



Canadian Health Services Research **Foundation**  
**Fondation** canadienne de la recherche sur les services de santé

# **Évaluation de l'efficacité du réseau de services offerts aux personnes ayant des problèmes de santé mentale graves vivant dans la communauté**

Octobre 2001

Léo-Roch Poirier, Ph. D. (cand.)  
Malijaï Caulet, M.D.  
Louise Fournier, Ph. D.  
Céline Mercier, Ph. D.  
Deena White, Ph. D.  
Alain Lesage, MD, M.Phil, F.R.C.P.(C)

**Les partenaires décideurs** : Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

**Financé par** : La Fondation canadienne de la recherche en services de santé, le Fonds de recherche en santé du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Pour contacter le chercheur principal :

Léo-Roch Poirier  
Direction de la santé publique de Montréal-Centre  
1301 rue Sherbrooke  
Montréal, Québec  
Canada H2L 1M3

Téléphone : (514) 528-2400, poste 3576  
Télécopier : Fax: (514) 528-2598

Courriel : [lpoirier@santepub-mtl.qc.ca](mailto:lpoirier@santepub-mtl.qc.ca)

This document is available on the Canadian Health Services Research Foundation web site ([www.chrsf.ca](http://www.chrsf.ca)).

For more information on the Canadian Health Services Research Foundation, contact the foundation at:  
11 Holland Avenue, Suite 301  
Ottawa, Ontario  
K1Y 4S1  
E-mail: [communications@chrsf.ca](mailto:communications@chrsf.ca)  
Telephone: (613) 728-2238  
Fax: (613) 728-3527

Ce document est disponible sur le site Web de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé ([www.fcrss.ca](http://www.fcrss.ca)).

Pour de plus amples renseignements sur la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, communiquez avec la Fondation à l'adresse suivante :  
11, avenue Holland, bureau 301  
Ottawa (Ontario)  
K1Y 4S1  
Courriel : [communications@fcrss.ca](mailto:communications@fcrss.ca)  
Téléphone : (613) 728-2238  
Télécopier : (613) 728-3527

# Évaluation de l'efficacité du réseau de services offerts aux personnes ayant des problèmes de santé mentale graves vivant dans la communauté

Léo-Roch Poirier, Ph. D. (Cand.)<sup>1</sup>  
Malijaï Caulet, M.D.<sup>1</sup>  
Louise Fournier, Ph. D.<sup>1</sup>  
Céline Mercier, Ph. D.<sup>2</sup>  
Deena White, Ph. D.<sup>3</sup>  
Alain Lesage, M.D., M.Phil, F.R.C.P.(C)<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Montréal, Québec

<sup>2</sup>Unité de recherche psychosociale, Hôpital Douglas, Verdun, Québec

<sup>3</sup>Département de sociologie, Université de Montréal, Montréal, Québec

<sup>4</sup>Centre de recherche Fernand-Séguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal, Québec

## Remerciements :

Ce projet a été financé par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, le Fonds de recherche en santé du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Nous tenons d'abord à remercier les utilisateurs de services qui ont accepté de participer à l'étude. Nous avons aussi bénéficié d'une excellente collaboration des dispensateurs de services, que ce soit pour le recrutement des sujets ou pour nous avoir accordé quelques minutes de leur précieux temps à répondre à nos questions

Nous avons pu compter sur le travail rigoureux de Sophie Hamman, Isabelle Laurin et Luc Legris dans la réalisation des entrevues.

Les membres du comité aviseur nous ont fourni de judicieux conseils qui ont facilité notre tâche; outre les membres de l'équipe de recherche, il comprenait Madeleine Breton (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec), Donald Desrosiers (Centre hospitalier de St. Mary), Marie-Andrée Dionne et Pierre Forest (Réseau alternatif et communautaire des organismes en santé mentale), Caroline Fortin (Centre de crise TRACOM), Diane Gauthier (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre) et Solange Major (Centre L'Autre Maison).

## Principales implications pour les décideurs

Depuis maintenant plus de 40 ans, les politiques publiques privilégient le maintien dans la communauté des personnes ayant des problèmes graves de santé mentale. L'étude a permis d'identifier un certain nombre de caractéristiques associées à une réelle intégration des services favorisant le maintien des personnes dans la communauté, et dans un état de relatif bien-être et de satisfaction.

L'étude démontre que :

- L'intégration des services fait une différence quant à la satisfaction des besoins de la clientèle, à la gravité des symptômes et à l'intensité de la détresse psychologique des usagers.
- Les réseaux les mieux adaptés pour répondre aux besoins des personnes établissent des liens étroits entre des organismes offrant des services complémentaires.
- La taille du réseau de services ou l'intensité des liens entre l'ensemble de ces ressources ne sont pas déterminantes dans la façon de répondre adéquatement aux besoins de la clientèle.
- La disponibilité de services résidentiels et de réadaptation — en particulier par le travail — joue un rôle de premier plan en vue de maintenir la clientèle dans un état relatif de bien-être et de satisfaction.
- Une réponse plus adéquate aux besoins de santé physique ou mentale et aux besoins de base tels que le logement, l'alimentation ou les activités quotidiennes contribuent à l'amélioration des symptômes psychotiques et de la détresse psychologique.
- Les réseaux les plus efficaces présentent un « pôle intégrateur » où figure un centre de crise en mesure d'orienter la clientèle vers les services requis une fois la crise résorbée.
- L'existence de mini-réseaux ou de « cliques » d'organisations qui fonctionnent en parallèle à l'intérieur d'un réseau formel contribue à restreindre l'accès à l'éventail complet des services et ne favorise pas la satisfaction des besoins de la clientèle.

