

Profils d'évolution des personnes atteintes de troubles mentaux graves et recevant un service de soutien d'intensité variable

Line LeBlanc

Université du Québec en Outaouais

Marc Tourigny

Université de Sherbrooke

Monique Séguin

Université du Québec en Outaouais

Thierry Boyer

Pavillon du Parc

Éric Latimer et Anne Crocker

Hôpital Douglas

RÉSUMÉ

Une étude longitudinale a été menée dans le but d'établir les différents profils d'évolution de personnes atteintes de troubles mentaux graves, en tenant compte de la gravité des difficultés au moment de recevoir un service de soutien d'intensité variable. Les résultats indiquent que 41% des personnes présentent une diminution des symptômes, 70% ont tendance à améliorer leur fonctionnement général et 59% des personnes rapportent une perception plus positive du pouvoir d'agir, 1 an après avoir reçu du soutien. Les personnes

Line LeBlanc, Ph.D., Professeure, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais; Marc Tourigny, Ph.D., Professeur, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke; Monique Séguin, Ph.D., Professeure, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais; Thierry Boyer, Directeur général, Pavillon du Parc; Éric Latimer, Ph.D., Directeur, axe Services, politiques et santé des populations, Chercheur, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Professeur adjoint, Département de psychiatrie, Université McGill; Anne Crocker, Ph.D., Chercheure, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Professeure adjointe, Département de psychiatrie, Université McGill.

Cette recherche a été subventionnée par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS).

La correspondance concernant cet article devrait être acheminée à Line LeBlanc, Professeure, Département de psychoéducation et de psychologie, C-2815, Pavillon Alexandre-Taché, Université du Québec en Outaouais, 283, boul. Alexandre-Taché, C.P. 1250, succursale Hull, Gatineau (Québec), J8X 3X7. Tél : 819-595-3900, poste 2329. Téléc : 819-595-3801. Courriel : Line.Leblanc@uqo.ca

qui s'améliorent le plus sont celles qui présentaient au départ une symptomatologie plus grave et une perception plus négative du pouvoir d'agir. À l'inverse, ce sont les personnes ayant des difficultés moins graves de fonctionnement général qui présentent un profil d'évolution positif. Les implications pour la pratique du soutien communautaire sont discutées.

Mots clés : soutien d'intensité variable, soutien communautaire, symptomatologie, fonctionnement général, pouvoir d'agir

Les modèles de suivi communautaire se sont multipliés au cours des dernières années, permettant ainsi de moduler l'intensité des mesures de soutien en fonction des caractéristiques cliniques des personnes ayant des troubles mentaux graves. Il est reconnu que ces personnes forment un groupe hétérogène quant à la nature et la gravité de leurs difficultés (Rubin et Panzano, 2002), ce qui justifie une pratique différenciée du soutien communautaire. Ce principe est structurant pour l'organisation des services comme en témoigne le plan d'action en santé mentale (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005) qui préconise des modèles de suivi communautaire différents en première et en deuxième ligne. Cette approche différenciée mène à de nouvelles questions de recherche pouvant difficilement être répondues par l'approche longitudinale classique qui faisait abstraction de la gravité des difficultés et des services reçus.

Traditionnellement, la plupart des études longitudinales ont examiné une trajectoire d'évolution pendant une période de temps allant de 2 ans à 15 ans, commençant par le début de la maladie, indépendamment de la nature des services reçus (Ganev, 2000; Harding, Brooks et Ashikaga, 1987; Harrison, Hopper et Craig, 2001; Mason, Harrison, Glazebrook, Medley et Croudace, 1996; McGorry, 1994). Les résultats provenant de ces études suggèrent qu'environ la moitié des personnes rapportent une diminution des symptômes avec le temps, alors que le pourcentage des personnes qui améliorent leur fonctionnement général varie entre 30% et 70%. Ces études n'ont toutefois pas examiné le pouvoir d'agir (« *empowerment* »), qui est une mesure d'intérêt dans le domaine du soutien communautaire. L'approche utilisée dans ces études consiste à établir une seule trajectoire, ce qui ne permet pas une analyse fine des différents profils d'évolution possibles pour une clientèle reconnue comme étant hétérogène.

Depuis quelques années, une méthode statistique fondée sur le regroupement (Nagin et Land, 1993) est utilisée pour établir les différents profils d'évolution de personnes au sein d'un groupe, en fonction de leurs caractéristiques cliniques. Cette méthode est un compromis entre les analyses autour d'une trajectoire moyenne unique et les études de cas, car elle permet d'assigner des individus au sein de sous-groupes (Dupéré, Lacourse, Vitaro et Tremblay, 2007). Cette approche a surtout été utilisée dans le domaine de la criminologie et de la psychologie et a fait l'objet de peu d'application dans le domaine des services en santé mentale (Xie, Drake et McHugo, 2006).

