'est-à-dire, que l'activité communautaire est plus efficace que l'activité bureau-clinique. Malheureusement, nous n'avons pas fait les mêmes démarches analytiques à l'hôpital psychiatrique; probablement les résultats auraient été similaires.

Echelle IPC de Levenson

Cette échelle a été soumise seulement aux sujets du groupe expérimental. On remarque que le malade qui se sent responsable de ce qui lui arrive (foyer de contrôle interne à l'individu) présente moins de symptômes (S_1). Il se perçoit comme ayant un bon rendement (S_2-S_3), c'est-à-dire d'assumer ses responsabilités sociales et familiales, de prendre soin de lui, de faire des activités dans la communauté et de bien s'adapter à la maison. Il se perçoit comme pouvant occuper ses moments libres par des loisirs et des activités qui l'aident à s'améliorer (RS_4) et il se décrit comme étant assez bien adapté psychosocialement (ST).

E) Indices prédictifs

L'analyse multivariée des variables significatives nous a permis d'établir les meilleurs indices ou facteurs possédant une capacité prédictive quant aux résultats et stratégies futures.

1) Médication: Indice assez faible qui explique seulement 4% de la variation du score d'adaptation globale: $Y = .22$. Par conséquent, il semble que la médication joue un rôle assez mineur au niveau général de l'amélioration de l'adaptation psychosociale.

2) Réseau Social de Communication: Indice très puissant qui explique 25% de la variation du score de l'adaptation globale: $Y = .50$. De fait, c'est l'indicateur le plus puissant en termes de prédiction et de stratégies à appliquer au niveau du communautaire.

3) Utilisation de l'environnement socio-culturel: Ce troisième indice possède un pouvoir prédictif presque équivalent à celui du réseau social: $Y = .45$, explique 24% de la variation du score sur l'amélioration de l'adaptation psychosociale.

4) Perception de l'environnement social: Indice dont la capacité prédictive est de $Y = .35$. Il constitue donc un autre facteur important dans l'analyse des résultats.

5) "Permanence sociale": Cet indice signifie le nombre d'années vécues par un sujet dans sa communauté. Possédant un pouvoir prédictif de $Y = .40$, cet indice permet d'établir dans quelle mesure un sujet est influencé par l'interaction implicite ou explicite du tissu social de sa communauté.

6) "Intervention socio-clinique": Le sixième indice permet de vérifier dans quelle mesure les interventions du Centre amènent une amélioration de l'adaptation psychosociale. Le travail socio-clinique possède une capacité de prédiction de $Y = .30$.

7) "Réhospitalisation": Finalement, cet indice peut être un facteur d'explication et de prédiction de l'amélioration de l'adaptation psychosociale. Etant donné que le nombre d'individus touchés par cet indice est assez limité (9 à 10 sujets), nous l'avons pas inclus pour le moment dans l'analyse multivariée des indices.

L'analyse de ces indices, de même que leur combinaison, nous permet donc de posséder un ensemble d'instruments prédictifs, tant au point de vue de la recherche, qu'au niveau des stratégies à employer pour notre population. La totalité des indices, en effet, possède une capacité de prédiction au delà de $Y = .70$ (50% de la variance expliquée). Une analyse plus poussée des données (temps 3) nous fournira un système prédictif plus puissant et efficace dans l'évaluation des soins donnés aux malades chroniques.

CONCLUSION ET STRATEGIES

Après douze mois, les résultats à l'inventaire de Katz n'ont pas confirmé l'hypothèse générale d'une meilleure adaptation des malades du Centre comparativement à ceux traités par l'institution psychiatrique. Cette hypothèse avait été élaborée en présupposant au départ deux groupes présentant un degré d'adaptation égale et aussi un plafonnement de l'amélioration chez le groupe exposé à une approche psychiatrique plus traditionnelle, plafonnement également lié à l'inertie qu'on retrouve associée au phénomène de chronicisation. Il nous apparaît aussi un peu étonnant de constater que l'amélioration du groupe de contrôle se traduit sur le plan du comportement social autant que sur le plan de

la symptomatologie psychiatrique, alors que l'essentiel du traitement portait sur le contrôle des manifestations cliniques de la maladie et que l'institution semblait mettre peu d'emphasis dans son approche sur la réinsertion sociale.