## **Sommaire**

Depuis maintenant plus de 40 ans, les politiques publiques privilégient le maintien dans la communauté des personnes ayant des problèmes graves de santé mentale, plutôt que de les confiner dans des asiles, comme ce fut trop longtemps le cas. Cette stratégie a bien sûr été rendu possible par des découvertes sur le plan pharmaceutique (le développement de neuroleptiques atténuant les symptômes de la psychose, par exemple) mais aussi par un changement de perception par rapport à la maladie mentale et aux personnes atteintes. On sait maintenant que celles-ci ont généralement un potentiel d'autonomie et de fonctionnement qui peut s'épanouir en autant que les services nécessaires sont disponibles et organisés de façon adéquate.

La recherche a porté sur la question de l'organisation des services et comparé trois réseaux de services offerts à cette clientèle. L'objectif était de voir à quel point le degré d'intégration de chacun de ces réseaux, c'est-à-dire l'intensité des contacts et des échanges entre les différentes ressources les composant, avait un impact sur la clientèle.

### **Les conséquences**

Le consensus qui s'est dégagé du Forum sur la santé mentale en septembre 2000 reconnaît le mandat des régies régionales d'élaborer des propositions d'intégration de services pour la population de leurs territoires. Dans ce contexte, la recherche met en évidence l'importance de l'accessibilité à des ressources complémentaires les unes par rapport aux autres et en mesure de répondre à l'ensemble des besoins de la clientèle.

### **Les résultats**

Les résultats confirment que l'intégration des services fait une différence quant à la satisfaction des besoins, à la gravité des symptômes et la qualité de vie des usagers qui ont été suivis pendant douze mois.

Les réseaux considérés "efficaces" — c'est-à-dire ceux favorisant une amélioration de l'état de santé et de bien-être des personnes rejointes — possèdent certaines caractéristiques principales :

- les organismes qui ont les contacts les plus étroits offrent des services complémentaires les uns par rapport aux autres;
- cette complémentarité leur permet d'offrir tous les services que requiert leur clientèle; il ne s'agit donc pas simplement de services de santé mais aussi de services sociaux entendus au sens large;
- la disponibilité de services résidentiels et de réadaptation (par le travail, plus particulièrement) semble jouer un rôle important;
- comme les services de crise jouent un rôle central dans chacun des réseaux, la nature des liens qu'ils établissent avec les autres ressources est déterminante. Il ne suffit pas d'être en mesure de répondre à la crise mais aussi d'offrir une porte de sortie permettant un retour satisfaisant dans la communauté;
- les ressources communautaires, en autant qu'elles sont en lien avec les autres ressources — qu'elles soient communautaires ou institutionnelles — contribuent de façon cruciale à l'efficacité du réseau. Les ressources institutionnelles prises isolément sont insuffisantes pour répondre à l'éventail des besoins qui caractérisent cette clientèle

## **L'approche**

Ces constats découlent de l'observation de groupes de patients provenant de trois réseaux de services de la région de Montréal. L'idée générale à la base de l'étude était de vérifier à quel point chacun des réseaux était en mesure de répondre aux différents besoins identifiés et, par voie de conséquence, jusqu'à quel point l'état de santé et de bien-être ainsi que la qualité de vie des usagers pouvaient s'améliorer.

Les patients étaient recrutés au moment où ils sortaient d'une période de crise - c'est-à-dire après un séjour à l'urgence, au centre de crise ou dans une unité de soins psychiatriques de courte durée. Cette stratégie a été choisie parce que c'est généralement

un moment où le recours à l'ensemble des services nécessaires est déterminant quant au maintien dans la communauté.

L'équipe a rencontré ces patients au moment du recrutement puis un an plus tard pour vérifier l'état de leur situation. Y avait-il eu amélioration? Maintien? Ou détérioration de la situation? Les questions portaient sur leurs différents besoins et la façon dont ils étaient comblés, leur qualité de vie et leur état de santé mentale.

Ces mesures de résultat ont été mises en relation avec des mesures d'intégration appliquées à chacun des trois secteurs à l'étude. Le choix de ces secteurs s'est fait de façon à ce que chacun d'entre eux présente des caractéristiques particulières par rapport aux deux autres. L'importance des liens entre les différentes ressources présentes dans ces secteurs a été considérée. Ces liens pouvaient être de quatre types : référence d'utilisateurs, échange d'information, ententes de services et rencontres.

Ces mesures ont été établies à la suite d'un inventaire de tous les organismes engagés dans la dispensation de services de santé ou sociaux auprès de la clientèle cible. Des rencontres ont été tenues avec chacune de ces ressources au cours de lesquelles un représentant clé indiquait si son organisme avait été en relation, au cours de l'année précédente, avec chacun de ceux figurant sur la liste de leur réseau.