À notre connaissance, deux études ont utilisé la méthode fondée sur le regroupement pour évaluer les profils d'évolution des personnes ayant des troubles mentaux graves, en considérant le traitement reçu. La première étude portait sur l'évolution du fonctionnement social de personnes aux prises avec des troubles mentaux graves ($n = 162$), suite à un programme de réadaptation offert durant 18 mois (Peer et Spaulding, 2007). Les résultats ont permis d'établir deux profils d'évolution, soit un groupe qui s'améliore et un autre

dont l'évolution stagne. La deuxième étude menée sur une période de 10 ans auprès de personnes atteintes de troubles mentaux graves et aux prises avec l'abus de substances ($n = 177$), a permis d'établir quatre différentes trajectoires de rémission, soit un groupe résistant au traitement, un groupe qui s'améliore mais de façon instable, un groupe qui s'améliore constamment et un groupe qui s'améliore rapidement (Xie *et al.*, 2006).

Dans le contexte actuel de la restructuration des services de première ligne en santé mentale, il serait utile d'analyser les données autour de différents profils d'évolution pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves recevant un service de soutien d'intensité variable préconisé en première ligne. La progression attendue se rapporte aux objectifs de ce modèle d'intervention, soit soutenir les personnes dans leurs efforts pour diminuer les symptômes psychiatriques, répondre aux exigences de la vie en communauté et faire face aux situations préjudiciables (Clark et Samnaliev, 2005). Ainsi, la présente étude vise à répondre aux questions suivantes:

1. Quels sont les profils d'évolution des personnes recevant un service de soutien d'intensité variable, en tenant compte de la gravité des difficultés quant à la symptomatologie, le fonctionnement général et le pouvoir d'agir?
2. Quelle est la fréquence relative de ces différents profils d'évolution?

MÉTHODOLOGIE

Une approche longitudinale a été utilisée pour recueillir des données lors de trois temps de mesures auprès des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, soit juste avant le début de leur participation à un programme de soutien d'intensité variable et 6 mois et 12 mois suivant le début du programme.

Participants et participantes

Les participants et participantes ($n = 41$) étaient répartis de manière égale selon le sexe, soit 51% de femmes et 49% d'hommes. Deux tiers des personnes étaient âgés de 40 ans et plus ($n = 18$), l'autre tiers entre 20 et 39 ans. Le pourcentage de participants et participantes ayant des enfants était de 46%. La moitié des personnes présentaient un diagnostic de schizophrénie (49%), alors que 34% étaient aux prises avec une dépression majeure, un trouble bipolaire ou, dans un cas, un trouble psychotique. Dix sept pourcent des personnes présentaient un des diagnostics suivants : un trouble de la personnalité limite, un trouble de personnalité passive agressive, un trouble de l'adaptation, un trouble panique avec agoraphobie, un trouble lié à l'alcool (deux personnes) ou un diagnostic non spécifié. Les diagnostics ont été évalués par des psychiatres du Centre hospitalier Pierre-Janet et l'information a été obtenue à l'aide des dossiers cliniques.

Les données sur la situation résidentielle des personnes montrent que 54% des participants et participantes vivaient dans leur logement, 24% avaient un logement avec un accès à des services de soutien et 10% vivaient dans des ressources de type familial, dans leur famille ou dans une résidence du Centre hospitalier Pierre-Janet. Il est à noter que 76% des participantes et participants étaient suivis au moment de la demande de service de soutien d'intensité variable par un intervenant ou une intervenante œuvrant dans un organisme communautaire, un centre de santé et de services sociaux ou dans un centre hospitalier à vocation psychiatrique (CHPJ).

Procédure

Les participantes et participants à l'étude ont été recrutés entre mars 1999 et juin 2000 par l'entremise du comité d'Accès dont le mandat est d'offrir un éventail de services d'hébergement et de soutien d'intensité variable aux personnes ayant des troubles mentaux graves et vivant dans la région urbaine de l'Outaouais. Avant de faire la demande au comité d'Accès, les personnes étaient hospitalisées ou dans un lieu de résidence qui ne convenait pas. Dans la plupart des cas, les personnes étaient accompagnées par un intervenant ou une intervenante pour procéder à la demande et rencontrer les membres du comité. Le comité est composé d'intervenantes et intervenants expérimentés qui œuvrent soit dans un organisme communautaire d'hébergement en santé mentale soit dans un centre hospitalier à vocation psychiatrique, et qui évaluent les demandes par discussion de cas.

