

Impact et description d'une modalité
de suivi intensif dans le milieu
issue d'une clinique de gérontopsychiatrie

Sylvie Lauzon
Alain Lesage
Micheline Théoret
Éric Dion

Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et
Centre de recherche Fernand-Seguin
Hôpital Louis-H. Lafontaine

Montréal, 29 juin 2000

Ce rapport est intitulé « Impact et description d'une modalité de suivi intensif dans le milieu issue d'une clinique de gérontopsychiatrie ». Les auteurs sont Sylvie Lauzon, Alain Lesage, Micheline Théoret et Éric Dion.

Dépôt légal :

Bibliothèque Nationale du Québec, deuxième trimestre 2000

Bibliothèque Nationale du Canada, deuxième trimestre 2000

ISBN-2-922772-00-4

Une copie de ce rapport peut être obtenue à l'une ou l'autre des adresses suivantes :

Sylvie Lauzon
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
CP 6128, Succursale Centre-ville
Montréal (Québec)
H3C 3J7

Alain Lesage
Centre de recherche Fernand-Seguin
Hôpital Louis-H. Lafontaine
7331, rue Hochelaga
Montréal (Québec)
H1N 3V2

Table des matières

Liste des tableaux	iv
Contexte d'implantation du SIM	1
Introduction	1
Buts de l'étude	2
Méthode	3
Le devis de l'étude	3
Le milieu et l'échantillon	3
La description du groupe SIM	5
L'implantation du SIM	5
Le déroulement de la collecte de données	6
Résultats	7
L'effet du SIM	7
Les caractéristiques du SIM	9
La durée du SIM	9
Le nombre de visites	9
La fréquence des visites	10
L'intervalle entre les visites	11
Le temps passé auprès des usagers	12
La nature des activités de l'infirmière	12
Les facteurs favorisant ou entravant le succès du SIM	14
Discussion	15
Références	21

Liste des tableaux

Tableau

1	Description du GSIM et du GC	4
2	Caractéristiques sociodémographiques et diagnostiques du GSIM	5
3	Description de l'implantation du programme SIM	6
4	Différences dans l'utilisation des services avant et après le SIM ou une date index	7
5	La durée du SIM	9
6	La distribution des personnes selon le nombre de visites durant la période de 6 mois	10
7	La fréquence mensuelle des visites	10
8	La distribution des personnes en fonction de la fréquence des visites ..	11
9	L'intervalle entre les visites	11
10	Le temps moyen passé auprès des personnes au cours de chaque mois	12
11	La nature des activités de l'infirmière	13
12	La description des groupes selon leur évolution et leurs caractéristiques	14

Contexte d'implantation du SIM

La clinique externe de gérontopsychiatrie de l'hôpital Louis-H. Lafontaine a été créée en février 1997 et a immédiatement mis sur pied un programme de suivi intensif dans le milieu (SIM). À ce moment-là, une seule infirmière était affectée à ce programme et elle devait aussi remplacer de façon intermittente l'autre infirmière de la clinique externe, ajoutant ainsi ponctuellement à ses propres fonctions celles de cette dernière. Il avait aussi été décidé d'associer, au besoin, un autre professionnel de la clinique externe en plus de l'infirmière pour assurer le suivi ultérieur des personnes. Depuis l'automne 1998, deux autres infirmières se sont ajoutées au SIM en gérontopsychiatrie et le SIM est maintenant offert dans toutes les cliniques externes de l'hôpital. Le présent rapport ne touche toutefois que les dix premiers mois d'implantation du SIM auprès des trente premières personnes suivies à partir de la clinique de gérontopsychiatrie et se consacre à décrire l'action de la première infirmière affectée au SIM.

Introduction

Le programme de SIM de la clinique externe de gérontopsychiatrie s'inscrit dans la tendance récente de développer le SIM comme une modalité fournissant des soins de traitement et de réadaptation plus intensifs, plus près du milieu de vie des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Ces soins psychiatriques à domicile peuvent se révéler une solution de rechange pour réduire l'hospitalisation de personnes avec troubles mentaux au Québec. Il a la caractéristique de viser les personnes âgées de 65 ans ou plus présentant des troubles mentaux graves et persistants en crise ou considérées à risque de crise. Cette initiative de créer un programme SIM pour satisfaire les besoins uniques d'une clientèle particulière, comme les personnes âgées, est recommandée (Knoedler, 1998) mais à la connaissance des auteurs de ce rapport, il n'existe pas de modèle d'intervention spécifique à cette clientèle.

L'efficacité et l'efficience de certains modèles de SIM sont bien documentées dans les écrits scientifiques. Il ressort toutefois qu'un modèle en particulier, le *Program of Assertive Community Treatment* (PACT), a été évalué. Or, en raison de ses caractéristiques (formation d'équipes spécialisées, injection de fonds additionnels et création de nouvelles structures), ce modèle ne peut être reproduit tel quel au Québec ou au Canada, les transformations actuelles visant une rationalisation des coûts, la mise à profit des ressources déjà existantes et leur harmonisation. De plus, un certain nombre de questions persistent au sujet du PACT notamment en ce qui a trait à sa généralisation, son intégration avec les équipes de suivi moins intensif et son effet auprès des personnes âgées.

Il est connu que des programmes qui s'avèrent bénéfiques lorsque implantés dans des conditions favorables et avec des acteurs très motivés (contexte de recherche) ne donnent pas nécessairement les mêmes résultats lorsqu'ils sont appliqués dans des services courants. Puis, les données actuelles ne nous renseignent pas sur les aspects organisationnels liant le SIM aux autres services ambulatoires et de réadaptation moins intensifs ou à l'hôpital de jour, tant aux USA qu'au Canada et au Québec. Finalement, aucune étude n'a évalué l'impact d'une telle approche auprès des personnes âgées qui ont des caractéristiques différentes de celles pour lesquelles le SIM est habituellement offert, soit la clientèle adulte plus jeune. Les modifications biophysiques et psychosociales liées à l'avancement en âge ainsi que la présence concomitante de plusieurs problèmes de santé entraînent un risque accru de dépendance fonctionnelle ainsi qu'une vulnérabilité aux médicaments, plus spécifiquement aux psychotropes, ce qui peut induire ou compliquer les troubles mentaux des personnes âgées.

