

EVALUATION D'UN PROGRAMME DE VISITEURS BENEVOLES POUR ADULTES SOUFFRANT DE PROBLEMES PSYCHIATRIQUES CHRONIQUES

JENNIFER O'LOUGHLIN,
MARIE-CLAIRE LAURENDEAU,

et

GILBERT GAGNON

*Département de santé communautaire
de l'Hôpital général de Montréal*

RESUME

Le programme de visiteurs bénévoles Amitié/Friendship offre des visites amicales hebdomadaires à des adultes qui ont des problèmes chroniques de santé mentale et qui sont socialement isolés. Chaque bénéficiaire du programme est jumelé quant à son âge, son sexe, et ses intérêts à un bénévole qui réside dans la même communauté. Le but de ces visites hebdomadaires est de promouvoir le développement d'une relation amicale non professionnelle entre le client et le bénévole, afin de stimuler la confiance en soi du client et d'augmenter ses compétences sociales. L'objectif de cette recherche était d'évaluer l'impact du programme de visiteurs bénévoles Amitié/Friendship sur la socialisation du bénéficiaire. L'évaluation a porté plus spécifiquement sur le degré de satisfaction du client face à ses relations sociales, ainsi que sur la fréquence et la diversité de ses activités de loisir. Le devis expérimental d'évaluation était l'essai randomisé. Durant les neuf mois de recrutement à l'étude, 74 personnes sur 83 participants potentiels ont été inscrites au programme de visiteurs bénévoles Amitié/Friendship. Trente-neuf ont été assignées aléatoirement au groupe expérimental et 35 à un groupe témoin. Un questionnaire initial a été administré à la maison avant le début de l'intervention et des questionnaires de suivi ont été administrés trois et six mois après la première visite bénévole. Les résultats ne démontrent pas d'effet significatif du programme de visiteurs bénévoles Amitié/Friendship sur la satisfaction des participants face à leurs relations sociales, ni sur la fréquence de leurs activités de loisir. La discussion porte sur les aspects de l'intervention et de la recherche qui peuvent contribuer à expliquer ces résultats, notamment la faible intensité de l'intervention et le choix d'un essai randomisé.

INTRODUCTION

L'isolement social figure sans aucun doute parmi les problèmes les plus courants des patients psychiatriques chroniques. Mercier (1987), dans une revue

Pour toute correspondance ou demande de tirés-à-part, s'adresser à: Jennifer O'Loughlin, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 980, rue Guy, Suite 300A, Montréal, Québec H3H 2K3. Téléphone (514) 932-3055.

For an English translation of the article, please write to the author: Jennifer O'Loughlin, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 980, rue Guy, Suite 300A, Montréal, Québec H3H 2K3.

de la littérature sur les conditions et le mode de vie des patients psychiatriques chroniques, mentionne que l'isolement social est un des problèmes les plus fréquemment rapportés. L'importance de ce problème est d'autant plus grande qu'il existe vraisemblablement une corrélation positive entre le degré du soutien social et la santé mentale chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques (Broadhead et al., 1983; Christensen, 1974; Goldstein & Caton, 1983; Flaherty, Gavia, Black, Altman, & Mitchell, 1983; Turner, 1981).

Au cours d'une analyse critique de la littérature sur les réseaux sociaux et la santé mentale, Greenblatt, Becerra, et Serafetinides (1982) suggèrent qu'on peut contribuer à la réadaptation des patients psychiatriques chroniques en les aidant à développer et à maintenir leurs réseaux de support social. Cependant, malgré l'évidence concernant les effets néfastes de l'isolement social, les effets bénéfiques d'une meilleure socialisation des patients psychiatriques n'ont pas encore été démontrés de façon convaincante.

Les études sur le support social et la santé mentale, combinées à la pénurie des effectifs professionnels en santé mentale dans plusieurs communautés, ont mené au développement de programmes de support social aux patients psychiatriques axés sur l'entraînement de non-professionnels. Parmi ceux-ci on retrouve les programmes de compagnons (companion programs), où des non-professionnels entrent en relation sur une base régulière avec des patients psychiatriques résidant à l'hôpital ou dans la communauté. Plusieurs rapports anecdotiques témoignent du succès de ces programmes, mais peu d'études évaluent de façon systématique leur impact. Sieg (1980) note que les études évaluatives manquent en général de groupes témoins appropriés, et qu'il existe beaucoup de controverse quant à la nature du succès obtenu et aux critères employés pour le mesurer. Tessier, Lavoie, et Lamontagne (1985), dans une revue des études sur l'efficacité des interventions de réadaptation chez les patients psychiatriques, n'ont trouvé que des rapports descriptifs concernant l'impact du support social et de l'intervention en réseau sur la réadaptation. Dans le même sens, Malo (1987) conclut que les études évaluatives sont rares, et que celles qui existent varient énormément quant à leurs objectifs et aux populations à l'étude.

A notre connaissance, il existe quatre études évaluatives contrôlées qui témoignent des effets bénéfiques des programmes de compagnons sur les patients psychiatriques. Leurs caractéristiques principales sont résumés au Tableau 1. Toutefois, certaines de ces interventions n'ont pas mesuré comme tel les effets relatifs à la socialisation. Leurs objectifs étaient multiples et incluaient par exemple la supervision de la prise de médicaments ou encore l'aide aux patients pour la recherche d'un logement ou d'un emploi. Elles avaient des mesures d'impact globales et n'ont pas rapporté de résultats spécifiques à la socialisation. Il est donc difficile d'affirmer que les effets bénéfiques enregistrés s'appliquent à la socialisation.

En mars 1984 des professionnels de la santé du Centre local de services communautaires (CLSC) Métro, situé au centre ville de Montréal, ont lancé le programme de visiteurs bénévoles Amitié/Friendship dans le but de fournir un support social aux patients psychiatriques chroniques de la communauté. Le personnel du CLSC était en effet devenu de plus en plus conscient, depuis l'ouverture du CLSC, qu'une grande partie de sa clientèle se composait de patients psychiatriques, dont beaucoup paraissaient très isolés. Un grand nombre ne pouvaient

compter sur le support social ni de leur famille ni de leurs amis, peu travaillaient et peu participaient aux activités communautaires. Certains étaient revenus depuis peu dans la communauté après un séjour à l'hôpital et tentaient avec difficulté de s'y réintégrer. C'est pour répondre à ce besoin que le programme de visiteurs bénévoles Amitié/Friendship a été conçu et mis sur pied par le personnel du CLSC.

Le programme de visiteurs bénévoles Amitié/Friendship offre des visites hebdomadaires amicales à des adultes souffrant de problèmes psychiatriques chroniques qui vivent dans la communauté et qui sont socialement isolés. En général, les clients sont référés au programme par des psychiatres, des psychothérapeutes ou d'autres professionnels de la santé ou des services sociaux, mais ils se présentent aussi à l'occasion d'eux-mêmes ou sont référés par un membre de leur famille ou par un ami. Avant d'être admis au programme Amitié/Friendship, chaque bénéficiaire potentiel reçoit chez lui la visite d'un animateur, pour une entrevue d'une heure qui vise à établir son éligibilité au programme. Les personnes souffrant de troubles psychiatriques aigus, celles qui présentent une histoire récente de violence ou d'agressivité, les toxicomanes, les personnes qui ne sont pas intéressées au programme, et celles qui ne parlent ni l'anglais ni le français ne sont pas éligibles au programme. Les animateurs jumellent individuellement en fonction de leur âge, de leur sexe, de leur lieu de résidence, et de leurs intérêts, chacun des candidats éligibles à un bénévole de la communauté. Le programme dessert présentement une clientèle d'environ 130 patients, présentant un large éventail de diagnostics psychiatriques plus ou moins sévères.

