

Évaluation des besoins et de l'utilisation de services de santé mentale dans la schizophrénie*

Hugues Jean Cormier, Gilbert Pinard, H. Stephen Leff, Ph.D. et Richard Lessard

Volume 10, numéro 2, novembre 1985

Santé mentale et travail

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030311ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030311ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Cormier, H. J., Pinard, G., Leff, H. S. & Lessard, R. (1985). Évaluation des besoins et de l'utilisation de services de santé mentale dans la schizophrénie*. *Santé mentale au Québec*, 10(2), 185–188. <https://doi.org/10.7202/030311ar>

ÉVALUATION DES BESOINS ET DE L'UTILISATION DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE DANS LA SCHIZOPHRÉNIE*

La planification des services de santé mentale pour les personnes atteintes de troubles mentaux sévères constitue un problème majeur de santé publique et un important défi social. On peut diviser ces services en quatre catégories: (1) somatiques, (2) psychosociaux et de réadaptation, (3) psychothérapeutiques et (4) institutionnels. Les buts de ces services sont de contribuer à une bonne qualité de vie et à une bonne adaptation sociale pour les usagers.

L'utilisation des services de santé mentale réduit les réhospitalisations psychiatriques (McCranie et Mizell, 1978); de plus, il a été démontré que le taux d'utilisation de ces services par rapport aux besoins est d'environ 33% (Kirk, 1977). Il est donc important d'identifier les barrières à l'utilisation des services de santé mentale.

Cette étude vise à identifier les besoins et à décrire l'utilisation de vingt services ou modalités de soins de santé mentale chez une population de personnes atteintes de schizophrénie et vivant dans l'Estrie, au Québec. Il s'agit également d'examiner l'importance relative des motifs de la non-utilisation de ces services lorsque, selon le psychiatre traitant, ils étaient requis.

MÉTHODOLOGIE

Toutes les personnes (N=127) ayant quitté en Estrie une unité de soins psychiatriques avec un diagnostic de psychose non organique (catégorie 295 à 299 de la CIM-9) au cours d'une période de cinq mois, durant l'année 1982, ont été considérées. Ces personnes avaient été hospitalisées à l'un ou l'autre des cinq centres hospitaliers généraux avec unité de soins psychiatriques de la région (il n'y a pas de centre hospitalier exclusivement psychiatrique dans cette région). De cette population, on a sélectionné les personnes (N=94) pour qui le psychiatre traitant pouvait confirmer avec certitude le diagnostic de schizophrénie selon les critères du DSM-III. La grande majorité de ces sujets (N=88; 93,6%) a accepté de participer à l'étude. Les informations recueillies sur les besoins et l'utilisation des services

se rapportaient à la période du septième au douzième mois après le congé du centre hospitalier. On retrouvera la liste des vingt services ou modalités de soins au tableau II. Les informations ont été recueillies par quatre interviewers (deux psychiatres, un psychologue et une infirmière de recherche en psychiatrie) grâce à un instrument, l'IMBUSSM (Instrument de mesure des besoins et de l'utilisation de services de santé mentale). Les besoins de services ont été déterminés au cours de l'entrevue avec le psychiatre traitant. L'utilisation des services a été précisée par la révision des dossiers et par des entrevues séparées avec le sujet et le psychiatre traitant.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Le tableau I présente les caractéristiques des sujets de l'étude. Le tableau II présente le pourcentage de sujets pour qui des services de santé mentale ont été requis au cours d'une période de six mois et décrit l'utilisation et les raisons de la non-utilisation de ces services.

Les résultats du tableau II montrent que, au cours d'une période de six mois, une forte majorité des sujets étudiés a eu besoin de services somatiques, psychosociaux et de réadaptation, et psychothérapeutiques. De plus, au moins le tiers a requis des services dits institutionnels. Les résultats montrent que les plus importantes déficiences se trouvaient au niveau des services psychosociaux et de réadaptation.

Deux motifs principaux expliquent le manque d'adéquation entre les besoins et l'utilisation des services: (1) le manque d'intérêt ou de motivation de la part du client et/ou du thérapeute pour des services requis et disponibles, et (2) la non-disponibilité des services que le thérapeute et son client désiraient utiliser.

Wasylenki *et al.* (1981) ont étudié le premier phénomène et ils ont constaté que très souvent les thérapeutes des milieux institutionnels manquaient d'information au sujet des services de santé mentale dans

la communauté et que, lorsqu'ils connaissaient l'existence des services communautaires, ils manquaient de temps pour informer leurs clients. Ces auteurs recommandaient la *mise sur pied de services de prise en charge générale dans la communauté* («*case management*»). Les résultats de la présente étude con-

firment d'ailleurs ce besoin: 76% des sujets ont eu besoin de ce service sur une période de six mois, mais seulement 23% ont pu en bénéficier (tableau II).

