

Évaluation de l'efficacité à long terme d'un programme de réinsertion sociale

Evaluation of long-term efficacy of a rehabilitation program

Marina Bandeira, Alain Lesage, Raymond Morissette et Luc Granger

Volume 19, numéro 2, automne 1994

Le suicide

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032320ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032320ar>

[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

Bandeira, M., Lesage, A., Morissette, R. & Granger, L. (1994). Évaluation de l'efficacité à long terme d'un programme de réinsertion sociale. *Santé mentale au Québec*, 19(2), 177–190. <https://doi.org/10.7202/032320ar>

Résumé de l'article

Cette recherche évalue l'impact d'un programme de réinsertion sociale développé à l'unité 304 de l'hôpital Louis-H. Lafontaine pour préparer et suivre les patients psychiatriques de longue durée dans leur réinsertion dans la communauté. Trois ans après leur sortie de l'hôpital, les patients ayant participé au programme ont été comparés à des patients-contrôle appariés sortant d'autres unités. Les résultats indiquent que la participation au programme, couplée à un milieu résidentiel supervisé par du personnel professionnel, favorise une meilleure réinsertion des patients de longue durée.



Évaluation de l'efficacité à long terme d'un programme de réinsertion sociale

Marina Bandeira*
Alain Lesage**
Raymond Morissette***
Luc Granger****

Cette recherche évalue l'impact d'un programme de réinsertion sociale développé à l'unité 304 de l'hôpital Louis-H. Lafontaine pour préparer et suivre les patients psychiatriques de longue durée dans leur réinsertion dans la communauté. Trois ans après leur sortie de l'hôpital, les patients ayant participé au programme ont été comparés à des patients-contrôle appariés sortant d'autres unités. Les résultats indiquent que la participation au programme, couplée à un milieu résidentiel supervisé par du personnel professionnel, favorise une meilleure réinsertion des patients de longue durée.

Le mouvement de désinstitutionnalisation des patients psychiatriques entrepris en Amérique du Nord au cours des années soixante ne s'est pas fait sans difficulté. Plusieurs auteurs n'hésitent pas à dire qu'il a provoqué des problèmes majeurs, notamment une mauvaise qualité de vie de ces patients dans la société. Ces patients sont souvent pauvres, mal hébergés, chômeurs et doivent être réhospitalisés de façon répétitive (Scheper-Hughes, 1988; Dorvil, 1987; Losson et Parrate, 1988; Wallot, 1988; Herman et Smith, 1989). Quant aux patients toujours hospitalisés en longue durée, tout porte à croire

* Professeur, FUNREI, chercheur du CNP, Brésil.

** Chercheur, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.

*** Chef de service psychiatrique des ressources communautaires, Hôpital Louis-H. Lafontaine.

**** Chef du département de psychologie, Université de Montréal.

REMERCIEMENTS.

Le projet a été soutenu par le Conseil Québécois de la Recherche Sociale (RS — 1331-08). M. Bandeira et A. Lesage bénéficiaient respectivement de bourse postdoctorale de CAPES (Brésil) et de bourse de chercheur du Fonds de la Recherche en Santé du Québec au moment de la réalisation de cette étude.

qu'ils présentent des handicaps plus importants que ceux qui ont été sortis des hôpitaux dans les précédentes décennies (Lesage et Morissette, 1993), et ils continuent de commander des ressources considérables (Rocheffort, 1992). Malgré ces difficultés, il existe une volonté de poursuivre le mouvement de désinstitutionnalisation (Comité de la Politique de Santé Mentale, 1987). Pour ce faire, des unités hospitalières spécifiques visant à préparer les patients de longue durée pour la réinsertion sociale ont été développées afin d'éviter les échecs de réinsertion dans la communauté, mais les résultats semblent modestes.

Ainsi, Farkas et al. (1987), évaluant 54 patients surtout schizophrènes âgés d'environ 40 ans et ayant 16 ans d'hospitalisation, obtiennent des résultats qu'ils qualifient de décevants. Seulement 8 patients (15 %) ont été capables de vivre en dehors de l'institution durant la période de l'étude, et 24 n'ont jamais reçu leur congé. Ces auteurs n'observent aucune amélioration significative du fonctionnement des patients qui sont sortis de l'hôpital, au niveau des habiletés de vie et du fonctionnement occupationnel et résidentiel. L'étude de Presley et al. (1982) sur une unité psychiatrique de longue durée rapporte également des résultats modestes, car 43 % des patients ne présentent aucun progrès trois ou quatre ans après leur admission à l'unité.

