

## Composantes d'efficacité des programmes de traitement communautaires destinés aux personnes souffrant de désordres mentaux

### The components of efficiency of community treatment programs for people with mental disorders

Sheilagh Hodgins et Louise Gaston

Volume 12, numéro 1, juin 1987

Aspects de la désinstitutionnalisation

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030379ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030379ar>

[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

Hodgins, S. & Gaston, L. (1987). Composantes d'efficacité des programmes de traitement communautaires destinés aux personnes souffrant de désordres mentaux. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 124-134. <https://doi.org/10.7202/030379ar>

Résumé de l'article

Les programmes communautaires visent à aider les bénéficiaires à s'intégrer de façon permanente au sein de la collectivité. Pour ce faire, ces programmes doivent être constitués de multiples composantes qui visent à réduire ou à éliminer les difficultés présentées par ces personnes. Ces composantes sont : des chimiothérapies; des interventions visant à encourager une prise régulière des médicaments jugés nécessaires; les mécanismes de formation susceptibles d'aider tant le personnel que les patients à évaluer la symptomatologie; une relation stable; des mécanismes permettant d'inculquer aux patients les aptitudes sociales dont ils ont besoin; des programmes de formation professionnelle visant à permettre aux patients de se trouver un emploi ou d'exercer une activité significative; des mécanismes de formation visant à enseigner aux patients les aptitudes pouvant les aider à faire face au stress et à résoudre leurs problèmes; des interventions destinées à les aider à réduire leur consommation d'alcool; des milieux résidentiel, social et communautaire propices à l'amélioration de l'état des patients, afin que ceux-ci puissent accomplir des progrès soutenus et durables.

## Composantes d'efficacité des programmes de traitement communautaires destinés aux personnes souffrant de désordres mentaux

Sheilagh Hodgins\*  
Louise Gaston\*

Les programmes communautaires visent à aider les bénéficiaires à s'intégrer de façon permanente au sein de la collectivité. Pour ce faire, ces programmes doivent être constitués de multiples composantes qui visent à réduire ou à éliminer les difficultés présentées par ces personnes. Ces composantes sont : des chimiothérapies ; des interventions visant à encourager une prise régulière des médicaments jugés nécessaires ; les mécanismes de formation susceptibles d'aider tant le personnel que les patients à évaluer la symptomatologie ; une relation stable ; des mécanismes permettant d'inculquer aux patients les aptitudes sociales dont ils ont besoin ; des programmes de formation professionnelle visant à permettre aux patients de se trouver un emploi ou d'exercer une activité significative ; des mécanismes de formation visant à enseigner aux patients les aptitudes pouvant les aider à faire face au stress et à résoudre leurs problèmes ; des interventions destinées à les aider à réduire leur consommation d'alcool ; des milieux résidentiel, social et communautaire propices à l'amélioration de l'état des patients, afin que ceux-ci puissent accomplir des progrès soutenus et durables.

Le présent article vise à définir les éléments susceptibles de concourir à l'efficacité des programmes communautaires destinés aux patients dits «chroniques». Pour ce faire, nous nous basons sur deux sources distinctes, à savoir : 1) une recension des travaux portant sur l'évaluation des programmes communautaires et 2) les conclusions dégagées par notre équipe, suite aux visites à domicile effectuées chez quelques centaines d'ex-patients psychiatriques.

D'abord nous résumerons les résultats des travaux visant à comparer l'efficacité des programmes communautaires à celle des soins dispensés dans le cadre des établissements hospitaliers, puis nous identifierons les composantes des programmes communautaires permettant à leurs bénéficiaires de s'intégrer de façon permanente au sein de la collectivité.

### EFFICACITÉ DES PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES

Divers auteurs américains ont effectué une recension des textes visant à comparer l'efficacité des

programmes communautaires à celle des traitements hospitaliers. Le tableau 1 résume les conclusions de ces différents travaux.<sup>1</sup>

Les programmes de traitement communautaire semblent plus à même de réduire le taux de réhospitalisations que les traitements hospitaliers. D'après certaines études, ils permettent, en outre, d'améliorer le fonctionnement professionnel et psychosocial de leurs bénéficiaires. Par contre, l'amélioration symptomatique obtenue à l'aide de ces programmes n'est pas égale sur tous les plans. Cependant, l'ensemble des résultats obtenus ne laissent aucun doute sur les avantages des traitements dispensés à l'extérieur des établissements de santé.

Certains auteurs (Braun et al., 1981 ; Carpenter, 1978 ; Test et Stein, 1978a) ont souligné qu'il n'était pas exclu que les médications permanentes à base d'anti-psychotiques, utilisées dans le cadre des programmes de traitement communautaire, contribuent de façon importante à réduire le taux d'hospitalisations (tant en nombre qu'en durée). Il ne faut cependant pas perdre de vue, comme nous le démontrerons plus loin, que les neuroleptiques n'améliorent qu'un aspect des difficultés rencontrées chez les ex-patients.

Il nous semble donc pertinent de tenter de cerner les facteurs d'efficacité des programmes commu-

\* Sheilagh Hodgins travaille à l'Institut Philippe Pinel et à l'École de Service social, Université de Montréal. Louise Gaston travaille au Langley Porter, Neuropsychiatric Institute.