Les bénévoles sont recrutés dans la communauté à l'aide d'annonces apparaissant dans les journaux, à la radio, à la télévision, et à l'aide d'affiches et de dépliants. Ils reçoivent cinq sessions d'entraînement (d'une durée totale de 12 heures) où on leur donne de l'information sur les problèmes de santé mentale en général, sur les ressources communautaires et médicales disponibles aux bénéficiaires, ainsi que sur leur rôle et leurs responsabilités comme visiteurs bénévoles. De plus, ils signent un contrat qui les engage à participer au programme sur une base hebdomadaire pendant 12 mois. Ils sont tenus d'assister régulièrement aux réunions des animateurs pour discuter du progrès de leurs clients et des difficultés qu'ils rencontrent. Pour aider à évaluer le progrès des bénéficiaires, après chaque visite, ils mettent un score à chacun des items suivants: l'hygiène personnelle du client, la propreté de son domicile, son assiduité à prendre ses médicaments et à respecter ses rendez-vous, ses habitudes alimentaires, sa situation financière, et son niveau d'intégration sociale.

Les visites hebdomadaires ont pour but l'établissement d'un rapport chaleureux, personnel, et non professionnel entre le client et le bénévole, dans le but de stimuler la confiance en soi et les compétences sociales du client, tout en respectant sa personnalité et son mode de vie. La tâche fondamentale du bénévole est de fournir amitié, soutien, et compréhension au bénéficiaire, en parlant, en discutant, ou simplement en étant là. Le bénévole renseigne aussi le client sur les ressources médicales ou communautaires disponibles. De plus, il l'assiste ou lui offre des conseils en rapport avec son hygiène personnelle, avec l'organisation ou la propreté de son domicile, ou encore avec son magasinage. Il l'accompagne lors d'une première visite chez un nouveau thérapeute, d'une rencontre de groupe

TABEAU 1
Description des études évaluatives qui portent sur des programmes de support aux patients psychiatriques utilisant des non-professionnels ou des bénévoles

Population à l'étude	Description de l'intervention	Devis expérimental	Variables dépendantes	Résultats
<p>Weinman, Kleiner, Yu, et Tillson (1974)</p> <p>Patients psychotiques chroniques</p>	<p>Des non-professionnels sont entraînés pour visiter les patients à domicile ou servir de famille d'accueil. Ils reçoivent trois séances d'entraînement d'une heure et demie chacune. Leur objectif est d'améliorer les compétences sociales, les habiletés de la vie quotidienne et l'utilisation des ressources communautaires chez les patients qui leur sont confiés. Ils restent en contact étroit avec le personnel professionnel au cours des 8 à 12 mois que dure le programme. Les non-professionnels qui font des visites à domicile le font à raison de deux heures par jour, cinq jours par semaine.</p>	<p>242 patients recevant le programme communautaire sont comparés à deux groupes témoins résidant à l'hôpital: le premier se compose de 246 patients recevant une thérapie socio-environnementale et le second, de 102 patients recevant un traitement hospitalier traditionnel. Les patients choisis pour l'étude sont assignés aléatoirement dans le programme communautaire et le groupe de thérapie socio-environnementale. Les patients du groupe recevant le traitement traditionnel sont jumelés quant à l'âge et à la durée d'hospitalisation aux patients recevant le programme communautaire.</p>	<p>Sortie de l'hôpital ou maintien dans la communauté (selon le groupe), réhospitalisation et mesures d'ajustement à la communauté au cours d'un suivi de 24 mois.</p>	<p>Le programme communautaire s'avère supérieur à la thérapie socio-environnementale par rapport aux taux de sortie et de maintien dans la communauté des patients des deux groupes. Le programme communautaire et la thérapie socio-environnementale s'avèrent tous deux supérieurs au traitement hospitalier traditionnel.</p>
<p>Katzin, Zimmerman, Rosenthal, et Ginsburg (1975)</p> <p>Schizophrènes ayant récemment reçu leur congé de l'hôpital</p>	<p>Des bénévoles sont entraînés pendant plusieurs mois pour prendre part à un programme de suivi communautaire visant à compléter le travail du thérapeute responsable. Les bénévoles visitent les patients plusieurs heures chaque semaine. Leur tâche consiste à</p>	<p>Dans un premier programme, un groupe expérimental composé de 36 femmes recevant un suivi communautaire est comparé à un groupe témoin de 36 femmes ne recevant pas de suivi. Dans un second programme, 22 patients des deux sexes sont répartis</p>	<p>Taux de réhospitalisation sur 12 mois.</p>	<p>Dans le premier programme, le taux de réhospitalisation après un an pour les 36 femmes recevant le suivi communautaire est de 11%, comparé à 34% chez les</p>

EVALUATION D'UN PROGRAMME DE VISITEURS BENEVOLES

vérifier la fidélité au traitement et la prise de médicaments, à évaluer les symptômes de décompensation, à offrir de la thérapie de support et à apporter une aide concrète, par exemple pour trouver du travail ou un logement.

Mosher, Menn, et Matthews (1975)

Jeunes schizophrènes

entre 15 et 30 ans

considérés comme ayant

besoin d'hospitalisation

Les patients sont logés par groupe de six dans une résidence communautaire gérée par du personnel non professionnel spécialement entraîné et supervisé à cet effet. La permanence est assurée en tout temps par deux membres du personnel. Les patients reçoivent peu ou pas de psychotropes et participent activement à la vie communautaire.

aléatoirement dans le groupe expérimental et le groupe témoin.

femmes du groupe témoin. Dans le deuxième programme, le taux de réhospitalisation est de 9% pour le groupe expérimental comparativement à 37% pour le groupe témoin.

Les patients sont suivis à six mois d'intervalle pendant deux ans suite à leur congé. Les évaluations au moment du congé et aux six mois sont faites par des évaluateurs indépendants des thérapeutes. Les variables dépendantes sont l'ajustement psychosocial et la réhospitalisation.

Etude comparative de deux cohortes de patients schizophrènes. Les patients qui composent le groupe expérimental (n = 20) sont consécutivement admis à la résidence communautaire en fonction de l'espace disponible. Les patients du groupe témoin (n = 24) sont admis à un centre communautaire de santé mentale où ils reçoivent différentes interventions thérapeutiques ainsi que de fortes doses de psychotropes.

Les données dénotent une tendance en faveur des patients du groupe expérimental en ce qui a trait au niveau d'ajustement psychosocial.

Sleg (1980)

Patients psychiatriques

ayant eu leur congé de

l'hôpital

Des bénévoles sont individuellement jumelés à des patients psychiatriques référés. Les bénévoles reçoivent plusieurs sessions de formation, après quoi ils passent une heure par semaine avec le patient qui leur est assigné.

31 patients référés au programme de visites bénévoles sont comparés à un groupe témoin (n = 31) de patients non référés au programme mais présentant les mêmes caractéristiques sociodémographiques et cliniques.

Mesures objectives de fonctionnement psychosocial.

Au bout de six mois, les patients du groupe expérimental se sont améliorés plus que ceux du groupe témoin dans quatre domaines de fonctionnement psychosocial: les soins personnels, les activités sociales et récréatives, l'image de soi, et la perception d'autrui.

d'entraide ou d'autres activités communautaires. Ce rapport entre bénévole et client vise à aider ce dernier à développer les habiletés de la vie quotidienne—dont les habiletés sociales—qui lui sont nécessaires pour mieux se réinsérer dans la communauté. Les visites hebdomadaires peuvent se dérouler chez le client ou à l'extérieur, selon la convenance du bénévole et du client.