Ces difficultés sont vraisemblablement reliées à quatre facteurs principaux : 1) impossibilité de choisir des patients moins handicapés dont les chances de réinsertion seraient plus grandes ; 2) manque d'objectifs réalistes de réadaptation pour cette clientèle ; 3) manque de suivi serré dans les mois suivant la sortie ; 4) manque de ressources résidentielles adéquates pour cette clientèle. Pour sa part, l'hôpital Louis-H. Lafontaine a développé une unité de réinsertion sociale pour les patients de longue durée dont l'impact a été évalué à court terme, au cours d'une période de neuf mois de suivi, après la sortie des patients de cette unité (Lesage et Morissette, 1988 ; 1992).

Le présent travail fait part du suivi à plus long terme de ce programme, à travers l'examen de l'évolution des patients 36 mois après leur sortie. Ce programme de réinsertion sociale devrait améliorer les habiletés de vie, diminuer le niveau des soins requis et les symptômes des patients. Les gains réalisés devraient se maintenir dans le temps comparativement à ce qui se produit dans le cas des patients qui n'ont pas participé à un tel programme.

Méthode

Description du programme

Les éléments suivants, inspirés entre autres de l'avis du Comité de la Santé Mentale (1985), sont considérés comme la clef d'un programme de réadaptation adéquat.

- 1) Objectifs globaux. Des attentes réalistes s'imposent dans le respect du rythme vis-à-vis les handicaps sévères et les forces de ces patients. Le personnel doit travailler à diriger les patients vers les ressources les plus légères possibles pour répondre à leurs besoins.
- 2) Fonctionnement multidisciplinaire et inter-programme. L'unité fonctionne sur un mode multidisciplinaire (psychiatrie, ergothérapie, nursing, service social) afin de mieux identifier, évaluer et satisfaire les besoins du patient, tant cliniques que psychologiques, existentiels et sociaux.
- 3) Activités de réadaptation. Le personnel organise un milieu de vie orienté vers la sortie de l'hôpital, en privilégiant l'accompagnement des patients vers des structures hors de l'hôpital, comme les centres de jour, pour aller y chercher les services dont ils pourraient avoir besoin (entraînement aux habiletés sociales, aux habiletés de vie, loisirs, et autres). La médication psychotrope, une partie intégrante de la pratique de la réadaptation, est à revoir afin d'obtenir le dosage optimal. Une approche psychoéducative est préconisée avec les familles.
- 4) «Case management». Dans les premières semaines cruciales qui suivent la sortie, des contacts fréquents, hebdomadaires autant que possible, sous forme de visites aux nouveaux sites résidentiels, s'effectuent par des membres de l'équipe multidisciplinaire. L'équipe assure le suivi des patients sortis de l'unité et veille à ce qu'ils obtiennent les services requis. La responsabilité clinique demeure celle du psychiatre de l'unité, qui est également chef du service de psychiatrie au programme des ressources communautaires.
- 5) Intervention de crise et maintien de la spécificité de l'unité. Par sa continuité de services, l'équipe clinique doit pouvoir repérer les crises avant qu'elles ne prennent trop d'ampleur et intervenir dans les ressources résidentielles. L'équipe s'engage à évaluer tout patient se présentant à l'urgence et à l'orienter afin de le réintégrer le plus rapidement possible à l'extérieur, y compris en y intensifiant le suivi.

L'unité décrite devait plus efficacement favoriser une amélioration clinique et psychosociale de même qu'une plus grande sortie de

patients par rapport à la pratique habituelle. Les autres unités du programme de longue durée allaient poursuivre des activités de réinsertion. Durant la période de l'étude, elles pouvaient référer des patients au 304, ou faire elles-mêmes leurs sorties. Ces unités ne disposaient que d'un personnel restreint. Les unités avaient accès aux mêmes ressources communautaires que l'unité, bien que le nombre de places au foyer était minime.