TABLEAU 1

*Recensions des travaux de recherche portant sur l'efficacité des programmes communautaires*

Étude	Type d'intervention	Critères de sélection des études	Critères d'évaluation	Conclusions
Braun, Kochansky, Shapiro, Greenberg, Johnson, et Shore (1981)	Solution de rechange à l'admission dans un hôpital	<p>Patients psychiatriques</p> <p>Groupe témoin</p> <p>Analyses statistiques</p> <p>Nombre de sujets assez élevé pour permettre les analyses statistiques appropriées</p>	<p>Sujets répartis au hasard</p> <p>Caractéristiques des sujets décrits</p> <p>Instruments de mesure généralement acceptés</p> <p>Traitements précisés</p> <p>Relance portant sur une forte proportion de l'échantillon</p>	<p>Le taux de réussites chez les patients sélectionnés pour faire partie des programmes communautaires est au moins comparable à celui des patients traités dans le cadre d'un séjour hospitalier prolongé. On note des différences dans les résultats obtenus chez les sujets relativement au taux de rechute et, dans plusieurs cas, à la capacité d'autonomie des patients. L'amélioration de l'état psychiatrique général des patients demeure comparable dans les deux groupes.</p> <p>Toutefois, ces résultats peuvent être attribuables à l'emploi continu d'une médication antipsychotique.</p>
Carpenter (1978)	Placement en résidence	Patients psychiatriques chroniques	Non spécifié	<p>Certaines résidences de transition se sont avérées plus efficaces pour les patients que les traitements offerts en milieu hospitalier, pour ce qui est des taux d'emploi et de réhospitalisation. Il est toutefois difficile de tirer une quelconque conclusion compte tenu de la faiblesse méthodologique des travaux recensés. Toutefois, il est moins coûteux de traiter les patients psychiatriques chronique en résidence communautaire qu'en milieu hospitalier. De plus, les patients préfèrent les conditions de vie offertes par les résidences.</p>

Étude	Type d'intervention	Critères de sélection des études	Critères d'évaluation	Conclusions
Cometa, Harrison, et Zishoren (1979)	Maison de transition	Période: 1968-1977 Mesures quantifiées	Description du nombre et de la durée des réadmissions tant pour les patients hospitalisés que pour ceux admis dans une maison de transition.  Description des critères utilisés pour poser le diagnostic  Description des conditions de vie des patients après leur départ	Il serait hautement spéculatif de conclure, cependant, que les maisons de transition contribuent efficacement à prévenir les réhospitalisations et à améliorer l'autonomie économique, ainsi qu'à favoriser l'intégration générale des patients au sein de la collectivité.
Moscowitz (1980)	Centre de jour	Non précisé	Catégories de diagnostics comparables et définies  Critères d'admission basés sur les caractéristiques et diagnostics socio-démographiques  Mesures des résultats fondées sur d'autres critères que le jugement des patients	De manière générale, on constate une amélioration sur le plan clinique, ainsi qu'une meilleure adaptation familiale, sociale et professionnelle chez 60% à 90% des patients traités dans les centres de jour. Dans 50% des cas, l'amélioration observée, tant sur le plan clinique que social, demeure stable au cours des deux années consécutives à la fin du traitement dans le centre de jour. De plus, les séjours dans ces centres se comparent favorablement aux séjours dans les hôpitaux, pour ce qui est du nombre et de la durée des hospitalisations. Toutefois, ces conclusions doivent surtout être considérées comme des pistes exploratoires plutôt que comme des preuves de l'efficacité des centres de jour, puisque les travaux étudiés sont de type descriptif et rétrospectif.

Étude	Type d'intervention	Critères de sélection des études	Critères d'évaluation	Conclusions
Test et Stein (1978b)	Solution de rechange à l'hospitalisation Solution de rechange aux hospitalisations à long terme Mesures de suivi consécutives à une hospitalisation	Patients psychiatriques chroniques Groupe témoin	Sélection des sujets au hasard Qualité des instruments de mesure	Les traitements communautaires permettent de réduire la durée des hospitalisations, comparativement aux admissions à l'hôpital et aux hospitalisations prolongées. De plus, les patients semblent avoir été satisfaits des soins reçus et de la qualité de leur vie pendant la durée du programme de traitement communautaire. Les résultats des études recensées soulignent, de façon consistante, que le taux de rechute est considérablement moins élevé chez les patients bénéficiant de mesures de suivi que chez ceux qui sont laissés à eux-mêmes à leur sortie de l'hôpital. Il a, en outre, été observé que les programmes communautaires, prévoyant une psychothérapie ou d'autres formes de soutien interpersonnel, permettent de garder les patients sous médication plus efficacement qu'en l'absence de mesures de suivi.

nautaires, dans la mesure où l'identification de ces facteurs pourrait nous permettre d'élaborer des programmes communautaires permanents et efficaces. Il s'agit là d'un aspect particulièrement important de la question, car les patients psychiatriques préfèrent généralement suivre un traitement dispensé au sein de la collectivité plutôt qu'en milieu hospitalier.

### Éléments d'efficacité des programmes communautaires

Les travaux longitudinaux portant sur les patients souffrant de différents types de troubles mentaux, ainsi que les expériences cliniques, indiquent clairement qu'un nombre important parmi eux peuvent être étiquetés «chroniques». Ce libelle suggère qu'en plus des traitements donnés lors d'une phase aiguë, ces patients ont besoin de traitements qui visent à

améliorer leur compétence sociale. Le degré de compétence semble déterminer s'ils peuvent fonctionner ou non en dehors d'une institution.