Dans deux des trois réseaux, on a observé une amélioration, significative au plan statistique, de la situation des usagers (diminution de la détresse psychologique, du nombre de besoins non comblés et de la gravité des symptômes). Ce sont les caractéristiques de ces deux réseaux — en contraste avec le troisième où on observe aucun changement auprès de la clientèle — qui sont présentées dans la section résultats.

# RAPPORT

## CONTEXTE

La Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS), l'Institut canadien d'information sur la santé et le Comité aviseur fédéral /provincial /territorial sur les services de santé organisaient en juin 2001 un atelier sur les concepts et mesures de la continuité des soins. Dans le document préparatoire à cet atelier (1), on reprenait un constat souvent fait au cours des dernières années : la continuité des soins est généralement considérée un élément essentiel pour améliorer le système de santé mais il n'y a pas de consensus sur la façon de définir le terme ni sur la manière de la mesurer. Chaque secteur de la pratique médicale utilise le terme de manière différente et très peu de recherche tient compte du point de vue des usagers à cet égard.

Dans le domaine de la santé mentale, le concept de continuité des soins devient un élément central des politiques de désinstitutionalisation dès le début des années 1960. Au Etats-Unis, la loi créant les centres communautaires de santé mentale (*Community Mental Health Centers*) en faisait un objectif majeur. Au Canada, un important rapport sur les services psychiatriques paru aussi en 1963 identifiait la continuité des soins comme le principe général devant guider les réformes proposées (2). Par la suite, avec la mise en place de divers services dans la communauté et la régionalisation des services, on parle de plus en plus à la fois de continuité et d'intégration des soins. L'hypothèse implicite veut qu'une meilleure continuité des soins fasse en sorte que les besoins soient mieux comblés et qu'il s'en suive un meilleur résultat considéré sous l'angle de la qualité de vie, de l'état psychologique et de la satisfaction par rapport aux soins reçus.

Au Québec, en particulier, ces deux concepts d'intégration des services et de continuité figurent au centre autant de la Politique de santé mentale de 1989 que dans sa mise à jour de 1998 où on peut lire : « l'organisation des services de santé mentale s'inscrit dans les orientations d'ensemble du système de santé qui privilégie l'intégration de services sur une base locale » (3). Plus récemment encore, le Forum sur la santé mentale de septembre 2000 estimait que l'élaboration, l'implantation et l'évaluation, en concertation, de projets de réseaux locaux de services était une cible prioritaire (4).

Ce projet vise donc à répondre au questionnement que soulèvent les transformations en cours dans le domaine de la santé mentale: est-ce que des services de santé mentale organisés de façon à répondre à certains critères de continuité ont un impact significatif sur l'état de santé et de bien-être des clientèles visées, en particulier celle aux prises avec des troubles mentaux graves et vivant dans la communauté?

Plus spécifiquement, nous comparons l'organisation des services offerts à cette clientèle dans trois secteurs géographiques différents afin de déterminer

- si les diverses ressources offertes aux personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants vivant dans la communauté atteignent un niveau d'intégration permettant théoriquement une meilleure continuité des soins, et

- si cette continuité peut être mise en relation avec la satisfaction des besoins et une amélioration de l'état de bien-être des patients rejoints.

Les résultats de l'étude permettent d'identifier les caractéristiques associées à une réelle intégration des services favorisant le maintien dans la communauté de la clientèle cible dans un état de relatif bien-être et de satisfaction. C'est, dans la mesure du possible, sur

ces caractéristiques que les décideurs pourraient, par la suite, être appelés à agir afin de s'assurer de l'atteinte des objectifs de maintien dans la communauté.

Soulignons que l'ensemble de ces questions constitue un champ relativement vierge dans le domaine de la recherche sur les services en santé mentale. Jusqu'à présent, l'accent a été mis sur le développement et la validation d'échelles de résultats sur un plan individuel ou sur l'évaluation de programmes spécifiques. Nous souhaitons, pour notre part, prendre en considération l'ensemble des services offerts et les relations qu'ils entretiennent ainsi que les éventuels effets de synergie dans une perspective écologique.

Il y a quelques précédents toutefois. Nous reprenons d'ailleurs ici certains éléments inspirés des travaux réalisés dans le cadre du programme de la Robert Wood Johnson Foundation aux États-Unis au début des années 1990 (5). Un autre projet de recherche, subventionné en 1999 par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (*Using Networks to Improve Continuity of Care for Individuals with Dementia and Their Families/Caregivers* dont le chercheur principal est Louise Lemieux-Charles ) semble s'inspirer de la même approche.

Deux des membres de notre équipe de chercheurs, Céline Mercier et Deena White, avaient déjà réalisé une étude comparant trois sous-régions, selon une stratégie de recherche différente toutefois, et sans mesures auprès de la clientèle (6). Des problèmes de faisabilité ont fait en sorte qu'une des trois sous-régions à l'étude est différente de celle retenue dans cette première recherche.