Au terme de la première année d'opération du programme Amitié/Friendship, les animateurs, les visiteurs bénévoles, et les clients se sont dit satisfaits du programme, et certains bénévoles ont rapporté une nette amélioration du comportement social et des compétences générales de leurs clients. Cependant, le programme n'a pas été évalué de façon systématique. C'est dans ce but que le personnel d'Amitié/Friendship s'est adressé à l'équipe de recherche du Département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal (DSC-HGM) au début de l'année 1985. Cet article décrit le projet de recherche conçu par le DSC-HGM avec la collaboration du CLSC Métro pour évaluer l'impact du programme de visiteurs bénévoles Amitié/Friendship sur la socialisation des bénéficiaires. Plus spécifiquement, le projet cherchait à mesurer l'impact de l'intervention sur le degré de satisfaction du client face à ses relations sociales, ainsi que sur la diversité et la fréquence des activités sociales et récréatives auxquelles il participait.

METHODES

Devis

Le devis expérimental d'évaluation consistait en un essai randomisé. Au cours d'une période de neuf mois, de juillet 1985 à mars 1986, les participants potentiels à l'étude, c'est-à-dire nouvellement admis au programme Amitié/Friendship, ont été stratifiés par groupe d'âge (moins de 35 ans et 35 ans ou plus) et par type d'arrangement résidentiel (vivant seul ou avec d'autres). Ensuite, à l'intérieur de chaque strate, ils ont été répartis aléatoirement dans les groupes expérimental et témoin au moyen d'une technique utilisant des blocs de deux (permuted block randomization) afin d'assurer un nombre identique de personnes dans chaque groupe (Friedman, Furberg, & DeMets, 1985). C'est la coordonnatrice de recherche qui a effectué la répartition aléatoire des clients dans les groupes expérimental et témoin, de sorte que ni le chercheur principal ni les animateurs du programme Amitié/Friendship ne connaissaient à l'avance le statut de chaque client. De plus, les bénévoles participant au programme n'ont pas été avisés du fait qu'une évaluation était en cours. Pour des raisons d'éthique, les clients assignés au groupe témoin ont été placés sur une liste d'attente pendant la période de cueillette de données, devenant ensuite éligibles à recevoir un visiteur bénévole.

Participants à l'étude

La population se compose d'hommes et de femmes âgés de 18 ans ou plus qui vivent dans la communauté, qui ont un diagnostic de troubles mentaux de longue durée (plus d'un an), et qui sont référés par un thérapeute qualifié responsable de leur traitement, de leur médication, et de leur suivi thérapeutique. Les patients psychiatriques sont référés au programme Amitié/Friendship principalement pour améliorer leurs habiletés sociales et récréationnelles et pour faciliter leur réinsertion sociale. Tous les patients admis au programme Amitié/Friendship

pendant la période de recrutement de neuf mois pouvaient participer à l'étude. Le recrutement s'effectuait de la façon suivante. Au moment de l'entrevue initiale, des animateurs décrivaient le projet de recherche aux clients. Tous les nouveaux clients étaient invités à y participer. Ceux qui acceptaient, signaient un formulaire de consentement.

Critères d'évaluation

Les planificateurs et les évaluateurs de services communautaires ont mis par le passé beaucoup d'accent sur les notions de réadaptation, de guérison, et d'autonomie comme critères de succès des services offerts. Ces concepts manquent cependant de pertinence pour beaucoup de patients chroniques, pour qui l'amélioration de la qualité de vie serait un objectif beaucoup plus réaliste (Bachrach & Lamb, 1982; Baker & Intagliata, 1982). C'est ce qui explique l'intérêt croissant observé au cours des dernières années pour ce type de critère d'évaluation des programmes d'intervention en santé mentale communautaire (Mercier, 1987; Mercier & Filion, 1987).

La satisfaction face aux relations sociales est un des déterminants majeurs de la qualité de la vie chez les patients psychiatriques chroniques (Mercier & Filion, 1987). Outre la mesure subjective de satisfaction, les chercheurs utilisent souvent aussi une mesure objective des activités sociales comme indice de la qualité de la vie et du degré de normalisation du mode de vie (O'Neill, Brown, Gordon, Schonhorn, & Green, 1981). Pour évaluer la socialisation des bénéficiaires du programme Amitié/Friendship, cette étude a utilisé à la fois une mesure subjective de leur satisfaction face à leurs relations sociales et une mesure objective des activités sociales et récréatives auxquelles ils avaient participé récemment.

L'échelle de satisfaction employée dans cette étude (*Satisfaction With Life Domains Scale*) a été mise au point par Andrews et Withey (1976) dans le contexte d'une grande enquête auprès de la population américaine. Cette échelle fut par la suite adaptée par Baker et Intagliata (1982) pour une population de patients psychiatriques chroniques; cette seconde version a récemment été traduite et adaptée pour une population québécoise (Mercier, 1987). L'échelle fournit une mesure subjective de la satisfaction des répondants par rapport à 14 domaines de la vie, dont quatre mesurent la satisfaction face aux relations sociales qu'ils entretiennent avec les personnes avec qui ils vivent, avec leurs amis, avec leurs familles et avec autrui. Les répondants devaient indiquer leur degré de satisfaction pour chaque domaine en choisissant un des sept visages allant d'un visage heureux affichant un grand sourire (score 1) à un visage affichant une mine très triste (score 7).

Les trois mesures objectives de socialisation réfèrent à la diversité et à la fréquence des activités auxquelles le client avait participé peu avant l'entrevue. Le client devait dire s'il avait participé ou non à une liste de 19 activités sociales et récréatives courantes (prendre une marche, visiter un ami, aller au restaurant, etc.) au cours de la semaine précédant l'entrevue. *La diversité des activités* désigne le nombre total d'activités différentes auxquelles le sujet avait participé durant la semaine précédant l'entrevue. *La fréquence des activités* désigne le nombre de fois que le sujet avait participé à chacune des 19 activités. *La fréquence des activités en compagnie d'autres personnes* mesure le nombre total de fois que le client avait

participé à une activité accompagné de quelqu'un d'autre. Les activités faites en compagnie d'un bénévole (pour les membres du groupe expérimental) sont incluses dans le calcul des scores pour les trois mesures.

Avant le début du projet de recherche, le questionnaire devant servir à la collecte des données a été administré à 12 personnes choisies au hasard parmi les 65 clients de la première année d'opération du programme Amitié/Friendship, afin de tester son acceptabilité, sa clarté, et sa facilité d'administration.

Cueillette des données

Les données sur la socialisation ont été recueillies au moyen d'entrevues effectuées à domicile par un interviewer entraîné et bilingue qui ignorait les objectifs de la recherche et le statut de chaque client dans l'étude. Chaque client a été interviewé trois fois. La première entrevue s'est déroulée peu après que le client ait accepté de participer à la recherche et avant l'assignation aléatoire. Les deuxième et troisième entrevues ont été effectuées auprès des clients du groupe expérimental respectivement trois et six mois après leur jumelage à un bénévole, jumelage qui s'est produit après un délai variable et souvent long. Les clients du groupe témoin ont été jumelés aux clients du groupe expérimental appartenant à la même strate, en fonction de la période de temps écoulée entre les entrevues. Cinq clients du groupe expérimental n'ont en fait reçu aucune visite de la part d'un bénévole. Parmi ces cinq clients, quatre ont en fait été jumelés à un bénévole, mais ont refusé une première rencontre, soit parce qu'ils estimaient n'avoir plus besoin d'un bénévole, soit parce qu'ils n'étaient plus intéressés au programme. Pour ces clients, les deuxième et troisième entrevues ont été effectuées trois et six mois respectivement après la date de jumelage à un bénévole. Le cinquième client n'a jamais été jumelé à un bénévole et n'a pas reçu de deuxième ou de troisième entrevue.