Devis

L'efficacité du programme de réinsertion sociale de l'unité 304 est évaluée en comparant un groupe de patients qui en sont sortis (groupe S304, N=22) avec un groupe de patients sortis d'autres unités de l'hôpital (groupe SAUT, N=19). Les patients ont été appariés selon l'âge, le sexe, le diagnostic et la durée d'hospitalisation. Une analyse ponctuelle de la différence entre ces groupes au suivi de trois ans est réalisée, ainsi qu'une analyse de leur évolution dans le temps.

Deux autres groupes de patients ayant fait partie du tout premier suivi (Lesage et Morissette, 1992) sont également évalués et rapportés ici afin de donner une image plus globale du programme et de la clientèle hospitalisée en longue durée. Il s'agit de patients admis à l'unité de réinsertion au tout début de l'étude (groupe E304, N=23), ainsi que de patients qui y ont été refusés (groupe REFUS, N=24), patients de longue durée moins aptes à la réinsertion à ce moment-là. Quatre patients du groupe E304 se retrouvent également dans le groupe S304.

Les instruments de mesure

Les instruments de mesure choisis peuvent être utilisés avec une population de patients hospitalisés en soins de longue durée et présentent des propriétés métrologiques de fiabilité, de validité et de sensibilité au changement dans la population visée. Ces instruments sont les suivants :

- 1) *Nurses Observation Scale for Inpatient Examination* (NOSIE; Honigfeld et Klett, 1965). Cet instrument sert à mesurer les changements des comportements liés aux symptômes psychotiques positifs et négatifs. Ce questionnaire de 32 items cotés sur une échelle de fréquence d'apparition en 5 points est rempli en entrevue avec le personnel responsable du patient et par observation directe.
- 2) *Independent Living Skills Schedule* (ILSS; Wallace, 1986; Cyr et al., 1993). Cette mesure fine des différentes habiletés de vie quotidienne à travers 118 items divisés en 8 échelles est remplie avec le personnel traitant par un interviewer entraîné. Elle cou-

vre, par exemple, l'hygiène personnelle, les habitudes alimentaires et l'entretien ménager, la préparation des repas, la gestion de l'argent, l'utilisation des transports en commun, les loisirs et l'occupation du temps.

- 3) *Hospital and Hostels Practices Profile Survey* (HPPPS; Ryan, 1979). Cette mesure de la qualité du milieu de vie des patients, du degré de liberté et d'autonomie autorisé, a été ici utilisée parce que les sujets de notre étude étaient très généralement soit hospitalisés soit en structures résidentielles protégées. Le questionnaire est rempli par un interviewer avec l'infirmière chef de l'unité ou le responsable de la résidence et se compose de 52 items cotés présent-absent. Les items couvrent, par exemple, le degré de liberté par rapport à l'horaire (entrée le soir, coucher, lever), la participation dans le choix des repas, les effets personnels, l'habillement, le contrôle du budget.
- 4) *Grille New York* (GNY; Furman et Lund, 1979). Cet instrument évalue plusieurs dimensions comme la communication-compréhension, la santé physique et mentale, le comportement, les activités quotidiennes, la médication psychiatrique, etc. Il comporte 140 items complétés par le personnel et permet, grâce à un score global — physique d'une part et psychiatrique d'autre part — de proposer le type d'hébergement à prévoir pour un patient selon trois niveaux de besoins de soins. Le premier concerne les soins dispensés dans la communauté, le deuxième ceux obtenus dans un environnement supervisé (dit de réadaptation), et le dernier, les soins d'intervention et de supervision intensifs hospitaliers.

Analyse

Les données concernant les groupes S304 et SAUT sont analysées au moyen d'une Manova, d'Anova et d'une analyse de régression multiple sur les données du début de l'étude jusqu'à 3 ans de suivi. Les données du début ont été recueillies immédiatement après que les patients des groupes S304 et SAUT soient sortis de l'hôpital, les auteurs n'ayant pas eu la possibilité de faire l'évaluation avant le début du programme (Lesage et Morissette, 1992). Les résultats des deux autres groupes (E304 et REFUS) sont présentés à titre de comparaison qualitative.

Résultats

Données socio-démographiques et cliniques

Les patients des quatre groupes évalués ne présentent pas de différences significatives par rapport aux variables âge, sexe, âge

moyen à la première hospitalisation, statut civil de célibataire et diagnostic principal de schizophrénie.