Une fois le consentement des participants et participantes recueilli par la coordonnatrice du comité d'Accès, une assistante de recherche a communiqué avec les personnes afin de planifier et réaliser une première entrevue d'une durée de 2 heures. Deux entrevues additionnelles ont été réalisées, 6 mois et 12 mois après la première entrevue. Quatre instruments de mesure, soit les mêmes que ceux utilisés par l'équipe de recherche de l'hôpital Douglas (voir ci-bas), ont été utilisés. Les instruments ont été complétés par les assistants et assistantes de recherche en présence de la personne. Les intervieweurs et intervieweuses ont reçu une formation à l'administration des questionnaires dispensée par une équipe composée d'un professionnel de la santé du Centre hospitalier Pierre-Janet, d'une assistante de recherche et de la coordonnatrice du projet de recherche. Le protocole de recherche a été approuvé par le comité d'éthique du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas ainsi que celui du Centre hospitalier Pierre-Janet.

Durant la période de recrutement, le comité a traité 157 demandes de services de soutien d'intensité variable. De ce nombre, 76 n'ont pas été recrutés pour l'étude puisqu'ils ont annulé leur demande de services ($n = 25$), étaient en attente d'une décision du comité ($n = 29$) ou ne répondaient pas aux critères du comité d'Accès ($n = 22$). En plus, une personne est décédée au cours de cette période de recrutement. Les autres personnes ($n = 80$) ont été sollicitées pour participer à l'étude, et de ce nombre, 41 ont accepté de participer, ce qui donne un taux de participation de 51% au début de l'étude. Durant l'étude, 22 des 41 participants et participantes au départ ont abandonné, ce qui donne un taux d'attrition de 54%.

Les personnes qui ont abandonné leur participation à l'étude présentaient dans 78% des cas un diagnostic de l'axe 1. Le groupe de personnes ayant abandonné comprenait 55% de femmes. En analysant la situation résidentielle de ces personnes au moment de la demande au comité d'Accès, il ressort que 64% de ces personnes habitaient en logement privé, 27% avaient un logement avec un accès à des services de soutien et 9% étaient hospitalisés. Au moment de faire une demande au comité d'Accès, 59% des personnes recevaient du soutien de la part d'un intervenant ou d'une intervenante œuvrant dans un organisme communautaire, dans un centre de santé et de services sociaux ou dans un centre hospitalier à vocation psychiatrique (CHPJ).

Modalités de soutien d'intensité variable

La nature et l'intensité du soutien reçu par les participants et participantes de la présente étude correspondent approximativement aux paramètres de services décrivant le soutien d'intensité variable (Durbin, Goering, Wasylenki et Roth, 1997; Salyers *et al.*, 2003). Les personnes ont été suivies dans la communauté

par un intervenant ou une intervenante pivot ayant un ratio intervenant(e)/client(e)s se situant entre 1/12 et 1/18. En moyenne, la fréquence des contacts par semaine est de 1,4 et la durée est d'environ une heure par semaine par client(e). Sur la période de 5 mois au début de l'étude pour laquelle nous avons documenté le soutien offert, les intervenants et intervenantes rapportent avoir consacré la majorité du temps à des activités de discussion, d'accompagnement, d'administration de l'argent, d'aide aux activités quotidiennes et d'évaluation. Les activités ayant fait l'objet d'une attention moins soutenue sont la médication, l'enseignement, la crise, la protection sociale, la référence, la défense des droits, la réadaptation et la thérapie.

Instruments de mesure

Les instruments de mesure ont été sélectionnés en fonction de leur qualité métrique et de leur accessibilité en anglais et en français. Un des instruments a permis de documenter la durée et la nature du suivi offert alors que les autres instruments ont été utilisés comme indicateurs d'évolution. Voici la description de chacun des instruments :

Les *feuilles-contact* (Crocker, Mercier et Latimer, 1999) ont été utilisées afin de documenter la pratique du soutien d'intensité variable. Cet outil est complété par l'intervenant ou l'intervenante pivot qui décrit après chaque rencontre : l'identification de l'utilisateur ou l'utilisatrice et de l'intervenant ou l'intervenante, le rendez-vous, les personnes impliquées, le lieu, la nature de l'intervention, la sphère de l'intervention, l'heure du début de la rencontre et la durée du contact ainsi que du déplacement.

Le *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) (Overall et Gorham, 1962) a été utilisé afin de mesurer le niveau de symptomatologie au cours des 2 semaines précédant l'entrevue. Il s'agit d'une des échelles les plus utilisées et qui possède de bonnes propriétés psychométriques. Une formation de quelques jours est nécessaire. Le manuel de cotation et d'entrevue au BPRS renferme des questions d'entrevues, des définitions de symptômes et des points d'ancrage spécifiques pour coter les symptômes. Une version française complète du manuel a été produite (Lukoff, Nuechterlein et Ventura, 1986, traduit par Grenier et Crocker, 2004). Cet instrument comprend 24 items qui sont cotés sur des échelles de 1 (*aucun symptôme*) à 7 (*symptômes extrêmes*). En plus d'obtenir un score global de symptomatologie, cet instrument inclut quatre sous-échelles mesurant plus spécifiquement les symptômes positifs, les symptômes négatifs, l'hostilité maniaque et la dépression/anxiété.