## IMPLICATIONS

Le Forum sur la santé mentale auquel nous avons fait allusion dans la section précédente a dégagé un consensus, repris par la ministre de la santé et des services sociaux, concernant la mise en place de réseaux locaux de services. Les régies régionales se sont vues confier le mandat de mettre en place des modalités de concertation locale impliquant des utilisateurs de services, les dispensateurs, des représentants des familles et des proches ainsi que des personnes représentant d'autres secteurs. « Ce groupe de personnes, en collaboration avec la régie régionale, aurait le mandat d'élaborer des propositions d'intégration de services pour la population du territoire... » (op. cit., p.16). Les messages à tirer de la présente recherche s'adressent donc d'abord et avant tout à ces groupes impliqués dans la planification des réseaux locaux.

Le premier de ces messages cherche à attirer l'attention sur l'importance de l'accessibilité à des ressources complémentaires les unes par rapport aux autres et qui seraient en mesure ainsi de répondre à l'ensemble des besoins de la clientèle. Le fonctionnement en réseau est important en autant que les éléments du réseau se complètent.

Ainsi, nous avons observé que les réseaux où les centres de crise, les services résidentiels et les services de réadaptation, en particulier par l'intégration au travail, jouaient un rôle central offraient une réponse mieux adaptés aux besoins des usagers. Il s'agit là d'ailleurs de trois des cinq services identifiés comme prioritaires par le Forum sur la santé mentale. Comme les sujets de l'étude étaient recrutés justement après un épisode de crise, nous sommes d'autant plus fondés de croire que la réponse à la crise doit s'accompagner d'une référence vers les ressources offrant des services permettant une meilleure intégrations sociale. Plusieurs études récentes démontrent d'ailleurs l'importance de l'accès à un

logement (souvent avec soutien communautaire) et de pouvoir se livrer à des activités significatives au plan social (7).

Dans un des réseaux à l'étude, nous avons observé l'existence de ce que, autant dans le langage commun que dans la terminologie de l'analyse des réseaux, on désigne par le terme de « clique ». Autrement dit, un petit groupe d'organismes fonctionnent sous forme de mini-réseau, un peu en marge du réseau local. Autant les résultats que l'information recueillie lors des entrevues avec les dispensateurs de services nous portent à croire qu'il s'agit là d'un écueil à éviter dans la mesure du possible. Les usagers deviennent parfois un peu captifs de ces cliques, en ce sens qu'ils sont plus rarement référés à d'autres ressources qui pourraient leur être utiles. Et inversement, des usagers fréquentant des ressources extérieures à ces cliques n'y sont pas référés alors que pour eux aussi, les services qu'on y offre seraient pertinents.

## **APPROCHE**

Nous avons suivi sur une période d'un an trois groupes de patients adultes atteints de troubles de santé mentale graves qui venaient d'obtenir leur congé suite à une visite à l'urgence, à un court séjour hospitalier ou en centre de crise. Par "troubles de santé mentale graves", nous entendons les catégories diagnostiques "schizophrénie et autres troubles psychotiques" et "troubles de l'humeur sévère", en excluant dans les deux cas les troubles induits par une substance. En l'absence de diagnostic précis, nous avons recours à une brève échelle validée qui permettait de s'assurer de l'homogénéité des groupes de patients.

Le choix d'identifier les sujets de l'étude lors du congé hospitalier, de l'urgence ou du centre de crise se justifie du fait qu'il s'agit alors d'une période où, pour ces patients, les besoins de services sont très grands. Ces patients provenaient de trois secteurs de la région de Montréal. Dans cette région, les services sont sectorisés; autrement dit, l'accès à un réseau de services plutôt qu'à un autre est fondamentalement déterminé par le lieu de résidence de l'utilisateur (le libre choix de l'utilisateur prévaut en principe sur l'application de cette règle administrative mais, dans les faits, on observe peu d'exceptions). Pour des raisons historiques, l'organisation des services est très variable d'un secteur à l'autre.

Le choix de ces secteurs s'est fait en fonction du contraste qu'ils offrent par rapport à l'organisation des services en santé mentale :

**Secteur 1** : desservi par un hôpital psychiatrique ayant mis en place de nombreuses ressources intermédiaires; présence d'un réseau d'organismes communautaires nombreux et diversifiés, longtemps en antagonisme avec le réseau de services mis en place par

l'hôpital; meilleure collaboration au fil des ans entre ces deux réseaux; panier de services en mesure de répondre à l'ensemble des besoins;

**Secteur 2** : desservi par un hôpital général en lien avec le réseau communautaire mais présence au sein de ce réseau communautaire d'organismes fonctionnant un peu en vase clos (« cliques »); ressources moins nombreuses et diversifiées;

**Secteur 3** : desservi, comme le secteur 1, par un hôpital psychiatrique qui a, toutefois, favorisé le développement d'un solide réseau communautaire et a procédé plus tôt à la désinstitutionalisation; se situe à mi-chemin par rapport aux deux autres secteurs en ce qui a trait au nombre et à la diversité des ressources.

Nous avons mesuré le degré d'intégration de ces trois réseaux en nous référant aux concepts de densité, d'étendue et de centralité empruntés à l'analyse des réseaux sociaux (8).