Tableau 1
Comparaison de certaines caractéristiques
démographiques et cliniques

Groupe	Variables								Diagnostic principal de schizophrénie
	Âge		Sexe		Statut civil Célibataire	Âge à la première hospitalisation			
	Moyenne	Écart-type	H	F		Moyenne	Écart-type		
S304	42.7	2.3	50 %	50 %	63.6%	26.0	1.9	68.7%	
Saut	39.6	2.9	47.4%	42.6%	84.2%	23.3	0.6	84.2%	
E304	43.9	1.9	69.6%	30.4%	73.9%	28.3	1.2	69.6%	
Refus	46.4	2.2	54.2%	45.8%	87.5%	23.9	1.2	83.5%	

Il y a une différence significative entre les quatre groupes quant au nombre total d'hospitalisations au cours de la vie. Les patients des groupes S304 et SAUT ont été hospitalisés durant près de 4 ans avant leur sortie (N.S.). Les sujets avaient été appariés par rapport à cette variable. Mais les patients entrant au 304 (E304) ont été hospitalisés pendant 6 à 7 ans, alors que ceux qui y ont été refusés le sont depuis 12 à 15 ans.

Les groupes S304 et SAUT sont comparables par rapport à la dose équivalent-chlorpromazine de médication neuroleptique reçue par jour à 3 ans de suivi (S304=815.00mg E.T.=920.69 et SAUT=844.84 mg, E.T.=668.57). Les différences comportementales et cliniques observées entre ces deux groupes à 3 ans de suivi ne peuvent donc pas être expliquées par la variable médication.

Évaluation de l'impact du programme

- 1) *Symptômes psychiatriques.* La comparaison entre les groupes S304 et SAUT (tableau 1) montre que les patients préparés à la réinsertion sociale (S304) présentent, après 3 ans, moins de symptômes psychiatriques, selon l'évaluation par questionnaire NOSIE. On peut se demander sur quel type de symptômes cette différence se fonde. Si on sépare les items concernant les symptômes positifs (délires, hallucinations) et négatifs (retrait, ralentissement, pauvre motivation), on observe que les groupes S304 et SAUT diffèrent fondamentalement par rapport aux symptômes négatifs ($F=14.87$, $p<.001$) et non par rapport aux symptômes positifs.

Tableau 2

Symptômes psychiatriques, habiletés de vie quotidienne et degré de liberté autorisé par le milieu résidentiel des patients au début de l'étude et à 3 ans de suivi (NOSIE; ILSS; HHPPS).

Groupe		Symptômes psychiatriques		Habilités de vie		Degré de liberté autorisé	
Début du suivi	N	Moyenne	Écart-Type	Moyenne	Écart-Type	Moyenne	Écart-Type
S304	20 ¹	1.67	0.27	2.88	0.37	95.24	5.86
SAUT	18 ²	1.97*	0.39	2.27**	0.47	79.58***	6.08
E304	19 ³	1.86	0.36	2.41	0.35	79.00	8.74
REFUS	23 ⁴	2.17	0.44	1.84	0.48	68.58	3.37
Suivi à 3 ans							
S304	20	1.91	0.37	2.64	0.61	87.17	8.56
SAUT	18	2.25*	0.55	1.91**	0.54	76.29***	9.46
E304	19	1.95	0.47	2.64	0.45	86.41	8.39
REFUS	23	2.14	0.45	1.80	0.50	71.00	7.71

* Manova S304 et SAUT Effet Groupe: $dl=1$ $F=8.68$ $p<.05$. Effet Temps: $F=12.05$ $p<.001$.

** Manova S304 et SAUT Effet groupe: $dl=1$ $F=27.00$ $p<.05$. Effet temps: $F=8.75$, $p<.005$.

*** Manova S304 et SAUT Effet groupe: $dl=1$ $F=38.14$ $p<.001$. Effet temps: $F=9.68$ $p<.005$.

1. 2 cas manquants; pour HHPPS, $n=21$ au début et $n=18$ à 3 ans

2. 1 cas manquant; pour HHPPS, $n=17$

3. 4 cas manquants; pour HHPPS, $n=23$ au début et $n=17$ à 3 ans

4. 1 cas manquant; pour HHPPS, $n=23$ à 3 ans

Quant aux deux autres groupes, on observe que les patients présentant le plus de symptômes sont ceux qui ont été refusés à l'unité 304 (REFUS), alors que le groupe de patients entrant à cette unité (E304) ne diffère pas beaucoup de ceux présentés plus haut.