Les patients dits «chroniques» constituent la population cible des programmes communautaires. La majorité porte un diagnostic de schizophrénie; pendant que les autres sont diagnostiqués comme présentant des troubles affectifs, d'anxiété ou des syndromes organiques (Lieberman, 1986).

Comme nous l'avons écrit antérieurement (Hodgins et Gaston, 1987), les éléments d'efficacité d'un programme de traitement devraient être définis en fonction des besoins de la clientèle cible. Nous avons, à cette fin, utilisé le modèle conceptuel élaboré par Strauss et Carpenter (1981). Rappelons brièvement que ce modèle répartit les problèmes présentés par les patients chroniques en fonction de quatre catégories distinctes, à savoir : 1) les symptô-

mes positifs ; 2) les symptômes négatifs ; 3) le fonctionnement psychosocial et 4) le fonctionnement en milieu de travail.

Nous tenterons donc, en nous fondant sur une recension des études évaluatives des programmes communautaires, d'identifier, parmi les composantes de tels programmes, celles qui réussissent à réduire ou éliminer les différentes difficultés auxquelles se heurtent les patients.

## LES INTERVENTIONS

### Composantes de traitement visant les symptômes positifs

Les psychotropes semblent efficaces dans le cas des symptômes positifs car, outre qu'ils réduisent ou éliminent les symptômes schizophréniques positifs, tels que les hallucinations, les illusions et les désordres de la pensée, ces médicaments concourent aussi à retarder ou à prévenir la réhospitalisation des patients (Davis et al., 1980). Mais les psychotropes entraînent de nombreux effets secondaires ; un traitement à long terme faisant appel à une médication anti-psychotique demeure une grave décision, qui n'est justifiée que si les avantages qu'il procure sont supérieurs aux risques encourus. Enfin, l'interaction entre la médication et les interventions psychosociales constitue un phénomène non négligeable que nous aborderons ultérieurement.

Il semble que deux faits soient clairement établis : 1) la réapparition des symptômes positifs se solde très souvent par une réhospitalisation ; 2) les psychotropes diminuent la gravité de ce type de symptômes. Il faut donc, pour prévenir les réadmissions en milieu hospitalier, veiller à exploiter de façon aussi efficace que possible ce dernier mode d'intervention. Pour ce faire, les programmes communautaires doivent comporter des interventions visant à favoriser une prise régulière des médicaments prescrits, conformément à l'ordonnance, et surveiller la gravité des symptômes positifs manifestés par les patients. Bien que cette dernière tâche relève habituellement du psychiatre ou de l'infirmier, ces derniers sont souvent absents des programmes communautaires. Il faudrait donc former le personnel de base pour qu'il soit en mesure de signaler au psychiatre toute réapparition ou apparition des

symptômes chez les patients. Les bénéficiaires devraient en outre être informés des méthodes d'auto-évaluation des symptômes existants, de façon à pouvoir identifier les moments critiques lors desquels ils auront besoin d'une aide professionnelle, ainsi que de la démarche à suivre pour obtenir une telle aide.

### Composantes de traitement visant les symptômes négatifs

Quant aux symptômes négatifs ou au nivellement de l'affect, il n'existe à notre connaissance aucune étude évaluant l'efficacité d'une intervention communautaire à cet égard, en dépit du fait que le nivellement de l'affect semble être lié de façon significative aux résultats thérapeutiques (Knight et al., 1979 ; Roff et Knight, 1978 ; Sartorius et al., 1978). De plus, Kayton et al. (1976) ont remarqué une différence significative entre certains patients schizophrènes, qui avaient établi une bonne relation thérapeutique, et d'autres, qui en étaient dépourvus, selon l'échelle de Strauss et Carpenter (1978, 1981). May (1974) a conclu, dans son étude critique des recensions des travaux portant sur l'efficacité de la psychothérapie, que cette dernière semblait diminuer la douleur psychologique, susciter une certaine joie de vivre et favoriser la participation sociale des patients. Bien que les résultats obtenus ne soient pas encore clairs pour l'instant, nous émettons l'hypothèse voulant qu'une relation stable, à long terme, soit susceptible d'améliorer les symptômes négatifs. Toutefois, plutôt que de parler de psychothérapie, nous préférons mettre de l'avant une relation capable de soutenir les patients et de maintenir le contact avec eux.

### Composantes de traitement visant le fonctionnement psychosocial

S'ils semblent en mesure d'améliorer le fonctionnement psychosocial des patients chroniques (Wallace et al., 1980), les programmes de développement des aptitudes sociales présentent cependant l'inconvénient de ne pas permettre le transfert des capacités acquises, dans le cadre de la situation thérapeutique, au milieu de vie des patients psychiatriques (Wallace et al., 1980). Il conviendrait donc d'étendre au milieu de vie de ces derniers, tant la définition du fonctionnement psychosocial que les interventions choisies (Stravynsky et Boulanger,

1982; Wallace et al., 1980). Ainsi faudrait-il envisager d'inculquer les aptitudes sociales voulues aux patients psychiatriques dans un milieu de vie tel que les résidences communautaires, ainsi que les lieux d'apprentissage, de travail et de loisir (Mosher et Meltzer, 1980; Wallace et al., 1980).