Buts de l'étude

Les buts de la présente étude étaient donc : (a) d'examiner l'impact du SIM dans sa première implantation dans la clinique de gérontopsychiatrie et (b) de qualifier les caractéristiques de cette intervention. Plus spécifiquement, il s'agissait d'évaluer l'effet du SIM sur l'utilisation des services psychiatriques – urgence et hospitalisation – et de décrire la durée, l'intensité et la nature du SIM tout en cernant les facteurs qui semblaient en favoriser ou entraver le succès.

Méthode

Le devis de l'étude

Un devis quasi-expérimental avec groupe de contrôle a été utilisé pour atteindre le premier but tandis qu'une approche exploratoire et descriptive a été retenue pour le second.

Le milieu et l'échantillon

Le milieu à l'étude était la clinique externe de gérontopsychiatrie de l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Le groupe expérimental (GSIM) a été formé de toutes les personnes de cette clinique (N=30) qui ont été orientées vers le SIM par l'un ou l'autre des cinq psychiatres, après discussion en équipe, de février à décembre 1997 inclusivement ; le jugement clinique des psychiatres quant à la pertinence d'un suivi plus intensif a été le seul critère d'inclusion. Le groupe de contrôle (GC), aussi formé de 30 personnes, a été sélectionné à partir de l'ensemble des usagers de la clinique de gérontopsychiatrie qui n'avaient pas reçu les services de SIM mais qui possédaient des caractéristiques similaires à celles du GSIM selon l'information contenue dans les banques informatisées de l'hôpital (N=321). Les caractéristiques retenues pour l'appariement étaient les suivantes : genre, âge, statut civil, diagnostic, nombre de visites en clinique externe au cours des 6 mois précédant février 1997, nombre de visites et de séjours à l'urgence durant la même période de temps, nombre de jours d'hospitalisation au cours des six mois précédant le SIM et au cours des 5 ans précédant le début du SIM. Pour prendre connaissance de la procédure précise de sélection du GC, le lecteur est prié de se référer au rapport préliminaire (Dion, 1999).

Or, s'il a été possible de créer un GC identique ou très similaire au GSIM en ce qui concerne le genre, l'âge, le statut civil, le diagnostic et la fréquence d'hospitalisation au cours des cinq ans antérieurs, en revanche, il n'a pas été possible d'apparier les deux groupes de façon équivalente quant à l'utilisation des services durant les six mois précédant la mise en place du SIM (Tableau 1). En effet, si le pourcentage des personnes utilisant les services de la clinique externe est assez équivalent, on remarque que celles du GC utilisent moins les services de l'urgence et sont moins

Tableau 1. Description du GSIM et du GC

		Groupe SIM (N=30)	Groupe de contrôle (N=30)
Genre (%)	Femmes	67	67
	Hommes	33	33
Âge (ans)	Moyenne	74.3	75.0
	Écart-type	6.4	6.1
Statut civil (%)	Veuf	38	33
	Marié	33	27
	Célibataire	17	20
	Divorcé	13	10
	Séparé	0	10
Diagnostic (%)	Trouble affectif majeur	30	23
	Autre trouble affectif	20	27
	Schizophrénie et troubles psychotiques	17	17
		Groupe SIM (N=30)	Groupe de contrôle (N=30)
Services – 6 mois précédents (%)			
Visites en clinique externe	Aucune	13	7
	Une	7	20
	Deux	20	10
	Trois ou plus	60	63
Visites à l'urgence	Une ou plus	37	10
Hospitalisation	Aucune	63	80
		Groupe SIM (N=30)	Groupe de contrôle (N=30)
Hospitalisation à la date index (%)		10	17
Hospitalisation dans les 5 ans précédents (%)			
	Aucune	50	40
	Intermittente	47	60

hospitalisées que ne le sont celles du GSIM. Ces dernières différences ne sont pas significatives au plan statistique, mais elles suggèrent tout de même que les deux groupes ne sont donc pas parfaitement équivalents pour ces dernières variables, laissant ainsi croire que le GSIM est plus malade que le GC.

La description du groupe SIM

Comme il est indiqué au tableau 2, des 30 personnes sélectionnées pour recevoir le SIM, 20 sont des femmes. Les personnes appartiennent surtout au groupe des jeunes-vieux soit les 65 à 74 ans (moyenne: 74,3 ans, étendue : 66 à 91 ans), habitent leur domicile (24/30), vivent seules (13/24) et souffrent de troubles de l'humeur (24/30).