Le *Behavior and Symptom Identification Scale* (BASIS 32) (Eisen, Grob et Dill, 1991) mesure, à l'aide de 32 items, le fonctionnement global de l'individu selon différents aspects représentés par les sous-échelles suivantes : la relation avec soi/autres, la dépression et l'anxiété, les comportements impulsifs et de dépendance, la psychose et les habiletés dans la vie quotidienne. Chacun des items est évalué de 1 (*aucune difficulté*) à 5 (*difficulté extrême*). L'instrument a fait l'objet d'une analyse quant à la cohérence interne telle que mesurée par l'alpha de Cronbach et les résultats indiquent que toutes les sous-échelles présentent un coefficient allant de 0,65 pour la conduite impulsive à 0,89 pour la relation avec les autres (Eisen, Wilcox, Leff, Schaefer et Culhane, 1999).

Le questionnaire *Making Decisions* comprend 28 items visant à évaluer le degré de pouvoir d'agir de la personne (Rogers, Chamberlin, Ellison et Crean, 1997). Chacun des items est coté de 1 à 4, variant d'un accord total à un complet désaccord. Cinq sous-échelles forment le questionnaire : l'estime de soi et

l'auto-efficacité, le pouvoir et l'impuissance, l'activisme communautaire et l'autonomie, l'optimisme et le contrôle du futur, et la juste colère. Des scores élevés obtenus à ce test psychologique indiquent un haut niveau d'appropriation de pouvoir. Cet instrument a fait l'objet d'une analyse quant à la cohérence interne (Hansson et Björkman, 2005). Les résultats indiquent que toutes les sous-échelles présentent un coefficient alpha de Cronbach allant de 0,64 pour l'optimisme et le contrôle quant à l'avenir ainsi que pour la juste colère à 0,90 pour l'auto-efficacité et l'estime de soi.

Analyses statistiques

La méthode d'analyses statistiques fondée sur le regroupement élaborée par Nagin et Land (1993) a été utilisée pour identifier les profils d'évolution distincts qui décrivent le mieux les données. La probabilité d'appartenir à l'une ou à l'autre des trajectoires en fonction de la gravité initiale des difficultés a été estimée. Cette approche permet de mieux tester le postulat de l'existence de différents sous-groupes au sein d'une population puisqu'elle tient compte de la gravité des difficultés qu'éprouvait chaque personne au début de l'intervention (Bauer et Curran, 2003). Le *Bayesian Information Criterion* (BIC) a été utilisé pour sélectionner le nombre optimal des trajectoires. La méthode utilisée permet de préciser dans quelle mesure un groupe de personnes suit une trajectoire qui décline ou qui s'améliore significativement, pendant qu'un autre groupe de personnes conservent les cotes globales initiales.

Plus précisément, cette approche semi-paramétrique qui regroupe les personnes selon des trajectoires distinctes s'appuie sur la prémisse que la population est composée de groupes distincts définis par leur trajectoire (Nagin, 1999). Cette technique statistique détermine le nombre de groupes qui concorde le mieux avec les données comparativement à la modélisation statistique des courbes de croissance (« *growth curves modelling* »), couramment utilisée dans les études longitudinales et qui utilisent des critères préétablis pour tracer les trajectoires. Elle permet aussi d'estimer la probabilité postérieure d'appartenir à une ou l'autre des trajectoires en fonction de caractéristiques prédictives. Les analyses ont été effectuées à l'aide de la procédure « Proc Traj » du logiciel SAS V8 (Jones, Nagin et Roeder, 2001).