Bachrach (1982) et Test et Stein (1978a) ont souligné que, de façon générale, il était difficile d'améliorer le fonctionnement psychosocial des patients chroniques uniquement par le biais des programmes de traitement communautaire; ils ont ajouté qu'il faudrait davantage avoir recours à des interventions visant spécifiquement à améliorer le fonctionnement psychosocial des patients, et ont précisé que les améliorations constatées ont été maintenues tant et aussi longtemps que le traitement a duré.

Ces interventions visent à augmenter les compétences sociales des patients en leur enseignant les habiletés de vie, les habiletés sociales et les habiletés à résoudre des problèmes (Liberman et al., 1986). Il semble donc possible d'avancer que les interventions psychosociales, mises au point dans le cadre des programmes de traitement communautaire, doivent être spécifiques, intensives et prolongées pour que les changements désirés se produisent.

Un programme communautaire destiné aux patients chroniques devrait également comporter des normes relativement élevées quant à l'autonomie des patients pour améliorer leur fonctionnement psychosocial. Toutefois, pour demeurer réalistes, ces normes devraient être conçues en fonction de l'adaptation psychosociale prémorbide de chaque patient, et chacune des interventions psychosociales des programmes de traitement communautaire devrait être individualisée (Test et Stein, 1978a).

### **Composantes de traitement visant le fonctionnement sur le marché du travail**

Quant au fonctionnement des patients dans le monde du travail, il semble que les programmes de traitement communautaire soient en mesure d'avoir une incidence sur le taux d'emploi de leurs bénéficiaires (Moscowitz, 1980). Il convient, cependant, de préciser que seules quelques études évaluatives contrôlées ont examiné le fonctionnement professionnel des patients psychiatriques, et ce, en dépit de l'extrême importance accordée à ce critère d'éva-

luation de l'adaptation sociale, par des auteurs tels que Strauss et Carpenter (1978, 1981). Il semble qu'il suffise d'aider les individus à se trouver un emploi et de leur offrir des mesures de suivi continues dans le cadre d'un programme communautaire, pour améliorer leur fonctionnement professionnel (Test et Stein, 1978a).

Deux études, comportant un groupe témoin (Beard et al., 1978; Goldberg et al., 1977), ont établi et évalué un programme de traitement visant à améliorer le fonctionnement professionnel des patients chroniques. Malheureusement, les répercussions de ce type d'interventions n'ont fait l'objet d'aucune évaluation précise.

La situation économique actuelle ne nous permet pas de croire que les ex-patients psychiatriques, même dotés des aptitudes voulues, puissent réussir à se trouver un emploi. De plus, leur niveau de fonctionnement général et la gravité des symptômes qu'ils présentent donnent à penser que le travail n'est pas un objectif souhaitable dans le cas de certains patients. Tout indique, par contre, qu'une activité significative et régulière est essentielle à la survie des individus qui ne sont pas hospitalisés.

Par ailleurs, les entrevues effectuées auprès de patients, à leur domicile même, indiquent qu'ils marquent une nette tendance à consommer de grosses quantités d'alcool. Or les mélanges d'alcool et de neuroleptiques (ou parfois de drogues) risquent de provoquer des rechutes. Afin de prévenir ce genre de crises, les programmes communautaires devraient comporter des interventions destinées à aider les patients à structurer leur emploi du temps et à participer au moins à quelques activités qui leur soient agréables. Enfin, certains bénéficiaires devraient peut-être faire l'objet d'intervention, pour éliminer les abus de drogues ou d'alcool.

### **Les effets interactifs des différentes composantes de traitement**

Avant de conclure la présente partie de notre article, nous tenons à souligner les résultats de certains travaux de recherche portant sur les effets interactifs entre les médications anti-psychotiques et les interventions psychosociales. Bachrach (1982) a fait remarquer, dans le cadre d'une recension des travaux publiés sur la question, que les résultats des programmes de traitement communautaires n'étaient que partiellement attribuables aux inter-

ventions psychosociales et qu'il fallait également tenir compte de variables, telles que la médication ou les caractéristiques démographiques des patients, pour les évaluer. Braun et al. (1981) ont avancé, quant à eux, que le recours aux traitements pharmacologiques pourrait expliquer en grande partie la baisse du nombre de réhospitalisations par certaines études expérimentales, qui comparaient cette forme d'intervention à l'hospitalisation. Enfin, Test et Stein (1978a) ont signalé que les résultats positifs s'expliquaient en partie par le fait qu'il est plus facile de garder sous médication les patients bénéficiant d'un programme de traitement communautaire que ceux qui ne font l'objet d'aucun suivi.