L'implantation du SIM

Le SIM commence en février 1997. Tel que l'indique le tableau 3, à la fin du premier mois, cinq personnes reçoivent déjà le programme, tandis qu'à la fin de mars et d'avril, elles sont neuf à en bénéficier et 11 à la fin de mai. Par la suite, les personnes s'ajoutent graduellement à raison de 1 à 4 par mois tandis que d'autres ne le reçoivent plus. À partir du cinquième mois, soit juin 1997, il y a entre 14 et 17 personnes différents qui sont suivies simultanément. Il est aussi utile d'ajouter que l'infirmière maintient des contacts avec les personnes recevant le programme SIM lorsque

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques et diagnostiques du GSIM (N=30)

	n	%		n	%				
Âge			Genre						
	65 - 74 ans	19		63.3	Féminin	20	66.7		
	75 - 84 ans	9		30.0	Masculin	10	33.3		
	85 et plus	2		6.7					
Total	30	100.0	Diagnostic	Maladie affective unipolaire	8	26.8			
Milieu de vie	Domicile	24		80.0	Maladie affective bipolaire	7	23.3		
					Maladie affective avec				
					autres troubles	6	20.0		
					État paranoïde	2	6.7		
					Trouble de l'adaptation	2	6.7		
Arrangements de vie	Seuls	13		54.2	Crise de panique	1	3.3		
					Épisode à allure dépressive				
					avec troubles cognitifs	1	3.3		
					Psychose atypique	1	3.3		
			Avec conjoint		8	33.3	Schizophrénie paranoïde	1	3.3
			Avec fille ou nièce		3	12.5	Troubles schizo-affectifs	1	3.3
			Total		24	100.0	Total	30	100.0

Tableau 3. Description de l'implantation du programme SIM

Mois	Début	Usagers suivis	Fin	Hospitalisations	
	n	n	n	Psych	Autres
Février	5	5	0	0	0
Mars	4	9	2	1	0
Avril	2	9	0	1	1
Mai	2	11	0	1	1
Juin	3	14	2	1	1
Juillet	3	15	2	1	0
Août	3	16	2	2	1
Septembre	3	17	4	2	1
Octobre	4	17	4	2	1
Novembre	1	14	2	1	3
Décembre	2	14	0	1	3

ces dernières sont hospitalisées soit à Louis-H. Lafontaine pour recevoir des soins psychiatriques (psych) soit dans un hôpital général pour recevoir des services médicaux ou chirurgicaux (autres).

Le déroulement de la collecte de données

Les données en regard de l'utilisation des services ont été recueillies à partir des banques informatisées de l'hôpital par un agent de recherche tandis que celles qui étaient nécessaires pour qualifier l'intervention ont été collectées par une des chercheuses et l'infirmière du SIM. Ces dernières données provenaient de quatre sources : les rapports hebdomadaires d'activités de l'infirmière, son agenda personnel, les dossiers médicaux des usagers et l'infirmière elle-même.

Résultats

L'effet du SIM

Conformément au premier but de l'étude, une série d'analyses visant à estimer l'effet du SIM sur l'utilisation des services de l'urgence et de l'hôpital a été réalisée. Le test de rang de Wilcoxon pour données appariées, une analyse non-paramétrique, consistait à comparer chacun des groupes avec lui-même. Pour le GSIM, la comparaison a été faite pour les six mois précédant et les six mois suivant le début du SIM tandis que pour le GC, l'utilisation des services a été comparée sur deux périodes de six mois, l'une précédant et l'autre suivant une date index, c'est-à-dire une date correspondant approximativement à l'introduction du SIM. Les résultats de ces analyses, présentés au Tableau 4, indiquent qu'il y a eu réduction de l'utilisation des services hospitaliers et de l'urgence dans les deux groupes mais la réduction est plus importante dans le GSIM (54.5% et 36.3%) que dans le GC (33.3% et 33.3%). Toutefois, au plan statistique, les réductions ne sont significatives pour aucun des deux groupes ($p > 0.05$).

Le test de "t" pour valeurs appariées a aussi été mené pour estimer s'il y avait eu réduction de la durée de l'hospitalisation. De la même façon, on observe une réduction de la durée moyenne d'hospitalisation après l'introduction du SIM de l'ordre de 67.7%, passant de 21.7 à 7 jours, mais cette différence n'est pas significative au plan statistique ($p = 0.09$). Pour le GC, la réduction du nombre moyen de jours est plus faible, 1.6 jour (10.4%) et non significative au plan statistique.

Tableau 4. Différences dans l'utilisation des services avant et après le SIM ou une date index

	GSIM				GC			
	Pré n	Post n	Z	p	Pré n	Post n	Z	p
Visites à l'urgence	11	5	- 1.90	0.06	3	2	- 1.13	0.26
Hospitalisation	11	7	- 1.16	0.24	6	4	- 0.67	0.50
	Pré	Post	"t"	p	Pré	Post	"t"	p
Durée moyenne hosp. (jrs)	21.7	7.0	1.73	0.09	15.4	13.8	0.50	0.62

L'utilisation de services comme ceux de l'urgence et de l'hôpital ne peut évidemment être considérée comme le seul indicateur du succès ou de l'insuccès d'un programme tel que le SIM. En effet, selon la typologie développée par Donabedian pour la recherche évaluative – intrants-processus-résultats – et récemment reprise par Tansella et Thornicroft (1998), l'utilisation des services de santé constitue, du point de vue des usagers, des moyens ou des processus auxquels ils font appel dans leur démarche vers un mieux-être, ils ne représentent pas les résultats de cette démarche. Or, force est de constater que nous ne disposons pas de mesures standardisées pour capter les résultats obtenus, seulement les processus. Nous avons alors choisi d'évaluer l'évolution des personnes bénéficiant du SIM et de faire ressortir s'il y avait eu ou non amélioration de leur condition générale.