RÉSULTATS

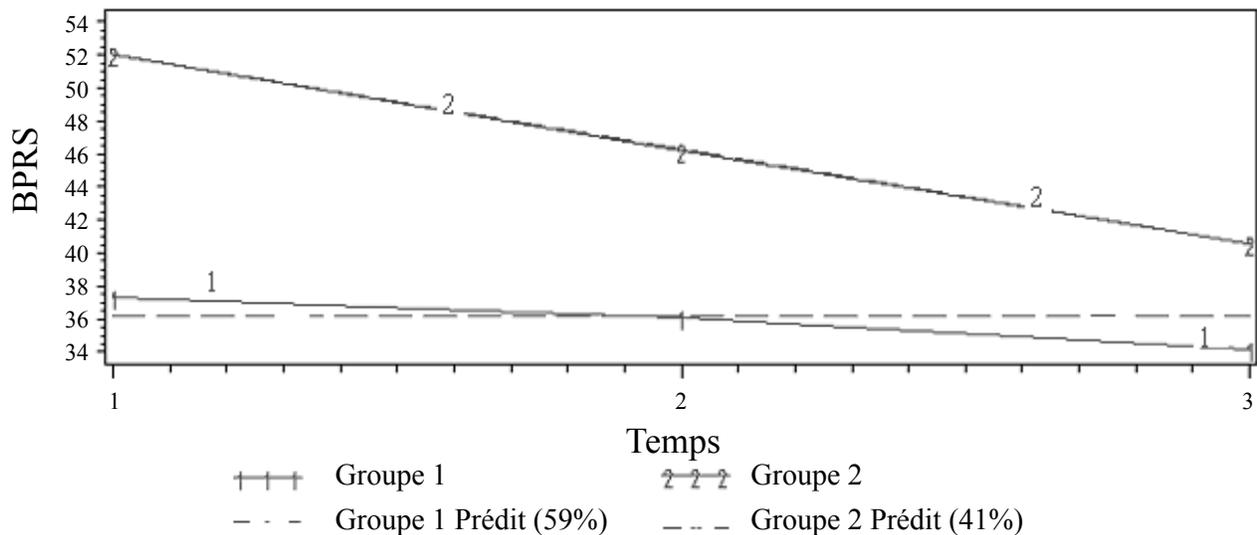
Les résultats ont permis d'établir deux profils d'évolution, soit un sous-groupe présentant une amélioration des scores et un montrant une stabilité des scores, en tenant compte de la gravité des difficultés au moment de recevoir un service de soutien d'intensité variable. Les analyses ont également permis d'établir la fréquence relative de ces deux profils d'évolution quant à la symptomatologie, au fonctionnement général et au pouvoir d'agir.

Symptomatologie

La figure 1 présente les deux profils d'évolution dont les données correspondent à la probabilité d'appartenir au sous-groupe de personnes qui s'améliorent et au sous-groupe de personnes dont les symptômes sont stables dans le temps, en fonction de la gravité initiale mesurée par le BPRS. Les résultats indiquent que 59% des participantes et participants sont classés selon leur appartenance au profil d'évolution stable dans le

temps (trajectoire 1). Pour ce qui est du deuxième groupe (trajectoire 2), 41% des participantes et participants montrent une diminution significative du score global sur le BPRS, ce qui signifie une amélioration de la symptomatologie. La trajectoire 2 montre initialement une moyenne plus élevée de symptômes (moyenne = 52,2 vs. 36,8 pour la trajectoire 1) et cette moyenne diminue avec le temps, tandis que la moyenne de la trajectoire 1 ne change pas.

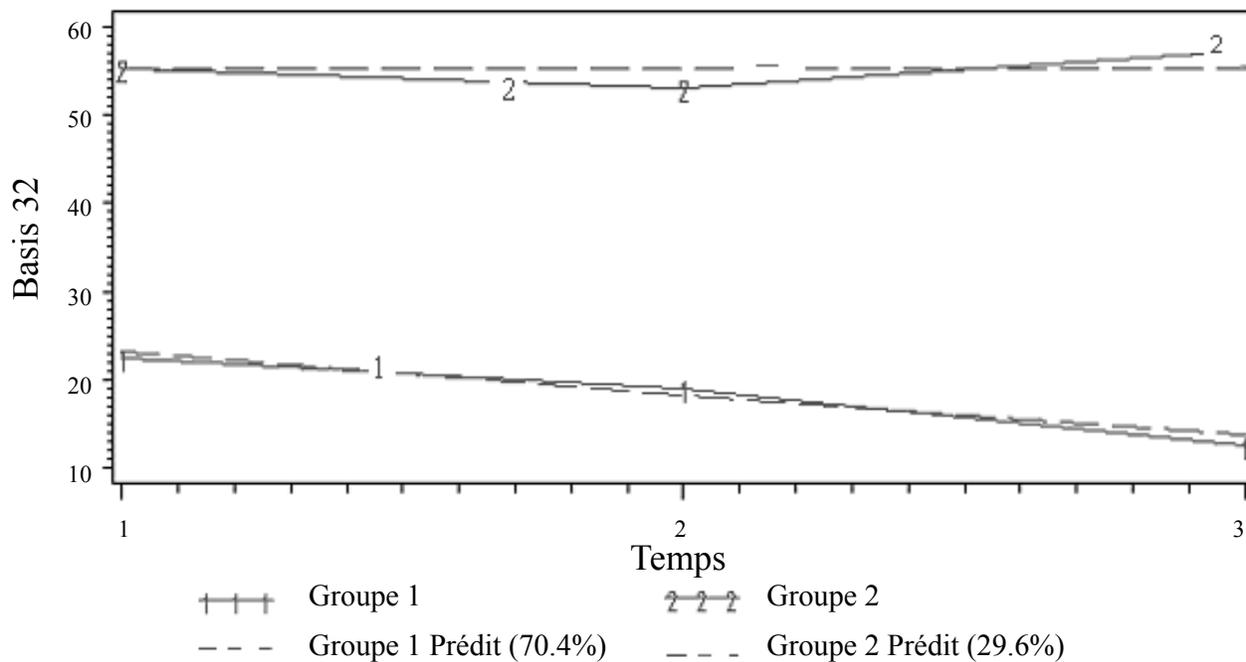
Figure 1
Les profils d'évolution pour la symptomatologie