Si le Centre n'a pas eu de modification de l'adaptation clinique, but d'ailleurs relativement secondaire dans l'optique du Centre, il semble avoir relativement réussi à aider les sujets à améliorer leur réseau social et ceci nous apparaît particulièrement important en ce secteur carencé sur le plan des ressources et de l'utilisation de l'environnement par les individus. Sur ce plan, le Centre semble avoir eu un impact légèrement plus marqué que l'institution psychiatrique. Le patient du Centre a sensiblement étendu son réseau social et ses activités libres. Il y a lieu d'espérer que sur une période plus étendue, le groupe expérimental s'améliorerait plus que le groupe de contrôle.

Par ailleurs, au niveau de la médication et de la réhospitalisation, les résultats obtenus démontrent que le Centre, au contraire de l'hôpital psychiatrique, a pallié au phénomène du surdosage de la médication, et réduit la tendance à une réhospitalisation de longue durée.

Il serait intéressant, à partir des résultats obtenus, de déterminer dans quelle mesure le Centre pourrait modifier le foyer de contrôle de ses clients vers une attitude plus interne qui devait normalement aller de pair avec une plus grande autonomie et une adaptation psychosociale adéquate.

En dernier lieu, nous avons souligné l'importance du réseau social comme indice expliquant l'amélioration de l'adaptation psychosociale chez les patients. Si l'analyse s'avère adéquate, il faudrait encourager les approches privilégiées (communautaire) par le Centre, plutôt qu'un traitement axé sur certains moyens hospitaliers médicamenteux ou psychothérapeutiques.

Ces conclusions nous amènent à proposer certaines stratégies variables et surtout efficaces visant à améliorer le niveau actuel de l'adaptation psychosociale des sujets du Centre, également, le niveau de santé mentale de la population desservie par le Centre. Pour ce faire, nous proposons un programme stratégique visant à

TABLEAU 7

PROGRAMME STRATEGIQUE

Client	1) Médication: Abandon ou dosage efficace de la médication	7) Perception de l'environnement: Développer le niveau de connaissance des ressources socio-culturelles du client.
	2) Réhospitalisation: Eviter la réhospitalisation ou durée minimum (24 heures)	8) Utilisation de l'environnement: Développer les "aptitudes sociales" du sujet en fonction de l'utilisation des ressources existantes
	3) Programme d'investigation: Recherche des paramètres identifiant le problème posé.	9) Réseau social immédiat: Recherche des personnes-ressources (amis, voisinage, etc.) pour le sujet.
	4) Programme d'action: Mise en place et évaluation continue des stratégies applicables au client	10) Ressources sociales: Développement d'un réseau social pour la transmission de l'information et du support pour le client.
Client/ Famille	5) Famille: Conscientisation et stratégies appliquées aux problèmes issus de la dynamique familiale.	11) Familles-cibles: Recherche et évaluation des familles susceptibles à un haut niveau de désorganisation possible dans un futur immédiat.
Commu- nauté	6) Entrevue à domicile: Connaissance du milieu "vital" du ou des sujets.	12) Sujets-cibles: Recherche et évaluation d'individus sujets à une probabilisation élevée de déficience au niveau de l'adaptation psychosociale, ex: vieillards, mère chef de famille, délinquants, "dropout" scolaires, etc.

établir les différents niveaux d'intervention socio-clinique du Centre: Clients, famille et communauté. (Tableau 7, p. 97)

Nous remarquerons que ces stratégies impliquent non seulement différents champs d'action, mais également, une évaluation continue de ces stratégies visant à augmenter l'impact du Centre vis-à-vis de la population.

BIBLIOGRAPHIE

- Katz, M.N. et al. "Methods of Measuring Adjustment and Social Behavior in the Community: I. Rationale, Description, Discriminative Validity and Scale Development." Psychol. Reports, 13, 1963, 503-535
- Katz, Martin N., Lowery, Henri A. and Cole, Jonathan. "Behavior Patterns of Schizophrenics in the Community." dans M. Lorr (ed.) Explorations in Typing Psychotics, New York: Pergamon Press, 1966
- Levenson, Hanna. "Multidimensional Locus of Control in Psychiatric Patients." Jour. of Consul. & Clinical Psycho., 41 (3), 1973, 397-404
- Levenson, Hanna. "Reliability and Validity of the I.P. & C. Scales - A Multidimensional View of Locus of Control." APA Convention. Montreal, August 1973
- Levenson, Hanna. "Distinctions within the Concept of Internal-External Control-Development of a New Scale." Proceeding of the Amer. Psychol. Ass., 1972, 261-262
- Levenson, Hanna. "Activism and Powerful Others: Distinctions within the Concept of Internal-External Control." Jour. of Pers. Assessment, 38 (4), 1974, 377