- 2) *Habiletés de vie.* En ce qui concerne les habiletés de vie (ILSS), on observe (tableau 1) que les patients participant au programme de réinsertion à l'unité 304 présentent un niveau plus élevé que ceux du groupe SAUT, tel qu'indiqué par l'effet de groupe. Malgré une détérioration dans le temps, autant que pour les symptômes psychiatriques, les patients du 304 demeurent moins symptomatiques et mieux équipés en ce qui concerne les habiletés de vie.

Les résultats de l'Anova montrent que ces deux groupes se différencient au niveau des habiletés de vie suivantes: habitudes d'hygiène ($F=22.48$, $p<.001$), capacité d'organiser son propre budget ($F=17.01$, $p<.001$) et niveau d'habileté par rapport aux loisirs ($F=7.35$, $p<.05$).

- 3) *Niveau de soins psychiatriques.* La détérioration dans le temps observée chez les patients du S304 et SAUT au niveau des

variables présentées plus haut, s'observe également lorsqu'on analyse la variable mesurée par le questionnaire Grille New York. Bien que, cette fois-ci, ces deux groupes ne soient pas différents au départ, ils le deviennent significativement après 3 ans, les patients sortis des autres unités (SAUT) présentant une plus grande détérioration ($F=4.60$, $p<.05$). Ainsi au début de l'étude, 89.47 % des patients du groupe SAUT étaient classés comme ayant un niveau de vie communautaire, et seulement 68.42 % l'étaient après 3 ans. Au départ, aucun de ces patients n'avait besoin de soins hospitaliers, alors que 15.79 % en requéraient après 3 ans.

- 4) *Réadmissions.* Lorsqu'on analyse les données par rapport à la durée des réhospitalisations après 9 mois, 2 ans et 3 ans de suivi, on n'observe pas de différence statistiquement significative entre les sujets des groupes S304 et SAUT, bien que le groupe S304 présente une tendance à avoir moins de longues hospitalisations, surtout à 3 ans de suivi (S304=299.05 jours et SAUT=417.10 jours d'hospitalisations).

Le premier rapport à 9 mois (Lesage et Morissette, 1992) avait fait ressortir des résultats significatifs concernant un sous-groupe particulier. En effet, les 11 patients sortis de l'unité 304 vers un foyer particulier (Pavillon de réinsertion sociale) présentaient une durée de réhospitalisation significativement moins élevée que leurs témoins appariés du groupe SAUT. Nous avons refait cette analyse à 3 ans de suivi, et trouvé encore une fois une différence significative (tableau 2) entre ces deux sous-groupes. De plus, si on compare ces 11 patients aux autres du groupe S304, ils ne présentent pas de différences significatives au niveau de leurs symptômes psychiatriques ou de leurs habiletés de vie. Ils présentaient cependant plus d'hospitalisations antérieures, un facteur de risque de réhospitalisation.

Une analyse qualitative de ces deux sous-groupes montre qu'à 3 ans de suivi, ces 11 patients sortis du 304 sont hébergés dans des milieux particuliers, à savoir des foyers de groupes qui fournissent un suivi, 24 heures sur 24, par un personnel spécialisé et connu des patients (d'anciens employés de l'hôpital). Il y a donc une continuité de soins et un suivi serré et spécialisé. Dans ces foyers, les patients sont incités à pratiquer les habiletés de la vie quotidienne: activités ménagères, contrôle de leur budget, et autres.

Par contre, les 11 patients témoins du groupe SAUT sont hébergés dans des pavillons ou familles d'accueil avec un personnel, inconnu des patients au départ, et où un suivi serré ne peut être fait.

Tableau 3

Nombre moyen de jours de réhospitalisations pour les patients sortis du S304 vers un foyer de groupe versus leurs témoins à 9 mois, 2 ans et 3 ans de suivi.