- La **densité** correspond au nombre de liens réels entre les diverses ressources du réseau par rapport au nombre de liens possibles. Elle décrit le niveau général de cohésion d'un réseau.
- L'**étendue** correspond au nombre moyen de liens unissant les ressources d'un réseau. Elle donne donc une idée de l'importance de chaque réseau.
- Enfin, la **centralité**, dont le calcul est plus complexe, permet simplement d'identifier les ressources les plus importantes d'un réseau en termes du nombre de liens qui

convergent vers elles. Elle permet de mesurer le poids relatif de certaines composantes du réseau dans l'établissement ou le maintien d'une certaine cohésion.

Pour établir ces mesures, nous avons fait l'inventaire de tous les organismes impliqués dans la dispensation de services de santé ou sociaux auprès de la clientèle cible. Nous avons par la suite rencontré chacune de ces ressources - soit 70 rencontres (nous n'avons essuyé que deux refus concernant des ressources de toutes façons très marginales). Nous demandions alors à un informateur clé au sein de ces ressources d'indiquer si leur organisme avait été en relation au cours de l'année précédente avec chacun de ceux figurant sur la liste de leur secteur. Nous considérons qu'il y avait un lien entre les ressources si les deux ressources concernées le confirmait. Quatre types de liens ont été considérés :

- les références d'utilisateurs (faites ou reçues)
- l'échange d'information (sur les services offerts, les utilisateurs...)
- l'existence d'ententes formelles et informelles
- la présence de programmes conjoints.

Afin d'aider à l'interprétation des résultats, nous complétons l'entrevue par des questions ouvertes portant notamment sur les problèmes éventuellement rencontrés lorsqu'ils avaient tenté de référer certains utilisateurs et sur leur perception des problèmes d'organisation du réseau.

Ces mesures d'intégration des trois réseaux ont par la suite été mises en relation avec les mesures de résultats auprès des trois groupes de patients. Dans les trois secteurs à l'étude,

nous avons établi des ententes avec trois type de ressources : les centres de crise, les salles d'urgence et les unités hospitalières de soins de courte durée. La nature de ces ententes variait d'un endroit à l'autre, en fonction des règles administratives en vigueur et des consignes émises par certains comités d'éthique, mais, de façon générale, le personnel soignant repérait les patients répondant aux critères de l'étude et nous les référait ou, dans certains cas, leur faisait signer sur place le formulaire de consentement pour participer à l'étude. Notons que ces différences dans la façon de faire d'un endroit à l'autre a compliqué le déroulement de l'étude et nous a obligé à étendre la période de recrutement au-delà de ce qui était prévu au départ. Nous n'avons malgré tout pas pu atteindre les objectifs de départ en ce qui a trait au nombre de sujets recrutés; comme nous le verrons dans la prochaine section, nous avons eu néanmoins des effectifs suffisants pour observer des différences significatives entre les groupes à l'étude.

Quelques jours après son retour dans la communauté, des interviewers qualifiés, tous psychologues cliniciens, rencontraient les sujets à l'étude pour une entrevue d'une durée d'environ une heure. Le questionnaire comportait, outre des questions sur les caractéristiques socio-démographiques des répondants et sur leur utilisation des services (dont les obstacles rencontrés), l'application de trois échelles de mesure ayant fait l'objet d'une validation dans le contexte québécois :

- le *Wisconsin Quality of Life* - une échelle mesurant la **qualité de vie**; nous retiendrons surtout les sous-échelles portant sur la détresse psychologiques et sur la satisfaction par rapport à différents domaines de vie (emploi du temps, milieu de vie...)

- le *Behavior and symptom identification scale* - une échelle mesurant la **gravité des symptômes psychiatriques**
- et l'**Évaluation des besoins** Camberwell permettant d'identifier non seulement le nombre et la nature des besoins autour de 22 thèmes, mais aussi le type d'aide, s'il y a lieu, dont bénéficiait le répondant pour combler ces besoins.

Un an plus tard, les mêmes interviewers rencontraient à nouveau les répondants où, dans l'ensemble, les mêmes questions étaient posées. Nous cherchions ainsi à évaluer si les services offerts dans chaque secteur étaient associés à une amélioration ou une détérioration des différents indices retenus. Notons que les trois interviewers étaient affectés aléatoirement dans les différents secteurs afin d'éviter un biais lié à l'interviewer. Les répondants recevaient une rétribution de 20 \$ pour chaque entrevue complétée.

Les taux de réponse aux deux temps de l'étude et dans chaque secteur sont les suivants :

- Secteur 1 : temps 1 = 49 entrevues complétées / temps 2 = 38 entrevues complétées
- Secteur 2 : temps 1 = 46 entrevues complétées / temps 2 = 26 entrevues complétées
- Secteur 3 : temps 1 = 30 entrevues complétées / temps 2 = 20 entrevues complétées.

L'analyse statistique de ces mesures est basé essentiellement sur l'application du test de Student pour échantillons pairés, vérifiant si les mesures au temps 2 étaient significativement différentes par rapport au temps 1. Nous n'avons donc retenu pour l'analyse finale que les répondants ayant complété les deux entrevues. Pour vérifier les

différences entre les groupes au temps 1 (pouvant ainsi affecter les résultats du test précédent), nous avons procédé à une analyse de variance.