Fonctionnement général

La figure 2 présente les deux profils d'évolution dont les données correspondent à la probabilité d'appartenir au sous-groupe de personnes qui s'améliorent et au sous-groupe de personnes dont le fonctionnement général est stable dans le temps, en fonction de la gravité initiale des difficultés. Les résultats indiquent que 70,4% des personnes sont classées selon leur appartenance au profil d'évolution qui améliore leur fonctionnement général avec le temps (trajectoire 1). Pour ce qui est du deuxième groupe (trajectoire 2), 29,6% des sujets sont classés selon leur appartenance au profil d'évolution stable dans le temps. La trajectoire 1 montre une moyenne moins élevée quant au niveau de difficulté de fonctionnement au début (moyenne = 22,31 vs 56,33 pour la trajectoire 2) et une diminution significative avec le temps, ce qui signifie une amélioration du fonctionnement général. Les personnes qui rapportent un niveau plus élevé de difficulté au départ (trajectoire 2) conservent la même moyenne dans le temps.

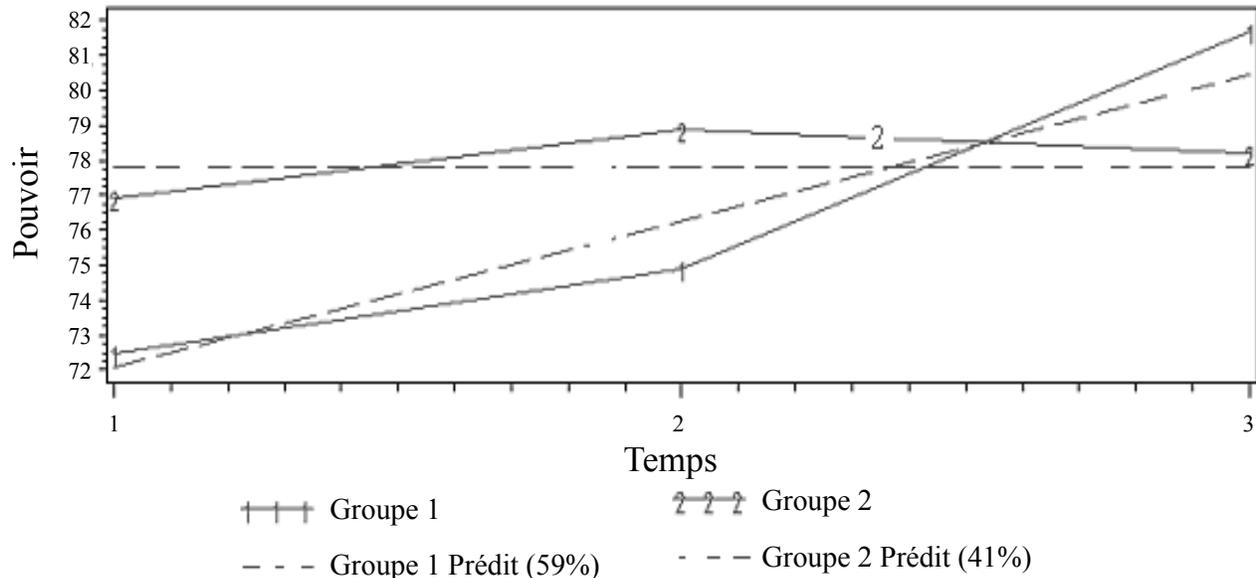
Figure 2
Les profils d'évolution pour le fonctionnement général



Pouvoir d'agir

La figure 3 présente les deux profils d'évolution dont les données correspondent à la probabilité d'appartenir au sous-groupe de personnes qui s'améliorent et au sous-groupe de personnes dont la perception du pouvoir d'agir est stable dans le temps, en fonction de la perception initiale. Les résultats indiquent que 59% des personnes sont classées selon leur appartenance au profil qui montre une augmentation significative à travers le temps (trajectoire 1). Pour ce qui est du deuxième groupe, 41% des sujets obtiennent le même score dans le temps (trajectoire 2). La trajectoire 1 montre une moyenne moins élevée de la perception du pouvoir d'agir au début (moyenne = 72,2 vs 77,1 pour la trajectoire 2) et cette moyenne change avec le temps, tandis que les personnes qui rapportent initialement une perception plus positive de leur pouvoir d'agir (trajectoire 2) conservent la même moyenne avec le temps.