Les rendez-vous pour les entrevues ont été fixés au téléphone par les interviewers et les entrevues se sont déroulées chez les clients ou ailleurs, selon leur convenance. Elles se sont échelonnées sur une période de 27 mois, de juillet 1985 à octobre 1987.

Les données relatives à l'âge, au sexe, à la langue d'usage, au type d'arrangement résidentiel, à l'état matrimonial, au niveau de scolarité, et à l'emploi des clients ont été recueillies par les animateurs d'Amitié/Friendship au cours de l'entrevue d'éligibilité au programme. Les données sur le diagnostic psychiatrique du client, sur sa consommation de médicaments, sur le nombre et la durée de ses séjours à l'hôpital psychiatrique, et sur la date d'origine des troubles mentaux ont été tirées du formulaire de référence du client complété par le professionnel de la santé ou des services sociaux qui l'avait référé. Les données sur la fréquence et le contenu des visites bénévoles ont été recueillies sur les feuilles de contact client/bénévole, complétées par le visiteur bénévole après chaque visite. Enfin, les données sur les caractéristiques socio-démographiques et autres informations relatives aux visiteurs bénévoles proviennent des formulaires de sélection remplis par ceux-ci.

Analyse des données

Pour déterminer si l'intervention avait amélioré la satisfaction face aux relations sociales, les moyennes obtenues par les clients du groupe expérimental pour

chacun des quatre items de l'échelle de satisfaction qui s'adressent à la socialisation, ont été comparées à celles obtenues pour les clients du groupe témoin par une analyse de variance pour mesures répétées, soit les mesures de niveau de base et celles recueillies trois et six mois plus tard. Chaque item a été analysé séparément; de plus, les scores de trois des quatre items ont été combinés et analysés de la même façon. Des analyses similaires ont été effectuées pour comparer les moyennes obtenues par les clients du groupe expérimental à celles obtenues par les clients du groupe témoin en ce qui a trait aux mesures de socialisation, soit la diversité et la fréquence de leurs activités sociales et récréatives, ainsi que la fréquence de leurs activités en compagnie d'autres personnes.

RESULTATS

Taux de réponse

Au cours de neuf mois de recrutement pour l'étude, 74 personnes sur les 83 nouveaux clients (89%) inscrits au programme de visiteurs bénévoles Amitié/Friendship ont participé à l'étude. Neuf clients n'ont pas voulu prendre part à la recherche. Sur les 74 clients qui ont accepté de participer, 39 ont été assignés aléatoirement au groupe expérimental et 35 au groupe témoin. Quarante-vingt pour cent des cas assignés au groupe expérimental ont été interviewés trois mois après avoir été jumelés à un visiteur bénévole et 82%, six mois après le jumelage. Soixante-six pour cent des clients du groupe témoin ont été interviewés après trois mois et 83% après six mois. La moyenne de temps écoulé entre l'administration du questionnaire initial et celle du questionnaire de suivi de trois mois était de 34 semaines pour le groupe expérimental et de 23 semaines pour le groupe témoin. Le nombre moyen de semaines écoulées entre l'administration des questionnaires de suivi de trois et de six mois était le même pour le group expérimental et pour le groupe témoin (13 semaines).

Comparabilité des sujets du groupe expérimental et du groupe témoin

Les caractéristiques socio-démographiques et de santé mentale des clients du groupe expérimental et du groupe témoin sont comparées au Tableau 2. A l'exception d'une proportion légèrement supérieure d'hommes dans le groupe expérimental, les caractéristiques socio-démographiques des membres des deux groupes diffèrent peu. L'âge des clients variait de 18 à 74 ans, la moyenne étant de 42 ans. Environ la moitié des clients étaient des hommes, 55% avaient moins de 11 ans de scolarité et 49% parlaient français. La plupart étaient célibataires (74%) et vivaient en appartement (76%). Presque 60% vivaient seuls, 23% avec leurs familles et seulement quatre pour cent avec leurs conjoints. Quoique la grande majorité des clients vivaient en appartement, tout de même 12% d'entre eux vivaient en maison de chambre, et 10% dans des résidences de groupe. Peu de clients occupaient un emploi (5%) et le bien-être social était la principale source de revenu pour la plupart (72%).

A l'exception des données relatives au diagnostic, aux prescriptions de psychotropes et aux programmes communautaires, il y a une forte proportion de données manquantes pour les variables liées à la santé mentale à la fois dans le groupe expérimental et le groupe témoin (18%-26%). Quarante-six pour cent des clients avaient un diagnostic de schizophrénie, 31% un diagnostic de désordre affectif, et 18% présentaient une variété de diagnostics parmi lesquels on retrouvait des désordre paranoïdes, des troubles d'anxiété, et des désordres présents depuis l'enfance. Quarante-neuf pour cent étaient malades depuis au moins 10 ans et 26% depuis moins de 10 ans. L'âge moyen auquel s'étaient déclarés les premiers troubles mentaux était de 30 ans et le nombre moyen d'années écoulées depuis l'apparition des problèmes était de 14 ans. Seulement 18% des sujets n'ont jamais été hospitalisés, 16% n'ont été hospitalisés qu'une seule fois, et 43% ont été hospitalisés deux fois ou plus. Les données sur le nombre d'hospitalisations

TABLEAU 2

Comparaison des caractéristiques des clients des groupes expérimental et témoin

Caractéristiques socio-démographiques		Groupe expérimental	Groupe témoin
		n = 39 %	n = 35 %
Age	18-34 ans	38,5	34,3
	35-50 ans	35,9	42,9
	Plus de 50 ans	25,6	22,9
	Moyenne (Ec.T.)	42,6 (13,2)	41,2 (13,6)
	Médiane	38	43
Sexe	Masculin	53,8	42,9
	Féminin	46,2	57,1
Scolarité	11 ans ou moins	59,0	51,4
	Moyenne (Ec.T.)	10,3 (3,6)	10,7 (3,5)
	Médiane	11	11
Langue d'usage	Français	46,2	51,4
	Anglais	53,8	48,6
Etat matrimonial	Célibataire	76,9	71,4
	Marié	5,1	2,9
	Divorcé, séparé, veuf	18,0	25,7
Nombre d'enfants	Aucun	76,9	77,1
Type de résidence	Appartement	74,4	77,1
	Résidence de groupe	10,3	8,6
	Maison de chambre	12,8	11,4
	Maison familiale	2,6	2,9
Type d'arrangement résidentiel	Vit seul	56,4	60,0
	Vit avec sa famille (1)	23,1	22,9
	Vit avec quelqu'un d'autre	20,5	17,1
Emploi		5,1	5,7

psychiatriques manquent pour 23% des clients. Trente et un pour cent ont été hospitalisés dans les 12 mois précédant leur admission au programme Amitié/Friendship. La plupart des clients (84%) avaient des prescriptions pour des psychotropes, que ce soit pour des anti-psychotiques, des antidépresseurs, des anxiolytiques/hypnotiques, ou pour d'autres drogues. Environ 30% participaient à des programmes communautaires ou bénéficiaient de services communautaires de santé mentale tels que ceux offerts par le Centre de jour de l'Hôpital général de Montréal, les Déprimés Anonymes, les maisons de transition, les organismes d'entraide, ou le Drop-In Amitié/Friendship.