Cette stratégie globale de recherche avait été discutée avec un comité aviseur au projet. Celui-ci comprenait des répondants en santé mentale du Ministère québécois de la santé et de services sociaux et de la Régie régionale de Montréal-Centre, deux représentants du milieu communautaire, deux psychiatres et une représentante d'un groupe d'appui aux familles et aux proches. Par la suite, elle a été proposée aux tables de concertation des trois secteurs, où on retrouve à la fois des représentants du réseau institutionnel, du réseau communautaire et de la Régie régionale. Cette implication des tables de concertation a d'ailleurs favorisé la participation des divers organismes à notre étude.

Les résultats préliminaires ont déjà fait l'objet de deux présentations : l'une dans le cadre de l'*Atelier 2000 : Communication de la recherche et évaluation des preuves* organisé par la FCRSSS à Vancouver, et l'autre dans le cadre du colloque *Les réseaux de services intégrés: bilan québécois intégrant les expériences auprès des personnes âgées et des personnes atteintes de troubles mentaux* organisé dans le cadre du congrès annuel de l'ACFAS à Sherbrooke en mai 2001. La première présentation publique des résultats finaux se fera le 6 novembre 2001 dans le cadre du colloque *Planification en santé mentale de chaque côté de l'Atlantique : la mesure des besoins* à Montréal. Le lendemain, ils feront aussi l'objet d'une présentation lors de la 8<sup>e</sup> conférence annuelle de l'*International Society for Quality of Life Research* à Amsterdam. Par ailleurs, quelques-uns des résultats seront intégrés au Rapport annuel du Directeur de la santé publique de Montréal-Centre qui sera rendu public à la fin du mois de novembre 2001. Enfin, cette recherche connaît déjà un prolongement dans le cadre du projet *Réseaux intégrés de*

*services et réponse aux besoins des personnes avec des troubles graves de santé mentale*  
sous la direction de M.-J. Fleury et C. Mercier, subventionné par la FCRSSS et auquel nous sommes associés. Ajoutons qu'une stratégie finale de diffusion, autant au plan du message, du format, des moyens que de l'auditoire, sera élaborée en collaboration avec les membres du comité aviseur.

## RÉSULTATS

La comparaison de l'évolution des trois groupes permet d'observer des différences significatives au plan statistique ( $p < 0,05$ ) et de dégager des tendances générales. Le tableau suivant résume les principaux résultats.

<b>IDENTIFICATION DES DIFFÉRENCES SIGNIFICATIVES ENTRE TEMPS 1 ET TEMPS 2</b>				
<b>ÉCHELLE</b>	<b>TOUS</b>	<b>Secteur 1</b>	<b>Secteur 2</b>	<b>Secteur 3</b>
	<b>N = 84</b>	<b>N = 38</b>	<b>N = 26</b>	<b>N = 20</b>
<b>Gravité des symptômes</b>				
Différence significative T1 - T2	<b>OUI</b>			<b>OUI</b>
Patients dont l'état s'est amélioré	55	25	12	18
Patients dont l'état est inchangé	2	2		
Patients dont l'état s'est détérioré	26	10	14	2
<b>Évaluation des besoins</b>				
<b>Cote globale</b>				
Différence significative T1 - T2	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>		<b>OUI</b>
Patients dont l'état s'est amélioré	40	19	9	12
Patients dont l'état est inchangé	19	5	9	5
Patients dont l'état s'est détérioré	25	14	8	3
<b>Nombre de besoins</b>				
Différence significative T1 - T2	<b>OUI</b>			<b>OUI</b>
Patients dont l'état s'est amélioré	36	17	7	12
Patients dont l'état est inchangé	22	6	11	5
Patients dont l'état s'est détérioré	26	15	8	3
<b>Nombre de besoins majeurs</b>				
Différence significative T1 - T2	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>		<b>OUI</b>
Patients dont l'état s'est amélioré	30	17	7	6
Patients dont l'état est inchangé	35	10	14	11
Patients dont l'état s'est détérioré	19	11	5	3
<b>Besoins reliés aux activités quot.</b>				
Différence significative T1 - T2				
<b>Besoins reliés à la santé</b>				
Différence significative T1 - T2				<b>OUI</b>

<b>Besoins de base</b>				
Différence significative T1 - T2				<b>OUI</b>
<b>Besoins reliés aux services</b>				
Différence significative T1 - T2	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>		<b>OUI</b>
<b>Besoins au plan social</b>				
Différence significative T1 - T2	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>		
<b>VARIABLE</b>	<b>TOUS</b>	<b>Secteur 1</b>	<b>Secteur 2</b>	<b>Secteur 3</b>
<b>Qualité de vie - bien-être psych.</b>				
Différence significative T1 - T2				
<b>Qualité de vie - détresse psych.</b>				
Différence significative T1 - T2	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>		<b>OUI</b>
<b>Qualité de vie - satisfaction</b>				
Différence significative T1 - T2				
<b>Qualité de vie - relations soc.</b>				
Différence significative T1 - T2				
<b>Qualité de vie - activités</b>				
Différence significative T1 - T2	<b>OUI</b>			

Les trois groupes de patients ne présentent pas de différence importante en ce qui concerne l'âge, la distribution par genre, le niveau de scolarité, l'état civil, le niveau de revenu ou l'âge lors de la première consultation en psychiatrie. Nous avons vérifié s'il y avait des différences significatives entre les groupes au temps 1. La seule variable où on observait une telle différence était celle mesurant la gravité des symptômes. Dans ce cas, le groupe du secteur 3 était nettement plus gravement atteint que ceux du secteur 1 et du secteur 2. Au temps 2, il n'y avait plus de différences entre les groupes - dans les trois secteurs, la gravité des symptômes s'était atténuée.