Cette évaluation a été réalisée par l'infirmière du SIM à partir de trois critères reflétant des paramètres habituellement utilisés dans ce genre d'études, à savoir s'il y avait eu (a) réduction des signes et symptômes psychiatriques, (b) augmentation de la capacité des personnes à réaliser leurs activités de la vie quotidienne et (c) augmentation dans leur capacité d'entrer en relation avec les autres. Les personnes qui répondaient à au moins un critère, sans faire preuve de détérioration pour les autres critères, étaient considérées comme démontrant une amélioration tandis que celles qui ne répondaient à aucun critère étaient regroupées comme étant non améliorées. Toutefois, en effectuant ce regroupement, il est apparu très difficile de catégoriser certaines personnes qui, à notre avis, n'avaient pu bénéficier suffisamment du SIM, pour qu'il soit approprié de tirer quelque conclusion que ce soit à leur sujet. Par exemple, quatre personnes ont été hospitalisées au cours des trois premières semaines du SIM sans être suivies à leur sortie de l'hôpital ou ont été admises à l'hôpital général durant cinq mois; trois autres, très réfractaires au SIM, refusaient la visite de l'infirmière, deux ont été transférées de secteur ou de service dans les six semaines suivant l'implantation du SIM et finalement une dernière n'a été vue qu'à deux reprises, son évaluation étant terminée. L'infirmière a donc évalué 20 personnes et de ce groupe, *14, donc presque les trois quarts du sous-échantillon, ont montré une amélioration de leur condition.*

Les caractéristiques du SIM

Pour permettre une description claire de la dispensation du SIM et éventuellement pouvoir relever les facteurs qui favorisent ou entravent le succès de ce service, six caractéristiques ont été retenues. Elles sont ici examinées en détail : la durée du SIM, l'intensité du SIM (nombre et fréquence des visites de l'infirmière, intervalle entre les visites, temps passé par l'infirmière auprès des personnes) et finalement la nature des activités du SIM.

La durée du SIM. La durée est quantifiée sur deux périodes de temps distinctes : (a) les six premiers mois de chacune des 30 personnes du SIM et (b) toute la période s'échelonnant du début du SIM, soit le 17 février 1997, jusqu'au 31 mai 1999. Au cours des six premiers mois, on observe une polarisation de la durée du service (Tableau 5). En effet, il y a autant de personnes (n=13) qui reçoivent le service durant une courte période, soit six semaines ou moins, que tout le long des six mois. La durée du SIM, à partir de l'entrée respective de chacune des personnes et ce, jusqu'au 31 mai 1999, s'échelonne d'une journée à 118 semaines (moyenne de 37.6 semaines) mais pour la moitié de l'échantillon, le SIM est dispensé pendant une période de 6 mois ou moins (Tableau 5). L'autre moitié de l'échantillon se partage également entre 6 à 12 mois, 12 à 18 mois et 18 mois et plus. Deux des personnes reçoivent le SIM depuis plus de 2 ans.

Le nombre de visites. Le nombre total de visites effectuées par l'infirmière pour chacune des personnes est évidemment très étroitement relié à la durée du SIM offert à ces dernières. On

Tableau 5. La durée du SIM

	Six premiers mois		Du 17.2.97 au 31.5.99		
	n	%	n	%	
1 jour à 6 semaines :	13	43.3	6 mois ou moins	15	50.0
7-16 semaines :	1	3.4	6 à 12 mois	5	16.7
17-25 semaines :	3	10.0	12 – 18 mois	5	16.7
26 semaines :	13	43.3	18 mois ou plus	5	16.7
Total	30	100.0	Total	30	100.0

Tableau 6. La distribution des personnes selon le nombre de visites durant la période de 6 mois

	n	%
10 visites ou moins :	12	40.0
11 - 20 visites :	6	20.0
21 - 30 visites :	4	13.3
31 - 40 visites :	5	16.7
41 visites ou plus :	3	10.0
Total :	30	100.0

observe (Tableau 6) que 40% du groupe a reçu 10 visites ou moins durant la période de six mois et que les autres se répartissent assez également entre chacune des catégories (nombre total de visites : 575, moyenne : 19.2, étendue : 1 – 56).

La fréquence des visites. En observant les données présentées au Tableau 7, il ressort que les personnes reçoivent en moyenne de 6 à 7 visites de l’infirmière durant le premier mois du SIM, environ cinq visites durant les deux mois suivants et quatre visites mensuelles par la suite. En d’autres termes, les visites sont plus fréquentes durant le premier mois de SIM, elles diminuent légèrement au cours du deuxième et du quatrième mois pour se stabiliser par la suite.

Tableau 7. La fréquence mensuelle des visites

	n	N° de visites	Moyenne	Étendue
1er mois :	30	192	6.4	1 - 12
2e mois :	21	112	5.3	1 - 15
3e mois :	17	88	5.2	1 - 10
4e mois :	16	67	4.1	1 - 8
5e mois :	15	59	3.9	2 - 7
6e mois :	13	57	4.4	1 – 10

Tableau 8. La distribution des personnes en fonction de la fréquence des visites

	1 vis.	1 vis./sem.	2 vis./sem.	3vis./sem.	4 vis./sem. ou +	n
1 ^{er} mois	2	10	11	7	--	30
2 ^e mois	2	10	5	2	1	20
3 ^e mois	2	7	5	2	--	16
4 ^e mois	1	10	7	--	--	18
5 ^e mois	--	13	2	--	--	15
6 ^e mois	1	8	4	1	--	14

Examinées autrement (Tableau 8), ces mêmes données montrent que 60% de l'échantillon (18/30) reçoit le SIM plus d'une fois par semaine au cours du premier mois et que ce pourcentage se stabilise autour de 40% pour les mois subséquents (8/20 : 40.0%, 7/16 : 43.8%, 7/18 : 38.9% ; 2/15 : 13.3% et 5/14 : 35.7%). Les personnes qui reçoivent trois visites par semaine ou plus sont très peu nombreuses (de 1 à 3) dès le deuxième mois.

L'intervalle entre les visites. L'intervalle entre les visites peut aussi servir d'indice à l'intensité du service. Les données recueillies montrent qu'en moyenne, au cours du premier mois, l'intervalle entre les visites de l'infirmière se situe autour de quatre jours. À partir du deuxième mois, cet intervalle double presque et se stabilise par la suite (Tableau 9).