Figure 3
Les profils d'évolution pour le pouvoir d'agir



DISCUSSION

La présente étude avait pour but d'établir différents profils d'évolution en fonction de la gravité des difficultés au moment de recevoir un service de soutien d'intensité variable. Les résultats obtenus ont mené à deux principaux constats ayant des implications pour la pratique du soutien communautaire. Premièrement, le profil d'évolution semble plus positif pour les personnes qui rapportaient au départ plus de symptômes et moins de pouvoir d'agir. L'évolution positive des personnes présentant des difficultés plus graves incite à la prudence lors du départage de la clientèle entre les niveaux de services de première ligne et de deuxième ligne. Il ne faut pas confondre la complexité clinique qui sert de critère pour offrir un service plus spécialisé et la gravité de difficultés qui feront l'objet de mesures de soutien communautaire. La hiérarchisation des services implique nécessairement la mise en place d'un système rigoureux d'évaluation pour une prise de décisions judicieuse et optimale.

Deuxièmement, on constate que les personnes qui présentent des difficultés plus grandes sur le plan du fonctionnement général au moment de recevoir le soutien maintiennent ce niveau de difficulté jusqu'à la fin. Ces résultats ne concordent pas avec ceux obtenus par Peer et Spaulding (2007), qui montrent que les personnes qui améliorent leur fonctionnement suite à un programme de réadaptation sont celles qui présentaient initialement plus de difficultés. Il est intéressant de constater que la clientèle observée dans l'étude de

Peer et Spaulding possèdent des caractéristiques qui se rapprochent de la clientèle desservie en deuxième ligne (ayant problèmes neurocognitifs et réfractaire au traitement) et que le modèle proposé à ces personnes est celui de la réadaptation. Comparativement à notre étude, les caractéristiques de la clientèle et le modèle préconisé diffèrent puisqu'il s'agit de personnes recevant un service de soutien dispensé en première ligne.

D'ailleurs, 70% des participants et participantes à notre étude rapportaient au départ un niveau de difficulté moindre pour ce qui est du fonctionnement général. Ainsi, il est possible que l'attention moins soutenue accordée à la réadaptation, telle que rapportés par les intervenants et intervenantes de notre étude, explique l'absence d'amélioration pour ceux et celles qui présentaient au départ des difficultés plus grandes de fonctionnement général. L'étude des différents profils d'évolution, qui tient compte de la nature et de la gravité des difficultés au moment de recevoir un service, permet de proposer des lignes directrices pour la question importante du pairage entre les caractéristiques cliniques des personnes et le modèle de suivi communautaire qui serait le plus approprié.

Il est important d'interpréter les résultats de notre étude avec prudence puisque la faible représentativité de l'échantillonnage peut affecter la validité externe des résultats. Les nombreux cas d'abandon observés et leurs différences avec le groupe ayant poursuivi peuvent expliquer l'absence d'une trajectoire décrivant une détérioration de la situation clinique, telle que démontrée dans l'étude de Xie *et al.* (2006). De plus, notre approche qui consistait à analyser séparément les profils d'évolution pour la symptomatologie, le fonctionnement général et le pouvoir d'agir permet plus difficilement de saisir l'évolution pour une même personne en fonction simultanément des trois mesures d'intérêt. Il serait intéressant de mener une autre étude qui utiliserait une cote globale intégrant les différentes difficultés initiales pour ensuite établir les profils d'évolution. Une telle approche permettrait aussi d'approfondir la question de ce que signifie le progrès des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves qui reçoivent du soutien d'intensité variable.

Malgré ces limites, il n'en demeure pas moins que notre étude a utilisé une approche statistique qui semble prometteuse pour examiner l'évolution distincte des personnes qui entreprennent un programme spécifique de suivi communautaire. L'avancement des connaissances théoriques et pratiques va dans le sens de la diversité des profils d'évolution qu'il convient de saisir avec précision. L'apport de la méthode par regroupement utilisée dans notre étude a été de démontrer que les personnes qui démontrent initialement moins de symptômes sont celles pour lesquelles les résultats risquent de stagner, alors que l'approche longitudinale classique ne permet pas de mettre en lumière ce phénomène. L'approche utilisée dans notre étude semble plus représentative de la pratique du soutien communautaire qui regroupe des personnes de tout âge, à différentes étapes de leur maladie et à différents niveaux de gravité menant à une hétérogénéité des réponses au service de soutien reçu.

ABSTRACT

A longitudinal study was conducted with the goal of establishing different profiles of progress of people with severe mental health difficulties receiving intermediate care support (ICS), taking into account the seriousness of their issues at the beginning of their involvement in the study. The results demonstrate that 41% of participants showed an improvement in symptoms, 70% showed an improvement in social functioning, and 59% had a higher level of empowerment after receiving 1 year of intermediate care support. Participants

who initially presented with the most severe symptomatology and had a more negative perception of their empowerment improved the most. In terms of social functioning, participants who were initially less affected showed greater improvement. Implications for community support intervention are discussed.