Quoique les membres du groupe expérimental et du groupe témoin se ressemblaient quant à la durée de leur maladie, ils se différençaient quant à la fréquence de leurs hospitalisations psychiatriques et quant au temps écoulé depuis leur dernier séjour à l'hôpital. Les membres du groupe témoin étaient plus nom-

TABLEAU 2 (suite)

Comparaison des caractéristiques des clients des groupes expérimental et témoin

Caractéristiques socio-démographiques		Groupe expérimental n = 39 %	Groupe témoin n = 35 %
Principale source de revenu	Bien-être social	74,4	68,6
Diagnostic primaire	Schizophrénie	48,7	42,9
	Désordre affectif	23,1	40,0
	Autre	25,6	8,6
	Données manquantes	2,6	8,6
Nombre d'années depuis l'apparition des troubles mentaux	Moins de 10	25,6	25,7
	10 ou plus	53,9	42,9
	Données manquantes	20,5	31,4
	Moyenne (Ec.T.)	14,3 (9,9)	14,3 (9,7)
	Médiane	15	17
Age au moment de l'apparition des troubles mentaux	Moyenne (Ec.T.)	29,2 (14,1)	29,8 (12,9)
	Médiane	25	23
Nombre d'hospitalisations psychiatriques	Aucune	25,6	8,6
	Une	17,9	14,3
	Deux ou plus	33,3	54,3
	Données manquantes	23,1	22,9
Nombre de mois depuis la dernière hospitalisation psychiatrique	12 ou moins	15,4	48,6
	Plus de 12	43,6	22,9
	Aucune hospitalisation	25,6	
	Données manquantes	15,4	20,0
Prescriptions de psychotropes		84,6	82,9
Participation à des programmes communautaires		33,3	25,7

Note: (1) N'inclut pas le conjoint.

breux à avoir été hospitalisés au moins une fois. De plus, 49% des clients du groupe témoin avaient été hospitalisés dans les 12 mois précédant leur inscription au projet de recherche, comparativement à seulement 15% des clients du groupe expérimental. Ces données laissent supposer que les membres du groupe témoin aient pu souffrir de problèmes psychiatriques plus aigus que ceux du groupe expérimental. Enfin, les données montrent une proportion semblable de prescriptions de psychotropes dans les deux groupes.

Caractéristiques des bénévoles

L'âge des 34 visiteurs bénévoles qui ont participé à la recherche variait de 20 à 59 ans. L'âge moyen était de 30 ans—environ 10 ans de moins que l'âge moyen des bénéficiaires du programme Amitié/Friendship. Les femmes étaient un peu plus nombreuses que les hommes. La plupart des visiteurs bénévoles étaient célibataires (59%) et 59% occupaient un emploi. Les emplois étaient variés, et incluaient des emplois professionnels (enseignant, avocat, comptable, infirmier) et non professionnels (serveur, commis, secrétaire). La plupart des bénévoles sans emploi étaient étudiants à l'université. Le nombre moyen d'années d'études était de 15 ans. Les bénévoles avaient pris connaissance du programme Amitié/Friendship de plusieurs façons, entre autres par le biais d'affiches, d'annonces, de dépliants ou de brochures à l'université, dans les autobus, à la télévision, à la radio, ou dans les journaux. Plusieurs bénévoles avaient entendu parler du programme par un ami ou un professeur, et quelques-uns ont rapporté en avoir pris connaissance grâce à Face-à-Face, le service d'écoute et de référence du CLSC Métro, grâce au Conseil de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain ou grâce au Centre bénévole de Montréal. Soixante-cinq pour cent ont déclaré avoir une certaine expérience du bénévolat. En général, ils disaient être devenus bénévoles parce qu'ils désiraient aider des personnes dans le besoin, parce qu'un ami ou un membre de leur famille souffrait d'un problème de santé mentale, ou parce qu'ils désiraient acquérir de l'expérience pertinente à la poursuite de leur carrière.

Les visites bénévoles

Suite à leur inscription au programme de visiteurs bénévoles Amitié/Friendship, les clients ont dû attendre en moyenne 18 semaines avant d'être jumelés à un visiteur bénévole. Un tiers des membres du groupe expérimental ont été jumelés en moins d'un mois, un tiers entre un à six mois, et pour le dernier tiers la période d'attente a dépassé six mois. Il a fallu plus d'une année pour trouver des visiteurs bénévoles appropriés à deux clients du groupe expérimental, et comme nous l'avons déjà indiqué, un client n'a pu être jumelé durant les deux années qu'a duré l'étude.

Le Tableau 3 montre la distribution du nombre de visites bénévoles durant les six mois suivant la date du jumelage client/bénévole. Quatorze pour cent des membres du groupe expérimental n'ont reçu aucune visite bénévole, 36% ont reçu de une à 10 visites et la moitié ont reçu plus de 10 visites. Les 13 clients qui ont eu de une à 10 visites ont reçu un nombre moyen de trois visites au cours des six mois de suivi. En fait, ces visites se sont échelonnées pour la plupart sur une période de cinq semaines, avant que le client ou le bénévole ne rompe la relation. Les 18 clients qui ont reçu plus de 10 visites en ont eu en moyenne 19 au cours de

six mois (un peu moins d'une visite par semaine). Une comparaison des caractéristiques des clients qui ont reçu peu de visites avec celles des clients qui en ont eu plus de 10 suggère que ceux qui vivaient seuls ont été visités moins souvent que ceux qui vivaient avec d'autres. Les activités les plus fréquentes durant les visites des bénévoles consistaient à s'asseoir pour parler, à aller au restaurant, ou à prendre une marche.

Socialisation

Le Tableau 4 compare les scores moyens des clients du groupe expérimental et du groupe témoin pour les items de l'échelle de satisfaction qui touchent la socialisation, lors de la visite initiale ainsi qu'après trois et six mois de suivi. Pour deux de ces items, les questions ne pouvaient s'appliquer à une grande partie des bénéficiaires. Tout d'abord, 43 clients (58%) vivaient seuls et ne pouvaient donc pas répondre à l'item qui leur demandait comment ils se sentaient par rapport aux gens avec qui ils vivaient. Ensuite, 13 clients (18%) qui n'avaient pas d'amis ne pouvaient pas répondre à l'item concernant leur satisfaction à l'égard de leurs amis. Les données montrent que les clients tendaient à choisir davantage les visages heureux que les visages tristes. Baker et Intagliata (1982) ont aussi rapporté une concentration des réponses à l'extrémité positive de l'échelle. Même si les données suggèrent de légères modifications dans le temps pour la mesure de satisfaction face aux relations sociales, tant chez les membres du groupe expérimental que chez ceux du groupe témoin, cette tendance n'a probablement pas de signification clinique et pourrait tout simplement refléter l'absence de suivi des patients souffrant de troubles plus sévères, pour cause d'hospitalisation par exemple. L'analyse de variance confirme que, par comparaison au groupe témoin, les membres du groupe expérimental n'ont connu une amélioration significative pour aucun item de l'échelle de satisfaction.

Le Tableau 4 montre qu'en moyenne, les clients ont participé à cinq activités sociales et récréatives différentes par semaine. Les activités les plus souvent rapportées étaient les suivantes: aller à un restaurant ou un café, visiter quelqu'un et

TABLEAU 3
Nombre de visites de bénévoles (1)

Nombre de visites	Clients	
	n	%
Total (2)	36	100,0
0	5	13,9
1-10	13	36,1
11-20	11	30,6
21-36	7	19,4
Moyenne (Ec.T.)		10,8 (10,4)
Médiane		11

Notes: (1) Comprend l'ensemble des visites à partir du jumelage client/bénévole jusqu'à l'entrevue de suivi de six mois.

(2) Les données sont manquantes pour trois clients.

prendre une marche pour le plaisir ou l'exercice. Quant à la fréquence de leurs activités, les clients ont rapporté une moyenne de 14 activités par semaine. Enfin, les clients ont déclaré participer à une activité en compagnie de quelqu'un d'autre en moyenne deux ou trois fois par semaine. L'analyse de variance montre que, comparativement au groupe témoin, les membres du groupe expérimental n'ont connu une amélioration significative pour aucune des trois mesures de socialisation.