Tableau 9. L'intervalle entre les visites

N° moyen de jours entre les visites	
1er mois :	4.2
2 ^e mois :	7.0
3e mois :	8.0
4e mois :	8.3
5e mois :	9.9
6e mois :	8.0

Tableau 10 . Le temps moyen passé auprès des personnes au cours de chaque mois

	Temps moyen (min.)	Étendue (min.)
1er mois :	77.1	23 - 144
2e mois :	67.7	15 - 178
3e mois :	53.6	37 - 83
4e mois :	48.3	25 - 83
5e mois :	61.6	15 - 120
6e mois :	61.1	15 - 129

Le temps passé auprès des usagers. Lorsqu'on examine, au cours des six premiers mois, la moyenne de temps passé par l'infirmière auprès de chaque personne suivie, on observe qu'elle diminue graduellement jusqu'au quatrième mois en passant d'environ une heure et quart (77.1 minutes) à trois quarts d'heure pour se stabiliser à une heure par la suite (Tableau 10).

La nature des activités de l'infirmière. En examinant le Tableau 11, on peut observer que l'infirmière passe 62.2 % de son temps avec les usagers et que la presque totalité des activités qu'elle réalise en présence des usagers se déroulent sous forme de visites à domicile (73.9 %) ou d'accompagnement individuel (23.5 %); ces accompagnements sont surtout pour des visites médicales non psychiatriques. Lors des visites à domicile, deux activités principales se démarquent : l'établissement et le maintien d'une relation d'aide, ce qui qui requiert presque la moitié du temps de l'infirmière (42.6 %) ainsi que l'enseignement au patient et à sa famille (29.3 %). Le suivi selon les ordonnances médicales (ponctions veineuses, vérification des médicaments) et le dépistage (état de santé général, milieu de vie et relation avec les proches) occupent environ 20% du temps de l'infirmière lors de ses visites à domicile (14.2 % et 7.8 % respectivement) (Tableau 11). Plus de la moitié du temps passé sans les usagers est destinée à la catégorie "autres activités". Ces dernières comprennent, entre autres, la rédaction des notes au dossier et la rencontre de membres de la famille. Cette catégorie inclut toutefois aussi les nombreux contacts que l'infirmière établit avec les différentes ressources communautaires ou celles du réseau de la santé pour le patient. En effet, elle visite des organismes pour renseigner les usagers, elle assure la communication avec les pharmaciens ainsi qu'avec les médecins

Tableau 11. *La nature des activités de l'infirmière*

	Mai	Jun	Juillet**	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total	Total (%)	Moyenne/mois
Temps sans usager (hres)											
Discussion de cas	3,5	2,75	1,25	6,7	8	16	9,3	8,2	55,7		6,96
Téléphones pour usager	2,25	2,5	3,25	4,42	3,25	6,5	3,5	4,17	29,84		3,73
Réunion clin./adm.	8	7	7	5,7	7,7	10	11,8	5,5	62,7		7,84
Autres activités	30	34,4	18,5	27	21,75	24,55	21	43	220,2		27,53
Total sans usager	43,75	46,65	30	43,82	40,7	57,05	45,6	60,87	368,44	37,8	46,06
Temps avec usager (hres)											
No. de visites à dom. (Hôp./clin.)	60 (6-4) 6*	57 (5-5)	60 (2-5) 7	77 (4-9) 14	76 (13-6)	86 (10-6)	59 (3-6)	61 (0-3)	536 (43-44)		67
Enseignement	14,1	12,25	14,5	18	16,3	22,25	19,3	14,25	130,95	13,4	16,37
Relation d'aide	22,6	13,9	13,17	25,6	31,2	31,5	30,1	22,9	190,97	19,6	23,87
Dépistage	4,5	3	1,25	8,3	11,9	5,6	0,2	0,5	35,25	3,6	4,41
Suivi selon ord méd	8,3	10,6	6	13,5	6,1	7,5	3,4	8,25	63,65	6,5	7,96
Intervention de crise	2	1	2	0	0	6	2	0	13	1,3	1,62
Techniques de soins	0	1,75	2,5	1,75	0	0	2	6,5	14,5	1,5	1,81
Total pour visites à dom.	51,5	42,5	39,42	67,15	65,5	72,85	57	52,4	448,32	45,9	56,04
Accompagnement individuel	4,5	6,5	15,5	13,1	6,75	22,25	43	31,25	142,85	14,6	17,86
Accomp. loisirs/social	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Accomp. travail/occup.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autre accomp.	0,7	0,5	0,25	0,75	0,5	0	0	0	2,7	0,3	0,34
Rencontre PSI/PI	2,3	0	0	0	0	0	0		2,3	0,2	0,29
Téléphone avec usager	0,25	0	0,2	0,33	0	2,25	3,75	4,08	10,86	1,1	1,36
Total avec usager	59,25	49,5	55,37	81,33	72,75	97,35	103,75	87,73	607,03	62,2	83,79
Grand total	103	96,15	85,37	125,15	113,45	154,4	149,35	148,6	975,47	100	121,93
Déplacements (km)	538	507	468	612	630	497	765	781	4798		599,75

* : remplacement inf. clin ext.

** : vacances

traitants des cliniques médicales ou des hôpitaux généraux, elle assure le suivi des médicaments et des traitements ou encore représente les usagers auprès des CLSC et des professionnels de la santé des établissements de santé, comme à l'urgence ou des aux résidences privées. Elle participe également aux diverses activités de la clinique (p. ex. : inauguration, journée portes ouvertes) ou à des activités de formation. Le temps alloué aux réunions et aux discussions de cas est assez comparable (17.0% et 15.1%).

Les facteurs favorisant ou entravant le succès du SIM

Pour arriver à cerner précisément les facteurs qui favorisent ou entravent le succès du SIM, il faudrait procéder à une analyse organisationnelle en profondeur ou encore opérationnaliser la notion de succès et décrire les liens existant entre le succès (ou l'insuccès) et un ensemble de facteurs déterminés. Or, étant donné les ressources disponibles, la nature des données en main et le faible nombre de sujets participant à l'étude, nous ne pouvions procéder à de telles analyses. Nous avons plutôt utilisé le regroupement des personnes effectué en fonction de l'évolution de leur condition générale et comparé les groupes sur quelques variables.