Il se dégage donc du tableau les constats suivants :

- on observe une amélioration notable dans le **secteur 3**, notamment en ce qui a trait à la symptomatologie, à la satisfaction des besoins, plus particulièrement les besoins reliés à la santé (santé physique, symptômes psychotiques, détresse psychologique,

sécurité personnel, alcool, drogues et médicaments) et les besoins de base (logement, alimentation et activités quotidiennes), et une diminution importante du niveau de détresse psychologique;

- on observe aussi une amélioration sur plusieurs dimensions dans le **secteur 1**; la différence au plan de la symptomatologie n'est pas significative (quoique très près de l'être), mais elle l'est quant à la satisfaction des besoins, en particulier ici par rapport aux besoins reliés aux services (information sur l'affection et le traitement, utilisation du téléphone et des transports en commun, aide sociale) et aux besoins au plan social (relations sociales, vie sentimentale et sexuelle); ici aussi, on relève une diminution de la détresse psychologique et une plus grande satisfaction dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne;
- les répondants du **secteur 2**, quant à eux, ne présentent aucune différence significative entre les deux temps de l'étude; pour certaines variables, comme la gravité des symptômes, il semble y avoir eu une légère amélioration, alors que pour d'autres, comme la détresse psychologique, il semble y avoir eu légère détérioration - non significative, rappelons-le.

Si nous mettons ces résultats en relation avec les mesures d'analyse de réseaux, nous arrivons aux constats suivants :

<b>ANALYSE DES TROIS RÉSEAUX DE SERVICES</b>				
<b>MESURE</b>	<b>TOUS</b>	<b>Secteur 1</b>	<b>Secteur 2</b>	<b>Secteur 3</b>
	<b>N = 70</b>	<b>N = 44</b>	<b>N = 29</b>	<b>N = 34</b>
<b>Densité</b>				
Tous types de liens	0,31	0,35	0,44	0,36
Liens de référence	0,13	0,16	0,17	0,15
Ententes de service	0,37	0,40	0,51	0,45
Rencontres	0,39	0,46	0,53	0,45
Échange d'information	0,35	0,39	0,55	0,60

<b>ANALYSE DES TROIS RÉSEAUX DE SERVICES</b>				
<b>Étendue</b>	<b>TOUS</b>	<b>Secteur 1</b>	<b>Secteur 2</b>	<b>Secteur 3</b>
Tous types de liens	43,01	30,36	24,62	23,91
Liens de référence	5,56	3,41	2,41	2,50
Ententes de service	12,90	8,66	7,17	7,41
Rencontres	13,31	9,82	7,38	7,47
Échanges d'information	12,24	8,45	7,17	6,53

À première vue, il semble donc que les conclusions que l'on peut tirer de l'analyse de réseau ne vont pas dans le même sens que les résultats observés auprès des usagers de ces réseaux. Si on regarde la mesure de densité, par exemple, donc le pourcentage de liens effectifs par rapport aux liens potentiels, le secteur 2 semble le mieux intégré. C'est pourtant celui où aucune différence importante était observée chez les usagers entre le temps 1 et le temps 2. En ce qui concerne la mesure d'étendue (le nombre moyen de liens par organisation), une autre tendance se dessine qui ne coïncide pas non plus avec le portrait qui se dégage chez la clientèle : le secteur 1 a la plus grande étendue et le secteur 2 et 3 sont sensiblement au même niveau.

Toutefois, l'analyse de la centralité des ressources est plus éclairante. Nous avons identifié les ressources jouant un rôle central dans chaque réseau, c'est-à-dire celles affichant le plus grand nombre de liens au sein de leur réseau. Pour chaque secteur, nous avons retenu le premier quintile de ressources les plus liés et nous avons identifié la nature des services qu'elles dispensaient. Nous nous en sommes tenus aux liens portant sur les références et sur les ententes puisque ce sont ceux les plus susceptibles d'affecter directement les usagers.