L'on peut se demander si les effets des traitements pharmacologiques et psychosociaux sont additifs. Les deux études de May et de ses associés (Davis et al., 1980), ainsi que celles de Hogarty et de ses associés (1974), semblent vouloir confirmer cette hypothèse. Dans un éditorial du *Schizophrenia Bulletin* portant sur les traitements psychosociaux, Mosher et Meltzer (1980) ont souligné que les interventions psychosociales étaient non seulement utiles, mais encore que leurs effets étaient différents de ceux obtenus au moyen de la médication et qu'il fallait donc les voir comme un complément des psychotropes :

«Common sense tells us, for example, that although drugs will not teach patients vocational skills or to budget and shop for themselves, they can help facilitate such learning by diminishing psychotic symptoms ... As we become more and more aware that the most characteristic of what is labeled «chronic» or «institutionalized» schizophrenia is low social competence, and that this is independent of psychotic symptoms, psychosocial treatment approaches assume greater importance ... the comprehensiveness of the psychosocial treatment program and approaches assume greater importance..., the comprehensiveness of the psychosocial treatment program and the availability of a social network to reinforce, maintain, and support the gains achieved by more formal treatment programs, of which psychopharmacology may be an essential element, appear to be critical» (1980, 8-9).

Les médicaments anti-psychotiques et les interventions visant spécifiquement le fonctionnement

psychosocial des individus pourraient donc induire des effets complémentaires, les premiers réduisant les symptômes positifs ainsi que les rechutes et les seconds améliorant le fonctionnement psychosocial des patients.

### **Constatation sur l'efficacité des programmes communautaires**

Il est donc possible d'avancer, à ce stade, qu'un programme de traitement communautaire doit regrouper les différentes formes de traitements suivantes : la prescription de psychotropes, afin de réduire les symptômes positifs et les risques de rechute, ainsi que des interventions visant à assurer une prise régulière des médicaments, une surveillance par le personnel de base, et une auto-évaluation constante de la gravité des symptômes, par le bénéficiaire; une relation thérapeutique de qualité, afin de diminuer le nivellement de l'affect (cet énoncé demeure toutefois de nature spéculative); le développement des aptitudes sociales ainsi que d'autres programmes de formation pour améliorer le fonctionnement psychosocial; une intervention favorisant le fonctionnement professionnel ou la participation à une activité significative pour le bénéficiaire. Il faut également envisager d'intervenir pour éliminer les habitudes de consommation excessive d'alcool, le cas échéant.

En théorie, ces différentes interventions pourraient être offertes dans le cadre d'un établissement hospitalier, mais il faut garder à l'esprit qu'un milieu hospitalier ne favorisera pas l'acquisition de nouvelles aptitudes. Ce n'est qu'au sein de la collectivité que l'ex-patient pourra mettre ses capacités en pratique et prendre conscience de ses acquisitions, en les confrontant à la réalité de ses différents milieux de vie.

### **L'ENVIRONNEMENT**

Si les programmes communautaires doivent être considérés comme un ensemble de conditions permettant d'offrir les traitements voulus, certaines données suggèrent cependant qu'ils ne sauraient constituer un facteur de changement en soi.

Selon divers auteurs (Hammer et al., 1978; Vaughn et Leff, 1976; Mosher et Keith, 1980), la modification de l'environnement social d'un individu par le biais d'un programme de traitement com-



munautaire peut avoir en soi des conséquences, tant négatives que positives, sur les résultats obtenus. Nous exposerons ici les résultats qui tendent à démontrer que l'environnement offert par un programme de traitement communautaire ou par le milieu de vie est susceptible d'avoir une incidence sur l'intégration des patients au sein de la collectivité.

Selon Subotnick (1972), les caractéristiques de l'environnement permettraient de prévoir l'incidence des problèmes psychologiques, tandis que pour Gibbs (1980), Rabkin, (1980) et Sartorius et al. (1978), le stress découlant des événements de la vie quotidienne et le soutien social seraient deux facteurs environnementaux susceptibles d'exercer un effet sur l'incidence des problèmes psychologiques.

### **Un réseau du support social**

Quant aux personnes souffrant de désordres mentaux, leur environnement immédiat constituerait le principal déterminant de leur adaptation post-hospitalière, d'après l'étude rétrospective effectuée par Graham et al., (1974). Par ailleurs, Kayton et al. (1976) ont remarqué que le milieu de convalescence des jeunes adultes schizophrènes constituait un prédicteur valable des résultats thérapeutiques, un milieu favorable offrant un sentiment de sécurité tout en favorisant l'individualisation.

Or, isolés sur le plan social, la plupart des patients chroniques ne font partie d'aucun réseau de soutien pouvant les aider à faire face aux exigences de la société (Wallace et al., 1980). Leur famille, qui constitue l'unique réseau naturel dont ils bénéficient, risque d'être un facteur de réhospitalisation, lorsqu'elle entretient des relations difficiles, hostiles ou surprotectrices avec les patients (Brown et al., 1972; Vaughn et Leff, 1976).

Il semble que certains programmes de traitement communautaire ont su procurer le soutien social nécessaire aux patients. Toutefois, selon Beard et al. (1978), d'une part, et Test et Stein (1978a), d'autre part, la majorité d'entre eux ont rechuté dès qu'ils ont cessé de bénéficier de tels programmes, ce qui pourrait s'expliquer par l'absence d'un réseau naturel de soutien social, ainsi que par l'incapacité des patients à tisser des liens interpersonnels. D'après ces auteurs, les programmes de formation, destinés à inculquer aux patients psychiatriques chroniques les aptitudes sociales qui leur sont nécessaires, devraient être élargis et adaptés aux dif-

férents milieux sociaux auxquels ils appartiennent.

Klein et al. (1974) ont aussi constaté que le soutien social provenant du voisinage et de la collectivité influençait les progrès accomplis par les patients schizophrènes chroniques, une fois sortis de l'hôpital. Bien que la méthodologie employée par ces auteurs soit faible, leurs résultats demeurent néanmoins intéressants.