Tableau 12. Description des groupes selon leur évolution et leurs caractéristiques

Caractéristiques	Amélioration (n=14)	Non amélioration (n=6)	Autres (n=10)
Femmes	71.4%	83.3%	50.0%
Age moyen	75.3 ans	79.4 ans	70.24 ans
Domicile	85.7%	67.0%	72.7%
Avec conjoint	42.9%	16.7%	11.1%
Seul	35.7%	66.7%	40.0%
Résidence	14.3%	16.7%	40.0%
Diagnostic			
Troubles de l'humeur	92.9%	50.0%	70.0%
Troubles psych. ou paran.	0.0%	33.3%	40.0%
Motifs au départ			
Soutien	42.9%	33.3%	20.0%
Détérioration	21.4%	16.7%	40.0%
Surv. médicaments	21.4%	0.0%	20.0%
Évaluation	7.1%	50.0%	20.0%
Durée du SIM	28.3 semaines	83.8 semaines	19.3 semaines
N° de visites/6 mois	20.9	32.3	8.6
Ont autres services	58.3%	100.0%	44.4%
Autres problèmes de santé	40.0%	83.3%	66.7%

Les données rapportées au Tableau 12 montrent que les personnes qui se sont améliorées sont légèrement plus jeunes que celles qui ne sont pas améliorées et qu'elles sont plus nombreuses à vivre à domicile avec un conjoint. Les diagnostics posés pour les personnes qui se sont améliorées concernent exclusivement des troubles de l'humeur tandis qu'ils ne forment que la moitié de ceux associés aux personnes qui ne se sont pas améliorées. L'intensité du SIM est moins grande pour les personnes qui connaissent une amélioration que pour les autres, la durée du SIM est plus courte pour les premières et le nombre de visites est inférieur. Il semble aussi que la condition générale des personnes qui se sont améliorées soit meilleure que celle des personnes qui n'ont pas connu une telle évolution comme en témoignent une plus faible prestation d'autres services comme ceux provenant des CLSC et un pourcentage deux fois plus faible de personnes présentant des problèmes de santé physique.

Discussion

Les objectifs de cette recherche étaient d'évaluer l'effet du SIM sur l'utilisation des services psychiatriques, notamment l'urgence et l'hospitalisation, par les personnes fréquentant la clinique de gérontopsychiatrie et de décrire l'intervention proprement dite en cernant les facteurs pouvant favoriser ou entraver le succès du SIM.

Les résultats indiquent que même si le SIM a réduit l'utilisation des services, cette réduction n'est pas statistiquement significative, par conséquent nous ne pouvons conclure que le SIM a effectivement diminué l'utilisation des services de l'urgence ou de l'hôpital psychiatrique. Cependant, il importe de rappeler qu'il est difficile d'estimer avec certitude l'efficacité d'un service ou de toute autre intervention en ayant recours à un devis quasi-expérimental, à plus forte raison lorsque le groupe expérimental et le groupe de contrôle ne sont pas parfaitement équivalents, comme c'est probablement le cas dans la présente étude. Nous pouvons proposer au moins trois hypothèses cumulatives pour expliquer les résultats. D'abord, il est possible que le SIM tel qu'implanté n'ait pas eu tout l'impact escompté comme le décrit la littérature, c'est-à-dire de réduire de moitié le recours à l'hospitalisation, la réduction étant de 36.4% dans la présente étude; on constate toutefois que le nombre moyen de jours d'hospitalisation est réduit de 67.7% et dans ce sens s'inscrit dans la foulée des meilleurs résultats du PACT.

Deuxièmement, cet effet positif a pu aussi être difficile à démontrer étant donné la composition et la taille de l'échantillon ainsi que la courte durée du suivi. En effet, contrairement à d'autres études où toutes les personnes avaient été récemment hospitalisées, seul le tiers des personnes suivies à la clinique de gérontopsychiatrie qui recevaient le SIM avaient été hospitalisées dans les récents mois, ce qui a pu diminuer notre capacité à mesurer l'impact réel de l'intervention. De plus, il est bien connu que l'inaptitude à trouver un résultat significatif au plan statistique relève souvent d'un trop petit nombre de sujets étudiés (Henkel, 1976). Les seuils de signification obtenus pour les visites à l'urgence ($p = 0.06$) et la durée moyenne d'hospitalisation ($p = 0.09$) montrent que la probabilité que ces réductions soient attribuables à la chance sont de 6% et de 9%, respectivement, seuils qui seraient diminués en augmentant la taille de l'échantillon. Puis, l'évaluation dont il est question dans le présent rapport ne porte que sur les six premiers mois de prestation du programme pour chacune des personnes, période qui peut s'avérer insuffisante pour permettre de capter des changements dans l'utilisation des services chez des personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants.

Finalement, la troisième hypothèse se rapporte au fait que le groupe de contrôle n'est pas parfaitement identique au GSIM. Il est utile de rappeler ici que le groupe qui a reçu le SIM utilisait davantage les services de l'urgence que le groupe de contrôle au cours des six mois précédant l'implantation du nouveau programme. Il est donc plausible de croire que le groupe du SIM démontrait, au départ, des besoins plus marqués que le groupe de contrôle et que le suivi n'ait pas suffi à estomper ces différences. Cette hypothèse correspond d'ailleurs à un des principes directeurs du SIM, selon lequel le programme doit être destiné aux personnes qui présentent des besoins plus importants (Witheridge, 1991). Les données disponibles ne permettent donc pas de tirer de conclusion claire – positive ou négative – sur l'efficacité du suivi en ce qui concerne la réduction de l'utilisation des services de l'urgence et de l'hôpital par la clientèle de la clinique externe de gérontopsychiatrie mais montrent clairement que l'ampleur des réductions est nettement plus grande dans le GSIM en ce qui trait aux visites à l'urgence et à la durée moyenne d'hospitalisation.