<b>CENTRALITÉ DES RESSOURCES : NATURE DES SERVICES DISPENSÉS</b>			
	<b>Secteur 1</b>	<b>Secteur 2</b>	<b>Secteur 3</b>
- centre de crise	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
- centre de jour	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
- réadaptation par le travail	<b>X</b>		<b>X</b>
- autres activités de réadaptation			<b>X</b>
- services résidentiels	<b>X</b>		<b>X</b>
- services aux proches	<b>X</b>		
- suivi communautaire		<b>X</b>	<b>X</b>
- CLSC		<b>X</b>	<b>X</b>
- hôpital		<b>X</b>	
- ligne d'écoute	<b>X</b>	<b>X</b>	

Comme on peut le voir dans ce tableau, une différence importante existe entre, d'une part, les secteurs 1 et 3 et, d'autre part, le secteur 2. Nous attirons particulièrement l'attention sur la présence de services résidentiels et de réadaptation dans les secteurs 1 et 3, qui sont disponibles dans le secteur 2 mais ne constituent pas une ressource centrale. Ce sont des types de services de plus en plus considérés comme essentiels au maintien dans la communauté.

En fait, une analyse plus détaillée des réseaux, faisant appel à des calculs matriciels amenant à des représentations graphiques, fait ressortir la présence, dans le secteur 2,

d'un mini-réseau dont la densité des liens est très forte, mais assez peu lié au réseau principal. Il s'agit d'une structure que l'on retrouve assez fréquemment dans l'analyse de réseau et que l'on désigne, comme dans le langage courant, par le terme de « clique ». Cette clique, dans le cas présent, offre justement des services de réadaptation par le travail et des services résidentiels. Les usagers du reste du réseau qui pourraient bénéficier de ces services s'y voient donc assez peu souvent référés alors que ceux du réseau parallèle sont, réciproquement, moins souvent référés aux ressources du réseau principal, dont le centre de crise.

Deux autres types d'observation viennent confirmer cette interprétation. D'une part, les données d'utilisation recueillies auprès des usagers font état d'un recours plus fréquent aux services résidentiels et de réadaptation dans les secteurs 1 et 3. D'autre part, nous interrogeons les dispensateurs sur les problèmes éventuellement rencontrés lorsqu'ils voulaient référer leur clientèle ou, plus généralement, sur les problèmes d'organisation du réseau. Là aussi, les réponses vont dans le même sens : dans les secteurs 1 et 3, on faisait surtout état de la difficulté à référer des clientèles particulières (double diagnostic, troubles de la personnalité...) alors que les répondants du secteur 2 déploraient le manque de services résidentiels et de réadaptation.

## **RECHERCHE PLUS APPROFONDIE**

Nous avons déjà mentionné que les résultats de la présente recherche trouveraient un prolongement dans le travail en cours sur les *Réseaux intégrés de services et réponse aux besoins des personnes avec des troubles graves de santé mentale* sous la direction de M.-J. Fleury et C. Mercier, subventionné par la FCRSS et auquel nous sommes associés. Ce projet s'intéresse aux modes d'organisation des services en réseau les plus adéquats pour répondre aux contextes locaux et aux besoins des personnes présentant des troubles graves de santé mentale. Élaborée en étroite collaboration avec les décideurs provinciaux et régionaux, la recherche vise à 1) exposer les bonnes pratiques de stratégies d'intégration des services en réseau, 2) identifier les composantes clés d'une intégration effective des services, 3) apprécier leur adéquation à répondre aux contextes locaux (urbain, semi-urbain et rural) et 4) étudier les relations entre les caractéristiques des réseaux et la réponse aux besoins des personnes avec des troubles graves de santé mentale. Le projet, qui s'inscrit en continuité avec les recherches de l'équipe, mettra en exergue certaines expériences prometteuses d'intégration des services. Il facilitera la compréhension des besoins et des niveaux nécessaires d'intégration de services sur le plan horizontal (santé mentale et intersectoriel) et vertical (entre niveaux de soins), et l'adoption d'une planification basée sur des données probantes. Au niveau local, il servira de catalyseur à la transformation en cours des services de santé mentale.

## RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

1. J. Haggerty, R. Reid, K. McGrail, R. McKendry. *Here, There and All Over the Place : Defining and Measuring Continuity of Health Care*. A Discussion Paper prepared for the Canadian Health Services Research Foundation, the Canadian Institute for Health Information, and the Federal / Provincial / Territorial Advisory Committee on Health Services. June 2001.
2. Cité par C. Adair. *Continuity of Care in Mental Health : Meaning and Measurement*. Présentation dans le cadre de l'atelier sur les concepts et mesures de la continuité des soins, Vancouver, juin 2001.
3. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*. Québec, 1998.
4. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. *Accentuer la transformation des services de santé mentale*. Québec, 2001.
5. Mentionnons en particulier K.G. Provan et H.B. Milward. A Preliminary Theory of Interorganizational Network Effectiveness : A Comparative Study of Four Community Mental Health Systems. *Administrative Science Quarterly* (1995), vol. 40, no. 1 : 1 -33.
6. D. White, C. Mercier et D. Roy. *Concertation et continuité de soins : Trois modèles montréalais*. Montréal, GRASP - Université de Montréal, 1993.

7. Voir, par exemple, S. Tsemberis, et R.F. Eisenberg. Pathways to Housing : Supported Housing for Street-Dwelling Homeless Individuals with Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Services* (2000), vol. 51, no. 4, p. 488-493.

Pour une présentation de cette méthode d'analyse, nous revoyons le lecteur intéressé à J. Scott. *Social Network Analysis : A Handbook*. Newbury