L'importance du soutien social nécessaire varie énormément d'un individu à l'autre, d'une part, et d'un moment à l'autre pour un même individu, d'autre part. Des programmes communautaires visant à prévenir les hospitalisations devraient aider chacun de leurs bénéficiaires à bâtir et à conserver un réseau de soutien minimal. À la limite, un tel réseau pourrait se constituer d'un responsable de cas. Toutefois, la méthode, consistant à inciter les bénéficiaires à se servir de leur réseau de soutien pour régler leur problème et surmonter les moments difficiles de leur existence, reste critiquée.

### **Faire face au stress**

Notre analyse du quotidien des patients dits «chroniques» au Québec nous a permis de constater que ceux-ci sont soumis à des facteurs de stress importants et constants, tels qu'un faible revenu, des conditions de logement malsaines, une alimentation mal équilibrée, le chômage dans une société qui valorise l'individu d'après l'emploi qu'il occupe, le rejet social et l'étiquette de «fou». Il est raisonnable de penser que l'intensité et la constance de ces facteurs de tension sont liées au taux de rechutes. Ces conditions sociales n'étant pas prêtes de changer à court terme, il est indispensable d'inclure au nombre des interventions offertes, dans le cadre des programmes communautaires, des séances de formation visant à inculquer aux patients des méthodes qui leur permettraient de faire face aux tensions rencontrées et d'en régler les problèmes. L'efficacité de telles interventions ayant déjà été démontrée, il est raisonnable de penser qu'elles rendraient leurs bénéficiaires plus résistants aux effets nuisibles du stress de la vie quotidienne.

### **Lieu d'hébergement**

Les résultats obtenus à ce jour portent sur l'environnement extérieur aux programmes de traitement communautaires. Mais quelques études semblent également indiquer que le milieu offert par ces pro-

grammes aurait également son importance.

Se fondant sur les travaux de Spadoni et Smith (1969), ainsi que de Carpenter et al. (1977), Beck (1978) a conclu qu'il faudrait qu'une résidence communautaire soit dotée d'une structure précise permettant d'articuler clairement les rôles des patients et du personnel; d'établir des limites fermes et de laisser aux spécialistes responsables du traitement, plutôt qu'aux patients, la responsabilité de prendre les décisions voulues, afin de réduire le nombre de réhospitalisations.

Cette dernière conclusion découle de résultats isolés. Une telle évaluation, bien que subjective et a posteriori, n'est certes pas dépourvue d'importance pour le moment, dans la mesure où elle souligne les éléments à considérer dans l'élaboration des programmes de traitement communautaire.

### Constatation

L'environnement semble exercer une influence sur l'intégration des patients psychiatriques au sein de la collectivité. Les programmes de traitement communautaire doivent inclure les interventions visant à aider chaque bénéficiaire à mettre sur pied, à entretenir et à se servir d'un réseau de support social. De plus, il faut fournir des interventions spécifiques, afin de les aider à faire face aux événements pressants de la vie quotidienne. Certaines caractéristiques de l'organisation des résidences communautaires semblent faciliter et soutenir le fonctionnement des bénéficiaires.

## LA STRUCTURE ADMINISTRATIVE

Ajoutons que la structure même de ces programmes semble également dotée d'importance. Pour être en mesure de réduire le taux des réhospitalisations, les programmes de traitement communautaire devraient probablement présenter les caractéristiques suivantes : un personnel qualifié en nombre suffisant, ainsi qu'un financement adéquat et assuré pour la durée du projet (Bachrach, 1982; Kovess et Murphy, 1983).

## CONCLUSION : CARACTÉRISTIQUES DES PROGRAMMES DE TRAITEMENT COMMUNAUTAIRE

Pour qu'un programme de traitement communautaire aide les bénéficiaires à s'intégrer au sein de la collectivité, il faut qu'il soit constitué de multi-

ples composantes qui visent à réduire ou éliminer les difficultés présentées par ces personnes. Les bénéficiaires doivent pouvoir profiter, selon leurs besoins, d'une ou de plusieurs de ces composantes de traitement. Il faut atténuer les symptômes tant positifs que négatifs, améliorer le fonctionnement psychosocial et professionnel des patients, ainsi que leur capacité de faire face au stress et de résoudre leurs problèmes, afin de prévenir les rechutes. Le programme devrait inclure des chimiothérapies; des interventions visant à encourager une prise régulière des médicaments jugés nécessaires; les mécanismes de formation susceptibles d'aider tant le personnel que les patients à évaluer la symptomatologie; une relation stable; des mécanismes permettant d'inculquer aux patients les aptitudes sociales dont ils ont besoin; des programmes de formation professionnelle visant à permettre aux patients de se trouver un emploi ou d'exercer une activité significative; des mécanismes de formation visant à enseigner aux patients les aptitudes pouvant les aider à faire face au stress et résoudre leurs problèmes; des interventions destinées à les aider à réduire leur consommation d'alcool; des milieux résidentiel, social et communautaire propices à l'amélioration de l'état des patients, afin que ceux-ci puissent accomplir des progrès soutenus et durables.