Par ailleurs, l'analyse qualitative menée sur l'évolution des usagers du SIM indique que pour tout près des trois quarts d'entre eux, il y a eu amélioration de leur condition générale. Si le SIM

se veut une meilleure modalité de traitement des personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants, il constitue aussi un programme qui vise la diminution de leur souffrance et par le fait même l'amélioration de leurs capacités psychosociales (Frégeau & Théoret, 1997). Il a pour but de redonner aux personnes les moyens dont elles ont besoin pour récupérer ou maintenir leurs diverses habiletés nécessaires à leur autonomie; il cherche à leur redonner la dignité et leur pouvoir d'action comme citoyen. Ainsi, la réduction des signes et symptômes psychiatriques, l'augmentation de la capacité des usagers à réaliser leurs activités quotidiennes ainsi que leur capacité accrue à entrer en relation avec les autres sont des observations qui indiquent que les personnes récoltent des bénéfices de ce programme. Sous cet angle davantage clinique, le SIM entraîne assurément des effets positifs.

Les données descriptives nous permettent aussi de remarquer que le SIM semble rejoindre deux profils de clientèles : un pour lequel les besoins semblent plus circonscrits ou plus aigus (v.g. surveillance de prise de médicaments, évaluation dans le milieu de vie) et où l'intervention est de relative courte durée (moins de 6 mois). Un autre profil est davantage celui des personnes qui ont à faire face à un ensemble de problèmes plus complexes et qui requièrent alors une intervention plus longue s'échelonnant de 6 mois à plus de 2 ans. Ces dernières personnes présentent moins de conditions affectives, disposent de moins de soutien, ont plus de risque de souffrir de problèmes de santé physiques. L'expérience du PACT bien décrite dans les écrits semble s'adresser plus au second type de besoins, bien que nous ayons ici observé des caractéristiques uniques aux personnes âgées, comme les problèmes physiques et le besoin d'accompagnement pour les rendez-vous médicaux, leur trajectoire d'isolement social peut aussi être envisagée comme étant différente. Par ailleurs, le besoin de suivi intensif dans le milieu pour des périodes aiguës émerge dans la littérature non américaine. En Australie, où le système de soins est plus comparable au nôtre, Hault (1986, 1987) a décrit l'émergence de deux types d'équipe de suivi, l'une calquée sur le modèle PACT visant une clientèle avec des besoins de suivi intensif prolongé et l'autre, une équipe de suivi dans le milieu de courte durée. Il faudra vérifier si dans l'implantation du suivi intensif à Louis-H. Lafontaine, les équipes ayant la responsabilité de tous les usagers d'un secteur, n'ont pas ainsi choisi d'utiliser les intervenants de SIM pour couvrir les deux types de besoins de suivi intensif, ceux de courte durée et ceux de longue durée; il sera aussi intéressant d'examiner si cela ne se fait pas au détriment l'un de l'autre.

De façon générale, à partir des données dont nous disposons, le SIM offert à la clinique de gérontopsychiatrie est moins intensif que ce qui est décrit dans d'autres études mais cette donnée doit être interprétée en considérant les caractéristiques de la clinique. En effet, Gélinas (1999) rapporte des recherches présentant diverses modalités de suivi intensif dans le milieu et toutes génèrent des niveaux d'intensité supérieurs à ce qui est observé dans le cadre de la présente étude. Brekke et Test (1987) rapportent en moyenne 18.5 contacts par mois, Durbin, Goering, Wasylenki et Roth, (1997), une moyenne de 5.7 heures de services réparties sur 9.2 contacts au cours d'un mois. Stein et Santos (1998) suggèrent qu'en milieu urbain il y ait un contact fréquent entre l'intervenant SIM et la personne à savoir à tous les un à trois jours. Allness et Knoedler (1998) soulignent quant à eux que l'intensité doit s'ajuster à la trajectoire des usagers; ils révèlent qu'un usager dont l'état est stable et qui présente peu de symptômes peut avoir jusqu'à trois contacts par semaine tandis qu'une personne en crise ou qui présente des symptômes aigus et de multiples incapacités fonctionnelles peut requérir jusqu'à 14 contacts par semaine. Toutefois, plusieurs éléments peuvent expliquer ces différences. D'abord, les populations à partir desquelles les résultats ont été obtenus ont des besoins différents de la clientèle touchée par la clinique de gérontopsychiatrie. En effet, les programmes de SIM visent généralement des jeunes adultes ou des adultes d'âge moyen, majoritairement de genre masculin, surtout avec des diagnostics de schizophrénie, lesquels peuvent être associés à des problèmes touchant la justice, l'alcool, la drogue et l'itinérance (Mueser, Bond, Drake, & Resnick, 1998). De plus, ces divers résultats proviennent de recherches dans lesquelles plusieurs personnes interviennent auprès d'une même personne. Or, même si tous les usagers de la présente étude sont vus régulièrement par leur psychiatre et même si plus de la moitié reçoivent aussi concomitamment les services du CLSC ou d'autres professionnels comme l'ergothérapeute ou la travailleuse sociale, seules les données couvrant la contribution de l'infirmière ont été prises en compte, donnant ainsi un portrait du SIM difficilement comparable à celui des recherche publiées.