En ce qui a trait à la non-disponibilité des services, il faut souligner la *nécessité d'améliorer de fa-*

TABLEAU I

Caractéristiques de 88 personnes atteintes de schizophrénie (critères du DSM-III)

Caractéristiques	N (=88)	% 0
SEXE		
Femmes	32	36,4
Hommes	56	63,6
ÂGE		
18-25 ans	22	25,0
26-45 ans	48	54,5
46-60 ans	18	20,5
STATUT MARITAL		
Célibataire	65	73,9
Marié(e)	12	13,6
Séparé(e) ou divorcé(e)	9	10,2
Veuf(ve)	2	2,3
SCOLARITÉ		
Collégiale ou universitaire	19	22,7
Secondaire	39	44,3
primaire	29	33,0
OCCUPATION AU MOMENT DE L'HOSPITALISATION		
Travail	24	27,3
Sans travail	64	72,7
RÉSIDENCE 12 MOIS APRÈS L'HOSPITALISATION		
De type supervisée	18	20,5
De type non supervisée	70	79,5
NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES ANTÉRIEURES		
0	7	8,0
1	10	11,4
2-5	48	54,6
6-10	19	21,6
11+	4	4,4

çon prioritaire l'accessibilité aux services psychosociaux et de réadaptation. Par exemple, 37% des sujets, pour qui le service de réadaptation au travail était requis, n'ont pu en bénéficier parce que le service n'était pas disponible.

Par ailleurs, on doit noter que plus du tiers des sujets ont eu besoin d'être réhospitalisés sur une période de six mois. Ce fait confirme la nécessité d'améliorer la disponibilité des services qui peuvent prévenir les rechutes d'état psychotique, mais

TABLEAU II

Pourcentage de sujets pour qui des services de santé mentale ont été requis au cours d'une période de six mois et description de l'utilisation et des raisons de non-utilisation de ces services

Services	Pourcentage de sujets pour qui le service a été				
	Requis	Requis et utilisé	Requis mais non utilisé Total	Parce que Service non disponible	Manque de motivation chez le sujet et/ou thérapeute
SOMATIQUES					
Psychopharmacologie	94	85	9	3	6
Sismothérapie	1	1	0	—	—
Psychochirurgie	0	0	0	—	—
PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES					
Psychothérapie individuelle	40	55	16	5	11
Psychothérapie de groupe	48	15	33	9	24
Psychothérapie familiale	37	7	30	8	22
PSYCHOSOCIAUX ET RÉADAPTATION					
Activités de loisir	77	24	53	27	26
Prise en charge générale	76	23	53	29	24
Ergothérapie	62	30	32	7	25
Réadaptation au travail	58	5	53	37	16
Information sur la maladie	58	29	29	14	15
Conseils financiers	45	19	26	9	17
Visite à domicile	39	15	24	9	15
Aide pour le logement	38	30	8	6	2
Transport	37	1	36	14	22
Acquisition d'habilités nécessaires à la vie quotidienne	18	2	16	10	6
Urgence sociale	14	6	8	4	4
INSTITUTIONNELS					
Observation à l'hôpital	38	31	7	2	5
Hospitalisation psychiatrique	36	31	7	2	5
Visite à la salle d'urgence	18	7	11	1	10

souligne également la nécessaire disponibilité des services institutionnels, du moins pour une importante minorité des usagers. C'est à la recherche d'une *organisation du réseau de services de santé mentale axée sur la complémentarité et la cohérence* que l'on doit s'employer si l'on désire se rapprocher des objectifs d'une bonne qualité de vie et d'une bonne adaptation sociale pour les personnes atteintes de troubles mentaux sévères.

RÉFÉRENCES

- KIRK, S.A., 1977, Who gets aftercare? A study of patients discharged from state hospitals in Kentucky. *Hosp. Community Psychiatry*, 28, 109-119.
- McCRANIE, E.W., MIZELL, T.A., 1978, Aftercare for psychiatric patients: does it prevent rehospitalization? *Hosp. Community Psychiatry*, 29, 584-587.
- WASYLENKI, D.A., GOERING, P., LANCEE, W., FISHER, L., FREEMAN, S.J.J., 1981, Psychiatric aftercare: Identified needs versus referral patterns, *Am. J. Psychiatry*, 138, 1228-1231.

Les auteurs tiennent à remercier Lise Dupuis, secrétaire; Jean Jacques Marier, m.d. et FRCP (c); Christiane Monmigny, inf. aut.; Claude Richer, m.d. et FRCP(c); et Liane Savard, M. Ps., pour leur contribution essentielle à la réalisation de ce travail.

- * Cette étude a été réalisée, en partie, grâce à une bourse accordée au docteur Cormier par le Fonds de la recherche en santé du Québec et, en partie, grâce à une subvention du Conseil de la recherche en médecine de l'Université de Sherbrooke.

Hugues Jean Cormier, m.d., FRCP(c), MPH, professeur adjoint de clinique aux Départements de psychiatrie et de médecine sociale et préventive, Université Laval, Québec; et responsable de l'Unité de recherche en santé mentale, Départements de santé communautaire et de psychiatrie, Centre hospitalier de l'Université Laval, Québec.

Gilbert Pinard, m.d., FRCP(c), vice-doyen aux études et professeur au Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.

H. Stephen Leff, Ph.D., directeur de l'Evaluative Research Unit, Département de psychiatrie, Cambridge Hospital, Cambridge, Massachusetts.

Richard Lessard, m.d., FRCP(c), MPH, directeur du Département de santé communautaire, Cité de la santé de Laval, Laval.