TABLEAU 4

Comparaison des scores obtenus par les clients des groupes expérimental et témoin pour les variables de socialisation, au niveau de base et après trois et six mois de suivi

Variables de socialisation	Niveau de base			Suivi de 3 mois			Suivi de 6 mois		
	n	Moy.	(Ec.T.)	n	Moy.	(Ec.T.)	n	Moy.	(Ec.T.)
Niveau de satisfaction concernant:									
Personnes avec lesquelles ils cohabitent									
Expérimental	18	3,3	(2,1)	14	3,0	(2,1)	16	2,9	(2,1)
Témoin	14	3,4	(1,8)	11	2,2	(0,9)	13	2,2	(1,2)
Amis									
Expérimental	32	3,1	(1,9)	29	3,0	(1,7)	31	2,6	(1,5)
Témoin	29	3,4	(2,1)	18	3,1	(1,8)	26	3,0	(2,0)
Famille									
Expérimental	38	3,4	(1,9)	31	3,5	(2,1)	31	3,6	(2,1)
Témoin	35	3,5	(2,1)	23	2,9	(1,6)	29	2,6	(1,6)
Autres personnes									
Expérimental	38	3,1	(2,0)	31	2,9	(1,6)	32	2,6	(1,5)
Témoin	35	2,9	(1,7)	23	3,0	(1,5)	28	2,6	(1,3)
Réseau social (1)									
Expérimental	31	3,3	(1,4)	29	3,1	(1,3)	30	2,9	(1,3)
Témoin	29	3,1	(1,6)	18	2,8	(1,3)	26	2,8	(1,5)
Activités de la semaine précédant l'entrevue									
Nombre d'activités différentes (diversité)									
Expérimental	39	5,0	(2,3)	31	5,3	(2,3)	32	5,8	(2,3)
Témoin	35	5,1	(2,8)	23	4,8	(2,7)	29	4,7	(3,0)
Fréquence totale (seul et avec autrui)									
Expérimental	39	13,4	(8,3)	31	15,0	(9,3)	32	14,7	(7,8)
Témoin	35	13,8	(8,5)	23	13,5	(8,9)	29	13,0	(7,9)
Fréquence (avec autrui)									
Expérimental	39	3,9	(5,2)	31	1,8	(2,6)	32	2,6	(3,2)
Témoin	35	3,4	(4,6)	23	2,5	(4,1)	29	1,6	(2,1)

Note: (1) Le score pour le réseau social est le score moyen des trois variables précédentes, soit les amis, la famille, et les autres personnes. Il ne comprend que les clients pour lesquels il n'y avait aucune valeur manquante pour les trois variables concernées.

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'évaluer si une intervention de support social consistant en des visites amicales hebdomadaires, effectuées par des bénévoles, pourrait améliorer la socialisation de patients psychiatriques chroniques vivant dans la communauté. Les résultats ne démontrent aucun effet significatif du programme de visiteurs bénévoles Amitié/Friendship sur la satisfaction des bénéficiaires face à leurs relations sociales, ni sur la fréquence ou la diversité de leurs activités sociales et récréatives. Le fait qu'un impact positif n'ait pu être décelé peut être attribuable soit à la faiblesse de l'intervention, soit à celle du devis expérimental, soit encore aux deux.

Les quatre études évaluatives qui démontrent un impact positif des programmes de support social utilisant des non-professionnels incorporent un ou plusieurs des éléments suivants: un entraînement intensif ou un encadrement soutenu des bénévoles (pouvant durer plusieurs mois) par le personnel professionnel (Katkin et al., 1975; Mosher et al., 1975), des objectifs précis d'éducation pour les bénévoles et les bénéficiaires (Katkin et al., 1975; Weinman et al., 1974), et un contact intensif (jusqu'à 10 heures par semaine) ou soutenu (8 à 24 mois) entre bénévoles et patients (Katkin et al., 1975; Mosher et al., 1975; Seig, 1980; Weinman et al., 1974). En comparaison, le programme Amitié/Friendship offre une intervention beaucoup moins puissante. Les bénévoles reçoivent en tout 12 heures de formation principalement axée sur l'établissement d'un lien amical et chaleureux, et les contacts entre bénéficiaires et bénévoles ne sont ni aussi fréquents, ni aussi soutenus.

Les données suggèrent que la clientèle du programme Amitié/Friendship est particulièrement déficitaire par rapport à la sévérité et à la chronicité des problèmes dont elle souffre, d'autant plus que près de 60% des clients vivent seuls dans la communauté. La combinaison d'une intervention relativement moins puissante dirigée vers une clientèle aux déficits particulièrement sévères, pourrait en partie expliquer le faible taux de succès des jumelages client/bénévole. Le fait que seulement la moitié des jumelages aient duré plus de 10 semaines suggère que les clients et les bénévoles ont pu éprouver de la difficulté à établir une relation interpersonnelle satisfaisante. On peut en fait se demander si un contact épisodique et éphémère avec un bénévole est en soi une intervention suffisante pour avoir un impact significatif sur la socialisation de malades chroniques.

Ce type d'intervention deviendrait peut-être beaucoup plus efficace s'il était combiné à l'intervention de responsables de cas qui sont formés à travailler avec ce genre de clientèle et qui développent une relation stable et à long terme avec leurs patients. Hodgins et Gaston (1987), dans une discussion des composantes d'efficacité des programmes communautaires destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux, suggèrent que les interventions visant à améliorer le fonctionnement psychosocial des patients devraient être « spécifiques, intensives et prolongées pour que les changements désirés se produisent » (p. 129).

Néanmoins, comme nous l'avons déjà indiqué, les bénévoles du programme Amitié/Friendship rapportaient avant le début du projet de recherche un effet positif de leurs visites sur le comportement social de leurs clients. De plus, les animateurs, les bénévoles, et les clients se disaient satisfaits du programme. Il est

donc important d'examiner si les variables dépendantes retenues étaient de nature à permettre la détection des effets rapportés par les participants.

Nos variables mettaient l'accent sur la mesure des effets de l'intervention, négligeant ainsi de documenter le processus d'implantation lui-même. Une approche plus qualitative utilisant comme méthode l'étude de cas ou l'entrevue auprès d'informateurs-clé choisis parmi les clients, les bénévoles, ou les animateurs du programme Amitié/Friendship, aurait peut-être permis de mieux saisir ce processus. Les données recueillies auraient pu permettre de documenter par exemple, les besoins spécifiques en termes de soutien social des différents groupes de bénéficiaires, les raisons pour lesquelles tant de jumelages n'ont pas fonctionné et le recrutement s'est avéré si difficile, ou encore le degré de satisfaction des bénévoles et des clients par rapport à leur expérience avec le programme Amitié/Friendship. Ce genre d'information aurait pu servir à améliorer diverses composantes du programme, comme l'évaluation des besoins de la clientèle ou l'entraînement et le suivi des bénévoles. Mercier (1985), dans un excellent article sur les modèles alternatifs en évaluation qui se sont développés parallèlement à l'émergence des ressources alternatives pour les patients psychiatriques, souligne l'importance de privilégier une approche formative qui respecte mieux les conditions naturelles d'implantation de ces ressources.

Il est également possible que les exigences imposées au programme Amitié/Friendship par le protocole de recherche pour des motifs de validité interne aient affecté la qualité de l'intervention, ce qui a pu à son tour affecter les résultats. Par exemple, pour obtenir un échantillon de taille suffisante pour l'essai randomisé, les animateurs du programme Amitié/Friendship ont dû allouer plus de temps et d'effort que prévu au recrutement des clients et des bénévoles, ce qui a nécessairement réduit le temps disponible pour l'encadrement des dyades client/bénévole et pour la discussion des problèmes rencontrés.