Les données recueillies permettent de réaliser la nature des activités assumées par l'infirmière du SIM soit en présence du patient et de sa famille soit en l'absence de ce dernier. L'infirmière passe la majorité de son temps avec les usagers, tout comme le recommandent les différents programmes de SIM. Cette présence prend presque exclusivement la forme de visites à domicile

et d'accompagnement individuel surtout pour des visites médicales non psychiatriques. Il existe un éventail d'activités associées au SIM mais ce sont l'établissement et le maintien d'une relation d'aide ainsi que l'enseignement à l'usager et à sa famille qui demeurent les centrales. De plus, les données indiquent l'importance donnée aux liens que l'infirmière assure entre les usagers et les différentes instances extérieures ainsi que la représentation qu'elle doit assumer dans certaines occasions face à ces dernières en l'absence des usagers. La liaison et la défense des droits des personnes ressortent donc comme des dimensions fondamentales du travail de l'infirmière de SIM.

Finalement, l'examen des résultats obtenus en comparant les personnes qui se sont améliorées avec celles qui ne se sont pas améliorées au cours des six premiers mois de SIM indique que le fait de vivre à la maison avec un conjoint, d'avoir une bonne condition physique et de souffrir de troubles de l'humeur plutôt que de troubles psychotiques avec ou sans composante paranoïde semblent jouer en faveur d'une amélioration. La faible taille de l'échantillon ainsi que la nature subjective de la catégorisation ne permettent pas de conclure avec force sur les facteurs qui favorisent ou entravent le succès du SIM en gérontopsychiatrie, mais ces données demeurent néanmoins des indications utiles quant aux facteurs à prendre en compte auprès d'une clientèle âgée. En effet, si le fait de vivre avec un conjoint est un facteur aidant, nous devons nous rappeler qu'une personne âgée sur deux vit en couple, que 25% des personnes âgées de 65 ans ou plus vivent seules et ce pourcentage peut atteindre 35% pour les femmes âgées de 75 ans ou plus (Kergoat & Lebel, 1997). De plus, si la condition physique est aussi un facteur facilitant le succès du SIM, encore faut-il se rappeler que 80% des personnes âgées connaissent, à degrés divers, des ennuis de santé (Légaré & Martel, 1996). Cette dernière statistique ne signifie en rien que les ennuis de santé entraînent nécessairement la dépendance et la perte d'autonomie physique mais elle indique l'importance de considérer la personne âgée recevant le SIM dans sa globalité, c'est-à-dire en tenant compte à la fois de ses dimensions biologiques, psychologiques et sociales.

L'implantation du suivi intensif en gérontopsychiatrie est la première à être réalisée à l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Elle se poursuit maintenant dans toutes les cliniques de secteur si bien qu'à ce jour, au début de l'an 2000, plus de 35 agents de SIM sont répartis dans les différentes cliniques, dont trois à la clinique de gérontopsychiatrie. Une autre recherche a été

amorcée en octobre 1999 à Louis-H. Lafontaine en collaboration avec les intervenants et responsables du SIM, les intervenants de gérontopsychiatrie étant inclus. Cette étude va mesurer autant les processus que les résultats du SIM en documentant sur une période de plus de deux ans, les effets qu'il entraîne sur les symptômes, le fonctionnement, la qualité de vie et la satisfaction des usagers ainsi que celle de leurs proches. Cette recherche permettra aussi de mieux quantifier l'efficacité du SIM, entre autres, auprès de la clientèle de gérontopsychiatrie.

Références

- Allness, D. J., & Knoedler, W. H. (1998). *The PACT model of community-based treatment for persons with severe and persistent mental illnesses: A manual for PACT start-up*. NAMI Campaign to End Discrimination, National Alliance for the Mentally Ill, Arlington, Virginia.
- Brekke, J., & Test, M. A. (1987). An empirical analysis of services delivered in a model community support program. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 10(4), 51-56
- Dion, É. (1999). *L'impact d'une modalité de suivi dans le milieu mise en place par le Service de psychiatrie gériatrique : Analyse des données administratives*. Document inédit, Centre de recherche Fernand-Seguin, Montréal. 13 avril.
- Durbin, J., Goering, P., Wasylenki, D., & Roth, J. (1997). Who gets how much of what: A description of intensive case management. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(3), 49-56.
- Frégeau, D., & Théoret, M. (1997). L'infirmière et le suivi intensif en milieu naturel : Expérience en psychiatrie gériatrique. Document inédit. Direction des soins infirmiers. Hôpital Louis-H Lafontaine. Septembre.
- Gélinas, D. (1999). Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès de personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Santé mentale au Québec*, 23(2), 17-47.
- Henkel, R. E. (1976). *Tests of statistical significance*. Newbury Park, CA : Sage.
- Hoult, J. (1986). Community care of the acutely mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 149, 137-144.
- Hoult, J. (1987). *Guidelines for psychiatric crisis teams and extended hours services*. Department of Health, NSW, State Health Publication No (RIU) 87-074. Sydney, Australia.
- Kergoat, M.-J., & Lebel, P. (1997). Aspects démographiques et épidémiologiques du vieillissement au Québec. In M. Arcad, et R. Hébert (Éds), *Précis pratique de gériatrie* (pp. 3-20). Saint-Hyacinthe: Édisem.
- Légaré, J., & Martel, L. (1996). Les aspects démographiques du vieillissement. In S. Lauzon et E. Adam (Éds), *La personne âgée et ses besoins. Interventions infirmières* (pp. 781-802). Ville Saint-Laurent : Éditions du renouveau pédagogique.
- Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (1998). Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (1), 37-74.

Tansella, M., & Thornicroft, G. (1998). A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *The Psychological Medicine*, 28, 503-508.

Witheridge, T. F. (1991). The "active ingredients" of assertive outreach. Dans N. L. Cohen (Éd.), *Psychiatric outreach of the mentally ill. Vol 52 : New directions for mental health services* (pp. 47-64). Jossey-Bass Publishers.