Groupe	Moyenne	Écart-type	N
Suivi à 9 mois			
S304	18.15	36.08	11
SAUT	73.81	85.27	11
Suivi à 2 ans			
S304	104.63	190.32	11
SAUT	361.91	231.62	11
Suivi à 3 ans			
S304	169.82	285.81	11
SAUT	613.27	384.61	11

Manova S304 et SAUT

Effet groupe: $df=1$ $F=9.04$ $p<.05$

Effet temps: $F=27.35$ $p<.001$

Effet groupe par temps $F=8.61$ $p<.001$.

Dans ce type de ressources, les patients participent moins aux activités quotidiennes.

- 5) *Degré de liberté accordé par l'environnement.* Les résultats d'une MANOVA montrent que les deux types de milieux résidentiels où sont hébergés les groupes de patients S304 et SAUT (tableau 1) sont significativement différents en ce qui concerne le degré de liberté accordé par l'environnement. Bien qu'après trois ans les deux groupes aient moins de liberté qu'au début de l'étude, le groupe S304 représente celui qui jouit du degré le plus élevé de liberté. Enfin, le niveau de liberté accordé par l'environnement demeure meilleur pour les 11 patients de S304 en foyer de groupe.

L'ensemble des variables. Afin d'évaluer l'influence conjointe de l'ensemble des variables étudiées et leur contribution relative pour expliquer la durée des réadmissions des patients des groupes S304 et SAUT, nous avons procédé à une analyse de régression multiple sur plusieurs variables. Les variables indépendantes suivantes ont été incluses: le sexe, l'âge, le fait d'avoir participé au programme de réinsertion de l'unité 304, la durée des réhospitalisations antérieures,

le niveau des symptômes psychiatriques, le niveau d'habiletés de vie, le fait d'être en foyer de groupe avec continuité de soins et suivi serré, le degré de liberté accordé par le milieu résidentiel ($dl=7$, $R^2=.40$, $F=2.628$, $p<.05$).

Les résultats indiquent qu'un facteur explique le mieux la non-réhospitalisation, c'est le milieu résidentiel qui offre un suivi serré et une continuité de soins, soit le foyer de groupe ($t=-2.207$, $p<.05$).

Discussion

Les résultats obtenus dans la présente recherche sont encourageants, car après trois ans de suivi, les patients du groupe de réinsertion ayant bénéficié d'une sortie dans un milieu supervisé de type foyer de groupe sont encore mieux adaptés quant à la majorité de nos indicateurs que ceux du groupe contrôle. Le devis de l'étude et les résultats ne permettent cependant pas de conclure quant à l'efficacité du programme de préparation à l'unité de réinsertion en tant que tel, ni sur les composantes essentielles.

Les résultats confirment une partie des hypothèses posées au départ. On constate la présence d'un plus haut niveau d'habiletés de vie et de soins communautaires, ainsi que moins de symptômes psychiatriques, chez les patients qui ont été préparés par le programme de réinsertion sociale de l'unité 304, comparativement aux patients-contrôle sortant des autres unités de l'hôpital. On observe une certaine détérioration de tous les patients dans le temps par rapport à ces variables, le groupe du 304 étant demeuré le mieux équipé pour faire face à la vie extérieure, au cours des trois ans de suivi. Des limites méthodologiques empêchent, sur cette base, de conclure avec certitude à l'efficacité du programme de l'unité de réinsertion. Malgré l'appariement des patients-contrôle sur la durée d'hospitalisation avant leur sortie, sur leur capacité d'entreprendre une réinsertion et sur d'autres variables socio-démographiques et cliniques, il y a dans les données des tendances indiquant la possibilité de différences au départ entre ces deux groupes. Il n'y a pas eu de répartition aléatoire des patients entre l'unité de réinsertion et les autres unités, ni d'évaluation avant la sortie. De tels biais pourraient expliquer que les patients du groupe S304 présentaient d'emblée plus d'habiletés et moins de symptômes que leurs témoins.

Cependant, il demeure établi que les réadmissions ont été contenues pour les patients allant dans une ressource plus supervisée de type foyer de groupe, bien que ces patients présentaient plus de risque

de réadmission que les autres du groupe S304 allant dans des ressources de type pavillon ou famille d'accueil. De plus, les patients en foyer de groupe ont maintenu leurs habiletés de vie meilleures et n'ont pas démontré de détérioration significative de leurs symptômes. Enfin, le niveau plus élevé de supervision n'a pas empêché de créer un milieu résidentiel permettant pour ces patients plus de liberté et d'autonomie que pour tout autre groupe.