Les interventions mentionnées ci-dessus devraient être intensives, prolongées et dirigées vers des objectifs précis. Il conviendrait en outre d'étudier les interactions entre les différents traitements (surtout en ce qui a trait aux médicaments) et d'individualiser les programmes d'intervention, les répercussions de ces interactions étant inconnues pour l'instant.

Les intervenants sociaux devraient être intégrés aux programmes de traitement. Il faudrait veiller à ce que les patients puissent appliquer leurs acquis à leur milieu de vie, afin qu'ils soient en mesure d'établir leur propre réseau social. L'on devrait, en outre, prendre en considération les interactions constantes entre le milieu de vie des patients et les interventions qui leur sont offertes.

La résidence communautaire devrait offrir une atmosphère stimulante et un milieu structuré, tout en mettant l'accent sur l'autonomie des patients. Elle devrait disposer d'un personnel suffisamment nombreux, en mesure de créer une relation thérapeutique de qualité, au fait des différentes interventions

disponibles et capable d'adopter les attitudes voulues à l'endroit des patients chroniques. Enfin, les ressources matérielles et humaines devraient être suffisantes et adéquates.

On s'aperçoit, en parcourant l'ensemble des travaux publiés sur la question, que les traitements visant l'intégration sociale des patients psychiatriques chroniques tendent à devenir de plus en plus complexes et spécifiques. L'on obtient des résultats d'autant meilleurs que les différentes caractéristiques des patients y sont prises en considération, tout comme celles de l'environnement dans lequel ils évoluent.

Il importe toutefois de situer ces résultats dans leur contexte, soit celui de l'expérimentation sociale. L'une des principales limites des travaux de recherche évaluative portant sur l'efficacité des traitements communautaires résulte de l'absence d'objectifs thérapeutiques et, en conséquence, d'interventions spécifiques et de critères d'évaluation appropriés. L'absence d'objectifs bien définis constatée dans la plupart des études recensées semble refléter l'orientation générale de programmes communautaires, à savoir une orientation administrative négligeant la dimension clinique du problème. Ainsi sommes-nous tenues de constater, dans le cadre de l'évaluation de l'ensemble des nouveaux programmes communautaires que nous effectuons à l'heure actuelle dans la région sud-est de Montréal, que l'élaboration de ces programmes repose une fois de plus sur des décisions administratives.

Enfin, nous tenons à insister tout particulièrement sur les deux points suivants : non seulement convient-il d'augmenter le nombre des programmes communautaires destinés aux patients psychiatriques chroniques, mais encore faut-il élaborer des interventions qui tiennent systématiquement compte de leurs besoins. En l'absence des mesures préconisées ici, ces patients continueront d'être les grands perdants de la situation qui prévaut actuellement.

#### NOTE

1. Le lecteur notera que toutes ces recensions ont été publiées avant 1982. Elles incluent les études qui ont évalué globalement l'impact auprès des bénéficiaires des programmes communautaires. Prenant pour acquis que l'efficacité de tels programmes a été démontrée, les chercheurs et cliniciens ont mené ensuite des études visant à raffiner et puis à évaluer, une par une, les composantes des programmes. (La plupart de ces travaux ont été recensés récemment dans un numéro spécial de la revue *Schizophrenia Bulletin*, 1986, 12, n° 4).

#### RÉFÉRENCES

- BACHRACH, L., 1982, Assessment of outcomes in community support systems : Results, problems and limitation, *Schizophrenia Bulletin*, 8, 39-60.
- BEARD, J. H., MALAMUD, T. J., ROSSMAN, E., 1978, Psychiatric rehabilitation and long-term rehospitalization rates : The findings of two research studies, *Schizophrenia Bulletin*, 4, 622-635.
- BECK, J. C., 1978, Social influences on the prognosis of schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 4, 86-101.
- BRAUN, P., KOCHANSKY, G., SHAPIRO, R., GREENBERG, S., GUDERMAN, J. E., JOHNSON, S., SHORE, M. F., 1981, Overview : Deinstitutionalization of psychotic patients, *American Journal of Psychiatry*, 138, 736-749.
- BROWN, G. W., BIRLEY, J. L. T., WING, J. K., 1972, Influence of family life on the course of schizophrenia disorders, *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- CARPENTER, M. D., 1978, Residential placement for the chronic psychiatric patient : A review and evaluation of the literature, *Schizophrenia Bulletin*, 3, 384-398.
- CARPENTER, W. T., Jr., MCGLASHAN, T. H., STRAUSS, J. S., 1977, The treatment of acute schizophrenia without drugs : An investigation of some current assumptions, *American Journal of Psychiatry*, 134, 14-20.
- COMETA, M. S., HARRISON, J. K., ZISHOREN, M., 1979, Halfway to where? A critique of research on psychiatric halfway houses, *Journal of Community Psychology*, 7, 23-27.
- DAVIS, J. M., SCHAFFER, C. B., KILLIAN, G. A., KINARD, C., CHAN, C., 1980, Important issues in the drug treatment of schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 6, 70-87.
- GIBBS, M. S., 1980, Social class, mental disorder and the implications for community psychology, in Gibbs, M. S., Lachenmeyer, J. R., Segal, S. J. SEGAL, eds., *Community Psychology : Theoretical and Empirical Approaches*, New York, Gardner Press, 19-80.
- GOLDBERG, S. C., SCHOOLER, N. R., HOGARTY, C. E., ROPER, M., 1977, Prediction of relapse in schizophrenic outpatients treated by drug and socio-therapy. *Archives of General Psychiatry*, 34, 171-184.
- GRAHAM, J., FRIEDMAN, I., PAOLINO, A., LILLY, R., 1974, An appraisal of the therapeutic value of mental hospital milieu, *Journal of Community Psychology*, 2, 153-160.
- HAMMER, M., MAKIESKY-BARROW, S., GUTWIRTH, L., 1978, Social networks and schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 4, 522-545.
- HODGINS, S., GASTON, L., 1987, Rôle et efficacité des programmes de traitement communautaire auprès des patients psychiatriques chroniques, *Santé Mentale au Canada*, 35, n° 1, 7-10.
- HOGARTY, G. E., GOLDBERG, S. C., SCHOOLER, N. R., ULRICH, R. F., 1974, Drug and sociotherapy in the after-care of schizophrenic patients : II. Two-year relapse rates, *Archives of General Psychiatry*, 31, 603-608.
- KAYTON, L., BECK, J., KOH, S., 1976, Post psychotic state, convalescent environment, and therapeutic relationship in schizophrenia outcome, *American Journal of Psychiatry*, 133, 1269-1274.
- KLEIN, H. E., PERSON, T. M., ITIL, T. M., MARCHBANK, G., 1974, Significant social variables in favorable community adjustment of schizophrenics : A 5-year follow-up, *American Journal of Public Health*, 64, 813-814.
- KNIGHT, R. A., ROFF, J. D., BARNETT, J., MOSS, J. L., 1979, Concurrent and predictive validity of thought disorder and affectivity : A 22-year follow-up of acute schizophrenics, *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 1-12.