En résumé, les résultats de l'évaluation n'ont pu confirmer les impressions subjectives favorables des participants au programme Amitié/Friendship. Toutefois, comme le soulignent Hodgins et Gaston (1987), il n'y a aucun doute sur les avantages multiples des services dispensés au sein de la collectivité pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Le programme Amitié/Friendship demeure en ce sens une expérience de support communautaire vraiment intéressante, d'autant plus qu'il s'adresse à une clientèle très démunie et souvent mal desservie par les institutions en place. Il reste à trouver les modalités d'intervention et d'évaluation qui permettront d'améliorer ce programme et de l'intégrer à des interventions stables et soutenues.

REFERENCES

- Andrews, F., & Withey, S. (1976). *Social indicators of well-being*. New York: Plenum Press.
- Bachrach, L.L., & Lamb, H.R. (1982). Conceptual issues in the evaluation of the deinstitutionalization movement. Dans G.J. Stahler, & W.R. Tash (Eds.), *Innovative approaches to mental health evaluation* (pp. 139-161). New York: Academic Press.
- Baker, F., & Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*, 5, 69-79.
- Broadhead, W.E., Kaplan, B.H., Jamee, S.A., Wagner, E.H., Schoenbach, V.J., Grim-

- son, R., Heyden, S., Tibblin, B., & Gehlbach, S.H. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117, 521-537.
- Christensen, J.K. (1974). A 5-year follow-up study of male schizophrenics: Evaluation of factors influencing success and failure in the community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 50, 60-72.
- Flaherty, J.A., Gaviria, F.M., Black, E.M., Altman, E., & Mitchell, T. (1983). The role of social support in the functioning of patients with unipolar depression. *American Journal of Psychiatry*, 140, 473-476.
- Friedman, L.M., Furberg, C.D., & DeMets, D.L. (1985). *Fundamentals of clinical trials. Second edition*. Littleton: PSG Publishing.
- Goldstein, J.M., & Caton, C.L.M. (1983). The effects of the community environment on chronic psychiatric patients. *Psychological Medicine*, 13, 193-199.
- Greenblatt, M., Becerra, R.M., & Serafetinides, E.A. (1982). Social networks and mental health: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 139(8), 977-984.
- Hodgins, S., & Gaston, L. (1987). Composantes d'efficacité des programmes de traitement communautaire destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 124-134.
- Katkin, S., Zimmerman, V., Rosenthal, J., & Ginsburg, M. (1975). Using volunteer therapists to reduce hospital re-admissions. *Hospital and Community Psychiatry*, 26, 151-153.
- Malo, C. (1987). Bilan théorique et évaluatif des stratégies d'intervention faisant appel au soutien social. Dans *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions: Etat de la question et propositions d'action* (pp. 1-43). Montréal: Université du Québec à Montréal, Laboratoire de recherche en écologie sociale et humaine.
- Mercier, C. (1985). L'évaluation des ressources alternatives: A la recherche de modèles alternatifs en évaluation. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 4(2), 57-71.
- Mercier, C. (1987). *Rapport entre la position dans le réseau psychiatrique, l'utilisation des services et la qualité de la vie chez des patients psychiatriques chroniques*. Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale.
- Mercier, C., & Fillion, J. (1987). La qualité de la vie: Perspectives théoriques et empiriques. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 135-143.
- Mosher, L., Menn, A., & Matthews, S. (1975). Soteria: Evaluation of a home-based treatment for schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45, 455-467.
- O'Neill, J., Brown, M., Gordon, W., Schonhorn, R., & Green, E. (1981). Activity patterns of mentally retarded adults in institutions and communities: A longitudinal study. *Applied Research in Mental Retardation*, 2, 367-379.
- Sieg, D.C. (1980). *An evaluation of the effectiveness of a companion program for psychiatric outpatients* (Doctoral dissertation, University of Rochester). *Dissertation Abstracts International*, 42/01-B, 391.
- Tessier, L., Lavoie, F., & Lamontagne, Y. (1985). *La santé mentale: Prévenir, traiter et réadapter efficacement. Avis sur l'efficacité des interventions en santé mentale (Vol. 4): L'efficacité de la réadaptation*. Québec: Gouvernement du Québec, Direction générale des publications gouvernementales.
- Turner, R.J. (1981). Social support as a contingency in psychological well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 357-367.
- Weinman, R., Kleiner, R., Yu, J., & Tillson, V. (1974). Social treatment of the chronic psychotic patient in the community. *Journal of Community Psychiatry*, 2(4), 358-365.

ENGLISH SYNOPSIS

**AN EVALUATION OF A VOLUNTEER VISITOR PROGRAM
FOR SOCIALLY ISOLATED ADULTS
WITH CHRONIC MENTAL-HEALTH PROBLEMS**

The Amitié/Friendship Volunteer Visitor Program was initiated in March, 1984 by health professionals from the CLSC¹ Metro in downtown Montreal. The program offers friendly at-home visits on a weekly basis to socially isolated community-dwelling adults with chronic mental-health problems. Most clients are referred to the program by a qualified therapist, although occasionally they are self-referred or referred by a family member or friend. Following an initial screening interview to ascertain eligibility for the program, clients are individually paired by the Amitié/Friendship staff to an adult volunteer from the community on the basis of age, sex, interests, and place of residence.

The basic task of the volunteer is to provide friendship, support, and understanding through conversation and discussion or simply by being there. Volunteers also provide information to clients on medical or community resources, offer help or suggestions on personal hygiene, shopping, and organization and cleanliness of the client's household, and accompany clients on initial visits to a new therapist, self-help group, or other community activities. It is hoped that the client-volunteer relationship will encourage the clients to develop social and other life skills, which will progressively enable them to better integrate into their social environment and to increase their degree of socialization.

The purpose of this research was to evaluate the impact of the Amitié/Friendship Volunteer Visitor Program on the socialization of program recipients. More specifically, the impact of the intervention on the client's degree of satisfaction with social relationships and on the range and frequency of social and leisure activities was studied.

METHOD

The study design was a randomized trial. During a nine-month period from July, 1985 to March, 1986, new Amitié/Friendship clients who were eligible for inclusion in the study were stratified by age group (less than 35 years of age or 35 years and older) and living arrangements (living alone or with others), and then randomly allocated to the experimental or control group.

Data on socialization were collected in at-home interviews conducted by a trained, bilingual interviewer who was blind to the objectives of the research, over a 27-month period from July, 1985 to October, 1987. Each client was interviewed three times. The baseline interview was conducted shortly after the client agreed to participate in the research and prior to randomization. The second and third

Jennifer O'Loughlin is a research associate. She holds a fellowship from the *Fonds de la recherche en santé du Québec*. Marie-Claire Laurendeau is coordinator of the Mental Health Program. Gilbert Gagnon is a research associate. Correspondence and reprint requests should be directed to: Jennifer O'Loughlin, Department of Community Health, Montreal General Hospital, 980 Guy Street, Suite 300A, Montréal, PQ H3H 2K3. Telephone (514) 932-3055. This study was funded by the *Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain* and the Association of Physicians of the Department of Community Health of the Montreal General Hospital.

interviews were conducted three and six months respectively, after the client/volunteer pairing date for clients in the experimental group. Control subjects were matched to experimental subjects to ensure that the length of time between interviews was equivalent in the two groups.

The outcome measures of socialization included both a subjective measure of satisfaction with social interactions and an objective measure of recent social and leisure activities. The subjective measure was based on the *Satisfaction with Life Domains Scale* developed by Andrews and Withey (1976). Respondents were asked to indicate their degree of satisfaction with four domains describing social relationships—people lived with, friends, relationship with family, and how respondent gets along with other people—by choosing one of seven faces ranging from a happy face with a large upturned smile to a sad face with a deep frown.