Les symptômes psychiatriques constituent un des handicaps persistants. Malgré une médication neuroleptique, les symptômes de délires ou d'hallucinations ne demeurent que contenus, jamais réduits. Ils ne constituent pas un obstacle à la réinsertion, mais représentent une dimension qu'on ne peut escamoter et qui demande un savoir-faire de la part du personnel traitant, tant dans l'institution que dans les ressources résidentielles accueillant les personnes sortant de l'hôpital. On peut se demander si la présence de personnel dans le foyer de groupe n'a pas justement permis de mieux repérer et contenir les exacerbations symptomatiques qui s'associent aux réadmissions.

L'absence de gain dans les habiletés de vie quotidienne, tant chez les patients admis au 304 que ceux en sortant, y compris le groupe sorti en foyer de groupe, laisse des points d'interrogation sur les résultats du programme à ce niveau. Aurait-on obtenu de meilleurs résultats si le programme de réinsertion de l'unité 304 et du foyer de groupe avait inclu un programme spécifique d'inspiration comportementale d'entraînement aux habiletés sociales tel que décrit par Liberman (1988) ou Hogarty (1991)? Il faut mentionner que la clientèle pour laquelle ces programmes sont appliqués est plus jeune et caractérisée par de brèves hospitalisations (moins d'un an). Ainsi l'impact de l'entraînement aux habiletés sociales sur une clientèle de longue durée et le maintien de leur acquis dans le temps, après 3 ans de suivi, serait peut-être moins évident. Les résultats de la présente étude confirment l'observation de Farkas et al. (1987) concernant la lourdeur des handicaps des patients de longue durée, qui sont restés à l'hôpital après le mouvement de désinstitutionnalisation. En effet, ces auteurs ne trouvent aucune amélioration significative des habiletés de vie chez leurs patients de longue durée, 5 ans après leur sortie de l'hôpital.

Ce type de clientèle constitue un défi pour les programmes de réinsertion. Des interventions plus intensives et plus systématiques pourraient-elles arriver à des résultats plus encourageants? Pour maximiser le maintien des habiletés apprises, il serait nécessaire

d'entreprendre l'entraînement dans le milieu résidentiel des patients, après leur sortie de l'hôpital (Corrigan, 1991).

Une dernière interrogation de taille demeure, celle des coûts. Notre groupe n'a pu obtenir de fonds pour réaliser une analyse économique serrée. Selon les estimations qui nous ont été transmises par des administrateurs de l'hôpital, le coût en foyer de groupe serait comparable à celui de l'hospitalisation de longue durée. Après trois ans, les patients sortis en foyer de groupe bénéficient d'un milieu permettant plus d'autonomie dans la communauté, ils exercent plus d'habiletés de vie quotidienne et ne présentent pas plus de symptômes.

D'autres études devront examiner ces ingrédients du programme et du foyer de groupe qui sont essentiels pour favoriser une meilleure réinsertion des patients encore hospitalisés en longue durée. Lavoie et Mercier (1987) se sont penchés sur l'activité de réinsertion d'unités de longue durée et avaient évoqué le modèle de continuité des services retenu par ces unités plutôt que celui de complémentarité des services préconisé en général pour les services dans la communauté. Avec l'appui de la littérature, du contenu du programme et de notre expérience directe avec ces patients, il nous apparaît juste de considérer comme essentielle la continuité entre le programme à l'unité et celui dans les ressources résidentielles. Cette continuité comprend la présence des mêmes membres du personnel, une étroite collaboration entre le service interne et l'externe et un passage très progressif des patients entre l'un et l'autre. En ce sens, nous soutenons que pour des patients hospitalisés en longue durée, le modèle de continuité de services convient mieux pour assurer une réinsertion sociale adéquate.