- KOVESS, V., MURPHY, H. B. M., 1983, Philosophies et pratiques de la psychiatrie communautaire, *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 31, 2-7.
- LIBERMAN, R. P., 1986, Psychiatric rehabilitation of schizophrenia : Editor's introduction, *Schizophrenia Bulletin*, 12, 540-541.
- LIBERMAN, R. P., MUESER, K. T., WALLACE, C. J., JACOBS, H. E., ECKMAN, T., MASSEL, H. K., 1986, Training skills in the psychiatrically disabled : Learning coping and competence, *Schizophrenia Bulletin*, 12, 631-647.
- MAY, P. R. A., 1974, Part I : A critique of reviews of the literature, *Comprehensive Psychiatry*, 15, 179-185.
- MOSCOWITZ, I., 1980, The effectiveness of day hospital treatment : A review, *Journal of Community Psychology*, 8, 155-164.
- MOSHER, L. R., MELTZER, H. Y., 1980, Drugs and psychological treatment : Editor's introduction, *Schizophrenia Bulletin*, 6, 8-9.
- MOSHER, L. R., KEITH, S. J., 1980, Psychosocial treatment : Individual, group, family, and community support approaches, *Schizophrenia Bulletin*, 6, 10-41.
- RABKIN, J. G., 1980, Stressful life events and schizophrenia. A review of the research literature, *Psychological Bulletin*, 87, 408-425.
- ROFF, J. D., KNIGHT, R., 1978, Young adult schizophrenics : Prediction of outcome and antecedent childhood factors, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 947-952.
- SARTORIUS, N., JABLENSKY, A., SHAPIRO, R., 1978, Cross-cultural differences in the short-term prognosis of schizophrenic psychosis, *Schizophrenia Bulletin*, 4, 102-113.
- SPADONI, A. J., SMITH, J. A., 1969, Milieu therapy in schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, 20, 547-551.
- STRAUSS, J. S., CARPENTER, W. T., Jr., 1981, *Schizophrenia*. New York, Plenum Press.
- STRAVYNSKY, A., BOULANGER, J., 1982, L'entraînement aux aptitudes sociales : Fondements empiriques et considérations cliniques, *Journal de Thérapie Comportementale*, n° 2, 36-49.
- SUBOTNICK, L., 1972, Spontaneous remission. Fact or artifact?, *Psychological Bulletin*, 77, 32-48.
- TEST, M. A., STEIN, L. I., 1978a, Community treatment of the chronic patient : Research overview, *Schizophrenia Bulletin*, 4, 350-364.
- TEST, M. A., STEIN, L. I., 1978b, *Training in Community Living : Research Design and Results in Alternatives to Mental Hospital Treatment*, New York, Plenum Press.
- VAUGHN, C. E., LEFF, J. P., 1976, The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness, *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.
- WALLACE, C., NELSON, C., LIBERMAN, R., AITCHINSON, R., LUKOFF, D., EIDER, J., FERRIS, C., 1980, A review and a critique of social skills training with schizophrenic patients, *Schizophrenia Bulletin*, 6, 42-63.

#### SUMMARY

Community programmes are designed to help clients establish themselves permanently in the community to succeed, these programmes must include several treatment components each addressing a specific problem presented by the clients. These components include : drug therapy, an intervention to encourage clients to take medications as prescribed ; an intervention to train staff and clients to evaluate symptoms aetiology ; a stable relationship ; social skills training ; vocational training or an intervention which aims to help clients participate regularly in an activity of their choice ; stress inoculation ; problem solving ; an intervention to reduce the use of alcohol ; residences which will provide support to the clients.