The three objective measures of socialization were based on the range and frequency of social and leisure activities engaged in by the subject in the recent past. Subjects were asked whether or not they participated in any of 19 common social and recreational activities in the week preceding the interview.

Data on the socio-demographic characteristics of clients were collected by the Amitié/Friendship staff during the initial eligibility screening interview. Data on their medical histories were extracted from a Client Referral Form completed by the health or social-services professional who referred the client, and data on the content and frequency of the volunteer visits were collected in Client/Volunteer Contact Sheets, completed by the volunteer after each visit.

RESULTS

During the nine-month intake period, 74 of the 83 new Amitié/Friendship clients (89%) were recruited into the research project. Of the 74 clients who agreed to participate, 39 were assigned to the experimental group and 35 were assigned to the control group. In the experimental group, 80% of clients were interviewed three months after the client/volunteer pairing date, and 82% were interviewed six months after the pairing date. In the control group 66% received a three-month, and 83% received a six-month follow-up interview.

The socio-demographic and health characteristics of experimental and control subjects were similar. The mean age of subjects was 42 years, with ages ranging between 18 and 74 years. Approximately half were male, 55% had less than 11 years of education, and 49% spoke French. The majority were single (77%) and most lived in apartments (74%). About 60% lived alone, 23% with their families, 4% with a spouse, and the remainder lived in a variety of situations including group or boarding homes and rooming houses. Very few clients were employed (5%) and the main source of income for the majority was welfare (72%).

Forty-six percent of clients had a diagnosis of schizophrenic disorder, 31% had affective disorders, and 18% had a variety of other diagnoses including paranoid disorders, anxiety disorders, and disorders first evident in infancy or childhood. Forty-nine percent had been ill for 10 or more years and 26% had been ill for less than 10 years. Data on the number of years since the onset of the illness were missing for 26% of subjects. The average age at the onset of

psychiatric illness was 30 years old. Only 18% of subjects had never been hospitalized, 16% had been hospitalized once, and 43% had been hospitalized two or more times. Data on the number of psychiatric hospitalizations were missing for 23% of clients. Thirty-one percent had been hospitalized in the 12 months preceding acceptance into Amitié/Friendship. Most clients (84%) had prescriptions for psychiatric medications including antipsychotics, antidepressant/anti-manics, anxiolytic/hypnotics, and others.

For experimental clients, there was an average 18-week waiting period between acceptance into the Amitié/Friendship Volunteer Visitor Program and pairing with a volunteer. One third of the clients was paired within a month, one third was paired in one to six months, and for one third the waiting period was more than six months. It took more than a year to find suitable volunteers for two experimental clients, and one client was never paired during the two-year study period.

Fourteen percent of experimental clients had no volunteer visits, 36% had between one and 10 visits, and half had more than 10. The most popular activities engaged in during the client/volunteer visits were sitting and talking at home, going to a restaurant, and going for a walk.

Although the data suggested there were slight improvements in satisfaction with social relationships over time in both the experimental and control groups, this trend was clinically insignificant and may simply reflect the inability to follow-up clients with more severe illness (e.g., due to hospitalization). Repeated-measures analysis of variance showed that experimental subjects did not improve significantly more than control subjects on any of the four items which measured satisfaction.

On average, clients participated in a total of 14 social or leisure activities weekly. The most popular activities were going to a restaurant or coffee shop, visiting someone, and going for a walk for pleasure or exercise. When asked about the number of times they participated in an activity in the company of another person, clients reported an average of about two or three times a week. Repeated-measures analysis of variance showed experimental clients did not improve significantly more than control clients on any of the three objective measures of socialization.

DISCUSSION

The objective of this research was to evaluate if a social-support intervention consisting of weekly, friendly visits by volunteer companions could improve the socialization of community-dwelling chronic psychiatric patients. The data provide no evidence that the intervention increased satisfaction with social interactions among Amitié/Friendship clientele, or increased their level of participation in leisure activities. Reasons for the inability to demonstrate a positive impact may relate to the potency of the intervention and to the research design.

The four evaluation studies which have shown a positive impact of social-support programs using nonprofessionals or volunteers incorporated one or more of the following elements: an intensive volunteer training period (up to several months) and/or continual follow-up supervision of volunteers by professional

staff (Katkin, Zimmerman, Rosenthal, & Ginsburg, 1975; Mosher, Menn, & Matthews, 1975), precise training objectives for volunteers and clients (Katkin et al., 1975; Weinman, Kleiner, Yu, & Tillson, 1974), and frequent (up to 10 hours a week) as well as stable (eight to 24 months) contacts between volunteers and patients (Katkin et al., 1975; Mosher et al., 1975; Sieg, 1980; Weinman et al., 1974). In comparison, the Amitié/Friendship Program offers a less intensive intervention. Volunteers receive a total of 12 hours training, focusing on how to provide friendly and warm companionship, and client/volunteer contacts are neither intensive nor frequent.

The data suggest the Amitié/Friendship clientele may be particularly impaired with respect to the severity and chronicity of their illnesses, especially since nearly 60% were living alone in the community. The combination of a relatively less intensive intervention directed at a clientele whose degree of impairment may have been particularly severe, may explain in part the low success rate of the client/volunteer pairings. The fact that only half of the clients had more than 10 volunteer visits indicates both the clients and volunteers may have had considerable difficulty establishing satisfying personal relationships. It may be legitimate to question whether an episodic and short-lived contact with a volunteer can have a significant impact on the socialization of persons with chronic mental-health problems. Such an intervention could possibly be more potent if it were combined with that of case managers who are trained to work with this kind of clientele, and who form stable, long-term relationships with their patients. Hodgins and Gaston (1987), in a discussion of effective components of community programs for persons with psychiatric problems, also suggest that interventions to improve the psychosocial functioning of psychiatric patients should be specific, intensive, and of long duration to produce the desired impact.

On the other hand, Amitié/Friendship volunteers had, prior to the research, attested to the success of their visits with respect to their clients' improved abilities to interact socially. Also the staff, volunteers, and clients expressed satisfaction with the program. It is therefore important to consider if the research design was adequate to permit detection of the kinds of effects reported by the participants.

The randomized trial study design focused on the measurement of the outcome variables of socialization to the exclusion of process indicators of the success of the intervention. A more qualitative approach using case histories or satisfaction interviews with key persons such as the Amitié/Friendship animators and volunteers, might have permitted increased understanding of the specific needs for social support among subgroups of clients, the reasons why so many client/volunteer pairings did not last, why it took so long to recruit volunteers, and whether or not volunteers and clients were satisfied with their experience in the Amitié/Friendship program. This kind of information might have been useful with respect to improving various components of the program such as the client needs assessment or volunteer training and follow-up. Mercier (1985), in an excellent article on alternative evaluation models in the development of alternative resources for psychiatric patients, stresses the importance of a formative approach which may be more adequate than more structured studies in describing the process and success of implementing new programs.

In conclusion, the results of the evaluation did not confirm the favourable subjective impressions of Amitié/Friendship participants. However, as Hodgins and Gaston (1987) point out, there are many advantages to community-based services for persons with mental-health problems. In this respect, the Amitié/Friendship program is an interesting example of community-based support for adults with mental-health problems, especially since it serves a particularly isolated and chronically ill clientele whose needs are often not met by existing institutions. The challenge is to discover ways to improve the intervention and in particular, to incorporate elements to promote the creation of a stable and long-lasting volunteer-client relationship.

NOTE

1. Centre local de services communautaires.