RÉFÉRENCES

- BRAUN, P., KOCHANSKY, G., SHAPIRO, R., GREENBERG, S., GUDEMAN, J.E., JOHNSON, S., SHORE, M.F., 1981, Overview: Deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies, *American Journal of Psychiatry*, 138, 6, 736-749.
- Comité de la santé mentale du Québec, 1985, Avis n° IV sur la santé mentale: l'efficacité de la réadaptation, Direction Générale des publications gouvernementales, Québec.
- Comité de la Politique de Santé Mentale (Harnois, G. prés.), 1987, *Pour un partenariat élargi. Projet de politique de santé mentale pour le Québec*, Gouvernement du Québec, Québec.

- CORRIGAN, P.W., 1991, Social skills training in adult psychiatric populations: a meta-analysis, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 203-210.
- CYR, M., TOUPIN, J., LESAGE, A.D., 1993, Évaluation des habiletés de vie autonome chez les personnes psychotiques, *Santé Mentale au Québec*, XVIII, 2, 135-154.
- DORVIL, H., 1987, Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'hôpital Louis-H. Lafontaine, *Santé Mentale au Québec*, XII, 1, 79-89.
- FARKAS, M.D., ROGERS, E.S., THURER, S., 1987, Rehabilitation outcome of long-term hospital patients left behind by deinstitutionalization, *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 864-870.
- FURMAN, W.M., LUND, D.A., 1979, The assessment of patient needs: description of the level of care survey, *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 1, 29-37.
- HERMAN, N.J., SMITH, C.M., 1989, Mental hospital depopulation in Canada: patient perspectives, *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 386-391.
- HOGARTY, G.E., ANDERSON, C.M., REISS, D.J. et al., 1991, Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the after-care treatment of schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, 48, 340-347.
- HONIGFELD, G., KLETT, C.J., 1965, The Nurse observation scale for inpatient evaluation, *Journal of Clinical Psychology*, 21, 65-72.
- LAVOIE, R., MERCIER, C., 1987, Chronicité psychiatrique et organisation des soins, *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 32, 291-295.
- LESAGE, A.D., MORISSETTE, R., 1992, *Évaluation d'une unité de réinsertion d'un hôpital psychiatrique.*, Rapport déposé au Conseil québécois de la recherche sociale, ISBN: 2-9802210-1-5.
- LESAGE, A.D., MORISSETTE, R., 1993, Les besoins résidentiels et les besoins de soins des personnes souffrant de maladie mentale grave et hospitalisées en longue durée, *Santé mentale au Canada*, 41, 13-18.
- LIBERMAN, R.P., 1988, *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*, American Psychiatric Press, Washington.
- LOSSON, J.P., PARRATE, J., 1988, Désinstitutionnalisation au Québec, *Information Psychiatrique*, 64, 1289-1298.
- MORISSETTE, R., LESAGE, A.D., 1988, *Avant-projet de programmation: Unité 304*, Document déposé à l'hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.
- PRESLEY, A.S., GRUBB, A.B., SEMPLE, D., 1982, Predictors of successful rehabilitation in long-stay patients, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 66, 83-88.
- ROCHEFORT, D.A., 1992, More lessons of a different kind: Canadian mental health policy in comparative perspective, *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 1083-1090.

- RYAN, P., 1979, Residential care for the mentally disabled, in Wing, J.K. et Olsen, R., eds., *Community Care for the Mentally Disabled*, Oxford University Press, Londres.
- SCHEPER-HUGHES, N., 1988, Has deinstitutionalization failed? Caveats and lessons from U.S. and Italy, in *Regards Anthropologique en psychiatrie*, Éditions du Girame, Montréal, 161-177.
- WALLACE, C.J., 1986, Functional assessment in rehabilitation, *Schizophrenia Bulletin*, 4, 604-630.
- WALLOT, H., 1988, L'idéologie de la désinstitutionalisation en psychiatrie, *Information Psychiatrique*, 64, 1281-1286.

ABSTRACT

Evaluation of long-term efficacy of a rehabilitation program

This study evaluates the impact of a rehabilitation program developed by a specific unit (304) of Louis H. Lafontaine Hospital to prepare severely disabled long-term psychiatric inpatients for discharge. Patients who participated in the program were evaluated three years after their discharge and compared to control patients paired to them by age, sex and years of hospitalization and discharged from other units of the hospital. The results suggest that the rehabilitation program, if coupled with an adequately staffed residential environment giving patients continuous care, offers a better outcome, at least in the case of the severely disabled long-term psychiatric inpatients.