Keywords: intermediate care support, community support, symptomatology, social functioning, empowerment

RÉFÉRENCES

- Bauer, D. et Curran, P. (2003). Distributional assumptions of growth mixture model: Implications for overextraction of latent trajectory classes. *Psychological Methods*, 8(3), 338-363.
- Clark, R.E. et Samnaliev, M. (2005). Psychosocial treatment in the 21st century. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 532-544.
- Crocker, A.G., Mercier, C. et Latimer, E. (1999). *Les Feuilles-contact*. Montréal, QC : Centre de recherche de l'hôpital Douglas, Division psychosociale / Hôpital Douglas, Équipe PACT.
- Dupéré, V., Lacourse, E., Vitaro, F. et Tremblay, R.-E. (2007). Méthodes d'analyse du changement fondées sur la trajectoire développementale individuelle : approche par variable latente continue et catégorielle. *Bulletin de méthodologie sociologique*, 95, 26-57.
- Durbin, J., Goering, P., Wasylenki, D. et Roth, J. (1997). Who gets how much of what: A description of intensive case management. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(3), 49-56.
- Eisen, S.V., Grob, M.C. et Dill, D.L. (1991). Outcome measurement: Tapping the patient's perspective (pp. 97-102). Dans S.M. Mirin, J. Gossett et M.C. Grob (dir.), *Psychiatric treatment: Advances in outcome research*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Eisen, S., Wilcox, M., Leff, H., Schaefer, E. et Culhane, M. (1999). Assessing behavioral health outcomes in outpatient programs: Reliability and validity of the BASIS-32. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 26(1), 5-17.
- Ganev, K. (2000). Long-term trends of symptoms and disability in schizophrenia and treated disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 389-395.
- Grenier, M et Crocker A.G. (2004). *Échelle abrégée d'évaluation psychiatrique (BPRS) version augmentée : échelles, points d'ancrage et manuel administratif*. Montréal, QC : Centre de recherche de l'hôpital Douglas.
- Hansson, L. et Björkman, T. (2005). Empowerment in people with a mental illness: Reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(1), 32-38.
- Harding, C.M., Brooks, G.W. et Ashikaga, T. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met *DSM-III* criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144, 727-735.
- Harrison, G., Hopper, K. et Craig, T. (2001). Recovery from psychotic illness: A 15- and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 178, 506-517.
- Jones, R., Nagin, D.S. et Roeder, K. (2001). A SAS procedure based on mixture models for estimating developmental trajectories. *Sociological Methods and Research*, 29, 374-393.
- Lukoff, D., Nuechterlein, K.H. et Ventura, J. (1986). Manual for expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Schizophrenia Bulletin*, 12, 594-602.
- Mason, P., Harrison, G., Glazebrook, C., Medley, I. et Croudace, T. (1996). The course of schizophrenia over 13 years: A report from the International Study of Schizophrenia (ISOS) coordinated by the World Health Organization, *British Journal of Psychiatry*, 169, 580-586.
- McGorry, P.D. (1994). The influence of illness duration on syndrome clarity and stability in functional psychosis: Does the diagnosis emerge and stabilise with time? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28, 607-619.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Québec, QC : MSSS, Direction des communications.
- Nagin, D.S. (1999). Analyzing developmental trajectories: A semiparametric, group-based approach. *Psychological Methods*, 4, 139-157.
- Nagin, D.S. et Land, K. (1993). Age, criminal, careers, and population heterogeneity: Specification and estimation of a nonparametric, mixed Poisson model. *Criminology*, 31, 327-362.

- Overall, J.E. et Gorham D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Report*, 10, 799-812.
- Peer, J. et Spaulding, W. (2007). Heterogeneity in recovery of psychosocial functioning during psychiatric rehabilitation: An exploratory study using latent growth mixture modeling. *Schizophrenia Research*, 93(1), 186-193.
- Rogers, E.S., Chamberlin, J., Ellison, M.L. et Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48, 1042-1047.
- Rubin, W.V. et Panzano, P.C. (2002). Identifying meaningful subgroups of adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 53, 452-457.
- Salyers, M., Bond, G., Teague, G., Cox, J., Smith, M.E., Hicks, M.L. et Koop, J.I. (2003). Is it ACT yet? Real-world examples of evaluating the degree of implementation for assertive community treatment. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30, 304-320.
- Xie, H., Drake, R. et McHugo, G. (2006). Are there trajectory groups in substance abuse remission over 10 years? An application of the group-based modeling trajectory approach. *Administrative Policy of Mental Health & Mental Health Services Resources*, 33, 423-432.